

Noora Sjöman

PUUDUTETUN POTILAAN KOKEMUKSIA
PERIOPERATIIVISESTA HOITOTYÖSTÄ

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

PUUDUTETUN POTILAAN KOKEMUKSIA PERIOPERATIIVISESTA HOITOTYÖSTÄ

Sjöman, Noora
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2011
Ohjaaja: Sirkka, Andrew
Sivumäärä: 39
Liitteitä: 2

Asiasanat: hoitotyö leikkausosastolla, kivunhoito, epiduraalipuudutus, spinaalipuudutus, vuorovaikutus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää epiduraali – ja spinaalipuudutettujen potilaiden kokemuksia perioperatiivisesta hoitotyöstä länsisuomalaisen sairaalan leikkausosastolla. Aihe oli rajattu ainoastaan potilaisiin, joiden anestesiamenetelmänä oli käytetty epiduraali - tai spinaalipuudutusta.

Menetelmänä käytettiin kvantitatiivista kyselytutkimusta, jonka Aineisto kerättiin Kyselylomakkeen avulla. Kysymykset oli laadittu teemoittain. Kyselytutkimus toteutettiin elo-syyskuussa 2011 epiduraali – ja spinaalipuudutetuille potilaille. Kysely lähetettiin yhteensä 60 potilaalle, mutta kyselyyn vastasi vain 29 vastaajaa (N= 29). Vastausprosentiksi muodostui 48 %. Aineisto käsiteltiin ja analysoitiin laskentaohjelmalla Microsoft Excel 2003.

Tutkimustulosten perusteella potilaat olivat tyytyväisiä leikkauksen puudutusmenetelmään ja kivunhoidon toteutumiseen leikkausosastolla. Potilaat kokivat positiivisena leikkausosaston hoitohenkilöstön vuorovaikutustaidot. Muutamat potilaat toivoivat tarkempaa ohjausta seurantalaitteiden laitossa, leikkauksen etenemisessä, henkilötietojen tarkistamisessa, sekä yksityisyyden huomioimisessa. Suurin osa vastaajista oli erittäin tyytyväisiä ohjauksen laatuun ja määrään. Puudutuspotilaat olivat pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä perioperatiivisen hoitotyön toteutumiseen leikkausosastolla. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä leikkausosaston potilasohjausta sekä potilaan yksityisyyden huomioimista leikkausosastolla.

PATIENTS' EXPERIENCES OF LOCAL ANAESTHESIA IN PERIOPERATIVE CARE

Sjöman, Noora
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing
November 2011
Supervisor: Sirkka, Andrew
Number of pages: 39
Appendices: 2

Keywords: surgical care/ nursing, pain care, spinal anaesthesia, epidural anaesthesia, interaction

The purpose of this research was to find out patients' experiences in perioperative care at a certain hospital in Western Finland. All the participants were having epidural - and spinal anaesthesia during their surgical operations.

Quantitative survey was used as a research method, and the data was collected by a thematic questionnaire. Survey was implemented in August - September 2011. The questionnaire was sent to total number of 60 patients, of which number 29 were responded. The overall response rate was 48%. The data was analyzed statistically by using Microsoft Excel (2003).

The patients were satisfied with the anaesthesia form used and with the execution of pain management in surgical department. Patients felt positively the personnel's interaction skills in the surgical department. Some patients expressed their need for more precise instructions regarding monitoring equipment, the process of surgical operation, personal data checking, as well as taking patient privacy better into account. However, most part of the respondents was very satisfied with the quality and quantity of guidance obtained. Anaesthesia patients were largely very satisfied with perioperative nursing and how it was executed in the surgical department. The results can be utilized in developing the surgical care and nursing especially in respect of patient guidance and improving the patient privacy.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	POTILAAN KOHTAAMINEN PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ	7
3	PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ	9
3.1	Preoperatiivinen hoitotyö	9
3.2	Intraoperatiivinen hoitotyö	11
3.3	Postoperatiivinen hoitotyö.....	12
4	VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖSSÄ	13
5	KIVUNHOITO PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ	14
5.1	Puudutus anestesia-aineena.....	15
5.2	Epiduraalipuudutus	15
5.2.1	Epiduraalipuudutuksen vasta-aihe ja haittavaikutukset.....	16
5.3	Spinalipuudutus	17
5.3.1	Spinaalipuudutuksen vasta-aihe ja haittavaikutukset	17
6	POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO LEIKKAUSOSASTOLLA	18
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
8.1	Tutkimusmenetelmä.....	20
9	TUTKIMUSTULOKSET	21
9.1	Tutkimuksen kohderyhmän kuvaus	21
9.2	Tiedonsaanti perioperatiivisessa hoitotyössä	21
9.3	Potilaan ohjaus leikkausosastolla.....	22
9.4	Vuorovaikutus perioperatiivisessa hoitotyössä	24
9.5	Yksityisyys	28
9.6	Kivunhoito leikkausosastolla.....	30
10	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	34
11	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	35
	LÄHTEET	38

LIITTEET

Liite 1: Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus

Liite 2: Kyselylomake

1 JOHDANTO

Sairaanhoitaja luo potilaan ja hoitohenkilöstön välille luottamussuhteen ammattitaidollaan ja vuorovaikutustaitojensa avulla. Vuorovaikutustaidoillaan sairaanhoitaja luo yksilöllisen hoitosuhteen potilaan kanssa. Sairaanhoitajan työhön kuuluu perioperatiivisessa hoitotyössä muun muassa seurata potilaan vointia kokonaisvaltaisesti. Tarvittaessa sairaanhoitaja ohjaa, tukee ja kuuntelee potilasta.

Nykypäivänä pystytään tekemään erilaisia toimenpiteitä ja leikkauksia potilaan ollessa hereillä tekemällä tunnottomaksi leikattava alue. Kirurgisen hoidon vaikutukset kohdistuvat ihmiskehoon ja leikkaukset tehdään potilaan ollessa puudutettuna. Samalla leikkaus on potilaalle ainutlaatuinen kokemus. Potilas voi kokea monenlaisia tunteita leikkauksen suhteen kuten pelkoa jännitystä, tai kipua. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, Valtonen, 2001, 14,15.) Samalla leikkaus on kuitenkin aina raskas potilaalle, koska anestesian ja leikkaustoimenpiteen vaikutukset ulottuvat suureen osaan elimistöä (Hyypä, Manninen, Myllymäki, Rautama, Salo, & Vallejo, 1992, 443).

Tämän tutkimuksen aiheena oli puudutetun potilaan kokemuksia perioperatiivisesta hoitotyöstä leikkausosastolla. Aihe oli rajattu vain niihin potilaisiin, joiden anestesiamenetelmänä käytettiin epiduraali - tai spinaalipuudutusta. Tarkoituksena oli selvittää epiduraali - ja spinaalipuudutettujen potilaiden kokemuksia hoitotyön toteutumisesta leikkausosastolla. Tavoitteena oli keskittyä vuorovaikutuksen ja kivunhoidon sisältöihin leikkaussalissa ja heräämössä, pyrkien kehittämään leikkausosaston toimintaa hoitotyön näkökulmasta.

2 POTILAAN KOHTAAMINEN PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Potilaan tyytyväisyys saamaansa hoitoon on käytetyimpiä arviointiperusteita potilaslähtöisen hoitotyön laadunvalvonnassa. Potilaan tyytyväisyyteen vaikuttavat odotukset, sekä aikaisemmat kokemukset. Hoitotyön laatua tulee arvioida muun muassa potilaan, omaisen lääketieteen, hoitotyön, hallinnon, koulutuksen, talouden sekä yhteiskunnan näkökulmasta. Mitä laajemmin hoitotyön laatua arvioidaan, sitä varmemmin saadaan tietoa hoitotyöstä. Hoitotyön laadun määrittäminen on vaikeaa, koska siihen sisältyy toimintoja, joita on vaikea mitata. On tärkeää, että hoitaja tunnistaa toimintaansa ohjaavan ajattelun, arvot sekä tietoperustan. Potilaan oikeus laadun arviointiin perustuu potilaan oikeuksiin. (Holmia ym., 2001, 44–45, 49.)

Perioperatiivisessa hoitotyön perustana ovat humanistisen ja holistisen ajattelun arvot, joihin kuuluvat ihmiskäsitys, ihmisarvo, koskemattomuus, yksityisyys, yksilöllisyys sekä itsemääräämisoikeus. Perioperatiivisessa hoitotyössä sairaanhoitajan sekä hoitohenkilöstön tulee pitää huolta potilaan turvallisuudesta. Potilaan fyysisestä turvallisuudesta huolehtiminen tarkoittaa, ettei potilasta jätetä yksin missään hoidon vaiheessa. Hoitohenkilöstö huolehtii psyykkisestä turvallisuudesta luomalla potilaalle tunteen aidosta läsnäolosta. Myös potilaan kunnioittaminen, mielipiteiden huomiointi luovat turvallisuuden tunteen. (Lukkari, Kinnunen, Korte, 2007, 15.)

Potilas saa osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilaan ihmisarvoa kunnioitetaan hoitamalla häntä yksilönä. Kirurgisessa toimenpiteessä potilaan informointi on ensisijaisen tärkeää. Potilaille on kerrottava mahdolliset hoitovaihtoehdot ennen kirurgista toimenpidettä. Potilaille kerrotaan myös toimenpiteestä, toipumisajasta ja toimenpiteen vaikutuksesta hänen elämäänsä. Kirurgisessa toimenpiteessä joudutaan tekemään haavoja potilaan kehoon. Tavoitteena on tehdä mahdollisimman vähäisiä avauksia leikkauksen aikana potilaan kehoon. (Ukkola, Ahonen, Lehtonen, Suominen, 2001, 61.)

Mikkonen (1994) kuvasi tutkimuksessaan potilaan leikkauksen eri vaiheiden kulkua leikkauksen aikana. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa potilaan odotuksista leikkaushoidolta. Tutkimuksessa potilaat arvioivat leikkaushoitoa ja sen onnistumista. Tutkimus suoritettiin Satakunnan Keskussairaalassa kolmellekymmenelle potilaalle, jotka olivat tulleet elektiiviseen leikkaushoitoon. Tutkimusmetodiltaan tutkimus oli kuvaileva laadullinen tutkimus. Tutkimuksen aineisto kerättiin vapaamuotoisella syvähaastattelulla sekä osallistuvalla havainnointimenetelmällä. Tutkimuksen mukaan potilaat odottivat leikkaushoidolta optimaalisen terveyden saavuttamista, elämän laadun paranemista, organisaation tehokasta toimintaa, hoidon onnistumista komplikaatioitta sekä turvallista leikkaushoitoa. Tutkimuksen mukaan pidettiin myös tärkeänä potilaiden ystävällistä ja inhimillistä kohtelua sekä palvelua. Suurin osa potilaista oli sitä mieltä, että odotukset leikkaushoidolta olivat toteutuneet. Potilaat kertoivat, että olivat saaneet yksilöllistä ja luotettavaa leikkaushoitoa. Tiedon puute sekä keskustelun vähäisyys leikkausosaston henkilökunnan kanssa lisäsivät potilaiden pelkoa ja turvattomuuden tunnetta. Rauhoittava keskustelu anestesialääkärin kanssa lievitti potilaiden kokemaa leikkauspelkoa. Potilaiden kokemat vuorovaikutus suhteet hoitohenkilöstön välillä olivat pääasiassa rauhoittavia, muodollisia, tiedottavia. Muutama potilas oli kokenut epäammattillisuutta vuorovaikutuksessa. Tutkimuksen mukaan potilaat arvostivat laadukasta hoitoa.

