



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiia Karjalainen ja Iida Harju

**HOITAJIEN KOKEMUKSET
LEIKKAUSPOTILAIDEN PELOISTA JA NIIDEN
TUNNISTAMISESTA SEKÄ TUKEMISESTA**

Sosiaali- ja terveysala
2023

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Tiia Karjalainen ja Iida Harju
Opinnäytetyön nimi	Hoitajien kokemukset leikkauspotilaiden peloista ja niiden tunnistamisesta sekä tukemisesta
Vuosi	2023
Kieli	suomi
Sivumäärä	41 + 1 liitettä
Ohjaaja	Miia Joensuu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Vaasan keskussairaalan hoitajien kokemuksia leikkauspotilaiden peloista ja niiden tunnistamisesta sekä tukemisesta. Tavoitteena oli tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla kehittää leikkausta pelkäävän potilaan tunnistamista ja tukemista.

Tutkimuksen toteuttamiseen käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluna ja analysointiin käyttäen induktiivista sisältöanalyysia. Opinnäytetyön kohderyhmänä oli yhdeksän (9) hoitajaa, jotka työskentelivät Vaasan keskussairaalan preoperatiivisella poliklinikalla.

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaiden leikkauspelon tunnistamisessa ovat auttaneet huomattavat fyysiset ja psyykkiset oireet. Toisinaan potilas on kertonut hoitajalle itsekin pelkäävänsä leikkausta. Potilaiden yleisimpänä leikkauspelkona nousi esille nukutus ja siitä herääminen, mutta myös esimerkiksi toimenpiteeseen ja oman käytöksen pelkäämiseen on liittynyt pelkoa. Haastatteluissa hoitajat nostivat eniten esille rauhallisen kohtaamisen, potilaiden kuuntelemisen ja informaation antamisen tärkeyden leikkausta pelkäävien potilaiden tukemisessa. Vastauksissaan hoitajat kertoivat kokevansa heillä olevan hyvät valmiudet kohdata ja tukea leikkauspelkoista potilasta.

ABSTRACT

Author	Tiia Karjalainen and Iida Harju
Title	Nurses' Experiences of Surgery Patients' Fears of Identifying the Fears and of Supporting the Patients
Year	2023
Language	Finnish
Pages	41 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Miia Joensuu

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the experiences of nurses at Vaasa Central Hospital regarding the fears of surgery patients, identifying these fears and supporting the patients. The goal was to use the new information produced in the study to develop the identification and support of patients who are afraid of surgery.

The study method was a qualitative research method. The data was collected as a group interview and was analyzed using inductive content analysis (ICA). The target group of the bachelor's thesis included nine (9) nurses who worked at the preoperative outpatient clinic of Vaasa Central Hospital.

The results of the bachelor's thesis showed that physical and psychological symptoms that the patients have, have helped in identifying the patients' fear of surgery. Occasionally, the patient themselves have told the nurses they are afraid of the surgery. It was found that the most common fear of surgery among patients was waking up from anesthesia. Fear has also been associated with, for example, the procedure and being afraid of one's own behaviour. The nurses emphasized several ways to better support patients who are afraid of surgery in the interviews, including having calm encounters, listening and hearing the patients, as well as providing information about the procedure. In their responses, the nurses reported that they are well-equipped to encounter and support the patients who are afraid of their surgery.

Keywords preoperative fear and anxiety, preoperative nursing, surgical nursing, nurse, Vaasa Central Hospital

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ	9
	2.1 Preoperatiivinen hoitotyö.....	9
	2.2 Intraoperatiivinen hoitotyö	11
	2.3 Postoperatiivinen hoitotyö	12
3	LEIKKAUSTOIMINTA.....	15
4	LEIKKAUSPELKO	18
	4.1 Leikkauspelko ja sen vaikutukset potilaaseen	18
	4.2 Leikkauspelon lievittäminen	19
	4.3 Leikkauspelon ilmaantuminen perioperatiivisessa hoitotyössä.....	21
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	23
	6.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu	23
	6.2 Aineiston analysointi.....	24
7	TUTKIMUSTULOKSET	26
	7.1 Hoitajien kokemukset leikkauspotilaiden peloista ja niiden tunnistamisesta sekä tukemisesta	26
	7.1.1 Leikkauspelon tunnistaminen	26
	7.1.2 Potilaiden leikkauspelot.....	27
	7.1.3 Leikkausta pelkäävän tukeminen.....	27
	7.1.4 Leikkausta pelkäävän kohtaaminen.....	29
	7.1.5 Hoitajien kokemat valmiudet.....	30
8	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	32
	8.1 Tutkimuksen eettisyys	32
	8.2 Tutkimuksen luotettavuus	33

9	POHDINTA.....	35
9.1	Tutkimustulosten pohdinta	35
9.2	Tutkimus oppimisprosessina	37
9.3	Jatkotutkimusaiheet	38
	LÄHTEET	39
	LIITTEET	42

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. News pisteytysjärjestelmä. (Lääkärilehti 2018)

13

LIITELUETTELO

LIITE 1. Haastattelukysymykset

1 JOHDANTO

Suomessa tehdään vuosittain yli 550 000 leikkausta ja 435 000 kirurgista hoitojaksoa, joista 356 000 on elektiivisiä eli suunniteltuja leikkauksia. Vuosittain tapahtuvista leikkauksista saatiin tiedot vuonna 2011 käytössä olleesta hoitoilmoitusrekisteristä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Buure, Ekola, Partamies & Sulosaari 2020, 99.) Leikkaukseen voidaan joutua omasta tahdosta, vammojen ja vaivojen seurauksena tai päivystyksellisesti, jolloin leikkausta ei voida itse valita.

Leikkaus on toimenpiteenä monelle potilaalle ainutlaatuinen kokemus, joka voi aiheuttaa tietoisella tai tiedostamattomalla tavalla ahdistusta. Leikkauspelko voi kohdistua yleisanestesian epäonnistumiseen, postoperatiiviseen kipuun ja pahoinvointiin tai tulevaan toimenpiteeseen kokonaisuudessaan. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2012, 479.) Leikkausta edeltävä pelko voi vaikuttaa negatiivisesti leikkaustulokseen, esimerkiksi pitkittämällä haavan paranemista sekä johtamalla pitkittyneeseen masennukseen ja ahdistukseen (Peate 2015).

Potilaan saapuessa sairaalaan ennen leikkausta hänet ottaa usein vastaan sairaanhoitaja. Potilas saattaa jo tässä vaiheessa ilmaista pelkoa leikkausta kohtaan, ja tässä tapauksessa hoitajan tulee osata reagoida potilaan ilmaisemaan pelkoon. Potilaan kanssa keskustelemalla ja häntä kuuntelemalla hoitaja voi helpottaa potilaan kokemaan pelkoa ja jännitystä. (Leikkola 2014.) Hoitajien tulee osata keskustella sekä kertoa potilaalle ja hänen omaisilleen todenmukaista tietoa leikkauksesta, sen kulusta ja jatkohoidoista.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia leikkauspelkoisesta potilaasta ja sen tunnistamisesta sekä tukemisesta. Lisäksi hoitajat voivat hyödyntää muiden hoitajien kokemuksia ja toimintatapoja omassa hoitotyössään. Tavoitteena on tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla kehittää leikkausta pelkäävän potilaan tunnistamista ja tukemista.

2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Perioperatiivinen hoitoprosessi pitää sisällään hoidon leikkaus- ja anestesiaosastolla. Kreikan kielestä tuleva sana "peri" tarkoittaa "ympäri", minkä vuoksi perioperatiivinen hoitotyö voidaan ymmärtää operaation eli leikkauksen ympärillä tapahtuvaa hoitotyötä. Perioperatiivinen hoitotyö jaetaan preoperatiiviseen eli ennen leikkausta tapahtuvaan hoitotyöhön, intraoperatiiviseen eli leikkauksessa tapahtuvaan hoitotyöhön sekä postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeiseen hoitotyöhön. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 8.)

2.1 Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivinen hoitotyö tarkoittaa leikkausta edeltävää vaihetta, joka alkaa potilaan leikkauspäätöksestä ja jatkuu leikkaussalin hoitohenkilökunnan vastaanottamiseen asti. Tämä vaihe aloittaa potilaan perioperatiivisen hoitoketjun. (Karma ym. 2016, 8.) Perioperatiivisen vaiheen tavoitteena on, että potilas tietää leikkaussuunnitelman sekä suhtautuu luottavaisesti anestesiaan ja leikkaukseen. Tärkeimpänä vaiheena on leikkaukseen valmistautuminen, jonka tarkoituksena on edistää potilaan toipumista ja vähentää toimenpiteeseen liittyviä komplikaatioita. Potilas voi valmistautua leikkaukseen kotoa käsin, osastolla, päivystysosastolla tai poliklinikalla. (Ahonen ym. 2019, 92.)

Oleellinen osa potilaan valmistelua anestesiaa ja leikkausta varten on anestesiologin tekemä arviointi potilaan anestesia- ja leikkauskelpoisuudesta. Arvioinnin päätavoitteena on selvittää anestesiaan ja suunniteltuun toimenpiteeseen liittyvät vaaratekijät sekä estää tai vähentää niitä. Riskit muodostuvat kolmesta päätekijästä, joita ovat potilaan fyysinen ja henkinen kunto, kirurginen tauti ja sen hoito sekä anestesia. (Karinen & Kiviluoma 2020.)

