



# Ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaaminen leikkaushoitotyössä

Opas leikkaushoitotyön tueksi

Joensuu Jenni

Kopalainen Karoliina

OPINNÄYTETYÖ  
Maaliskuu 2025

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja (AMK)

JOENSUU, JENNI & KOPALAINEN, KAROLIINA:  
Ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaaminen leikkaushoitotyössä  
Opas leikkaushoitotyön tueksi

Opinnäytetyö 73 sivua, joista liitteitä 18 sivua  
Maaliskuu 2025

---

Leikkaukseen joutuminen on stressaava tilanne kenelle tahansa, mutta erityisesti ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä potilas voi kokea sen ylitseväsemättömän kuormittavana. Ahdistuneisuushäiriö on yleinen mielenterveyden ongelma, ja siitä kärsii noin neljännes väestöstä jossain vaiheessa elämäänsä. Erilaiset leikkaushoitotyöhön kuuluvat valmistelut, toimenpiteet ja heräämöhöito voivat lisätä potilaan ahdistuneisuutta, pelkotiloja ja saattavat jopa laukaista paniikkikohtauksen. Potilaan psyykkisen sairauden huomioiminen on ensisijaisen tärkeää leikkaushoitotyön onnistumisen, potilasturvallisuuden ja myönteisen leikkauskokemuksen kannalta.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä opas ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta leikkaushoitotyötä tekevien hoitajien työn tueksi. Oppaan tarkoituksena on lisätä hoitajien valmiuksia ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamiseen ja antaa käytännön ohjeita leikkaushoitotyön eri vaiheisiin. Opinnäytetyö on tehty Tampereen ammattikorkeakoululle osana sairaanhoitajan tutkinto-ohjelmaa.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja siihen kuuluu opinnäytetyöraportin lisäksi prosessin tuotoksena syntynyt opas. Opas pohjautuu opinnäytetyön käsitteellisiin lähtökohtiin, ja siinä käsitellään erilaisia ahdistuneisuushäiriön muotoja, ahdistuksen hallintakeinoja ja tapoja kohdata potilas leikkaushoitotyön eri vaiheissa. Opasta kehitettiin kirurgisilta vuodeosastoilta sekä leikkausosastoilta saadun palautteen perusteella.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

JOENSUU, JENNI & KOPALAINEN, KAROLIINA:  
Encountering a Patient with an Anxiety Disorder in Surgical Nursing  
Guide to Support Surgical Nursing

Bachelor's thesis 73 pages, appendices 18 Pages  
March 2025

---

A quarter of the population suffers from an anxiety disorder at some point of their lives. Going to a surgery is a highly stressful situation especially for this patient group. Preparations, procedures and recovery included in the surgical treatment may increase the patient's anxiety and state of fear, and may cause a panic attack. Consideration of patient's mental illness is crucial in terms of a successful operation, patient safety and a positive surgical experience.

The aim of this thesis was to create a guide on how to encounter a patient with an anxiety disorder to support the work of surgical nurses. The purpose of the guide is to increase nurse's skills in encountering a patient with an anxiety disorder and to give practical instructions for the different phases of surgical nursing. The thesis was realized for Tampere University of Applied Sciences as part of the nursing degree program.

This practice-based thesis includes a theory section and guide created on the basis of the theory. The guide is based on different concepts of anxiety disorder that are covered in the theory section. The guide discusses different forms of anxiety disorder, how to manage anxiety and methods to encounter a patient in different phases of surgical nursing. The guide was developed based on the feedback received from surgical and operating wards.