Leinosen, Leino-Kilven sekä Katajiston tutkimuksessa (1994) kartoitettiin potilaiden käsityksiä ja kokemuksia leikkaus- ja anestesiahoidosta. Tutkimuksessa kartoitettiin heidän mielipiteitä hyvästä ja huonosta hoidosta. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää laadunarviointimittari, jolla voi jatkossa tarkkailla hoidon laatutasoa. Tutkimus suoritettiin TYKS:n 250 osastolla hoidossa olleille potilaille. Aineisto kerättiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Potilaat vastasivat kahteen kyselyyn. Ensimmäiseen he vastasivat ollessaan osastolla ja toinen kysely lähetettiin heille kotiin. Tutkimustulosten mukaan potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä leikkaus- ja anestesiahoitoonsa. Erityisen tyytyväisiä potilaat olivat olleet hoidon kivuttomuuteen ja helläkätiseen kohteluun. Kehittämistä tarvittiin jatkuvaan tiedonsaantiin, leikkauksesta johtuvaan jännitykseen sekä potilaiden lämmön ylläpitämiseen leikkausosastolla.

3 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Potilas lähetetään kirurgiseen hoitoon sairaalaläheteellä, kun havaitaan että potilas vaatii kirurgista leikkaushoitoa tai sen tarpeen arviointia. Leikkauskelpoisuuden arvioinnissa huomioidaan leikkauksesta aiheutuva mahdollinen riski suhteutettuna saatavaan hyötyyn. Leikkauskelpoisuutta arvioidessa huomioidaan myös potilaan anestesiekelpoisuus, joka sisältää potilaan anamneesin (esitiedot) kuten sairaudet, lääkityksen, yliherkkyydet, aiemmat anestesioidut leikkaukset sekä niiden komplikaatiot. Anamneesissa huomioidaan myös potilaan mahdollinen tupakointi, verenvuototai-pumus, liikerajoitukset sekä apuvälineet. Potilaan yleistila tarkastetaan ennen kirurgista toimenpidettä (fyysinen ja psyykinen) kuten vitaalinelintoiminnot, ihon kunto sekä liikerajoitukset. (Ukkola ym., 2001, 22–24.) Potilaalta otetaan aiemmin myös laboratoriotutkimuksia (Holmia ym., 2001, 81).

Suurin osa potilaista tulee leikkaukseen leikkausjonosta (elektiivinen leikkaus). (Ukkola ym., 2001, 22–24.) Potilas voi valmistautua leikkaukseen kotona saamallaan ohjeilla ja tulla sovitusti toimenpide - tai leikkauspäivän aamuna vuodeosastolle tai suoraan leikkausosastolle. Leikkaus on usein potilaalle pelottava kokemus ja fyysisesti rasittava. Potilaat voivat olla eri-ikäisiä, jännittyneitä, pelokkaita tai sairaita. Tällöin hoitohenkilökunta pyrkii tekemään leikkaustilanteen potilaalle kokemuksellisesti mahdollisimman miellyttäväksi. (Lukkari ym., 2007, 25,32.)

3.1 Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivisessa hoitotyössä potilaan ohjaaminen voi vähentää potilaan sekä omaisten pelkoa ja ahdistusta, joita leikkaus voi aiheuttaa. Hyvällä preoperatiivisella ohjauksella voidaan vähentää postoperatiivisia eli leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita, koska potilaan valmius sopeutua leikkaushoitoon lisääntyy. Potilasta ohjataan valmistautumaan tulevaan leikkaukseen kertomalla hänelle, miten potilas voi itse valmistautua leikkaukseen kuten hygienia, ruokailut, leikkauksenluonteesta ja sen vai-

kutuksista elimistöön. Potilasta ohjataan leikkauksen jälkeisessä toipumisessa, kerrotaan mahdollisista apuvälineistä, vuoteesta nousemisesta, liikeharjoittelusta sekä kotiutumisesta. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska, 2008, 106.)

Laitinen (2003) kuvasi tutkimuksessaan hoitajien kokemuksia potilaiden leikkauspeleista ja preoperatiivisesta ahdistuksesta sekä niiden tunnistamisesta ja lievittämisestä ennen leikkausta. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, johon vastasi 84 hoitajaa. Hoitajien vastausten mukaan potilailla oli vähän anestesiaan liittyviä pelkoja. Hoitajat arvioivat, että puudutukseen liittyi enemmän pelkoa kuin nukutukseen. Leikkaukseen liittyvistä peloista koettiin, että toimenpiteen jälkeinen kipu pelotti eniten. Hoitajien mielestä leikkaussaliympäristö aiheutti vähän pelon tuntemuksia potilaille. Tutkimuksen mukaan hoitajat tunnistivat potilaiden pelon ja ahdistuksen usein erilaisista fyysisistä ja psyykkisistä muutoksista. Johtopäätöksenä tutkija totesi, että hoitajat tunnistivat hyvin potilaiden leikkauspelot ja preoperatiivisen ahdistuksen ennen leikkausta ja hoitajat käyttivät monipuolisesti hoitotyönmenetelmiä niiden lievittämiseksi.

Potilaskohtaista preoperatiivista hoitotyötä suunniteltaessa otetaan huomioon potilaan sairaudet, lääkitys, aiemmat leikkaukset, sekä allergiat. Tiedot ovat välttämättömiä yksilöllisen hoitotyön toteutumisen kannalta (Holmia ym., 2001,80,81). Anestesiaalääkäri määrittelee potilaskohtaisesti aina ASA-luokituksen (American Society of Anesthesiology). Luokitus kuvaa potilaan anestesariskin suuruutta ja perustuu potilaan fyysiseen kuntoon ennen leikkausta. (Anttila ym., 2008, 107). Leikkaukseen tuleva potilas on yleensä esilääkitty ennen leikkausta. Potilaalle annetaan tietoa ja ohjausta leikkaukseen liittyvistä tapahtumista. Potilaan ollessa puudutettuna, voidaan häntä tarvittaessa ohjata ja voinnin mukaan keskustella hänen kanssa. (Lukkari ym., 33, 35.)

Leikkausvalmistelut alkavat potilaan ollessa kotona. Leikkauskutsun yhteydessä annetaan potilaalle ohjeita, miten potilas voi itse valmistautua leikkaukseen. Potilaan saavuttua sairaalaan selvitetään potilaan leikkauskelpoisuus erilaisin kliinisin tutkimuksin. Veritutkimuksista selvitetään muun muassa tulehdukset ja hapetuksen riittävyys. Veriryhmän määrittelyllä varaudutaan mahdolliseen verensiirtoon leikkauksen

aikana. (Hyypä, Manninen, Myllymäki, Rautama, Salo, & Medina, 1997, 444.) Anestesiologisen arvion perusteella minimoidaan leikkaukseen ja anestesiaan liittyvät vaaratekijät. Riskitekijät muodostuvat henkilön fyysisestä ja psyykkisestä tilasta, sekä kirurgisesta taudista. (Rosenberg, Alahuhta, Lingren, Olkkola & Takkunen, 2006, 286.)

3.2 Intraoperatiivinen hoitotyö

Leikkauksen aikana puudutettu potilas on hereillä (Lukkari ym., 2007, 327). Potilaan ollessa puudutettuna asennon tulee olla leikkauksen kannalta hyvä. Puutuneena potilaan jalat tuntuvat painavilta. Leikkausasento ei saa vaikeuttaa potilaan hengitystä, verenkiertoa eikä painaa hermoja. (Anttila ym., 2008, 115.)

Kuuri-Riutta (1995) kuvasi tutkimuksessaan anestesiahoitajan käsityksiä spinaali- ja epiduraalipuudutuspotilaan hyvästä hoidosta ja hoidon edellytyksistä leikkaus-anestesiaosastolla intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimukseen valittiin 15 anestesiahoitajaa satunnaisotoksella. Tutkimus toteutettiin haastatteluna ja haastattelurunkona käytettiin kahta teema-aluetta: hyvää hoitoa ja hyvän hoidon edellytyksiä. Tutkimuksen mukaan potilaan hyvän hoidon määrittely on vaikeata, koska henkilökunnan arvot määrittelevät, hyvän hoidon kriteerit. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan läsnäolo luo potilaalle turvallisuuden tunteen. Jos potilas tuntee kipua tai on pelokas, voi anestesiahoitaja ottaa kiinni olkapäästä tai kädestä. Hoitaja viestittää potilaalle, että hänestä välitetään.

Anestesian aikana seurataan potilaan elintoimintoja kuten sydämen - ja verenkiertoelimistön toimintaa, hengitystä, eritteitä, hapetusta, kipua, nesteytystä, ja relaksaatiota. Anestesian aikana seurataan myös mahdollisia puudutusaine komplikaatioita, joita ovat muun muassa myrkytysoireet, pahoinvointi, päänsärky tai vapina (Holmia ym., 2001, 92).

Hankelan tutkimuksessa (1994) kuvattiin minkälaisia odotuksia ja kokemuksia leikkauspotilailla liittyä leikkauksen aikaiseen hoitotyöhön. Tutkimus toteutettiin haastattelu menetelmää käyttäen kahdellekymmenelle potilaalle. Potilaat haastateltiin ennen ja jälkeen leikkauksen. Potilaiden turvattomuutta aiheuttivat huoli leikkauksen onnistumisesta. Turvallisuuden tunnetta potilaalle tuotti hoitohenkilöstön toimintatavat. Potilaiden kokemukset tutkimustulosten perusteella olivat yhteydessä turvallisuuden sekä turvattomuuden tunteeseen leikkauksen aikana.

Hankelan tutkimuksessa (1999) jäsennettiin ja määritettiin leikkauksen aikaisen hoitotyön lähtökohtaa, tehtävää ja päämäärää. Tutkimusaineisto koostui lonkan tekonivelleikkauspotilaista. Hankela totesi aiemmassaan tutkimuksessaan (1994), että potilaalle turvallisuuden tunnetta tuotti hoitohenkilöstön toimintatavat. Hankelan tutkimuksessa (1999) oli tärkeää, että perioperatiivinen sairaanhoitaja tunnistaa potilaalle turvattomuutta aiheuttavat tekijät. Tutkimuksen mukaan leikkauksen aikana turvallisuuden tunnetta tuotti epävarmoille potilaille hoitajan emotionaalinen tuki (esimerkiksi huolenpito, kosketus). Vahvoja potilaita edesauttoi informaatio (esimerkiksi ajan tasalla pitäminen, epävirallinen kommunikointi, ohjaus, huumori) ja kognitiivinen tuki kuten ohjaus. Tutkimuksen mukaan intraoperatiivisen hoitotyön tehtävänä oli potilaan selviytymisen tukeminen leikkauksen aikana.

3.3 Postoperatiivinen hoitotyö

Postoperatiivinen hoitovaihe alkaa potilaan siirryttyä leikkaussalista leikkausosastolta sijaitsemaan valvontayksikköön eli heräämöhön. Potilaan postoperatiivinen hoitotyö perustuu saatuihin tietoihin pre – ja intraoperatiivisesta hoitovaiheesta. Perioperatiivisen hoitotyön kolmasvaihe on postoperatiivinen hoitotyö, jota arvioidaan leikkausosastolla, heräämössä, vuodeosastolla tai teho-osastolla. (Holmia ym., 2001,80.)

Heräämössä tarkkaillaan potilaan elintoimintoja kuten hengitystä, verenkiertoa, tajunnan tasoa, tuntoa, lihasjänteyttä, erityistä, haavavuotoa, sokkia, pahoinvointia, kipua sekä nestetasapainoa. Potilasta tarkkaillaan ja hoidetaan heräämössä yksilöllisesti, huomioiden hänen vointinsa ja hänelle tehty leikkaus. Useimmiten potilaan hoi-

toon heräämössä kuluu noin 1-3 tuntia. (Holmia ym., 2001, 80–81.) Osastolle potilas siirretään vasta, kun elintoiminnot ovat tasaantuneet ja kivut ovat hallinnassa (Panellius & Varisto, 1990,31).