Anestesiaalääkäri arvio potilaan anestesiakelpoisuutta ASA-luokituksen (American Society of Anesthesiologists) avulla. ASA-luokituksella voidaan yksinkertaisesti

kuvata leikkaukseen tulevan potilaan tilaa sekä ennakoida ja varautua mahdollisiin komplikaatioihin leikkauksessa ja anestesiassa. (Ahonen ym. 2019, 92-96.) ASA-luokitukset ovat 1–5 välillä, jossa ASA 1 on perusterve yli 1-vuotias tai alle 65-vuotias potilas. ASA 2 luokkaan kuuluvat alle 1-vuotiaat tai yli 65-vuotiaat potilaat, joilla on lievä tai hyvässä hoitotasapainossa oleva sairaus. ASA 3 luokkaan kuuluvat potilaat, joilla on joku vakava yleissairaus, mutta joka ei uhkaa henkeä. Tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi insuliinihoitoinen diabetes ja stabiili sepelvaltimotauti. ASA 4 luokkaan kuuluvat potilaat, joilla on jokin henkeä uhkaava sairaus, kuten aivoverenkiertohäiriö. ASA 5 luokkaan kuuluvat potilaat ovat kuolemansairaita, ja ilman leikkausta he eivät elä yli 24 tuntia. (Ahonen ym. 2020, 94.) Mitä korkeampi potilaan ASA-luokitus on, sitä suuremmaksi kasvaa potilaan leikkauskuolleisuuden riski (Karma ym. 2016, 55).

Anestesiaaluokituksen lisäksi potilaan leikkauksekelpoisuuteen vaikuttavat fyysinen suorituskyky, sydän- ja verisuonisairaudet, keuhkojen toimintakyky, diabeteksen tasapaino, sairaalloinen lihavuus sekä ikä. Nämä riskitekijät ja niiden vaikutukset toimenpiteeseen tulee aina arvioida ennen leikkausta. (Ahonen ym. 2019, 93.)

Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu potilaan kanssa yhdessä käytävä tulokeskustelu, jonka perustana on potilaan etukäteen täyttämä esitietolomake. Tulokeskustelu voidaan käydä päivää ennen leikkausta, puhelimitse 1–2 viikkoa ennen leikkausta tai preoperatiivisella käynnillä 1–3 viikkoa ennen leikkausta. Keskustelussa käydään läpi potilaan omat toiveet leikkaukselle ja hänen käsityksensä omasta terveydentilastaan. Lisäksi sairaanhoitaja kertoo potilaalle tulevasta toimenpiteestä ja sen ajankohdasta, välittömästä leikkaukseen valmistautumisesta, leikkaussalin tapahtumista, leikkauksen jälkeisestä toipumisesta ja kivunhoidosta sekä hoidosta vuodeosastolla tai kotihoito-ohjeista päiväkirurgisella potilaalla. Tulokeskustelun pohjalta sairaanhoitaja laatii potilaan kanssa yhdessä hoitosuunnitelman. (Ahonen ym. 2019, 92-96.)

Välittömään leikkaukseen valmistautumiseen kuuluvat ihon puhdistaminen, ihon kunnan tarkistaminen, leikkausvaatetuksen pukeminen, irtoesineiden ja korujen

poistaminen sekä verenkiertoelimistön tilan mittaaminen. Leikkauskohtaisesti voidaan sopia erikseen potilaan ravinnosta olosta, suoliston tyhjennyksestä, säännöllisten lääkkeiden tauottamisesta sekä tarvittaessa antibioottiprofylaksian ja esilääkityksen antamisesta. Ennen leikkausta potilaasta kerätään tietoja, jotka voivat vaikuttaa toimenpiteeseen ja kuntoutumiseen. Näitä ovat esimerkiksi potilaan yleistila, aikaisemmat leikkaukset ja niissä ilmenneet reaktiot, perussairaudet, käytössä oleva lääkitys, luontaistuotteet, mahdolliset allergiat ja yliherkkyysoireet. (Ahonen ym. 2019, 92-96.)

2.2 Intraoperatiivinen hoitotyö

Intraoperatiivinen hoitotyön vaihe alkaa siitä, kun leikkaussalin henkilökunta ottaa vastuun potilaan hoidosta, ja päättyy potilaan siirryttyä anestesiavalvontaan (Karma ym. 2016, 8). Leikkaussalissa hoitotyö kohdistuu potilaan perus- ja erityistarpeiden tyydyttämiseen, jossa olennaisena osana on potilaan voimien ja elintoimintojen tarkkailu sekä tajunnantason arvioiminen. Intraoperatiivinen hoito on moniammatillista tiimityötä leikkaussalissa. Leikkaustiimiin kuuluu yleensä kirurgi, anestesia lääkäri, anestesiahoitaja, instrumentoituva hoitaja ja valvova sairaanhoitaja. Intraoperatiivisen vaiheen aikana toteutetaan potilaan yleisanestesia tai puudutus hänelle valitun anestesia muodon mukaisesti. Tämän lisäksi anestesiologi ja anestesiahoitaja tarkkailevat yhdessä potilaan elintoimintoja sekä huolehtivat hänen riittävästä lääkityksestä, nesteytyksestä ja lämpötilasta. (Ahonen ym. 2019, 98-99.)

Anestesian avulla potilas saadaan leikkaustoimenpidettä varten kivuttomaksi ja tunnottomaksi. Anestesia muotoja ovat yleisanestesia eli nukutus ja puudutus. (Olkkola 2018.) Yleisanestesialla tarkoitetaan tilaa, jossa potilas ei tunne kipua eikä ole tietoinen unenaikaisista tapahtumista. Yleisanestesia koostuu unesta, kivuttomuudesta ja lihasten rentoutumisesta. Nukutus aloitetaan suonensisäisillä lääkkeillä, ja niiden unettava vaikutus on nopea. (Terveyskylä 2021.) Puudutteilla eli puudutusaineilla voidaan lievittää kipua paikallisesti tai laajemmalla alueella. Niiden vaikutus perustuu hermoimpulssin kulun estämiseen hermosolukalvoissa.

(Olkkola 2018.) Puudutukset voidaan jaotella sentraalisiin ja muihin puudutuksiin käyttöalueen mukaisesti. Sentraalisiin puudutuksiin kuuluvat epiduraali- ja spinaalipuudutus, kun taas muihin puudutteisiin erilaiset johto- ja paikallispuudutukset. (Niemi-Murrolla & Ahlmén-Laiho 2021.)

Leikkaussalissa potilas on kytkettynä valvontalaitteisiin, joiden avulla voidaan keskeisimpänä kaikilla potilailla seurata sydänsähkökäyrää (EKG), olkavarresta mitattavaa noninvasiivinen verenpainetta (NIBP) ja pulssioksimetriaa. Näiden avulla voidaan mitata keskeisiä elintoimintoja, joita ovat verenpaine, pulssi ja happisaturaatio. Lisäksi nukutettavilta potilailta seurataan unen syvyyttä ja lihasrelaksaatiota. Potilaan asettaminen hyvään leikkausasentoon vaatii osaamista ja asiantuntemusta. Huono leikkausasento vaikeuttaa ja pitkittää leikkausta, mikä voi lisätä leikkauksesta johtuvia komplikaatioita potilaalla. Pahimmillaan leikkausasento voi aiheuttaa potilaalle pysyviä vaurioita ja jopa hengenvaaran. Useimmiten leikkausasento on kompromissi potilaan turvallisuuden ja leikkausalueen esteettömyyden välillä. (Karma ym. 2016, 74, 104.)

2.3 Postoperatiivinen hoitotyö

Postoperatiivinen hoitotyön vaihe alkaa potilaan ollessa heräämössä ja kestää siihen asti, kunnes potilaalla ei ole enää tarvetta leikkaukseen liittyvään hoitotyöhön (Karma ym. 2016, 8). Leikkauspotilasta tarkkaillaan heräämössä intensiivisesti, jotta osataan tunnistaa kriittisessä tilassa olevat potilaat ja ennakoida kliinisen tilan huononeminen mahdollisimman aikaisin. (Ahonen ym. 2019, 99).

Potilaan tarkkailua varten on kehitetty NEWS (National Epäily Warning Score) -pisteytysjärjestelmä, jonka avulla voidaan seurata ja arvioida potilaan peruselintoimintoja. Pisteytykset muodostuvat potilaan hengitystaajuudesta, happisaturaatiosta, mahdollisen lisähapen käytöstä, verenpaineesta, syketaajuudesta, tajunnantasosta sekä lämpötilasta (Kuvio 1). Mitä korkeamman

pistemäärän potilas saa, sitä suuremmin kyseinen elintoiminto poikkeaa normaalitasosta. Korkeat pistemäärät ennakoivat potilaan tilan huonontumista, kuten sydämenpysähdystä. NEWS suosittelee saadun kokonaispistemäärän perusteella toimintaohjeita, esimerkiksi lääkärin konsultointi ja hoitohenkilökunnan tiedottaminen. (Lääkärilehti 2018.)

KUVIO 1.

NEWS - Aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä.

		3	2	1	0	1	2	3
A	Hengitystaajuus (HT)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
	Happisaturaatio (SpO ₂)	≤91	92-93	94-95	≥96			
B	Lisähappi käytössä		Kyllä		Ei			
C	Systolinen verenpaine	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
	Syketaajuus	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
D	Tajunnan taso				Normaali			Poikkeava
E	Lämpötila	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

Pisteytys	≥ 7	6-5 tai yksittäisestä arvosta 3	4-1	0
Riskiluokka	Korkea	Kohtalainen	Matala	Matala
Toimintaohje	Aloita tarvittaessa välittömät hoitotoimenpiteet		Informoi muita hoitajia potilaan voinnin muutoksista	
Peruselintoimintojen seuranta	Tee MET-hälytys! Hälytä hoitava lääkäri	Laske NEWS-pisteet vähintään 2-4 tunnin välein	Laske NEWS-pisteet vähintään 8 tunnin välein	Laske NEWS-pisteet vähintään 12 tunnin välein

Lähde: The Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. London: RCP, 2017:1-77. © Sairaanhoidajien koulutus- ja kustannusyhdistys Fioca Oy, 2017

Kuvio 1. NEWS-pisteytysjärjestelmä. (Lääkärilehti 2018.)