---

Keywords: anxiety disorder, surgical nursing, surgery

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	KÄSITTEELLISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
2.1	Ahdistuneisuushäiriöiset potilaat .....	7
2.1.1	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö .....	9
2.1.2	Paniikkihäiriö.....	11
2.1.3	Sosiaalisten tilanteiden pelko.....	12
2.1.4	Julkisten paikkojen pelko .....	13
2.1.5	Määräkohtaiset pelot.....	14
2.1.6	Pakko-oireinen häiriö .....	15
2.1.7	Posttraumaattinen stressihäiriö.....	16
2.2	Potilaan kohtaaminen .....	17
2.2.1	Vuorovaikutus .....	18
2.2.2	Ahdistuksen hallintakeinot.....	20
2.2.3	Hengitysharjoitukset.....	21
2.2.4	Progressiivinen lihasrentoutus .....	23
2.2.5	Musiikin kuuntelu .....	24
2.2.6	Paniikkikohtauksen helpottaminen .....	25
2.2.7	Neulapelon lievittäminen.....	26
2.3	Leikkaushoitotyö.....	28
2.3.1	Preoperatiivinen hoitotyö .....	28
2.3.2	Intraoperatiivinen hoitotyö.....	29
2.3.3	Postoperatiivinen hoitotyö.....	32
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	34
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	35
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	35
4.2	Aineiston keruu ja analysointi .....	36
4.3	Prosessin kuvaus ja suunnittelu .....	36
4.3.1	Tuotoksen kuvaus.....	39
4.3.2	Oppaan kehittäminen.....	41
5	POHDINTA .....	44
5.1	Pohdintaa tuotoksesta .....	44
5.2	Eettisyys .....	46
5.3	Luotettavuus.....	47
5.4	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset .....	49
	LÄHTEET.....	50
	LIITTEET.....	56

Liite 1. Opas.....	56
Liite 2. Kyselylomake (Google Forms).....	70
Liite 3. Saatekirje.....	73

## 1 JOHDANTO

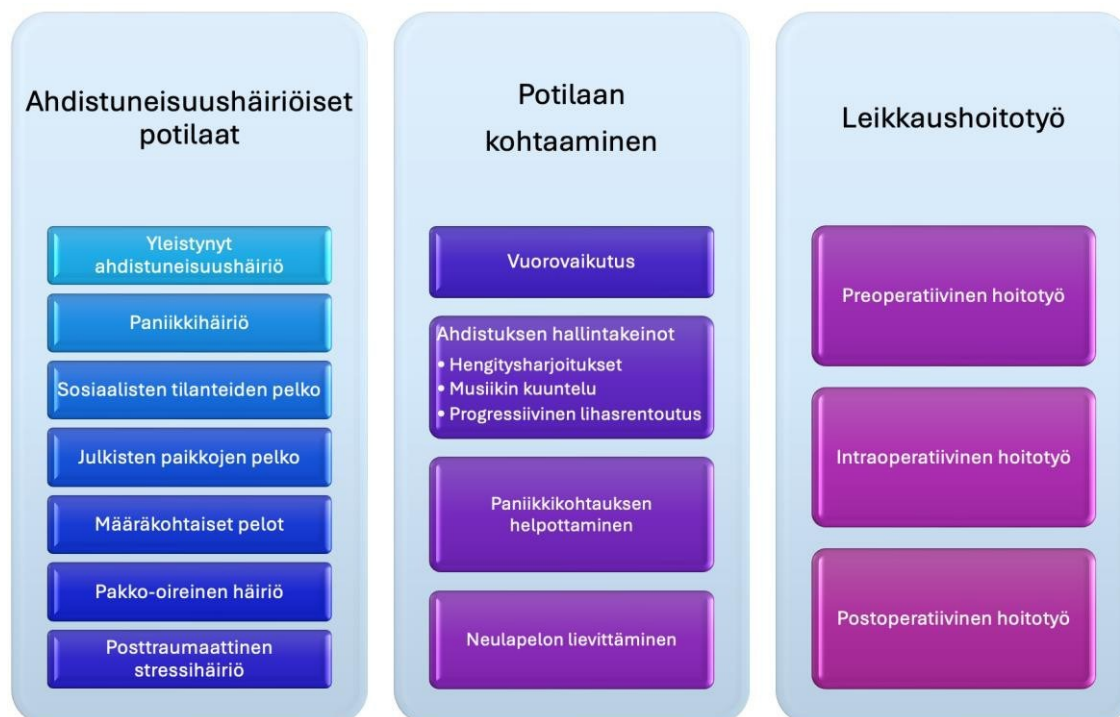
Opinnäytetyössä tutkittiin ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamista leikkaushoitotyössä ennen ja jälkeen toimenpiteen. Ahdistuneisuushäiriötä esiintyy noin neljänneksellä väestöstä jossain elämänsä vaiheessa (Hietaharju & Nuutila 2017, 32.) Ahdistuneisuushäiriö on mielenterveyden häiriöistä yleisin, mutta siihen ei haeta ammattilaisen apua helposti (Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2021, 117). Sairaanhoidajan työssä mielenterveyspotilaita saattaa kohdata missä tahansa työympäristössä ja kokonaisvaltaisen hoidon onnistumisen kannalta, kohtaamisissa hoitajan on tärkeää osata toimia asianmukaisella tavalla.