4 VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖSSÄ

Jokainen henkilö on erilainen ja vuorovaikutus on rakennettava yksilöllisesti. Vuorovaikutukseen kuuluu kaksi toisistaan eroavaa muotoa: sanaton ja sanallinen viestintä. Sanattomaan viestintään kuuluvat ilmeet, eleet ja puheen sanaton viestintä kuten äänneet, sanan painotus ja sen korkeus. Sanalliseen eli verbaaliseen vuorovaikutukseen liittyy puhuttu - ja kirjoitettu kieli. (Vilén, Leppämäki & Ekström. 2008, 20, 22.) Potilaan auttaminen alkaa potilaan ja hoitajan välisestä kommunikaatiosta sekä vuorovaikutuksesta. Viestien välittyminen tapahtuu molemminpuolisesti havaitsemalla, kokemalla, kuuntelemalla sekä tuntemalla. Kommunikaation onnistumisessa hoitajaa auttaa hoitajan oma tietotaito. (Hyypä ym., 1997, 62.)

Hoitajan vuorovaikutustaitoihin kuuluu potilaan ohjaaminen ennen hoitotoimenpidettä sekä sen aikana, jossa hoitaja antaa tietoa potilaalle (Lukkari ym., 2007, 33). Luottamuksen syntyminen hoitohenkilöstöön vaatii, että osoitetaan kunnioitusta potilasta kohtaan. On tärkeää, että potilas voi luottaa hoitohenkilöstön ammatillisuuteen ja siihen, että potilaan tiedot säilyvät luottamuksellisina. (Vilén ym., 2008, 63.)

Jokela (1987) kuvasi tutkimuksessaan leikkauspotilaan ja sairaanhoitajan välistä vuorovaikutusta potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli tulosten pohjalta arvioida leikkausosaston hoitotyötä ja tarvittaessa kehittää sitä potilaan tarpeita vastaavaksi. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millaisia odotuksia, havaintoja, ja kokemuksia liittyi potilaalle puudutukseen ja leikkaukseen, jotta leikkaushoito olisi laadukasta. Aineisto kerättiin Tampereen yliopistollisen keskussairaalan kirurgian, korva-, nenä-, ja kurkkutautien klinikoilta sekä korvatautien leikkausosastolta. Tutkimus

toteutettiin lomakehaastattelumenetelmällä sekä leikkausosaston henkilökunnan suorittamalla havainnointi menetelmällä. Tutkimukseen osallistui 50 potilasta. Tutkimustulokset osoittivat, että yli puolet potilaista havainnoi sairaanhoitajan toiminnan joko verbaalisena tai nonverbaalisena puudutuksen ja leikkauksen aikana. Puolet potilaista oli saanut mielestään riittävästi tietoa puudutuksesta sekä leikkauksesta. Tutkimuksen mukaan yli puolen potilaista kokivat, että anestesiamenetelmää valittaessa ei ollut huomioitu heidän mielipidettä, osa potilaista oli kokenut leikkaukseen tulon pelottavana. Leikkausosastolla potilaan kokemaa pelkoa voitiin lievittää potilaan ja sairaanhoitajan välisellä vuorovaikutuksella. Potilaat olivat kuitenkin kokeneet puudutuksen ja leikkauksen positiivisena.

5 KIVUNHOITO PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Ihminen kokee kivun yksilöllisesti. Kipu on elämys, aistimus ja tunne, johon vaikuttaa monet eri tekijät. Kivun laadun ja määrän arvioinnissa sanattomalla ja sanallisella viestinnällä on yhtä suuri, merkitys selvittäessä yksilön kivun tuntemusta, kestoa ja sen voimakkuutta. Kipua voidaan arvioida ulkoisilla merkeillä kuten kasvojen ilmeillä, lisääntyneellä levottomuudella, tuskaisuudella, hikoilulla, epäsäännöllisellä hengityksellä, pahoinvoinnilla ja oksentelulla. (Hyyppä, ym., 1997, 272, 279.) Kipu voidaan luokitella nosiseptiiviseen (kudosvauriosta johtuvaan) tai neurogiiniseen (hermovauriosta johtuvaan) kipuun (Sailo & Varti, 2000, 185).

5.1 Puudutus anestesia-aiheutona

Puudutuksessa jokin elimistön osa tehdään hetkellisesti tunnottomaksi (Ukkola ym., 2001, 62). Kaikki raajaleikkaukset ja monet alavatsan leikkaukset voidaan tehdä potilaan ollessa puudutettuna (Rosenberg ym., 2006, 390). Potilaalle, jonka leikkaus tehdään puudutuksessa. Tärkeää on, että hän osaa itse kuvailla tuntemuksia ja vointia intraoperatiivisessa hoitovaiheessa eli leikkauksen aikana. (Holmia ym., 2001,92.) Puudutuksen vaikutus testataan aina ennen toimenpiteen aloittamista, jolloin puudutuksen vaikutusalueen raja eli tuntoraja merkitään ylös (Lukkari ym., 2007, 263). Puuduteaineen vaikuttavuudesta ja puuduteaineen aiheuttamista tuntemuksista on hyvä kertoa potilaalle, koska potilas voi ilmaista tuntemuksiaan leikkauksen aikana (Lukkari ym., 2007, 327).

5.2 Epiduraalipuudutus

Epiduraalipuudutus voidaan tehdä selkärangan eri korkeuksille (Rosenberg, Kanto, Nuutinen, 1995, 164). Epiduraalipuudutusta voidaan käyttää alaraajojen ja alavatsan leikkauksissa. Epiduraalipuudutusta voidaan käyttää myös kivunhoitomenetelmänä akuuteissa - tai kroonisissa kiputiloissa (Rosenber, Alahuhta, Hendolin, Jalonen, Yli-Haka, 2002, 164).

Puuduteaine kulkeutuu duran hermojuuria ympäröivistä kudoksista hermokudokseen ja selkäydinnesteeseen (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio, 1996, 361). Puuduttaminen tapahtuu kylkiasennossa tai istuma-asennossa. Tällöin selkä on mahdollisimman köyryssä lanne alueelta. Iho tulee paikallispuuduttaa ennen epiduraalipuudutuksen laittoa, koska neula on iso ja tylppä. Puutumisen alkaa hitaasti ja leikkaus-alueen kivunsaavutetaan noin 15–20 minuutissa. (Lukkari ym., 2007, 272.)

5.2.1 Epiduraalipuudutuksen vasta-aihe ja haittavaikutukset

Epiduraalipuudutus ei sovellu käytettäväksi, jos henkilöllä on sokkitila, sepsis (verenmyrkytys), pistoalueen paikallinen infektiio, tai ei ole yhteistyökykyinen tai kieltäytyy kyseisestä puudutuksesta tai hänellä on verenhyytymishäiriö (Rosenber ym., 2002, 164). Mahdollinen kovankalvon puhkaisu pyritään selvittämään ennen puuduteaineen ruiskuttamista. Jos puuduteainetta pääsee subaraknoidaali - tai subduraalitalaan (kovakalvon ja lukinkalvon välinen tila), seurauksena on koko vartalon spinalsegmenttien puudutus. Se johtaa hengityspysähdykseen, bradykardiaan (sydämen lihaslyöntisyys), verenpaineen laskuun ja pahimmillaan sydämenpysähdykseen. Kovakalvoon tehdystä reiästä saattaa aiheutua postspinaalipäänsärky. Tällöin reiästä tihkuu aivo-selkäydinnestettä, joka aiheuttaa pystyasennossa päänsärkyä. Päänsärkyyn voi liittyä myös kuulo - tai näköharhoja. Särky ilmaantuu vuorokauden sisällä lannepistosta. Hoitona päänsärkyyn on runsas nesteytys, vuodelepo ja tulehduskipulääkkeet. Jos päänsärky ei häviä, voidaan harkita epiduraalista veripaikkaa. Veripaikka tehdään ruiskuttamalla potilaan omaa verta kovankalvon punktioreiän läheisyyteen epiduraalineulan kautta. (Rosenberg ym., 2006, 419, 420.)

Kestoepiduraalipuudutuksessa katetri saattaa kulkeutua verisuoneen, vaikka aspiraatitesti (männän tarkistus) olisi ollut negatiivinen. Tämän seurauksena voi tulla puudutemyrkytys eli toksinen reaktio (puuduteaineen joutuminen verenkiertoon). Tärkeä on tehdä koeannos lääkaineesta sekä ruiskuttaa puuduteainetta pieninä annoksina. Epiduraalipuudutuksesta saattaa aiheutua hypotensiota (alhainen verenpaine). (Rosenberg ym., 2006, 419, 420.)

5.3 Spinalipuudutus

Spinaalipuudutusta voidaan käyttää alavartalon, sekä alaraajojen, ortopedisissä, urologisissa ja gynekologisissa leikkauksissa kuten elektiivisessä sektiossa. Puuduttaminen tapahtuu kylkiasennossa tai istuma-asennossa. Selkä on mahdollisimman köyryssä lanne alueelta. Puutuminen alkaa alaraajojen lämmön tunteena ja jalat tuntuvat raskailta. (Lukkari ym., 2007, 272.) Puudutuksella saadaan nopea ja tehokas puutuminen ja lihasrelaksaatio (Rosenberg ym., 2006, 409). Puuduteaine sekoittuu selkäydinnesteeseen ja siten kiinnittyy hermojuuriin (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio, 1996, 361).

5.3.1 Spinaalipuudutuksen vasta-aihe ja haittavaikutukset

Spinaalipuudutusta ei voida käyttää leikkauksen anestesiamenetelmänä henkilölle, jolla on kohonnut kallonsisäinen paine (Rosenberg ym., 2006, 413). Potilaalla on sokkitila, sepsis eli verenmyrkytys, tai pistoalueen paikallinen infektio, suolenpukkeama, kohonnut kallonsisäinen paine tai henkilöllä on verenhyytymishäiriö. Potilas ei ole yhteistyökykyinen tai hän kieltäytyy kyseisestä puudutuksesta (Rosenberg ym., 2002, 168).

Spinaalipuudutus saattaa aiheuttaa haittavaikutuksena puuduttamisen jälkeen pahoinvointia ja hypotensiota (alhainen verenpaine). Hypotension ehkäisemiseksi voidaan potilasta nesteyttää ja nostaa leikkauspöydän jalkopäätä ylös (trendelenburgin asento). Trendelenburin asentoa tulee välttää, koska jalkojen liian korkealle nostaminen voi vaikeuttaa potilaan hengittämistä varsinkin, jos potilas on obeesi (ylipainoinen). Tällöin vatsa painaa palleaan. (Rosenberg ym., 2006, 414.)

Spinaalipuudutus puuduttaa myös virtsarakon ja liiallinen nesteytys saattaa aiheuttaa virtsaretention eli virtsarakon venymisen. Potilailla voi esiintyä selkäsärkyä. Selkä säryn syyksi on epäilty kovalla leikkauspöydällä makaamista lihakset relaksoituina (rentoutuminen). Ohuiden puikkokärkisten neulojen myötä nuorien henkilöiden pysyasennossa tuntuva päänsärky on harvinaista. (Rosenberg ym., 2006, 414.)