Peruselintoimintoja arvioidessa verrataan arvoja potilaan normaalitilanteeseen ja asetettuihin tavoitteisiin. Saadut mittaustulokset kirjataan aina potilasasiakirjoihin. Leikkauspotilaasta tarkkaillaan veren happipitoisuutta, verenpainetta, sykettä sekä sydämen toimintaa. Lisäksi huolehditaan potilaan riittävästä hengityksestä ja kivunhoidosta, ehkäistään pahoinvointia, huomioidaan

leikkausalue ja dreeneritys, toteutetaan nestehoitoa lääkärin ohjeiden mukaisesti sekä tarkkaillaan virtsaneritystä.

Anestesianmuodon mukaisesti anestesiasta heräämisen, tajunnantason ja puudutuksen häviämisen tarkkailu kuuluvat postoperatiiviseen hoitotyöhön. Leikkauskohtaisesti intensiivistä tarkkailua jatketaan vuodeosastolla ainakin seuraavaan aamuun asti. Aluksi potilasta tarkkaillaan 15–30 minuutin välein, kunnes aikaväliä voidaan pidentää 1–2 tuntiin potilaan voinnin mukaisesti. Kun potilaan elintoiminnot ovat normalisoituneet ja anestesiologin määräämät siirtokriteerit täyttyvät, voidaan siirto vuodeosastolle tehdä. (Ahoon ym. 2019, 99-101.)

3 LEIKKAUSTOIMINTA

Leikkaukseen voidaan saapua ensiapupoliklinikalta, valvontaosastolta, vuodeosastolta tai leikkausosaston vastaanotto-osastolta. Mikäli leikkausta varten tarvitsee tehdä monimutkaisempia valmisteluja tai lisätutkimuksia, voidaan potilas kutsua vuodeosastolle jo leikkausta edeltävänä päivänä. Nykyisin suurin osa leikkaukseen tulevista potilaista kuitenkin saapuu sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna. (Niemi-Murola & Ahlmén-Laiho 2021.)

Vastaanottavassa yksikössä potilaalta varmistetaan, että hän on noudattanut annettuja ohjeita muun muassa leikkausta edeltävästä paastosta (Niemi-Murola & Ahlmén-Laiho 2021). Nukutetuilla potilailla mahalaukun sisältöä voi kulkeutua ruokatorven kautta ylös suuhun ja päätyä sieltä henkitorveen heikentyneen nielemis- ja yskimiskyvyn vuoksi. Mahansisällön aspiraatio eli vetäminen henkitorveen voi olla välittömästi henkeä uhkaava komplikaatio. Leikkausta edeltävällä paastolla pyritäänkin ehkäisemään aspiraation mahdollisuus. (Niemi-Murola & Ahlmén-Laiho 2021.) Noudatettujen ohjeiden lisäksi vastaanottavassa yksikössä varmistetaan muilta osin potilaan leikkauksekelpoisuus, kuten leikkauksalueen ihon kunto. Potilaalle annetaan tarvittavat esilääkitykset sekä ohjeistetaan vaihtamaan sairaalavaatteet päällensä. Kun leikkauksvalmistelut on tehty, kutsutaan potilas leikkaussaliin. Leikkaussalissa potilasta saattanut henkilökunnan edustaja antaa leikkaustiimille raportin potilaan keskeisistä tiedoista. (Niemi-Murola & Ahlmén-Laiho 2021.)

Leikkauksen erilaisia toimintamalleja ovat päiväkirurgia (PÄIKI), polikliininen kirurgia (POKI), leikkaukseen kotoa (LEIKO) ja lyhytjälkihoitoinen kirurgia (LYHKI). Polikliinisessä kirurgiassa toimenpide voidaan toteuttaa yksikössä ilman anestesiologin palveluita. ”Leikkaukseen kotoa” puolestaan tarkoittaa toimintamallia, jossa potilas saapuu sairaalaan leikkauspäivän aamuna, mutta siirtyy vuodeosastohoitoon toimenpiteen jälkeen. (Niemi-Murola & Ahlmén-Laiho 2021.)

Elektiivisellä leikkauksella tarkoitetaan valikoitavaa, ei-päivystyksellistä leikkausta. Leikkaus on suunniteltu etukäteen. (Lääketieteen sanasto 2016.) Elektiivisen leikkauspotilaan hoitojakso alkaa leikkauksen kiireellisyysluokan määrittämisestä. Potilasta ohjataan ja hänelle tehdään tarvittavat tutkimukset ennen leikkausjonoon laittoa. 1–2 viikkoa ennen leikkausta potilas käy preoperatiivisella käynnillä tai potilas saa soiton lääkäriltä. Preoperatiivisella käynnillä anestesia lääkäri määrää potilaalle esilääkkeet leikkausta varten. (Ahonen ym. 2020, 99.)

Lyhytjälkihoitoisen kirurgian tavoitteena on, että potilasta hoitaa mahdollisimman vähäinen määrä hoitajia. Lisäksi potilaan hoidossa käytetty aika tulisi olla hyvin suunniteltua ja tehokasta. Potilas tulee sairaalaan leikkauspäivänä ja on sairaalassa vain 1–3 vuorokautta. Potilaat pyritään kuntouttamaan mahdollisimman nopeasti, jotta he pääsisivät kotiin. (Ahonen ym. 2020, 118.)

Päiväkirurgia on suunniteltua leikkaustoimintaa, jossa potilaat saapuvat sairaalaan leikkauspäivänä ja kotiutuvat leikkauksen jälkeen 12 tunnin aikana (Reponen, Skants & Vakkuri 2020). Päiväkirurgian soveltavuusarvio tehdään yksilöllisesti, ja siinä huomioidaan potilaan terveydentila, anestesia muoto ja suunniteltu toimenpide. Potilaan leikkausta edeltävä lääketieteellinen arviointi noudattaa samoja periaatteita, kuin muillakin leikkauspotilailla preoperatiivisessa vaiheessa. Päiväkirurgiaan soveltuvat toimenpiteet, joihin ei liity vakavan komplikaation riskiä, leikkauksen jälkeiset oireet ovat hallittavissa suun kautta otettavilla lääkkeillä sekä potilas pystyy melko pian syömään, juomaan ja liikkumaan itsenäisesti toimenpiteen jälkeen. Esteitä päiväkirurgiselle toimenpiteelle voivat olla epävakaat terveydentila, päihteiden ongelmakäyttö, kykenemättömyys noudattaa ohjeita sekä päiväkirurgiaan sopimattomat toimenpiteet. (Reponen ym. 2020.) Päiväkirurgiasta saatuja hyötyjä ovat lyhentyneet sairaalahoitajat, kustannustehokkuus, sairaalakomplikaatioiden väheneminen sekä hyvä potilastyytyväisyys (Reponen ym. 2020).

Päivystyskirurgialla tarkoitetaan kiireellistä leikkausta, joka tulee suorittaa mahdollisimman lyhyellä aikaviiveellä (Leppäniemi 2017). Kirurginen toimenpide voidaan tehdä kaikkina vuorokauden aikoina. Päivystyshoidossa on yleisesti annettava alle 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta hoitoa. Kaikki päivystyskirurgiset toimenpiteet eivät ole yhtä kiireellisiä vaan niiden kiireellisyyden määrittelee potilaan sairaus tai vamma. (Mentula & Brinck 2019.) Kiireellisyysluokat jaotellaan värin mukaan. Vihreä väri tarkoittaa, että leikkaus tehdään lähipäivinä. Keltaisella värillä puolestaan tarkoitetaan, että leikkaus on ei-kiireellinen ja tehtävä 24–48 tunnin kuluessa. Oranssilla värikoodilla oleva leikkaus tulee tehdä 8–24 tunnin kuluessa. Punaisella värillä koodattu tarkoittaa, että leikkaus tehdään alle 8 tunnin kuluessa. Leikkaus tehdään vuorokaudenajasta riippumatta. Violetti, eli hätäpotilas tulee leikata välittömästi. (Ahonen ym. 2020, 123.)

Mahdollisuuksien mukaan kiireellisyys tulisi arvioida yksilöllisesti. Välitöntä leikkaushoitoa edellyttävät henkeä uhkaavat verenvuodot tai elimen iskemia eli hapenpuute, kun taas puolestaan lievien tulehdusten leikkaushoidossa voidaan hyväksyä pidempiä odotusaikoja. Päivystysleikkauspotilaiden luokittelulla pyritään siihen, että suurimmassa hädässä olevat potilaat tulisi hoidettua ajoissa. (Mentula ym. 2019.)

4 LEIKKAUSPELKO

Pelolla tarkoitetaan emotionaalista ja fysiologista reaktiota vaaralliseen tai vaaralliseksi koettuun uhkaan. Ahdistuksella puolestaan tarkoitetaan pelon tapaista tunnetta, joka johtuu sisältä tai ulkoa uhkaavan, huonosti tiedostetun vaaran ennakoimisesta. (Käypähoito 2019.)