Potilaan hoidon kannalta on tärkeää huomioida, että leikkaussaliympäristö saattaa laukaista potilaalla paniikkikohtauksen tai voimakkaan ahdistuksen. Kohtaukset voivat tulla täysin odottamattomasti, mutta usein ne ovat ahdistavien ja pelottavien tilanteiden laukaisemia. Psykyinen oireilu näkyy myös potilaan elintoiminoissa, jotka puolestaan vaikuttavat somaattiseen tilaan ja siten hoidon kokonaisvaltaiseen onnistumiseen. (Huttunen & Socada 2020.) Leikkauspotilaan ahdistusta ja stressiä on mahdollista vähentää tekemällä tilasta potilaalle miellyttävä ja ystävällinen. Tämän vuoksi leikkaushoitotyötä tekevien ammattilaisten tulee työskennellä tiiminä, välttää ahdistusta lisääviä tekijöitä ja ennaltaehkäisyn avulla vähentää ahdistuksen vaikutuksia lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. (Aghili ym. 2023, 82.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli toteuttaa opas, joka tukee leikkaushoitotyötä tekevän henkilökunnan osaamista psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen leikkaushoitotyön eri vaiheissa. Opas tukee potilasturvallisuutta ja mahdollistaa toimenpiteen turvallisen ja sujuvan etenemisen. Oppaaseen on yhdistetty tutkittua tietoa ahdistuneisuushäiriön eri tyypeistä, ahdistuksen hallintakeinoista ja ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta leikkaushoitotyön eri vaiheissa. Aihetta käsitellään lääkkeettömien menetelmien näkökulmasta. Opinnäytetyö vastaa sairaanhoidajan ydinosaamiseen kuuluviin tietoihin ja taitoihin mielenterveyshoitotyöhön liittyen. Opinnäytetyö on tehty Tampereen ammatikorkeakoululle osana sairaanhoidajan tutkinto-ohjelmaa.

## 2 KÄSITTEELLISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeisimpiä käsitteitä opinnäytetyössä ovat ahdistuneisuushäiriöiset potilaat, potilaan kohtaaminen ja leikkaushoitotyö (kuvio 1). Opinnäytetyökysymyksestä muodostettiin tiedonhaun kannalta tärkeimmät käsitteet.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

### 2.1 Ahdistuneisuushäiriöiset potilaat

Ahdistuneisuushäiriö on pitkäkestoinen, jatkuva ahdistustila, joka on tilanteeseen nähden liiallinen, eikä liity muihin psykiatrisiin häiriöihin (Rovasalo 2022b). Ahdistuneisuushäiriö rajoittaa toimintakykyä ja siihen liittyy eri tunnetiloja, kuten jännittyneisyyttä, pelkoa, huolestuneisuutta, levottomuutta, paniikkia tai kauhun tunteita (THL 2024). Ahdistuneisuushäiriössä kuitenkin todellisuudentaju yleensä säilyy. Sairautta esiintyy noin neljänneksellä väestöstä jossain vaiheessa elämää ja voi pitkään kestäneenä altistaa masennukselle ja päihteiden ongelmakäytölle, jonka mahdollisuus tulee ottaa huomioon hoidossa. (Hietaharju & Nuutila 2017, 32.) Heinosen ym. (2025) tutkimuksen mukaan ahdistuneisuushäiriö on vahvasti

periytyvä, jos etenkin äidillä on taustalla erilaisia psykiatrisia sairauksia. Vanhempien psykiatrisilla häiriöillä havaittiin olevan yhteyksiä etenkin lasten erilaisiin fobioihin, sosiaalisten tilanteiden pelkoon, yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön, eroahdistukseen ja paniikkihäiriöön. Tästä syystä on erityisen tärkeää huomioida vanhempien mielenterveyden häiriöt, jotta voidaan ehkäistä lasten sairastumista ahdistuneisuushäiriöön. (Heinonen ym. 2025, 374–382.)