6 POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO LEIKKAUSOSASTOLLA

Leikkauksen jälkeinen kipu on merkki kudosaauriosta. Se on voimakkuudeltaan hyvin vaihtelevaa, mutta useimmiten lyhytkestoista. Leikkauksen jälkeinen voimakas kipu, voi aiheuttaa potilaalle henkistä kärsimystä sekä fysiologista haittaa. Riittämätön kivunlievitys voi aiheuttaa potilaalle pelkoa ja ahdistuneisuutta. Leikkauksessa mukana ollut anestesia lääkäri suunnittelee potilaan leikkauksen ja sen jälkeisen kivunhoidon. (Kalso, Vainio, Maunuksela, Tigerstedt, 1993, 154, 166.) Postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon vaikuttavat leikkauksen laajuus, leikkausalue, potilaan psyykkiset tekijät, anestesiatyypit ja aiemmat kipukokemukset. Hoitajan voi olla vaikea arvioida potilaiden kiputunteja kirurgisen toimenpiteen jälkeen, koska potilaat kokevat kivun yksilöllisesti. (Ukkola ym., 2001, 29.)

Kivun mittaamisella pyritään määrittelemään kivun voimakkuutta. Kivun voimakkuuden kuvailu on tärkeää kivunhoidon suunnittelussa ja seurannassa. Kivunhoidon mittaamiseen on kehitetty erilaisia menetelmiä. Aikuisen kivunmittaamisessa yleisin kipumittari on VAS-kipujana (visual analog skala), jossa on kuvattu toiseen päähän kasvava kiila ja osoitin, jota liikutetaan potilaan kiputunteja perusteella. VAS-kipujan toinen pää kuvaa kivutonta tilaa ja toinen pahinta mahdollista kipua. (Sailo & Varti, 2000, 102.)

Lapsen kivun arviointia varten on kehitetty kasvoasteikko, jossa viidellä erilaisella kasvolla kuvataan kivun voimakkuutta. Kasvot alkavat hymyilevästä ilmeestä ja päättyvät itkevään ilmeeseen. Kivun kuvaamiseen voi käyttää myös sanallista kuvausta, 0= kipua ei ole lainkaan, 1= kipu on lievää, 2= kipu on kohtalaisen voimakasta, 3= kipu on voimakasta, 4= kipu on sietämättömän voimakasta. (Kalso, Haanpää, Vainio, 2009, 55.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää epiduraali - ja spinaalipuudutettujen potilaiden kokemuksia hoitotyön toteutumisesta leikkausosastolla. Tavoitteena on keskittyä vuorovaikutuksen ja kivunhoidon sisältöihin leikkaussalissa ja heräämössä, pyrkien kehittämään leikkausosaston toimintaa hoitotyön näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen tutkimustehtävät:

1. Selvittää puudutuspotilaan ja hoitohenkilöstön välistä vuorovaikutusta leikkausosastolla
2. Selvittää puudutuspotilaan kivunhoidon toteutumista leikkausosastolla
3. Kehittää leikkausosaston toimintaa potilaspalautteen avulla

8 TUKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksia lähestyttiin kvantitatiivisen tutkimuksen ajatusmallilla, joka on määrällinen menetelmä. Menetelmällä tarkastellaan tietoa numeraalisesti. Menetelmä antaa yleiskuvan muuttujien välisistä suhteista. (Vilka, 2007, 13–14.) Kyselylomakkeen laadinnassa otettiin huomioon opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet. Aineisto kerättiin leikkausosaston potilailta.

Kyselylomakkeita jaettiin epiduraali – ja spinaalipudutetuille leikkauspotilaille yhteensä 60 kappaletta, joista tutkimuksen tekijälle palautui N=29, tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 48 %. Kyselylomakkeita jakamatta oli 20 kappaletta eli 33 %, katosi 11 kyselylomaketta 18 % kokonaismäärästä.

Kyselylomakkeiden mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta. Kyselylomakkeen jaettiin leikkausosastolla, jossa heräämön hoitajat jakoivat kohderyhmälle kyselylomakkeet 1.8.2011–16.9.2011. Kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa naistentautien sekä urologisen osastoiden hoitajille, jotka postittivat kyselylomakkeet takaisin leikkausosastolle, josta tekijä kävi noutamassa ne. Kyselyyn vastattiin nimettömästi, jolloin potilaiden henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa julki.

Kyselylomake (Liite2) muodostui kuudesta osiosta: 1 kysyttiin potilaan taustatietoja. 2 käsitteli potilaan tiedonsaantia puudutusmuotoon liittyen. 3 kysyttiin potilaan saamaa ohjausta leikkausosastolla. 4 kysyttiin, miten potilas koki vuorovaikutuksen onnistuneen leikkausosastolla. 5 esitettiin potilaan intimizeettiin ja yksityisyyteen liittyviä kysymyksiä. 6 muodostui potilaan kivunhoidon toteutumisesta leikkausosastolla. Kysymyksiin vastattiin asteikolla 1= täysin eri mieltä, 2= jonkin verran erimieltä, 3= jonkin verran samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä.

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Tutkimuksen kohderyhmän kuvaus

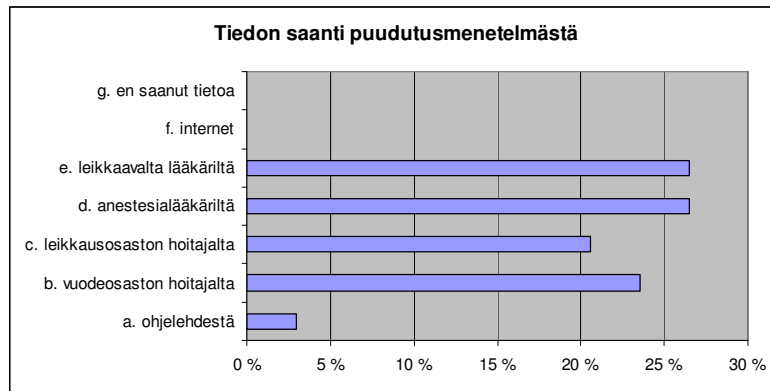
Vastaajista 15 oli naisia (52 %) ja 14 miehiä (48 %). Vastaajista neljä (14 %) kertoi, että puudutusmenetelmänä leikkauksessa oli käytetty epiduraalipuudutusta. Vastaajista suurimmalla osalla 24 (83 %) oli käytetty spinaalipuudutusta. Yksi (3 %) ei tiennyt, mitä puudutusmuotoa leikkauksessa oli käytetty ja hän epäili olleensa nukutettuna leikkauksen aikana. Vastaajista 28 (97 %) kertoi saaneensa esilääkkeen ennen leikkausta. Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen, esilääkkeen saantia koskien.

Vastanneista aikaisemmin puudutettuna oli leikattu 20 (69 %). Seitsemän (24 %) kertoi, ettei heitä ollut leikattu aiemmin puudutettuna. Vain yksi (3 %) ei tiennyt, oliko hänet leikattu aiemmin puudutuksessa. Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen.

9.2 Tiedonsaanti perioperatiivisessa hoitotyössä

Tietoa leikkauksessa käytettävästä puudutusmenetelmästä oli yksi (3 %) vastaajista saanut ohjelehdessä, kahdeksan (24 %) vuodeosaston hoitajalta, seitsemän (21 %) leikkausosaston hoitajalta, yhdeksän (26 %) anestesia- ja leikkauksen lääkäritä, ja yhdeksän (26 %) leikkausosaston lääkäriltä. Yksikään vastaajista ei ollut saanut tietoa internetistä. Kaikki vastaajat olivat saaneet leikkauksen puudutusmenetelmästä tietoa. Kaksi (6 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 1). Yksi vastaaja oli lisännyt kysymykseen omin sanoin:

” Esitin haastattelussa haluavani epiduraalipuudutuksen, mikä sitten toteutui ”

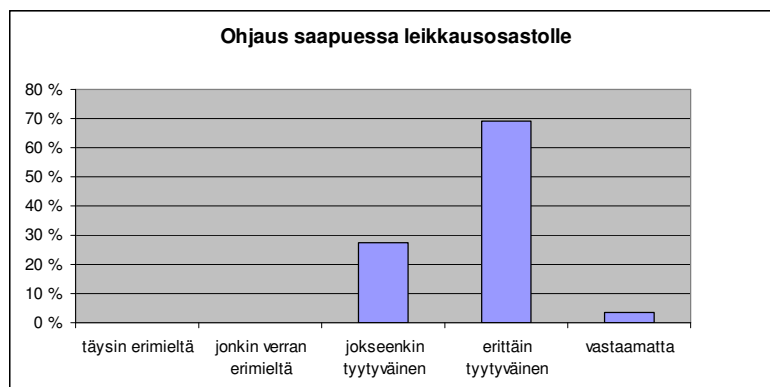


Kuvio1. Tiedonsaanti leikkauksen puudutusmenetelmästä

9.3 Potilaan ohjaus leikkausosastolla

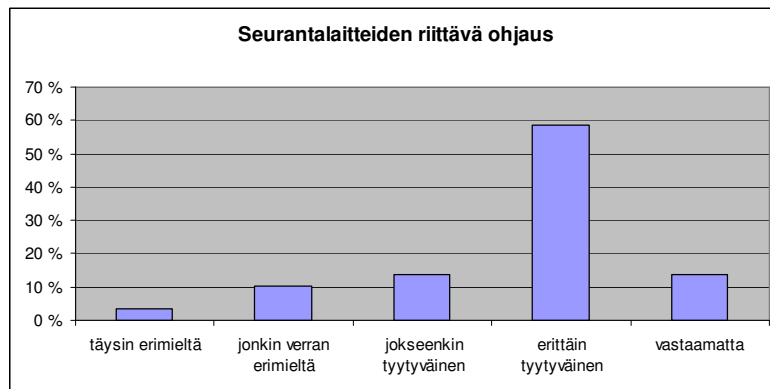
Potilaiden tyytyväisyyttä annettuun ohjaukseen selvitettiin väittämien muodossa. Väittämät esitettiin teemoittain, ja niihin vastattiin valitsemalla oikea tai lähinnä oleva vastausvaihtoehto 1= täysin erimieltä, 2= jonkin verran erimieltä, 3= jokseenkin tyytyväinen, 4= erittäin tyytyväinen.

Vastaajat olivat pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä leikkausosastolle saapuessaan. Erittäin tyytyväisiä oli 20 (69 %). Kukaan ei ollut tyytymätön samaansa ohjauksen laatuun tai sen riittävyyteen. Kahdeksan (28 %) oli kokenut olevansa jokseenkin tyytyväinen. Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 2).



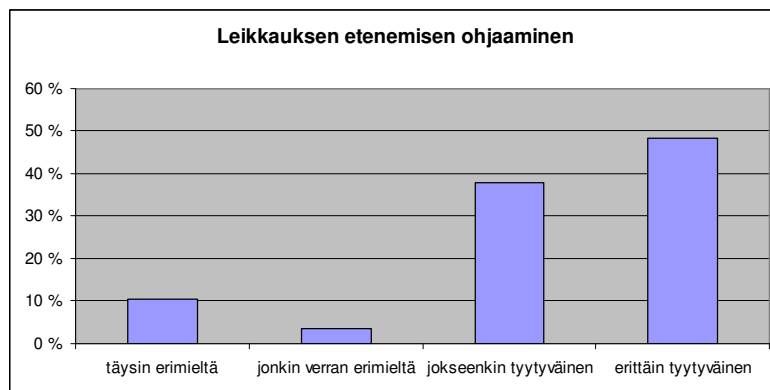
Kuvio 2. Ohjauksen riittävyys saavuttaessa leikkausosastolle

Vastaajien mielipiteet jakaantuivat osittain seurantalaitteiden laitton yhteydessä annettuun ohjaukseen. Kuitenkin erittäin tyytyväisiä koki olevansa 17 (59 %), jokseenkin tyytyväisiä neljä (14 %). Ohjausta toivoi saavansa enemmän kolme (10 %). Yksi (3 %) oli kokenut ohjauksen riittämättömäksi. Neljä (14 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 3).