Pelon kautta ihminen pystyy varautumaan erilaisiin vaaratilanteisiin. Pelkokohteita on monenlaisia, ja myös pelon voimakkuus vaihtelee yksilöittäin. Lievimmillään pelko voi aiheuttaa epävarmuutta tai jännitystä, kun taas voimakkaana jopa paniikitilan. (Suomen mielenterveys ry). Ahdistuneisuus ja pelko vaikuttavat elimistöön aktivoiden sympaattisen hermoston toimintaa. Sen seurauksena syntyy fysiologisia oireita, kuten sydämen tiheälyöntisyyttä ja muita sydäntuntemuksia, hengitysvaikeuksia, pahoinvointia, ripulia, hikoilua ja vapinaa. (Huttunen 2017.) Ahdistuksen aiheuttamat psykologiset reaktiot näkyvät käytöksen muutoksena, kuten lisääntyneenä jännityksenä, huolestuneisuutena, aggressiona, hermostuneisuutena ja vetäytyneisyytenä (Peate 2015). Tässä opinnäytetyössä pelko ja ahdistus kulkevat rinnakkain.

4.1 Leikkauspelko ja sen vaikutukset potilaaseen

Leikkausta edeltävä pelko ja ahdistus voivat johtaa lisääntyneeseen postoperatiiviseen masennukseen ja ahdistukseen, pitkittyneeseen haavan paranemiseen ja pidempään sairaalassaoloaikaan. Lisäksi leikkauspelko aiheuttaa lisäännostuksen tarvetta anestesia- ja kipulääkityksessä preoperatiivisessa vaiheessa ja kipulääkityksessä postoperatiivisessa vaiheessa. (Ralph 2018.) Potilaan pelko heikentää hänen selviytymistensä leikkauksen jälkeenkin, sillä pelon takia voimavarat saattavat olla vähissä. Pelko vaikuttaa myös motivoitumiseen, jonka takia leikkauksesta parantuminen voi olla hitaampaa. Potilas saattaa tuntea pelkoa uudelleen sairastumisesta, sairaalaympäristöstä tai leikkauksen lopputuloksesta. (Leikkola 2014.)

Anestesiamuodolla on vaikutusta potilaiden kokemaan ahdistukseen. Yleisanestesiassa potilailla esiintyy enemmän ahdistuneisuutta ja ahdistus alkaa aiemmin ennen leikkausta. Yleisanestesian potilaat haluavat myös enemmän ja yksityiskohtaisempaa tietoa ja ohjausta kuin paikallisessa anestesiamuodossa. (Mitchell 2013.)

Myös sukupuolten välillä on havaittu eroja. Naisilla esiintyy miehiä enemmän leikkaukseen liittyvää pelkoa ja ahdistuneisuutta. Leikkauksen jälkeen naispotilaat haluavat viettää aikaa läheisen kanssa tai jutella muille potilaille. Miespotilaat halusivat viettää enemmän aikaa yksin ja lukea leikkauksesta, kuunnella musiikkia tai lukea kirjaa. On huomioitava, että naisten vastaukset saattavat olla totuudenmukaisempia leikkauspelkoa mittaavissa tutkimuksissa kuin miesten, eivätkä siten välttämättä koe ahdistusta enempää kuin miespotilaat. Molemmilla sukupuolilla on taipumusta väheksyä ahdistusta ja pelkoa sitä arvioitaessa. (Mitchell 2013.)

4.2 Leikkauspelon lievittäminen

Preoperatiivisessa hoitotyössä korostuvalla potilaan ja läheisten ohjauksella on myönteinen vaikutus potilaan toipumiseen ja leikkauspelon vähenemiseen. Hyvän ohjauksen on tutkitusti todettu vähentävän potilaan pahoinvointia ja leikkauskomplikaatioita. (Ahonen ym. 2019, 93.) Ohjauksen tulisi tapahtua rauhallisessa tilassa, jotta ohjaustilannetta ei häiritä tai keskeytetä. Potilaan ohjaus voi tapahtua yksilöllisesti tai ryhmäohjauksena. Ryhmäohjauksen avulla potilas voi saada vertaistukea muilta samassa tilanteessa olevilta. Ohjauksen jälkeen potilaalle voidaan antaa vielä kirjalliset ohjeet ohjauksen päätyttyä. Potilaan ohjauksessa tulee myös ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Sairaanhoitajan tulee tietää, millaista ohjausta potilas jaksaa ottaa vastaan, onko potilas ollut jo tietoinen ohjattavasta asiasta, vai kerrotaanko hänelle siitä ensimmäistä kertaa. (Ahonen ym. 2020, 34.)

Erilaisilla rentoutusmenetelmillä voidaan tutkitusti vähentää leikkaukseen kohdistuvaa jännitystä ja ahdistusta. Ahdistuksella on sympaattista hermostoa aktivoiva vaikutus, jonka seurauksena elimistössä käynnistyy stressireaktio. Stressireaktio nostaa kortisolin hormonitasoa maksimaaliselle tasolle, ja myös fysiologiset elintoiminnot muuttuvat hormonaalisten ja hermoston vaikutuksen seurauksena. Rentoutusharjoitusten avulla voidaan parantaa niin psyykkisiä kuin fysiologisia tuloksia potilailla. Harjoitukset vähentävät tehokkaasti potilaan kokemaa jännitystä ja ahdistusta vaikuttamalla hillitsevästi sympaattisen hermoston toimintaan. Ne vaikuttavat elimistöön laskemalla potilaan verenpainetta ja pulssia, vähentämällä hengitystyötä ja hapenkulutusta sekä hidastamalla aineenvaihduntaa. Näitä rentoutusmenetelmiä ovat meditaatio, lihasten rentoutusharjoitus sekä hengitystekniikat, kuten hitaasti hengittäminen, syvään hengittäminen ja palleahengitys. (Yilmaz & Bulut 2020.)

Musiikin kuuntelemista voidaan käyttää täydentävänä terapiana potilaan hoidossa. Musiikki vaikuttaa ihmisen mielialaan ja lisäksi sillä voidaan helpottaa potilaan kokemaa kivun tunnetta. Musiikin kuuntelu vaikuttaa potilaan mielihyvän kokemiseen, sillä se lisää aivojen dopamiinin tuotantoa. Dopamiini on aivoissa syntyvää mielihyvähormonia. Musiikin vaikutuksella kivun kokemiseen pyritään vähentämään kipulääkkeiden käyttöä. Musiikkiterapia voi olla potilasta osallistavaa tai passiivista musiikin kuuntelua. Potilas voi halutessaan itse osallistua musisointiin, tai kuunnella muiden soittamaa musiikkia. (Ukkola-Vuoti 2019.)

Leikkauspelkoiselle potilaalle voidaan antaa ennen leikkausta rauhoittavaa esilääkitystä. Esilääkityksellä tarkoitetaan noin tuntia ennen leikkaukseen lähtemistä annettavaa lisälääkitystä, joka voi hoitaa potilaan ahdistusta leikkaukseen liittyen, kivun lievitystä tai ehkäistä pahoinvointia ja oksentelua. Esilääke valitaan potilaan iän, painon, yleisen voinnin ja aiempien anestesioiden perusteella. Lisäksi tulee ottaa huomioon potilaan mahdollisesti käyttämät keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet ja leikkauksen tyyppi. Leikkaustyyppillä

tarkoitetaan päivystys-, elektiivistä tai päiväkirurgista leikkausta. Rauhoittavaa esilääkitystä ei anneta potilaalle rutiininomaisesti. (Niemi-Murola 2021.)

4.3 Leikkauspelon ilmaantuminen perioperatiivisessa hoitotyössä

Leikkaustoimenpide voi aiheuttaa tietoisella tai tiedostamattomalla tavalla ahdistusta potilaille. Normaaleissa olosuhteissa ja terveenä ihminen pystyy itse vastaamaan omista toimistaan, mutta sairaalassa ihmisestä tulee myös potilas. Leikkaustoimenpiteissä ja leikkaussalissa potilaan hyvinvointi on leikkaussalissa työskentelevien varassa. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2012, 479). On tavallista, että potilailla esiintyy jonkin asteista ahdistusta anestesiasta ja leikkauksesta. Pelot voivat kohdistua leikkaukseen ja sen turvallisuuteen. Potilaalla ei välttämättä ole leikkauksesta aikaisempaa kokemusta, ja se voi aiheuttaa pelkoa kuolemasta toimenpiteen aikana. (Peate 2015.) Potilaat saattavat pelätä vierasta ja teknistä varustettua ympäristöä sekä tulevaa toimenpidettä kokonaisuudessaan. Intraoperatiivisen vaiheen aikana yleisin potilaiden pelon aihe on hereillä oleminen yleisanestesian aikana sekä myös puudutuksen epäonnistuminen. Vastaavasti leikkauksen jälkeen voi pelkona olla, ettei yleisanestesiasta tule heräämään. Potilaat saattavat pelätä postoperatiivisessa vaiheessa myös käyttäytyvänsä epäasiallisesti heräämisvaiheessa, mahdollista sairaalainfektioita sekä toimenpiteen jälkeistä pahoinvointia ja kipua. (Iivanainen ym. 2012, 479.)

Postoperatiivinen kipu on 30–50%:lle potilaista merkittävä huolenaihe. Potilaan informoimisella ennen leikkausta on potilaan ahdistusta vähentävä ja tyytyväisyyttä kivun hoitoon parantava vaikutus. Leikkauksen jälkeen tuntuva kipu vaihtelee leikkauksen aiheuttaman kudosaaurion laadun ja määrän sekä potilaskohtaisten tekijöiden mukaisesti. Potilaiden omat odotukset kivun voimakkuudesta ovat yhteydessä leikkauksen jälkeen koettuun kivun voimakkuuteen. Voimakkaimmillaan postoperatiivinen kipu on yleensä pian toimenpiteen jälkeen, ja lievittyy ajan myötä. (Kontinen & Hamunen 2015.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia leikkauspelkoisesta potilaasta ja sen tunnistamisesta sekä tukemisesta. Tavoitteena oli tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla kehittää leikkausta pelkäävän potilaan tunnistamista ja tukemista.