Ahdistus on tunnereaktioista alkeellisin ja yleisin. Sen koetaan varoittavan jostain tuntemattomasta uhasta, joka erottaa sen pelosta. Ahdistuksen tehtävänä on uhkaavassa tilanteessa valmistaa psyykkisesti ja fyysisesti pakenemaan vaaraa tai kohtaamaan sen. Patologinen ahdistuneisuus eroaa tavallisesta ahdistuneisuudesta siinä, että se pohjautuu vääristyneeseen tai epätodelliseen uhan arvioon. (Almirón ym. 2020, 17–23.) Keskeisiä reaktioita ahdistuneisuushäiriölle ovat autonomisen hermoston aktivaation oireet ja ahdistuneisuudesta johtuva välttämiskäyttäytyminen (Henriksson ym. 2021, 364).

Ahdistuneisuus luokitellaan patologiseksi, jos se on tilanteeseen nähden liiallisen voimakasta, pitkittynyttä, huomattavaa kärsimystä aiheuttavaa tai heikentää henkilön toimintaa ammatillisella tai sosiaalisella alueella. Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, pelko sosiaalisista tilanteista ja julkisista paikoista, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö sekä posttraumaattinen stressihäiriö. Ahdistuneisuus voi viivästyttää leikkausta, sillä potilas saattaa kärsiä pelosta neuloja, veren näkemistä sekä erilaisia toimenpiteitä ja kuvauksia kohtaan. Leikkauksen aikana käytettävien lääkkeiden osalta tulee ottaa huomioon, että ahdistuneisuushäiriöillä potilailla on usein käytössä psyykenlääkkeitä, joilla saattaa olla haitta- ja yhteisvaikutuksia kyseisten lääkkeiden kanssa. Tila aiheuttaa myös fyysisiä oireita, jotka saattavat vaikeuttaa somaattista hoitoa. (Aalberg ym. 2019, 363–364.) Tällaisia oireita ovat esimerkiksi sykkeen kiihtyminen, vapina, hikoilu, pahoinvointi, huimaus ja erilaiset kiputilat (THL 2024).

Ahdistuneisuus saattaa vaikuttaa useaan leikkauksen vaiheeseen, kuten leikkausta edeltävään käyntiin, induktioon, leikkauksen aikaiseen hoitotyöhön ja leikkauksesta toipumiseen. Ahdistuneisuuden on havaittu vaikuttavan autonomisen hermoston toimintaan, lisäävän anestesia-aineiden tarvetta, leikkauksen jälkeistä

oksentelua ja pahoinvointia sekä leikkauksesta aiheutuvaa kipua. Näistä seikoista johtuen ahdistuneisuus pidentää myös hoitoaikaa sairaalassa. (Celik & Edipoglu 2018.)

### 2.1.1 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyy jatkuvaa, pitkällistä ahdistusta ja pelkoa erilaisia tapahtumia tai asioita kohtaan. Häiriö saa alkunsa usein nuoruudessa, alle 20-vuotiaana ja sen oireisiin kuuluu myös levottomuus, ärtyneisyys, jännittyneisyys, unettomuus ja lihasjännitys. Fyysiset oireet, kuten vaikeus hengittää ja kipu rinnassa tai vatsassa, saattavat olla voimakkaita ja henkilö saattaa pelätä niiden liittyvän somaattisiin sairauksiin. Sairaudesta kärsii noin 5 % ihmisistä jossain elämänsä vaiheessa ja häiriö on usein pitkäaikainen. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kulku vaihtelee ajoittain lievistä jälleen voimistuvaksi. (Hietaharju & Nuutila 2017, 34.) Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyy yleensä vähintään kuusi kuukautta kestänyt liiallinen ahdistuneisuus ja huoli, joka liittyy pääosin useampiin, kuin yksittäisiin asioihin. Ahdistusta voitaisiin kuvailla pelokkaaksi odotukseksi. Henkilöllä on ongelmia huolestuneisuuden hallinnassa ja tilaan saattaa liittyä muiden oireiden lisäksi mielialan laskua. (Henriksson ym. 2021, 117.)

Häiriön tunnistaminen ja hoito on tärkeää, sillä se aiheuttaa potilaalle psyykkistä kärsimystä, heikentää toimintakykyä ja saattaa stressin takia altistaa potilaan somaattisille sairauksille. Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivällä henkilöllä voi esiintyä toisinaan paniikkikohtauksia. Sairastuneen on myös hankalaa hallita huolestuneisuuttaan ja sietää epävarmuuden tunteita. Fyysisten oireiden vuoksi sairastunut hakeutuu usein toistuvasti somatiikan hoitoyksiköihin, jolloin terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä olisi tunnistaa yleistynyt ahdistuneisuushäiriö potilailla, joiden oireille ei löydy selittävää tekijää. Oireita on mahdollista selvittää GAD7-mittarilla (kuvio 2.). (Aalberg ym. 2019, 375–376.)