Kuvio 3. Seurantalaitteiden riittävä ohjaus

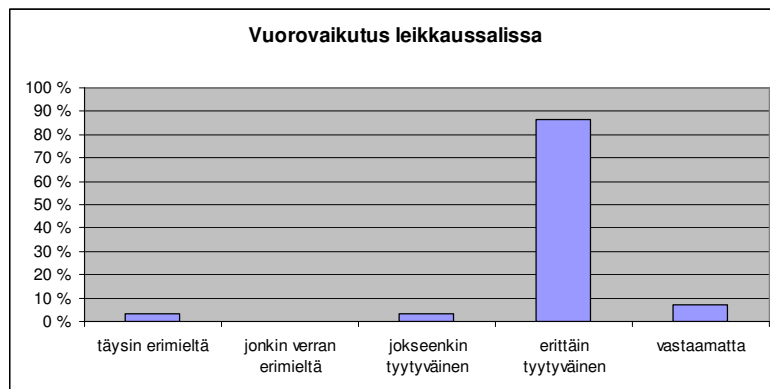
Leikkauksen etenemisen kertominen potilaalle jakoi osittain vastaajien mielipiteitä. 14 (48 %) oli erittäin tyytyväisiä, jokseenkin tyytyväisiä 11 (38 %) Yksi (3 %) oli jonkin verran erimieltä. Kolme (10 %) oli tyytymättömiä leikkauksen etenemisen ohjeistamiseen (Kuvio 4). Kysymykseen vastasivat kaikki.



Kuvio 4. Leikkauksen etenemisen ohjaaminen

9.4 Vuorovaikutus perioperatiivisessa hoitotyössä

Hoitohenkilöstö puhui leikkaussalissa lähes kaikkien vastaajien mielestä ystävällisesti. Vastaajista erittäin tyytyväisiä oli 25 (86 %), jokseenkin tyytyväisiä oli yksi (3 %). Potilaista kukaan ei ollut jonkin verran erimieltä, ja vain yksi (3 %) oli täysin erimieltä hoitohenkilöstön ystävällisestä puhetavasta leikkaussalissa. Kaksi (7 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 5).



Kuvio 5. Hoitohenkilöstön vuorovaikutus leikkaussalissa

Kukaan vastaajista N=29 (100 %) ei ollut kokenut, että leikkauksen aikaiset äänet tai hoitohenkilöstön keskustelu leikkauksen aikana olisi häirinnyt vastaajia. Muutamat vastaajat olivat halunneet tarkentaa kysymystä omilla sanoilla, ettei häiritseviä ääniä ollut leikkauksen aikana leikkaussalissa:

”Ei häiriötä”

”Ei mikään ihmeemmin”

”Väsytti niin, että nukuin”

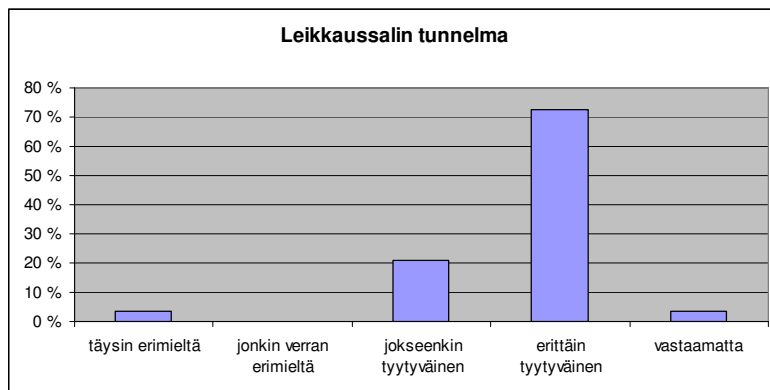
”Olin nukutettuna”

”Ei häiritsevää ääntä”

”Ei häirintää”

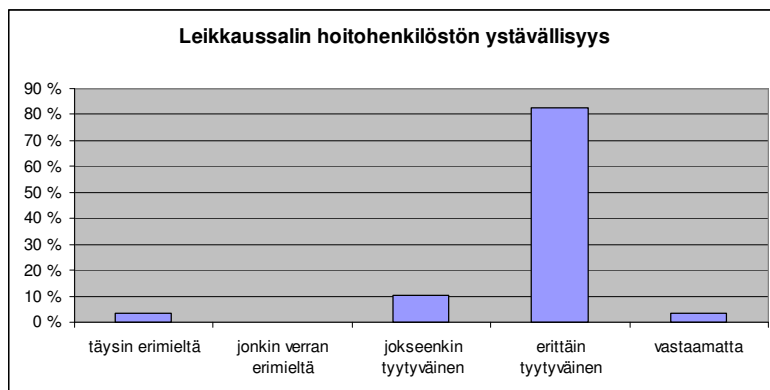
”Ei”

Lähes kaikki vastanneista olivat kokeet leikkaussalin tunnelman rauhallisena. Erittäin tyytyväisiä oli 21 (72 %), jokseenkin tyytyväisiä kuusi (21 %). Kukaan ei ollut jonkin verran erimieltä. Täysin erimieltä leikkaussalin rauhallisuudesta oli vain yksi (3 %). Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 6).



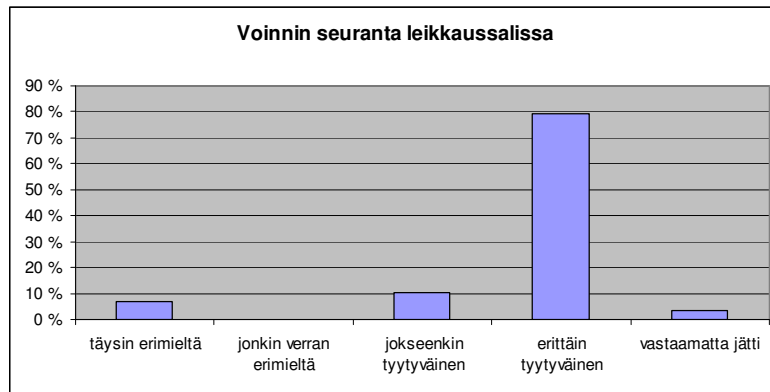
Kuvio 6. Leikkaussalin tunnelman rauhallisuudesta

Leikkaussalin hoitohenkilöstön vastaajat olivat kokeneet lähes kaikki erittäin ystävälliseksi, tätä mieltä oli 24 (83 %), jokseenkin tyytyväisiä oli kolme (10 %). Vain yksi (3 %) oli täysin erimieltä leikkaussalin hoitohenkilökunnan ystävällisyydestä, kukaan vastaajista ei ollut jonkin verran erimieltä. Vastaajista yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 7).



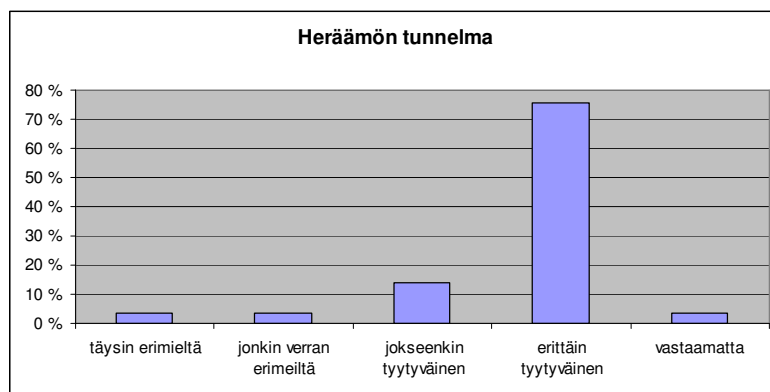
Kuvio 7. Leikkaussalin hoitohenkilöstön ystävällisyys

Riittävän voinnin seurantaan leikkaussalissa vastanneista suurin osa oli erittäin tyytyväinen 23 (79 %), jokseenkin tyytyväisiä oli kolme (10 %). Kukaan vastanneista ei ollut jonkin verran erimieltä. Täysin erimieltä oli vain kaksi (7 %). Vastaajista yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 8).



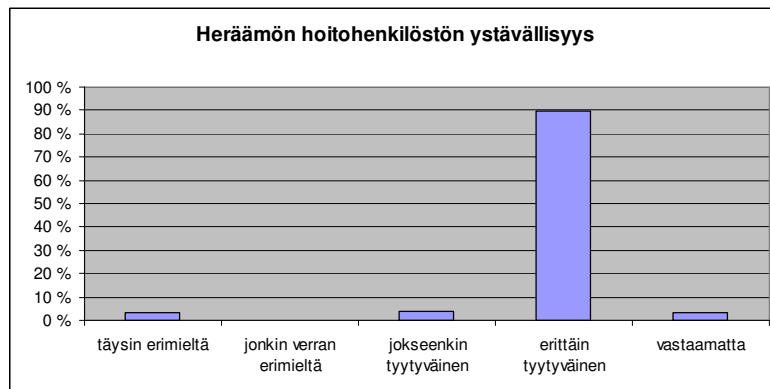
Kuvio 8. Voinnin riittävä seuranta leikkaussalissa

Erittäin rauhallisena heräämön tunnelman oli kokenut suurin osa 22 (76 %). Neljä (14 %) oli jokseenkin tyytyväinen. Jonkin verran erimieltä oli yksi (3 %) ja vain yksi (3 %) oli kokenut heräämön rauhattomana. Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 9).



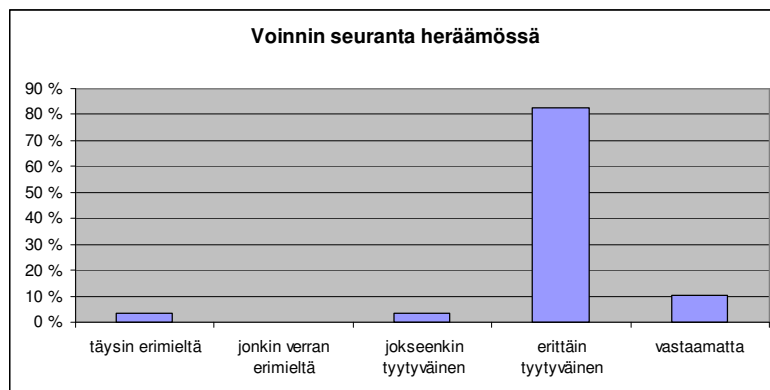
Kuvio 9. Heräämön tunnelman rauhallisuus

Heräämön henkilökunta koettiin ystävälliseksi. Lähes kaikki 26 (90 %) olivat erittäin tyytyväisiä heräämön henkilökunnan ystävällisyyteen. Jokseenkin tyytyväisiä oli yksi (3 %). Kukaan vastanneista ei ollut jonkin verran erimieltä, vain yksi (3 %) oli täysin erimieltä heräämön ystävällisyydestä. Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 10).



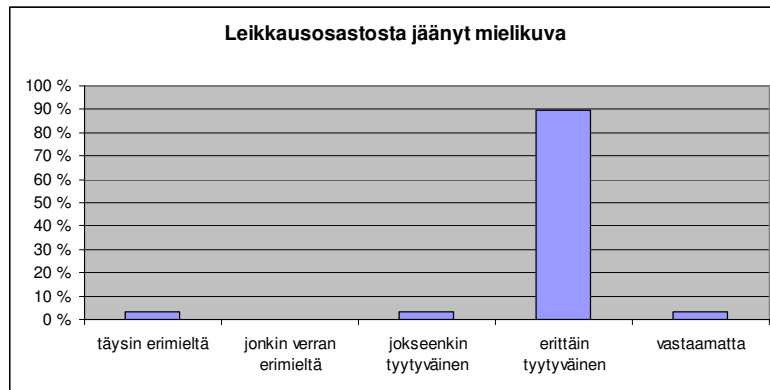
Kuvio 10. Heräämön hoitohenkilöstön ystävällisyys

Vastaajista 24 (83 %) oli erittäin tyytyväisiä riittävän voinnin seurantaan heräämössä. Jokseenkin tyytyväisiä oli yksi (3 %). Kukaan ei ollut jonkin verran tyytyväinen. Vain yksi (3 %) olisi toivonut tehokkaampaa seuranta heräämössä. Vastaajista kolme (10 %) jätti kysymykseen vastaamatta (Kuvio 11).