Tutkimuksella etsittiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten hoitaja tunnistaa leikkausta pelkäävän potilaan?
2. Mitä asioita potilaat pelkäävät leikkaukseen tultaessa?
3. Miten hoitaja kohtaa ja tukee leikkausta pelkäävää potilasta?
4. Millaiset valmiudet hoitajilla on kohdata leikkausta pelkäävä potilas?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin käyttäen kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää, koska aiheesta löytyi vain vähän aikaisempaa tutkimustietoa. Laadullista menetelmää käyttäessä tutkimuksella saatiin uuden näkökulman lisäksi syvällisempää tietoa leikkauspotilaiden pelkojen tunnistamisesta ja heidän tukemisestaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74.)

Laadullisen tutkimuksen keskeisimpiä ominaispiirteitä ovat induktiivinen päättely eli yksittäisten havaintojen yhdistäminen laajemmaksi kokonaisuudeksi, osallistujien näkökulman ymmärtäminen, vähäinen osallistujamäärä, aineiston kerääminen avoimin menetelmin sekä vähäinen aikaisempi tutkimustieto. Kvalitatiivista tutkimusta ohjaavat kysymykset mitä, miksi ja miten. (Kylmä & Juvakka 2012, 22-31.) Laadullinen tutkimus liittyy asenteisiin, uskomuksiin ja niiden muodostumiseen. Määrittelyssä korostuvat ihmisten kokemusten ja näkemysten kuvaus. Jos tutkimuksen aiheesta on vain vähän olemassa olevaa tietoa ja tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja saada syvällisempää tietoa tutkittavasta aiheesta, on laadullinen tutkimus paras vaihtoehto tutkimukselle (Kankkunen ym. 2013, 65-66,78.)

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimusorganisaatioksi valittiin Vaasan keskussairaala. Kohderyhmänä toimivat kyseisen keskussairaalan preoperatiivisen poliklinikan hoitajat.

Tutkimukseen haastateltiin yhdeksää osastolla työskentelevää hoitajaa. Haastattelu nauhoitettiin tutkijoiden omilla puhelimilla myöhemmin tapahtuvaa aineiston analyysia varten. Haastattelut toteutettiin neljänä ryhmähaastatteluna, joissa jokaisessa ryhmässä oli kaksi tai kolme hoitajaa. Ryhmähaastattelut soveltuivat aineistonkeruumenetelmäksi osallistujien edustaessa samaa ammattiryhmää. Ryhmähaastattelun etuna on, että tietoa saadaan useammalta informantilta samaan aikaan sekä ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen ansiosta

osallistujat saattavat muistaa kokemuksiaan ryhmän toisen jäsenen kertoman perusteella. (Kankkunen ym. 2013, 124.) Hoitajat rekrytoitiin osastonhoitajan kautta. Haastattelut olivat kestoiltaan noin 10–15 minuuttia jokaista ryhmää kohden.

6.2 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen, aloitettiin aineiston analysointi. Aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisältöanalyysia. Induktiivinen sisältöanalyysi tarkoittaa, että analysointi tehdään aineistolähtöisesti niiden teoreettisen merkitysten perusteella. Aineistoa tutkitaan mahdollisimman avoimin kysymyksiin ja selvitetään, mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Induktiivisen sisältöanalyysin vaiheita ovat yleiskuvan hahmottaminen aineistosta, litteroidun aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Kylmä & Juvakka 2012, 110-116.)

Analysointi aloitettiin litteroimalla eli kirjoittamalla nauhoitettu haastattelumateriaali tekstiksi. Materiaali jaettiin tasaisesti puoliksi, jotta molemmilla tutkijoilla oli saman verran litteroitavaa. Aineistoa kuunneltiin ja luettiin useaan kertaan tutkimustuloksia auki kirjoittaessa. Kokonaisuudessaan litteroitua tekstiä tuli noin yksitoista sivua, kun avatut vastaukset kerättiin ryhmittäin kunkin haastattelukysymyksen alle. Litteroitu teksti kirjoitettiin sanasta sanaan tyhjälle Word-tiedostolle, jossa fonttina oli Calibri leipäteksti, fonttikooltaan 12 ja rivivälinä 1,5. Reunukset olivat ylhäältä ja alhaalta 2,5 cm, sekä vasemmalla ja oikealla 2 cm. Aineiston käsittelyssä pyrittiin säilyttämään mahdollisimman pitkälle se, mitä vastauksissa on sanottu ja miten se on sanottu. Myös lainauksia kirjoitettaessa nauhoitteita käytiin tarkasti läpi, jotta saataisiin mahdollisimman luotettavia lainauksia opinnäytetyöhön. Saatu litteroitu aineisto pelkistettiin eli alkuperäisilmaukset kirjoitettiin selkokielellä puhtaaksi toiseen asiakirjaan, jonka jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Selkokielellä tarkoitetaan tässä helpommin luettavaa ja ymmärrettävää tekstiä, jossa kaikki ylimääräiset

täytesanat ja puhekielessä esiintyvät ilmaisut poistettiin. Ryhmittelyssä etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtenäisyyksiä. Siinä samaa ilmaisua tarkoittavat yhdistettiin alakategorioiksi ja nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä. Ryhmittelyn jälkeen abstrahoitettiin eli yhdistettiin samalla tavalla samaa sisältöä kuvaavat luokitukset yläkategorioiksi. (Kylmä ym. 2012, 110-116.) Yläkategorian nimi pyrittiin valitsemaan niin, että se kattaisi myös kaikki alle tulevien kategorioiden sisällöt.

Haastattelumateriaali ja nauhoitteet säilytettiin suojakoodeilla suojatuissa tiedostoissa, kunnes tutkimustulokset saatiin valmiiksi. Tämän jälkeen tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän opinnäytetyön tuloksissa käsitellään hoitajien kokemuksia leikkauspotilaiden peloista ja niiden tunnistamisesta sekä tukemisesta. Aineiston analysointia ja tulosten kategoriointia on havainnoitu kuvioin (Kuvio 2).

7.1 Hoitajien kokemukset leikkauspotilaiden peloista ja niiden tunnistamisesta sekä tukemisesta

Hoitajien kokemukset leikkauspotilaiden peloista ja niiden tunnistamisesta sekä tukemisesta jakautuvat kuuteen yläkategoriaan: Leikkauspelon tunnistaminen, Potilaiden leikkauspelot, Leikkausta pelkäävän tukeminen, Leikkausta pelkäävän kohtaaminen sekä Hoitajien kokemat valmiudet (Kuvio 2).

7.1.1 Leikkauspelon tunnistaminen

Yläkategoria Leikkauspelon tunnistaminen muodostuu alakategorioista Fyysiset oireet ja Psyykkiset oireet.

Fyysiset oireet. Hoitajat ovat huomanneet potilaiden olevan hikisiä ja kalpeita ennen leikkausta. Potilaan verenpaine saattaa olla koholla sekä kädet täristä jännityksen seurauksena.

Psyykkiset oireet. Potilaat saattavat olla ennen leikkausta rauhattomia ja keskittymiskyky herpaantua. Potilaat puhuvat paljon, ovat hermostuneita ja hätäileviä. Pelko voi näkyä potilaissa jopa verbaalisena aggressiivisuutena, jos potilas ei osaa hallita omaa pelkoaan. Osa potilaista on itkuisia, hiljaisia ja lamaantua heille puhuttaessa, jolloin heiltä on vaikea saada vastauksia. Potilaisiin saattaa olla vaikea saada katsekontaktia. Jotkut potilaat varmistelevat ja kyselevät paljon ennen leikkausta. Lisäksi hoitajat ovat huomanneet potilaiden unohtelevan asioita, esimerkiksi arvoesineluettelo läpi käydessä potilas saattaa unohtaa, mitä on ottanut mukaan. Toiset potilaat saattavat itsestään tunnistaa leikkauspelon ja kertoakin siitä hoitajalle. Kaikissa tapauksissa näin ei kuitenkaan ole.

”Puhuu paljon tai sitten ne lamaantuu täysin, ettei ne sano mitään. Ja sit ne rupee kertoo kaikki naapurinkin sairaudet et niin kun se homma lähtee ryöppyämään ihan täysin käsistä”.

7.1.2 Potilaiden leikkauspelot

Yläkategoria Potilaiden leikkauspelot muodostuu alakategorioista Anestesiaan liittyvät pelot sekä Toimenpiteeseen liittyvät pelot ja muihin liittyvät pelot.

Anestesiaan liittyvät pelot. Potilaiden suurin pelko on yleensä nukutus ja nukutuksesta herääminen. Potilaat pelkäävät, etteivät herää leikkauksesta ja kuolevat sen aikana. Potilas saattaa pelätä leikkausta, sillä he eivät itse ole kontrollissa tapahtumista vaan ovat sen aikana muiden varassa. Anestesian aikana kivun tunteminen ja unissa puhuminen pelottaa myös potilaita. Spinaalipuudutuksessa tehtävässä leikkauksessa potilaat pelkäävät pistämistä ja neuloja.

”... Mut silti suurin pelko on nukutus. Se on se kun ei oo omaa kontrollia. Usein me ollaan sellasia et meidän pitäis saada kontrolloida kaikki mitä me tehdään niin silloin se nukutus on. Sä oot tiedostomattomassa tilassa ja muut hoitaa”.

Toimenpiteeseen ja muihin liittyvät pelot. Potilaat saattavat pelätä myös itse toimenpidettä ja sen onnistumista. Pelon aiheina voivat olla myös leikkauksen jälkeen koettavat kivut ja niiden voimakkuus. Hoitajat ovat huomanneet potilaiden olevan huolissaan omaisistaan ja heidän pärjäämisestään. Lisäksi potilaat ovat ilmaisseet pelkäävänsä omaa käytöstä ja sekavuutta lääkkeiden jälkeen heräämössä. Aikaisemmat kokemukset tästä vaikuttavat yleensä oman käytöksen pelkäämiseen.