### GAD – 7 (DC/TMD-FIN GAD-7, ESH)

Viimeisen 2 viikon aikana, kuinka usein Sinua ovat vaivanneet seuraavat ongelmat?  
(Merkitse vastauksesi rastilla "x").

	Ei lainkaan	Useana päivänä	Suurimpana osana päivistä	Lähes joka päivä
	0	1	2	3
1. Hermostuneisuuden, ahdistuneisuuden tai kireyden tunne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En ole voinut lopettaa tai hallita huolestumistani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Liiallinen huolestuneisuus erilaisista asioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vaikeus rentoutua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Niin levoton olo, että on vaikea pysyä aloillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Taipumus harmistua tai ärsyyntyä helposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pelko siitä, että jotakin kauheaa saattaisi tapahtua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YHTEENSÄ =				

Jos Sinulla on ollut jokin ongelma, niin kuinka vaikeaa Sinun on ollut huolehtia työstäsi, kotiasioistasi tai tulla toimeen muiden ihmisten kanssa näiden ongelmien vuoksi?

Ei lainkaan  
vaikeaa

Hieman  
vaikeaa

Hyvin  
vaikeaa

Erittäin  
vaikeaa

KUVIO 2. GAD-7 mittari (Käypä hoito 2017).

Auvinen, Jokelainen, Kujanpää ja Timonen (2016) ovat tehneet tutkimuksen ahdistuneisuushäiriöisten henkilöiden terveydenhuoltopalvelujen käytöstä verrattuna muuhun väestöön. Kyseisessä poikkileikkaustutkimuksessa seurattiin 10 282 pohjoissuomalaista, jotka olivat syntyneet 1966-luvulla. Seuranta tehtiin syntymästä lähtien ja osallistujia pyydettiin 46-vuotiaana vastaamaan seuranta-kyselyyn. Seuratuista 5480 henkilöä vastasi kyselyyn. Tulokset osoittivat ahdistuneisuushäiriöisten henkilöiden käyttävän terveydenhuollon palveluita reilusti muuta väestöä enemmän. Viimeisen vuoden ajalta 58 % ahdistuneisuushäiriöisistä oli hakeutunut perusterveydenhuollon palveluihin ja vain 29 % mielenterveyspalveluihin. (Auvinen ym. 2016.)

## 2.1.2 Paniikkihäiriö

Keskeisin piirre paniikkihäiriössä on paniikkikohtausten esiintyminen toistuvasti. Terveilläkin henkilöillä voi esiintyä yksittäisiä paniikkikohtauksia toisinaan, ilman todettua ahdistuneisuushäiriötä. Väestötutkimuksissa haastatelluista 10–15 % ovat saaneet joskus paniikkikohtauksen. Paniikkikohtauksia saattaa esiintyä muidenkin ahdistuneisuushäiriöiden yhteydessä, kuten julkisten paikkojen pelossa. Kun kyseessä on paniikkihäiriö kohtaukset ovat toistuvia ja etenkin alkuvaiheessa ne alkavat ilman erityistä laukaisevaa tekijää. Osa paniikkikohtauksista ovat kuitenkin tilannesidonnaisia, jolloin ne esiintyvät tietyn laukaisevan tilanteen tai tekijän yhteydessä. Diagnoosi kuitenkin edellyttää, että osa kohtauksista on ennakoimattomia. (Henriksson ym. 2021, 365.)