Kuvio 11. Voinnin seuranta heräämössä

Suurelle osalle oli jäänyt leikkausosastosta positiivinen kuva. Erittäin tyytyväisiä leikkausosaston toimintaan oli 26 (90 %), jokseenkin tyytyväisiä yksi (3 %). Kukaan ei ollut jonkin verran erimieltä ja vain yhdelle (3 %) oli saanut negatiivisen kuvan leikkausosastosta. Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 12).

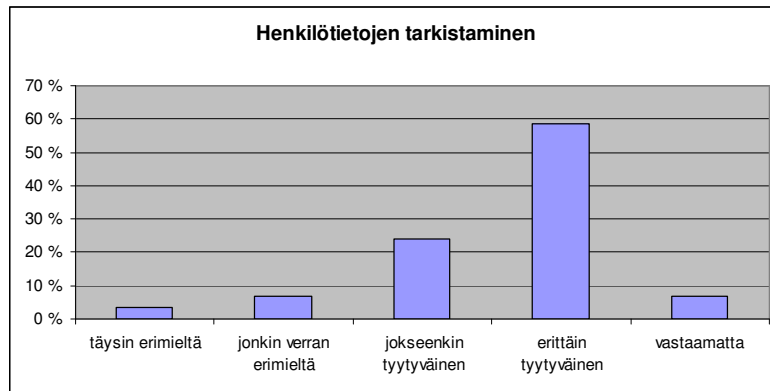


Kuvio 12. Leikkausosastosta ja hoitohenkilökunnasta jäänyt mielikuva

9.5 Yksityisyys

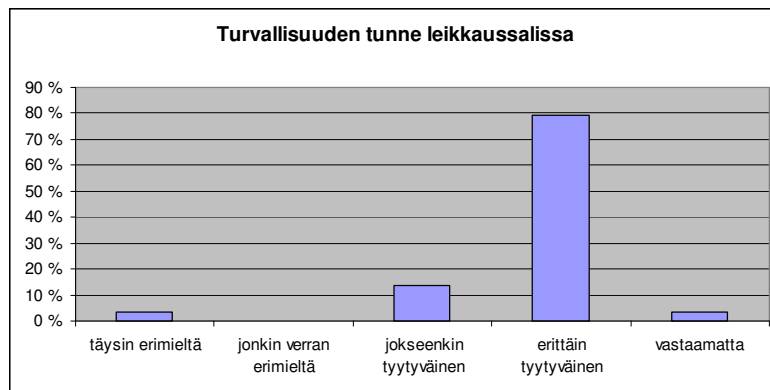
Potilaiden tyytyväisyyttä heidän yksityisyytensä huomioimisesta ja sen toteutumisesta leikkausosastolla selvitettiin väittämien muodossa. Kysymykseen vastattiin valitsemalla oikea tai lähinnä oleva vastausvaihtoehto 1= täysin erimieltä, 2= jonkin verran erimieltä, 3= jokseenkin tyytyväinen, 4= erittäin tyytyväinen.

Vastanneista 17 (59 %) potilasta oli erittäin tyytyväisiä yksityisyyden huomioimisessa tarkistettaessa henkilötietoja. Jokseenkin tyytyväisiä oli seitsemän (24 %). Jonkin verran erimieltä oli kaksi (7 %), ja vain yksi (3 %) koki, ettei henkilötietoja tarkistettu riittävästi, huomioiden potilaan yksityisyys. Kaksi (7 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 13).



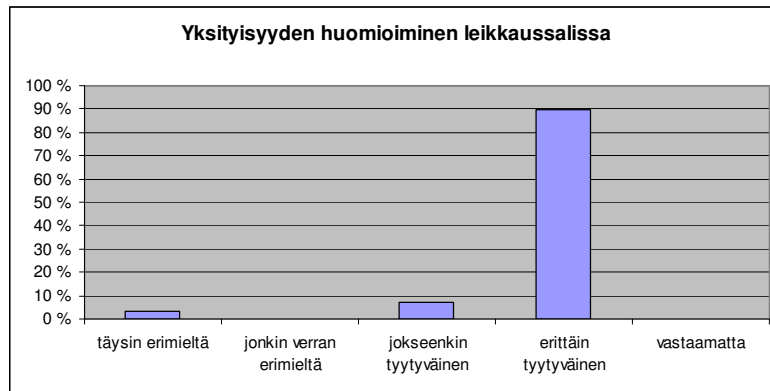
Kuvio 13. Henkilötietojen tarkistaminen huomioiden potilaan yksityisyys

Potilaat olivat yksimielisesti erittäin tyytyväisiä 23 (79 %) turvallisuuden tunteeseen leikkaussalissa. Neljä (14 %) oli jokseenkin tyytyväinen. Täysin erimieltä turvallisuuden tunteesta leikkaussalissa oli vain yksi (3 %). Kukaan vastaajista ei ollut kokenut olevansa jonkin verran erimieltä turvallisuuden tunteesta leikkaussalissa. Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 14).



Kuvio 14. Potilaan turvallisuuden tunne leikkaussalissa

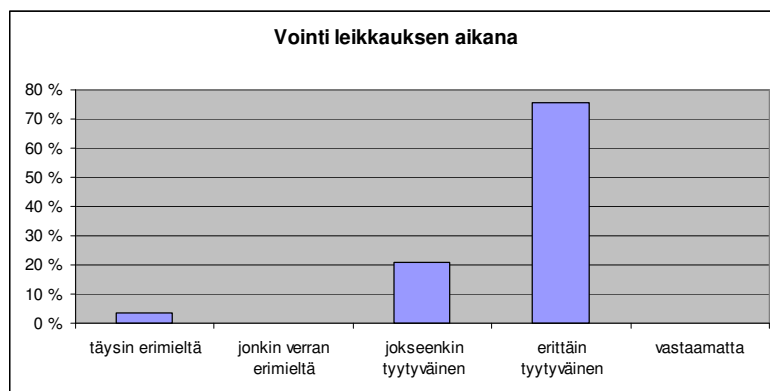
Lähes kaikki vastanneista 26 (90 %) oli kokenut yksityisyyden huomioinnin onnistuneen erittäin hyvin. Jokseenkin tyytyväisiä oli kaksi (7 %) ja vain yksi (3 %) oli kokenut, ettei yksityisyyden huomioiminen ollut onnistunut riittävän hyvin. Kukaan ei ollut jonkin verran erimieltä (Kuvio 15). Kaikki vastaajat vastasivat kysymykseen.



Kuvio 15. Potilaan yksityisyyden huomioiminen leikkaussalissa

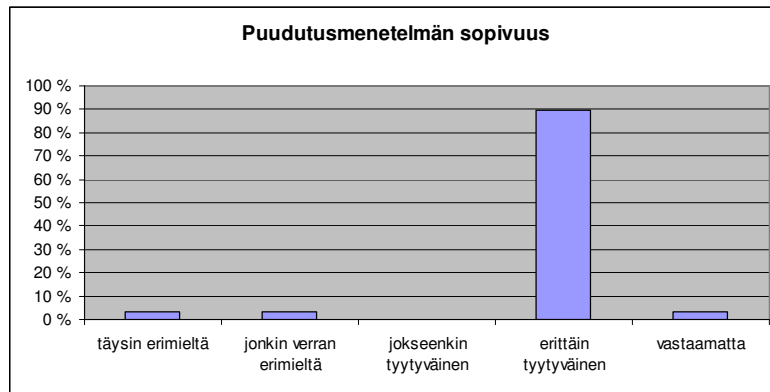
9.6 Kivunhoito leikkausosastolla

Lähes kaikki 22 (76 %) olivat kokeneet leikkauksen aikaisen vointinsa hyväksi. Vointinsa jokseenkin hyväksi oli kokenut kuusi (21 %). Kukaan ei ollut jonkin verran erimieltä hyvästä voinnista leikkauksen aikana. Yksi (3 %) oli kokenut vointinsa huonoksi leikkauksen aikana (Kuvio 16). Kaikki vastaajat vastasivat kysymykseen.



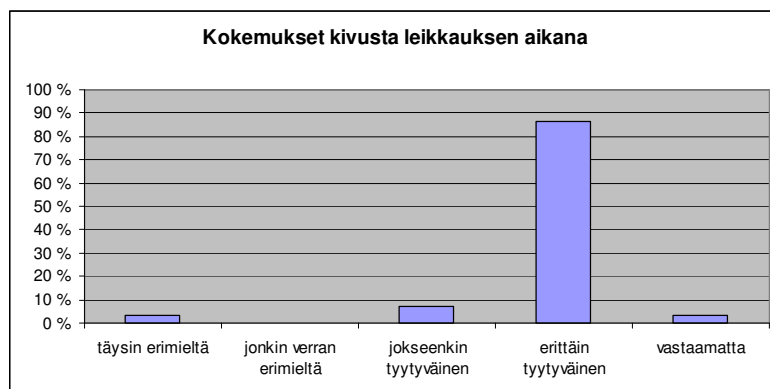
Kuvio 16. Vointi leikkauksen aikana

Vastanneista 26 (90 %) oli erittäin tyytyväinen leikkauksen puudutusmenetelmän sopivuuteen. Vastaajista kukaan ei ollut jokseenkin tyytyväinen. Jonkin verran erimieltä oli yksi (3 %), ja yksi (3 %) oli pettynyt puudutuksen sopivuuteen. Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 17).



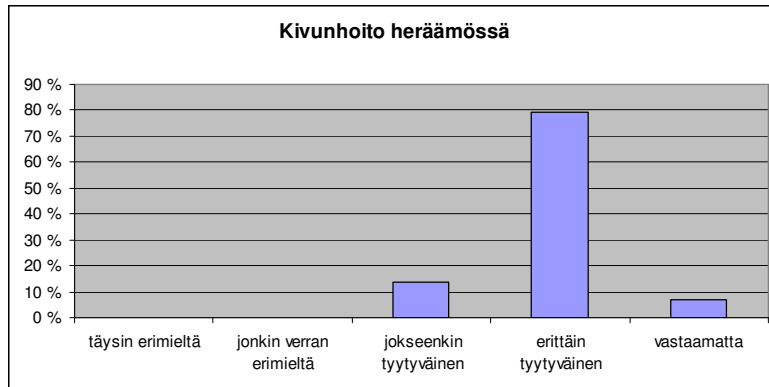
Kuvio 17. Leikkauksen puudutusmenetelmän sopivuus

Leikkauksen aikana vain yksi (3 %) oli tuntenut kipua. Kukaan ei ollut jonkin verran erimieltä. Jokseenkin tyytyväisiä kivuttomuuteen leikkauksen aikana oli kaksi (7 %) ja lähes kaikki 25 (86 %) olivat kokeneet, ettei tunne kipua. Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 18). Kysymykseen olisi voinut tehdä jatkokysymyksen, jossa olisi tarkemmin kysytty kipukokemuksista, jota potilas oli tuntenut leikkauksen aikana.