7.1.3 Leikkausta pelkäävän tukeminen

Yläkategoria Leikkausta pelkäävän tukeminen muodostuu alakategorioista Informaation antaminen, Ohjaaminen, Esilääkitys sekä Ympäristö.

Informaation antaminen. Hoitajat ovat antaneet potilaalle informaatiota leikkauksen kulusta ja siihen liittyvistä riskeistä. Potilaille on kerrottu niin paljon, kuin osataan ja tiedetään leikkauksesta. Tarvittaessa voidaan pyytää myös lääkäri paikalle kertomaan leikkauksesta tarkemmin. Potilaille on oltu rehellisiä, ja myönnetty, jos ei tiedetä jotain. Hoitajat ovat huomanneet, että informaatio toimenpiteestä rauhoittaa potilaita. Potilasta ei kuitenkaan pelotella leikkauksesta annettavalla tiedolla, vaan kunnioitetaan, jos potilas ei halua tietää jotain. Potilaiden on myös puolestaan tärkeää kertoa peloista hoitajille ja lääkäreille, jotta heitä voidaan tukea.

”Toiset haluaa tietää enemmän ja toiset vähemmän niin kuin prekäynnillä. Että jos ne haluaa tietää paljon niin sitten kerrotaan niin paljon kuin osataan ja tiedetään. Ja jos hän sanoo ettei halua tietää niin mä en ainakaan sitten kerrokaan”.

Ohjaaminen. Hoitajat ovat ohjanneet potilaita tarvittaessa yksinkertaisissakin asioissa. Potilaita on autettu vaatteiden vaihdossa ja pakkaamisessa, jos potilas ei siihen itse pysty. Lisäksi hoitajat ovat ohjanneet potilaiden kotiasioissa, jos esimerkiksi potilaalla on huoli omaisesta.

Esilääkitys. Ahdistuneille ja pelkääville potilaille on voitu tarvittaessa antaa anestesiaalääkärin määräyksen mukainen kevyt rauhoittava lääke ennen leikkausta. Osa potilaista on saattanut itse ennalta toivoa rauhoittavaa lääkitystä, jolloin sen on usein myöskin saanut. Rauhoittavan lisäksi myös kipulääkkeenä annettavalla esilääkityksellä on potilasta rauhoittava vaikutus.

Ympäristö. Osastolla on pyritty tukemaan potilasta pienillä ja luonnollisilla asioilla, kuten mukavilla tuoleilla, televisiolla ja rauhoittavalla lämpöpeitoilla. Mikäli mahdollista, preoperatiivisella käynnillä haastatellut hoitajat ovat ottaneet potilaan vastaan myös leikkauspäivän aamuna, jotta potilaalla on vastassa tuttu hoitaja.

”Kaikki sellaiset ihan pienet ulkoiset asiat niin niillä on tollasessa tilanteessa todella iso merkitys. Ei se vaadi mitään sellasia ihme konsteja”.

7.1.4 Leikkausta pelkävän kohtaaminen

Yläkategoria Leikkausta pelkävän kohtaaminen muodostuu alakategorioista Henkinen tukeminen, Rauhallinen kohtaaminen sekä Kuunteleminen.

Henkinen tukeminen. Hoitajat ovat kysyneet potilailta heidän peloistansa, keskustelleet niistä ja niiden syistä. Keskustelua on voitu käydä myös esimerkiksi lapsenlapsista tai säästä, jotta saadaan ajatuksia muualle. Potilaille on kerrottu, että pelkääminen on normaalia eikä sitä tarvitse hävetä. Tarvittaessa omainen voidaan ottaa potilaan mukaan henkiseksi tueksi. Preoperatiivisella esikäynnillä saatu hyvä tunne ja luottamus vaikuttavat siihen, että leikkauspäivän aamuna potilaat ovat rauhallisia.

Rauhallinen kohtaaminen. Hoitajat ovat kertoneet puhuvansa rauhallisella äänellä sekä kohtaavansa potilaat rauhallisesti, asiallisesti ja ystävällisesti. Potilaaseen keskitytään, luodaan katsekontakti ja tehdään kiireetön vaikutelma. On tärkeää antaa potilaille riittävästi aikaa, sillä pelkävät potilaat vievät paljon sitä preoperatiivisessa haastatteluissa ja leikkauspäivän valmisteluissa. Hoitajana ei saa hätäillä, provosoitua tai lähteä potilaan toimintaan mukaan.

”Mitä hermostuneempi potilas, sitä rauhallisempi hoitaja”.

”Mutta se, että sulla on helpompi sen potilaan kanssa kun sä oot ite rauhallinen ja se potilas pysyy rauhallisena. Jos sä otat sen, että nyt pitää kiireellä, niin sitten se potilas menee lukkoon. Ja sitten sä oot liemessä.”

Kuunteleminen. Hoitajat ovat kokeneet kuuntelemisen olevan yksi tärkeimmistä keinoista leikkausta pelkävän kohtaamiseen. Hoitajat kuuntelevat potilaita, antavat heidän itse puhua ja kertoa omista huolistaan. Potilaiden kertomaa pelkoa ei mitätöidä, vaan heitä kuunnellaan.

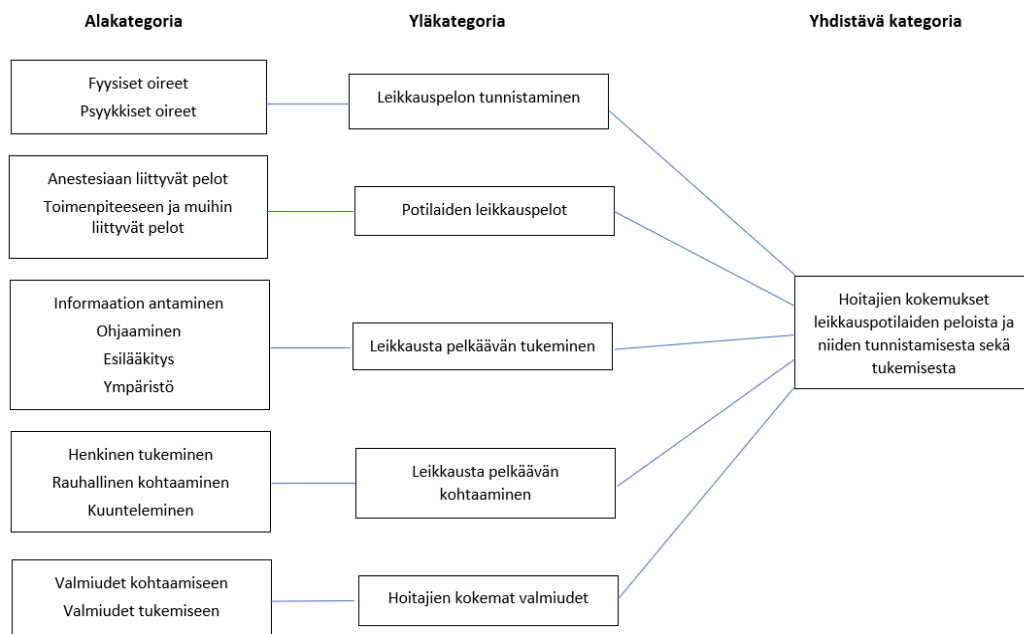
7.1.5 Hoitajien kokemat valmiudet

Yläkategoria Hoitajien kokemat valmiudet muodostuvat alakategorioista Valmiudet kohtaamiseen ja Valmiudet tukemiseen.

Valmiudet kohtaamiseen. Tärkeimpänä pidettiin, että hoitajana osaa pysyä rauhallisena ja kohdata potilaan. Kokemuksen ja iän myötä taito on kehittynyt, mutta aina ei tarvitse olla kokemusta osataksaan kohdata potilaat hyvin. Hoitajien sisäinen olemus, empaattisuus ja halu auttaa toista ihmistä vaikuttavat potilaiden kohtaamisessa. Näiden vastauksien pohjalta hoitajat ovat kokeneet heillä olevan hyvät valmiudet leikkauspotilaiden kohtaamiseen.

”Tulee varmaan vuosien kautta se, että sä osaat lukea sitä ihmistä. Ja se, miten sä kohtaat minkäkinlaisen ihmisen, mitä tietoa sä annat sille ja kuinka sä sitä käsittelet. Sitä ei mun mielestä kirjoista opi lukemalla vaan sen oppii ihan käytännöstä”

Valmiudet tukemiseen. Hoitajat ovat pystyneet monesti oman työkokemuksen avulla informoimaan potilasta, mitä tapahtuu leikkaussalissa ja sen jälkeen osastolla. Tarvittaessa hoitajilla on ollut lääkärit käytettävissä. Huumori potilaan ehdoilla voi auttaa ja rentouttaa, potilasta mutta sen suhteen pitää osata olla varovainen. On huomioitava, että vaikka hoitajalle tilanteet ovat rutiinia niin potilaalle toimenpide on suuri asia ja ehkä kokemus kerran elämässä. Näiden pohjalta hoitajat ovat kokeneet heillä olevan hyvät valmiudet leikkauspelkoisen potilaan tukemiseen.



Kuvio 2. Hoitajien kokemukset leikkauspotilaiden peloista ja niiden tunnistamisesta sekä tukemisestä.

8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Seuraavassa luvussa tarkastellaan opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden toteutumista tutkimuksessa.

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä lähtökohtia ovat osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, haavoittuvaiset ryhmät, anonymiteetti ja tutkimuslupa (Kankkunen ym. 2013, 223).

Tutkimuksen tekemistä varten tarvitaan lupa, joka haetaan yleensä ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. Kohdeorganisaation nimen käyttämiseen tutkimuksessa on hyvä kysyä erikseen lupa. Mikäli lupaa kohdeorganisaation nimen käyttämisestä ei saada, tulee varmistaa, ettei luvan myöntäjän nimi näy tutkimuksen liitteissä. Kun tutkimuksen kohteena on hoitohenkilöstö, ei eettisen toimikunnan lausuntoa tarvita. (Kankkunen ym. 2013, 222.) Tätä opinnäytetyötä varten tutkimusluvut haettiin Vaasan keskussairaalan ylihoitajalta eikä eettisen toimikunnan lupaa tässä tarvittu. Ylihoitajalta saatiin lupa kohdeorganisaation nimen käyttämiseen opinnäytetyössä. Tutkimukseen osallistuvat pysyvät anonyymeinä eikä heitä voida vastauksista tunnistaa. Osallistujat valikoituivat osastonhoitajan kautta vapaaehtoisina. Haastattelussa kysymykset kysyttiin ryhmältä yhteisesti, jolloin jokainen osallistuja sai vapaasti oman tahtonsa ja kokemuksensa mukaan vastata ilman painostusta. Haastattelun alussa jokaiselle ryhmälle olisi pitänyt vielä erikseen kertoa, että vastaamisen saa keskeyttää halutessaan ja kaikkiin kysymyksiin ei ole pakko vastata, jos haastateltava ei halua. Tämä ei haastattelun alussa toteutunut.

Haastatteluun liittyvät muistiinpanot ja muu materiaali säilytettiin suojatuissa tiedostoissa sekä hävitettiin asianmukaisesti, kun niitä ei enää tarvittu. Tutkimuksessa pyrittiin tuottamaan mahdollisimman totuudenmukaisia ja

luotettavia tutkimustuloksia. Tutkimuksen kaikki eri vaiheet on kuvattu tarkasti tutkimusraportissa. Tulokset on julkaistu rehellisesti sellaisenaan eikä saatuja vastauksia ole muunneltu. (Kankkunen ym. 2013, 225-227.)

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellinen tutkimus pyrkii tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tutkimuksella tuotettu tieto on. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä ym. 2012, 127.) Opinnäytetyössä on käytetty kansainvälistä tutkimustietoa, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen uskottavuus edellyttää, että aineisto ja tulokset ovat tarpeeksi selkeästi kuvattuna. Tutkimusta tarkastellessaan lukijan tulee ymmärtää siinä käytetty analyysimenetelmä sekä tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuus kuvaa myös, miten tutkija on muodostanut kategoriat sekä miten hyvin ne kattavat kerättyä aineistoa. (Kankkunen ym. 2013, 198.) Opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi ja kattavasti saatua aineistoa ja sen käsittelyprosessia kokonaisuutena. Uskottavuutta lisää tutkijoiden kirjoittama oppimispäiväkirja sekä paneutuminen tutkimusaiheeseen riittävän pitkän ajan.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin. Se edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua ja tutkijan päättelyä pääpiirteittäin. (Kylmä ym. 2012, 129.) Tutkimusprosessi on pyritty esittämään mahdollisimman tarkasti, jotta tutkimukset lukijat pystyvät seuraamaan prosessin etenemistä ja saatuihin tuloksiin päätymistä.

Refleksiivisyys edellyttää, että tutkija arvioi ja kuvaa omat lähtökohtansa tutkimuksen tekijänä sekä arvioi niiden mahdollisia vaikutuksia tutkimuksen

aineistoon ja tutkimusprosessiin (Kylmä ym. 2012, 129). Tutkijoilla ei ollut aikaisempaa kokemusta tutkimusten tekemisestä ja tämä toi omat haasteet tutkimuksen tekemiseen prosessin ollessa vieras. Saatuun tutkimusaineistoon ei ole vaikutettu, vaan se on pyritty säilyttämään alkuperäisessä muodossaan. Aineiston ja haastatteluiden vähyys vähensi tutkimuksen luotettavuutta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin konteksteihin eli tutkimusympäristöihin. Siirrettävyys edellyttää tutkimuksen tekijältä huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvaamista. (Kankkunen ym. 2013, 198.) Opinnäytetyöstä saadut tulokset ovat siirrettävissä muihin potilaiden leikkauspelkoja käsitteleviin tutkimuksiin myös kansainvälisellä tasolla.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia leikkauspelkoisesta potilaasta ja sen tunnistamisesta sekä tukemisesta. Tavoitteena oli kehittää leikkausta pelkäävän potilaan tunnistamista ja tukemista tuotetun tutkimustiedon avulla.

9.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat nostivat esiin leikkauspelon tunnistamiseen liittyviä fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Fyysisistä oireista nousivat esiin kohonnut syke, hikisyys, kalpeus ja käsien värinä. Aikaisemmat tutkimustulokset ovat osoittaneet, että ennen leikkausta koetulla ahdistuksella on verenpainetta ja sykettä kohottava vaikutus (Tadessa, Ahmed, Regassa, Girma & Mohammed 2022). Psyykkiset oireet ovat hoitajien mukaan ilmenneet rauhattomuutena, puheliaisuutena ja aggressiivisuutena. Toisena ääripäänä olivat ne potilaat, jotka itkevät ja joihin on vaikea saada kontaktia. Näitä tuloksia tukee myös aikaisempi tutkimus, joka on osoittanut ahdistuksen ja pelon vaikuttavan potilaiden käytökseen näkyen hermostuneisuutena, huolestuneisuutena ja vetäytymisen lisääntymisenä (Peate 2015).

Haastatteluissa hoitajat kertoivat vastauksissaan potilaiden pelkäävän eniten nukutusta eli anestesiaa ja siihen liittyvää hallitsemattomuuden tunnetta. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet erityisesti yleisanestesian lisäävän ahdistuneisuutta potilailla ennen leikkausta (Mitchell 2013). Yllättävä pelonkohde oli tutkijoista unissa puhuminen, sillä he eivät osanneet odottaa pelon kohdistuvan oman käytöksensä pelkäämiseen. Kirjallisuudessa kerrotaan, että puudutuksia käytettäessä potilaiden pelko on kohdistunut puudutuksen epäonnistumiseen (Iivanainen ym. 2012, 479). Haastateltavat hoitajat puolestaan kertoivat pelon voivan liittyvän neuloihin ja pistämiseen. Lisäksi haastatteluissa ilmeni, että potilaiden leikkauspelko voi kohdistua usein myös itse toimenpiteeseen ja sen onnistumiseen.

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat informoinnin olevan tärkeä osa leikkauspotilaiden tukemista ja rauhoittamista. Tulevasta toimenpiteestä on annettua tietoa potilaalle yhtä paljon ja tarkasti, kuin he ovat halunneet itse siitä tietää. Aikaisemmat tutkimustulokset ovat osoittaneet sen, että keskustelu anestesiasta ja leikkauksesta lisäävät potilaan luottamusta. Potilaalle tulisi antaa tietoa mahdollisimman ymmärrettävällä tavalla, jotta potilas osaa odottaa leikkaussalin tapahtumakulkua. (Ruspantine 2015.)

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kertoivat, että potilaat voivat tarvita ohjausta ja apua jopa vaatteiden vaihdossa, sillä jännitys ja pelko on niin lamaava. Näin voimakasta pelonkokemista eivät tutkijat osanneet ennen haastattelua odottaa, sillä heillä ei ole omakohtaista kokemusta leikkauksesta. Hoitajat kertoivat leikkauksien olevan heille arkipäivää, mutta potilaalle ei. Tämä tulee huomioida potilaan ohjauksessa. Peate (2015) kertoo omassa tutkimuksessaan potilaiden kokemattomuuden leikkauksista tuovan kuoleman pelkoa.

Ennen leikkausta potilaalle voidaan antaa rauhoittava esilääkitys. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kertoivat joidenkin potilaiden myös itse pyytävän lääkitystä leikkausta edeltävästi. Ralph (2018) on osoittanut tutkimuksessaan, että anestesia- ja lääkehoidon lisäannostuksen tarve kasvaa potilaiden pelätessä. Haastatteluissa tuli myös ilmi mukavan ympäristön vaikutus osana potilaan mieluisaa kokemusta leikkauksesta. Esimerkiksi mukavilla tuoleilla ja televisiolla voidaan tukea leikkauspelkoista potilasta. Kirjallisuuden mukaan potilas saattaa pelätä teknistä ympäristöä sairaalassa, jonka vuoksi mukavuustekijöihin on hyvä kiinnittää huomiota (Iivanainen ym. 2012, 479).

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat nostivat vastauksissaan esille rauhallisen olemuksen ja välittävän tunteen luomisen tärkeyden kohdatessa leikkauspelkoista potilasta. Kuuntelemalla ja keskustelemalla potilaan mieltä painavista asioista voidaan usein rauhoittaa potilasta. Nämä vastaukset olivat tutkijoille odotettavissa. Myös muut aikaisemmat tutkimukset aiheesta tukevat näitä tuloksia. Ruspantinen (2015) tekemän tutkimuksen mukaan potilaiden

kuunteleminen ja keskustellessa katsekontaktin luominen ovat tärkeitä keinoja, joilla voidaan lisätä potilaiden luottamusta ja vähentää heidän kokemaansa ahdistusta.

9.2 Tutkimus oppimisprosessina

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin keväällä vuonna 2021, jolloin aiheeksi valikoitui leikkauspotilaiden pelot. Aiheen valitseminen tuntui helpolta, sillä se pohjautui tutkijoiden omaan mielenkiintoon perioperatiivista hoitotyötä kohtaan. Leikkauspeloista on tehty aikaisemmin tutkimuksia potilaiden näkökulmasta, joten tutkijat halusivat tuoda nyt hoitajien kokemuksia esille. Kun opinnäytetyön aihe ja kohdeorganisaatio oli päätetty, aloitettiin tutkimussuunnitelman laatiminen.