Kuvio 18. Leikkauksen aikainen kipukokemus

Kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä leikkauksen jälkeisen kivunhoidon riittävyteen heräämössä. Jokseenkin tyytyväinen kivunhoitoon oli neljä (14 %) ja erittäin tyytyväisiä oli 23 (79 %). Kaksi (7 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 19).

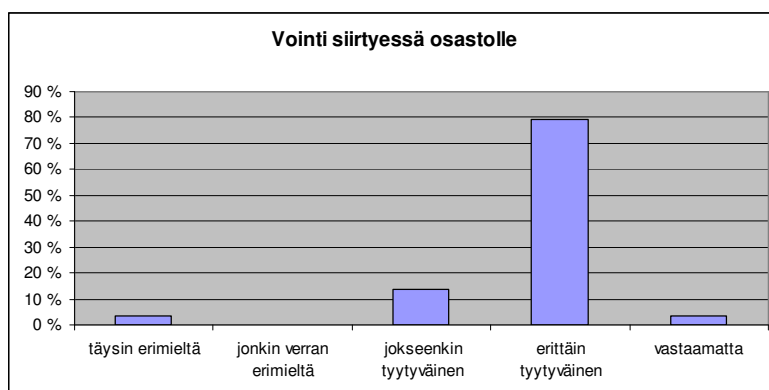


Kuvio 19. Riittävä kivunhoito heräämössä

Vain yksi (3 %) oli kokenut, ettei vointi ollut hyvä siirryttäessä heräämöstä osastolle. Kukaan ei ollut jonkin verran erimieltä, neljä (14 %) oli jokseenkin tyytyväinen. Suurin osa 23 (79 %) oli erittäin tyytyväisiä vointiinsa siirtyessään heräämöstä osastolle. Yksi (3 %) jätti vastaamatta kysymykseen (Kuvio 20). Kysymykseen vastaajalla oli mahdollisuus kirjoittaa vapaamuotoisesti kokemuksiaan, kaksi vastaaja oli kirjoittanut kokemuksensa:

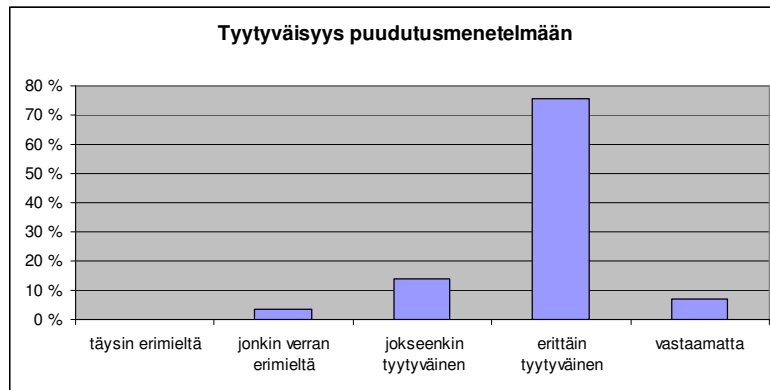
”Jonkun verran pahoinvointia”

”Oli pitkä aika aamu 8- ilta 9”



Kuvio 20. Vointi siirryttäessä heräämöstä osastolle

Lähes jokainen kyselyyn vastanneista 22 (76 %) suosittelisi puudutusta ystävilleen jatkossa. Neljä (14 %) oli jokseenkin tyytyväinen puudutukseen. Yksi (3 %) suosittelisi jonkin verran puudutusta anestesia-annuksena ystävilleen. Kaksi (7 %) jätti kysymykseen vastaamatta (Kuvio 21).



Kuvio 21. Puudutuksenmenetelmän suosittelu ystäville

Kyselylomakkeen lopussa oli avointa tilaa, johon kyselylomakkeen vastaaja sai antaa palautetta tai kehittämissuhteita leikkausosastolle:

”Huonokuntoisemmat pääsisivät aamulla ensin leikkaukseen”

”Ihan hyvä, tosi hyvä”

” Liittyen kysymykseen 8; ehkä olisin operaation aikana odottanut hieman enemmän tietoa operaation etenemisestä: milloin varsinainen operaatio alkoi kirurgin tultua; milloin operaatio päättyi ja laitettiin katetri; ja myös välillä miten operaatio edistyy. Mutta kaiken kaikkiaan hienosti meni, ei mitään valettamista. Kiitos!”

10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuvata käsitteillä reliabiliteetti ja validiteetti. Yhdessä ne muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta. Reliabiliteetissa tarkastellaan tutkimuksen mittaamiseen liittyviä tekijöitä: vastausprosenttia, perusjoukkoa (otoskoko), mittauserheitä (esimerkiksi kyselylomakkeen kysymysten esitystapaa). (Vilka, 2007, 139–140, 152.) Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä on ollut tarkoitus mitata. Tutkimuksen tuloksiin vaikuttaa sen pätevyys ja, onko tutkija ja vastaaja ymmärtäneet kysymyksen samoin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2004, 216–217.) Validiteetissa tarkastellaan esimerkiksi: onko tutkija ja tutkittava ymmärtäneet kysymykset samalla tavalla (Vilka, 2007, 152).

Ennen kyselyn toteuttamista kyselylomake testattiin koehenkilöillä. Yhteistyökumppani hyväksyi kyselylomakkeen ennen sen jakamista kohdetyhmälle. Testaamisella pyrittiin varmistamaan kyselylomakkeen toimivuus ja luotettavuus juuri tähän tutkimukseen. Kyselylomake laadittiin juuri tätä tutkimusta varten sopivaksi (Liite 2).

Länsisuomalaisen sairaalan leikkausosastolla pyritään laadukkaaseen perioperatiiviseen hoitotyöhön. Potilastyytyväisyyden avulla voidaan selvittää, miten hoitotyö leikkausosastolla on onnistunut potilaiden näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa keskityttiin pääasiassa vuorovaikutuksen ja kivunhoidon sisältöihin leikkaussalissa ja heuräämössä ja siihen, miten potilaat olivat kokeneet niiden toteutumisen. Tulosten avulla pyritään kehittämään perioperatiivista hoitotyötä leikkausosastolla.

Opinnäytetyön tekemisestä tekijä teki yhteistyösopimuksen yhteistyökumppanin sekä Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyötutkimukselle haettiin tutkimuslupa (Liite 1).

Tutkimuksen vastausten määrä oli 29 (N=29) ja vastausprosentti 48 %. Joidenkin kysymysten kohdalla vastausten määrä vaihteli. Vastaajat eivät olleet vastanneet joihinkin kysymyksiin, mikä saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää vastaajien motivaatio vastata kysymyksiin.

ja miten kiireellä he ovat lukeneet ja täyttäneet lomakkeen. Tutkimuksen tuloksilla saatiin kuitenkin tietoa hoitotyön toteutumisesta leikkausosastolla, vaikka otanta oli pieni.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää epiduraali - ja spinaalipuudutettujen potilaiden kokemuksia perioperatiivisen hoitotyön toteutumisesta erään länsisuomalaisen sairaalan leikkausosastolla. Tavoitteena oli keskittyä pääsääntöisesti vuorovaikutuksen ja kivunhoidon sisältöihin leikkaussalissa ja heräämössä.

Perioperatiivisesta hoitotyöstä on tehty melko paljon tutkimuksia, mutta niiden tuloksia on hyödynnetty vain osittain tässä tutkimuksessa. Tutkimukset olivat melko vanhoja tai eivät suoranaisesti liittyneet tähän tutkimukseen. Tämän takia aiempiin tutkimustuloksiin tämän tutkimuksen tulosten vertaaminen on vaikeaa. Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 48 %. Yleisesti tutkimuksen tutkimustuloksia katsottaessa vastaajat olivat leikkausosaston hoitotyöhön erittäin tyytyväisiä.

Vuorovaikutus on osa hoitosuhdetta hoitotyössä. Potilaan ollessa puudutettuna vuorovaikutuksen merkitys korostuu entisestään. Luottamus ja turvallisuudentunne luodaan hoitohenkilöstön hyvien vuorovaikutustaitojen avulla. Jokela (1987) totesi tutkimuksessaan, että potilaat havainnoivat sairaanhoitajan toimintaa joko verbaalisena tai nonverbaalisena puudutuksen ja leikkauksen aikana. Tulosten perusteella hoitohenkilöstön ystävällisyyteen oltiin erittäin tyytyväisiä. Muutama yksittäinen vastaaja olisi toivonut saavansa ystävällisempää kohtelua. Leikkaussalin ja heräämön välillä vuorovaikutuksessa ei ollut huomattavia eroja. Suurin osa vastaajista oli kokenut leikkaussalin sekä heräämön rauhallisena hoitoympäristönä. Muutamissa vastauksissa tuli esiin eriäviä mielipiteitä.

Henkilötietojen tarkistamisessa leikkausosastolle saavuttaessa vastaajien mielipiteet jakaantuivat. Suurin osa oli erittäin tyytyväisiä yksityisyyden huomioimiseen henkilötietojen tarkistamisessa. Hankela (1994) totesi tutkimuksessaan, että potilaalle luoturvallisuuden tunnetta hoitohenkilöstön toimintatavat. Tässä tutkimuksessa vastaajat olivat kokeneet, että hoitohenkilöstö oli onnistunut luomaan turvallisuuden tunteen lähes kaikille leikkaussalissa. Vastaajat olivat saamaansa ohjaukseen leikkausosastolla pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä. Ainoastaan seurantalaitteiden laitton yhteydessä sekä leikkauksen etenemisen ohjeistuksessa toivottiin enemmän ohjausta.

Kivunhoidon - ja voinnin seuranta on yksi tärkeä osa-alue laadukkaassa perioperatiivisessa hoitotyössä. Kivunhoito tapahtuu pääsääntöisesti potilaan ollessa leikkaussalissa ja heräämössä. Kukaan potilas ei ollut saanut leikkauksen puudutusmenetelmästä tietoa internetistä, ja kaikki vastaajat olivat saaneet tietoa leikkauksessa käytettävästä puudutuksesta. Suurin osa vastaajista oli saanut tietonsa puudutusmenetelmästä anestesia- ja kivunlääkäriltä tai leikkaavalta lääkäriltä. Tietoa oli saatu myös ohjelehdessä, vuodeosaston hoitajalta ja leikkausosaston hoitajalta. Lähes kaikkien tutkimukseen osallistuneiden puudutusmenetelmänä oli käytetty spinaalipuudutusta. Tästä voidaan päätellä, että tämän otoksen mukaan spinaalipuudutus olisi yleisin puudutusmenetelmä.

Tulosten mukaan suurin osa vastaajista oli vointiinsa leikkauksen aikana tyytyväinen ja kipua ei ollut leikkauksen aikana. Leikkauksen aikana muutama vastanneista oli kokenut vointinsa huonoksi ja kiputuntemuksia oli ollut. Kiputuntemuksia hoitohenkilöstö seuraa leikkauksen aikana muun muassa potilaan, ilmeistä, eleistä sekä potilaan elintoiminnoista. Kyselylomakkeessa olisi voinut olla kysymyksen jälkeen jatkokysymys leikkauksen aikaiseen kivun tuntemukseen. Lähes kaikki vastaajat olivat erittäin tyytyväisiä kivunhoitoon heräämössä. Suurin osa oli vointiinsa tyytyväinen poistuessaan heräämöstä. Leikkauksessa käytettyyn puudutusmenetelmään, ja sen sopivuuteen oltiin myös tyytyväisiä. Suurin osa suosittelisikin puudutusta anestesia-muodoksi leikkauksessa.