Opinnäytetyön teoriaosuutta kirjoitettiin syksyllä 2021 - keväällä 2022 välisenä aikana. Tämä osoittautui haastavaksi ja aikaa vieväksi osioksi, koska ajantasaista kirjallisuustietoa aiheesta löytyi yllättävän vähän. Erityisesti kirjallisuushauilla tehtyjä kansainvälisiä tutkimuksia oli aluksi vaikea löytää, mutta lopulta löydettiin muutama aiheeseen sopiva tutkimus. Tietokantojen käyttäminen palautui yllättävän nopeasti mieleen, vaikka edellisistä käyttökerroista oli jo kulunut pidemmän aikaa.

Tässä kohtaa oli mietinnän alla vielä missä yksiköissä haastattelut tehtäisiin. Asiaa kysyttiin sähköpostitse kirurgisten yksiköiden osastonhoitajilta, jotka ehdottivat preoperatiivista poliklinikkaa tähän tutkimukseen sopivimmaksi. Tutkimuslupa saatiin Vaasan keskussairaalalta toukokuussa 2022. Tämän jälkeen päästiin keräämään haastatteluina tutkimusaineistoa. Analysointiprosessi aloitettiin nopeasti haastatteluiden jälkeen. Kyseinen prosessi tuntui helpolta, koska haastatteluista saadut vastaukset olivat todella yhtenäisiä ja selkeitä. Kaikilla vastanneilla hoitajilla oli saman tyyppisiä vastauksia, joka vaikutti myös saadun aineiston määrään.

Loppuvuodesta 2022 opinnäytetyön tekeminen tuntui todella työläältä ja uuvuttavalta. Alun perin tutkijoilla oli omana tavoitteena saada opinnäytetyö valmiiksi joulukuun 2022 mennessä, mutta tässä aikataulussa ei pystytty pysymään. Taustalla vaikuttivat tutkijoiden muut koulukiireet, harjoittelut ja muutto toisille paikkakunnille. Opinnäytetyön ajoissa valmiiksi saaminen stressasi suuresti, jonka seurauksena tutkimus tehtiin enemmän kiirehtimällä loppuun. Lopulta tutkijat ovat kuitenkin tyytyväisiä valmiiseen työhön.

Kokonaisuutena opinnäytetyö on ollut työläs ja aikaa vievä, mutta samalla myös opettavainen prosessi. Opinnäytetyön tekeminen on antanut paljon uutta tietoa leikkauspeloista ja potilaiden kohtaamisesta sekä opettanut tutkimustyön tekemisestä.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena voisi olla leikkauksen läpikäynneille potilaille tarkoitettujen anonyymien kyselylomakkeiden, joissa selvitettäisiin heidän kokemuksiansa saamastansa hoitohenkilökunnan tuen ja avun riittävydestä preoperatiivisessa vaiheessa. Tällöin saataisiin potilaan näkökulmasta selville, mikä oli hoitohenkilökunnan osalta kohtaamisessa ja tukemisessa toimivaa sekä missä asioissa toimintaa voisi vielä parantaa. Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla, että potilaita haastateltaisiin leikkauksen jälkeen peloista, joita he kokivat preoperatiivisessa vaiheessa. Myös tästä saisi tehtyä oman tutkimuksensa.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Buure, T., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Anttila, S. 2019. Kliininen hoitotyö, sisätauteja, kirurgisia ja syöpäsairauksia sairastavan hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Buure, T., Ekola, S., Partamies, S. & Sulosaari, V. 2020. Kliininen hoitotyö, sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavien hoitotyön perusta. Helsinki. Sanoma Pro.

Huttunen, M. 2017. Mitä ovat ahdistuneisuus- ja pelko-oireiset häiriöt. Viitattu 12.03.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00057>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2012. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki. Sanoma Pro.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma pro oy.

Karinen, J. & Kiviluoma, K. 2020. Leikkausta edeltävä valmistelu. Duodecim oppiportti. Viitattu 25.02.2022. https://www.oppiportti.fi/op/ait00127/do?p_haku=leikkaus#q=leikkaus

Karma, A., Kinnunen T., Palovaara M. & Perttunen J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro oy.

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Viitattu 12.03.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12492>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Oy.

Käypähoito. 2019. Ahdistuneisuushäiriöt. Viitattu 18.02.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>

Leikkola, P. 2014. Selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto.

Leppäniemi, A. 2017. Leikkauksen oikea ajoitus. Duodecim oppiportti. Viitattu 25.02.2022. https://www.oppiportti.fi/op/kia20335/do?p_haku=elektiivinen%20leikkaus#q=elektiivinen%20leikkaus

Lääkärilehti. 2018. Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus->

[peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?public=6cf51054acd41361903e086b728763b8](https://www.peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?public=6cf51054acd41361903e086b728763b8)

Lääketiiteen sanasto. 2016. Elektiivinen. Viitattu 02.03.2022.
<https://www.terveyskirjasto.fi/ltt00654/elektiivinen?q=elektiivinen>

Mentula, P. & Brinck, T. 2019. Onko päivystysleikkauksella kiire? Duodecim aikakauskirja. Viitattu 25.02.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14716>

Mitchell, M. 2013. Anaesthesia type, gender and anxiety. Journal of Advanced Nursing.

Niemi-Murola, L. & Ahlmen-Laiho, U. 2021, Esilääkitys. Duodecim Oppiportti. Viitattu 25.02.2022. https://www.oppiportti.fi/op/atd00062/do?p_haku=esil%C3%A4%C3%A4kitys#q=esil%C3%A4%C3%A4kitys

Niemi-Murola, L. & Ahlmen-Laiho, U. 2021, Leikkausta edeltävä paasto. Duodecim Oppiportti. Viitattu 05.04.2022.
https://www.oppiportti.fi/op/atd00061/do?p_haku=leikkausta%20edelt%C3%A4v%C3%A4%20paasto#q=leikkausta%20edelt%C3%A4v%C3%A4%20paasto

Niemi-Murola, L. & Ahlmen-Laiho, U. 2021, Potilaan saapuminen leikkausyksikköön. Duodecim Oppiportti. Viitattu 05.04.2022.
https://www.oppiportti.fi/op/atd00206/do?p_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurgia#q=p%C3%A4iv%C3%A4kirurgia

Olkkola, K. 2018. Anestesian perusteet. Duodecim oppiportti. Viitattu 31.03.2022.
https://www.oppiportti.fi/op/lft00280/do?p_haku=yleisanestesia#q=yleisanestesia

Olkkola, K. 2018. Puudutteiden ominaisuudet. Duodecim oppiportti. Viitattu 01.04.2022.
https://www.oppiportti.fi/op/lft00290/do?p_haku=puudutus#q=puudutus

Peate, I. 2015. Principles of surgical care: preoperative care. British Journal of Healthcare Assistants.

Ralph, N. 2018. Current opinion about surgery-related fear and anxiety. Journal of Perioperative Nursing.

Reponen, E., Skants, N. & Vakkuri, A. 2020. Johdanto päiväkirurgiseen anestesiaan. Duodecim oppiportti. Viitattu 25.02.2022.
https://www.oppiportti.fi/op/ajt00190/do?p_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurgia#q=p%C3%A4iv%C3%A4kirurgia

Reponen, E., Skants, N. & Vakkuri, A. 2020. Päiväkirurgisen leikkauksen valmistelu. Duodecim oppiportti. Viitattu 25.02.2022.
https://www.oppiportti.fi/op/ajit00191/do?p_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurgia#q=p%C3%A4iv%C3%A4kirurgia

Ruspantine, P. 2015. The preoperative anesthesia evaluation – revisited. Journal of American Association of Nurse Anesthetists.

Suomen mielenterveys ry. Pelko. Viitattu 15.04.2021.
<https://mieli.fi/fi/mielenterveys/itsetuntemus/tunteet/pelko>

Tadessa, M., Ahmed, S., Regassa, T., Girma, T. & Mohammed, A. 2022. The hemodynamic impacts of preoperative anxiety among patients undergoing elective surgery: An institution-based prospective cohort study. International journal of surgery open.

Terveyskylä. 2021. Nukutus eli yleisanestesia. Viitattu 29.03.2022.
<https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/tietoa-leikkaushoidosta/nukutus-ja-puudutus/nukutus-eli-yleisanestesia#:~:text=Nukutus%20on%20tila%2C%20jossa%20potilas,eik%C3%A4%20tiedosta%20nukutuksen%20aikaisia%20tapahtumia>

Ukkola-Vuoti, L., 2019. Miten musiikki vaikuttaa terveyteen. Suomen lääkirilehti.

Yilmaz, M. & Bulut, Y. 2020. The effect of progressive breathing relaxation training on preoperative anxiety and surgical stress response. International Journal of Caring Sciences.

LIITTEET

LIITE 1

HAASTATTELUKYSYMYKSET

- Miten sairaanhoitajana tunnistatte leikkausta pelkävään potilaan?
 - Millä tavalla leikkauspelko näkyy potilaista?
 - Minkälaisia pelkoja potilailla on leikkaukseen tullessa?
 - Mitkä ovat potilaiden yleisempiä leikkauspelkoja?
- Miten kohtaatte leikkausta pelkävään potilaan?
- Millaisia keinoja leikkausta pelkävään potilaan tukemiseen on?
- Millaiset valmiudet sairaanhoitajilla on kohdata leikkausta pelkäävä potilas?
- Millaiset valmiudet sairaanhoitajilla on tukea leikkausta pelkävää potilasta?