Yhteenvedona tutkimustuloksista voidaan todeta, että tutkimuksen avulla saatiin tutkimustehtäviin vastaukset. Puudutuspotilaat olivat tyytyväisiä leikkausosaston henkilöstön vuorovaikutukseen vastaajia kohtaan. Kivunhoito toteutettiin leikkausosastolla hyvin. Ainoastaan seurantalaitteiden laiton yhteydessä ja leikkauksen etenemiseen vastaajat toivoivat enemmän ohjausta. Nämä olivat kuitenkin yksittäisiä mielipiteitä. Puudutuspotilaat olivat perioperatiivisen hoitotyön toteutumiseen leikkausosastolla tyytyväisiä. Tulosten perusteella leikkausosasto voi kehittää potilasohjausta seurantalaitteiden laiton yhteydessä ja kertoa leikkauksen kulusta potilaille enemmän.

Tutkimustuloksia analysoitaessa havaittiin, että kyselylomakkeen olisi voinut rakentaa vielä selkeämmäksi ja helppolukuisemmaksi vastaajalle. Ehkä tästä johtui etteivät kaikki vastaajat olleet vastanneet kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin. Kuitenkaan kyselylomakkeesta ei ole tullut negatiivista palautetta tekijälle.

Vastaajista 28 (97 %) oli saanut esilääkkeen ennen leikkausta. Leikkauksen aikana oli mahdollisesti annettu lisälääkitystä kuten kipulääkettä tai rauhoittavia lääkkeitä. Ne olivat voineet aiheuttaa vastaajille väsymyksen leikkauksen aikana ja heidän on voinut olla hankala vastata kyselylomakkeeseen. On hienoa kuitenkin huomata, että kyselylomakkeessa oli vastattu leikkauksen aikaisiin kysymyksiin. Tulee huomioida, että puudutettu potilas voi jopa nukkua leikkauksen aikana. Menetelmänä kyselylomake toimi tutkimuksessa hyvin.

Perioperatiivisesta hoitotyöstä on tehty aiemmin opinnäytteitä useita erityyppisiä. Jatkotutkimusaiheena tälle tutkimukselle, voisi tutkia esimerkiksi leikkausosaston viihtyvyyttä hoitoympäristönä. Toisena jatkotutkimustyönä voisi tutkia, miten leikkausosto on onnistunut luomaan turvallisuuden tunteen potilaalle hoitoympäristönä. Kolmantena jatkotutkimusaiheena voisi tutkia, miten potilaat ymmärtävät hoitohenkilöstön hyvän vuorovaikutuksen ja ystävällisyyden.

LÄHTEET

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2008. Sairaanhoido ja huolenpito. WSOY: Helsinki

Estlander, A-M., Hamunen, K., Kalso, E., Maunuksela, E-L & Vainio, A. 2002. Kipu. Jyväskylä: Duodecim

Hankela, S. 1994. Intraoperatiivinen hoitotyö leikkauspotilaiden kokemana. Lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta

Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Tampereen yliopisto

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Holmia, S., Murtonen I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2001 Sisätauti- kirurginen hoitotyö Porvoo: WSOY

Hyypä, E., Manninen, K., Medina, A., Myllymäki, L., Rautama, S. & Salo, H. 1997. Sisätauti- kirurginen hoito-oppi. Porvoo: WSOY

Jokela, J. 1987. Leikkauspotilaan ja sairaanhoitajan välinen vuorovaikutus potilaan näkökulmasta. Pro-gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Kansanterveystieteen laitos

Kalso, E., Vainio, A., Maunuksela., E-L. & Tigerstedt, I. 1993. Kipu: Helsinki: Duodecim

Kalso, E., Haanpää, M., Vainio, A. 2009. Kipu. Keuruu: Duodecim

Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito: Porvoo: WSOY

Kuuri-Riutta, A. 1995. Puudutuspotilaan hyvä hoito intraoperatiivisessa hoitotyössä. Hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta

Laitinen, R. 2003. Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta. Pro-gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. 1994. Leikkaus- ja anestesiahoiton laatu mitä potilaat sanovat? Hoitotyön julkaisusarja. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotieteen laitos

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö: Helsinki: WSOY

- Manninen, K. 1994. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Jyväskylä: Gummerus
- Mikkonen, R. 1994. Potilas leikkaushoidossa Pro-gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Lääketieteellinen tiedekunta
- Panelius, M. & Varisto, H. 1990. Perioperatiivisen hoito-opin perusteet: Juva: WSOY
- Rosenberg, P., Alahuhta, A., Lingren, L., Olkkola, K & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim
- Rosenberg, P., Alahuhta, S., Hendolin H., Jalonen., J. & Yli-Haka, A. 2002, Anestesiaopas. Rauma: Duodecim
- Sailo, E., Vartti A-M (toim). 2000, Kivunhoito. Tampere: Tammi
- Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T., Suominen, S. 2001, Kirurgia. Porvoo: WSOY
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. uud.painos 2008 (2002) Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy



HAKIJA/HAKIJAT	Nimi/nimet Noora Maria Sjöman <hr/> <hr/> Yhteys henkilön Puh: 044-3050661 Osoite: Erkontie 28 as. 4 Postino: 29600 Postitoimipakka: Noormarkku Email: noora.sjoman@student.samk.fi	Opiskelu- tai työpaikka Satakunnan ammattikorkeakoulu Sosiaali - ja terveysala Pori <hr/> Virka/toimi (ei koske opiskelijoita) <hr/> Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> opinnäytetyö/ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) LIITTEET opinnäytetyösuunnitelma (ks. erillinen ohje)	Nimi: Puudutetun potilaan ajatuksia ja kokemuksia leikkausosaston hoitotyöstä, Kohderyhmä: epiduraali - ja spinaalipuudutetut potilaat, Menetelmä: Materiaali kerätään kyselylomakkeen avulla kohderyhmän potilailta, joiden toimenpide kohdistuu naistentauteihin ja urologiaan. Liitteenä tutkimussuunnitelma ja kyselylomake.	
OPPILAITOKSEN OHJAAJA(T)	9.10.2011 <i>Harjo Flink</i> allekirjoitus/nimen selvennys (<i>Harjo Flink</i>) <hr/> / allekirjoitus/nimen selvennys	
SITOUMUS	Sitoudun noudattamaan sairaanhoidopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta 9.5.2011 <i>Noora Sjöman / Noora Sjöman</i> allekirjoitus/nimen selvennys	
LUVAN MYÖNTÄMINEN	Sairaanhoidopiirin/toimialueen/yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää): <hr/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita <input checked="" type="checkbox"/> <hr/> Lupa opinnäytetyön toteuttamiselle Myönnän <input checked="" type="checkbox"/> En myönnä <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) 31.5-11 <i>Mari</i> allekirjoitus/nimen selvennys <hr/> / allekirjoitus/nimen selvennys	



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS

	Ylilääkäri(t) <u>23.5 2011</u> <u>Sipall</u> allekirjoitus/nimen selvennys <u>Saari Svoboda</u> 1 allekirjoitus/nimen selvennys
SAIRAANHOITOPIIIRIN YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN	(ylihoitaja nimeää) Yhteystiedot (puh/email)

Arvoisa kyselyyn osallistuja!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta Porista ja opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen, jonka aiheena on selvittää epiduraali ja spinaalipuudutettujen henkilöiden ajatuksia ja kokemuksia leikkausosaston hoitotyöstä. Aineiston kerään kyselylomakkeen avulla, jossa on väittämiä leikkausosastolta.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivon teidän täyttävän lomakkeen, jotta saan arvokasta tietoa leikkausosaston hoitotyöstä. Kaikki antamanne tiedot käsittelem nimettömästi ja luottamuksellisesti. Kun olette täyttänyt lomakkeen, laittakaa se palautuskuoreen. Suljetun kuoren voitte palauttaa osaston kansliaan tai antaa osaston hoitajalle.

Mikäli teillä on vastauslomakkeeseen tai opinnäytetyöhön liittyviä kysymyksiä voitte ottaa minuun yhteyttä sähköpostitse.

KIITOS ETUKÄTEEN VASTAUKSESTANNE

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelija Noora Sjöman

noora.sjoman@student.samk.fi

VASTATKAA SEURAAVIIN KYSYMYKSIIN YMPYRÖIMÄLLÄ OIKEA VASTAUSVAIHTOEHTO

I TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli
a. nainen
b. mies
2. Mitä puudutusta käytettiin leikkauksessanne?
a. epiduraalipuudutus
b. spinaalipuudutus (selkäpuudutus)
c. en osaa sanoa
3. Saitteko esilääkkeen ennen leikkausta?
a. kyllä
b. en
c. en osaa sanoa
4. Onko teitä leikattu aiemmin puudutuksessa?
a. kyllä
b. ei
c. en osaa sanoa

II TIEDONSANTI

5. Keneltä saitte tietoa tämän leikkauksen puudutuksesta?
a. ohjelehdessä
b. vuodeosaston hoitajalta
c. leikkausosaston hoitajalta
d. anestesia­lääkäriltä
e. leikkaavalta lääkäriltä
f. internet
g. en saanut tietoa

VALITKAA SEURAAVISTA VÄITTÄMISTÄ SOPIVIN VASTAUSVAIHTOEHTO JA YMPYRÖIKÄÄ VALITSEMANNE NUMERO

- 1 = täysin erimieltä** **2 = jonkin verran erimieltä**
3 = jokseenkin tyytyväinen **4 = erittäin tyytyväinen**

III OHJAUS

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 6. Saapuessani leikkausosastolle sain riittävästi ohjausta tapahtumien kulusta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Seurantalaitteiden laitossa minua ohjeistettiin riittävästi, (esimerkiksi asennon ja tippakanyylin suhteen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Minua ohjeistettiin leikkauksen etenemisestä | 1 | 2 | 3 | 4 |

1 = täysin erimieltä
3 = jokseenkin tyytyväinen

2 = jonkin verran erimieltä
4= erittäin tyytyväinen

IV VUOROVAIKUTUS

9. Hoitajat puhuivat minulle ystävällisesti leikkaussalissa 1 2 3 4

10. Leikkauksen aikaiset äänet häiritsivät minua
a. ulkopuolinen melu b. hoitohenkilöstön keskustelu
c. jokin
muu _____

11. Leikkaussalin tunnelma oli rauhallinen 1 2 3 4

12. Leikkaussalin henkilökunta oli ystävällistä 1 2 3 4

13. Vointiani seurattiin leikkaussalissa riittävästi 1 2 3 4

14. Heräämön tunnelma oli rauhallinen 1 2 3 4

15. Heräämön henkilökunta oli ystävällistä 1 2 3 4

16. Vointiani seurattiin heräämössä riittävästi 1 2 3 4

17. Minulle jäi miellyttävä kuva leikkausosastosta ja sen henkilökunnasta 1 2 3 4

V INTIMITEETTI

18. Henkilötietoni tarkastettiin siten ettei ulkopuoliset kuulleet tietojani ja yksityisyyteni huomioitiin 1 2 3 4

19. Tunsin oloni turvalliseksi leikkaussalissa ollessani 1 2 3 4

20. Kehoani ei paljastettu turhaan leikkaussalissa 1 2 3 4

1 = täysin erimieltä
3 = jokseenkin tyytyväinen

2 = jonkin verran erimieltä
4= erittäin tyytyväinen

VI KIVUNHOITO

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 21. Vointini oli leikkauksen aikana hyvä | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Leikkauksen puudutusmuoto oli hyvävaihtoehto minulle | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. En tuntenut kipua leikkauksen aikana | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Sain heräämössä riittävästi kipulääkettä | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Vointini oli heräämöstä siirtyessä osastolle hyvä, jos olitte eri mieltä, miksi? | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 26. Suosittelisin puuduttamista ystäväilleni | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|

Kehittämisehdotuksia leikkausosastolle

KIITOS VASTAUKSESTANNE JA PIKAISTA TOIPUMISTA!