Paniikkihäiriöön ja –kohtauksiin kuuluu fyysisiä oireita ja kuoleman pelkoa. Somaattisia sairauksia sairastavilla paniikkihäiriötä esiintyy 4,5 % potilaista. Tavanomaisia fyysisiä oireita ovat sydämen toimintaan, neurologiseen tilaan, ruoansulatuksen, huimaukseen ja hengitykseen liittyvät oireet. Häiriö on erityisesti yleinen rintakipupotilailla, joilla ei tutkimuksien perusteella löydetä somaattista syytä. Yleisväestössä paniikkihäiriötä esiintyy elinaikana 28 % ihmisistä. Paniikkihäiriöön kuuluvat paniikkikohtaukset esiintyvät usein yllättäen, kun taas muiden ahdistuneisuushäiriöiden paniikkikohtauksiin liittyy useimmiten selkeä laukaiseva tekijä. (Aalberg ym. 2019, 375–376.) Henkilö saattaa alkaa vältellä paikkoja, joissa kohtauksia on esiintynyt, vaikka paniikkikohtaukset eivät aluksi liitykään tiettyihin tekijöihin. Kohtauksen alussa ilmeneviä fyysisiä oireita ovat tyypillisesti hengitysvaikeus, sydämen tykytys, hikoilu ja vapina. Näiden lisäksi oireisiin kuuluu rintakipua, tunne kuristumisesta ja pahoinvointia. (Hietaharju & Nuutila 2017, 35–36.) Psykkisiä oireita ovat sekava tai epävakaa olo, pyöritys, huimaus, ympäristön tai itsensä tunteminen epätodellisena, kontrollin menettämisen pelko sekä pelko sekoamisesta, pyörtymisestä tai kuolemasta. (Mielenterveystalo n.d.b.)

Oireet usein aiheuttavat henkilön hakeutumisen hoitoon. Oireisto kehittyy voimakkaimmilleen kymmenessä minuutissa ja helpottuu puolen tunnin aikana. Potilaan tilaan ei löydy somaattista syytä. Paniikkihäiriö alkaa usein nuoruudessa, mutta joissain tapauksissa jo lapsuudessa ja se on osittain perinnöllinen. Osa

ihmisistä reagoi happoemästasapainon häiriöihin paniikilla ja hyperventiloimalla. Psykkisen paineen ja kovan stressin lisäksi paniikkihäiriölle altistavat somaattiset sairaudet, kuten hypertyreoosi, kilpirauhasen tulehtuminen tai vaihdevuodet. Näiden lisäksi lääkkeet, kuten yskään, nuhaan, astmaan tai hormonihoitoon käytettävät valmisteet saattavat isoina annoksina lisätä riskiä paniikkihäiriölle. Paniikkihäiriö usein kroonistuu ja pitkään jatkuessaan altistaa lääkkeiden ja alkoholin väärinkäytölle, riippuvuudelle, masennukselle sekä aiheuttaa sairastuneelle ongelmia kotona ja työelämässä. Häiriön hoitoon käytetään rentoutumiskeinoja, psykoterapiaa ja masennuslääkitystä. Oireilla on kuitenkin taipumus uusiutua, mikäli hoitoaika on lyhyt. (Hietaharju & Nuutila 2017, 35–36.) Paniikkikohtauksen aiheuttama hyperventilaatio laskee hiilidioksidiasapainetta, joka supistaa aivojen verisuonia. Tämä saattaa selittää hyperventilaatioon liittyvät oireet, kuten hui-mauksen, rintatuntemukset, parestesiat ja epätodellisuuden tunteen. (Henriksen ym. 2021, 368.)

### **2.1.3 Sosiaalisten tilanteiden pelko**

Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluva sosiaalisten tilanteiden pelko, aiheuttaa välttämiskäyttäytymistä ja heikentää yksilön toimintakykyä. Häiriöstä kärsivä pelkää toisten ihmisten tarkkailun ja etenkin kielteisen arvioinnin kohteeksi joutumista. Sosiaaliset tilanteet aiheuttavat paniikinomaista ahdistusta, joka johtaa tällaisten tilanteiden välttelyyn. Sosiaalisten tilanteiden pelko aiheuttaa niin sanottua ennakkoivaa ahdistusta, jolloin ihminen jännittää pelottavia tilanteita ja omia reaktioitaan jo etukäteen. Ulospäin ahdistus voi näyttäytyä lievänä esimerkiksi käsien vapinana tai lamaantumisenä. Oireet voivat olla myös voimakkaita ja paniikinomaisia, kuten hengenahdistusta, itkuisuutta ja pahantuulisuutta. Oireiden voimakkuus aiheuttaa usein uuden pelon, kun potilas tiedostaa tiettyjen tilanteiden laukaisevan oireet. Pelkoja voi lievittää erilaisilla harjoituksilla, mutta pelkojen kohtaamisen tueksi tarvitaan aina ammattilaisen tukea. Lääkehoitona sosiaalisten tilanteiden pelkoon käytetään psyykenlääkkeitä. Lääkehoito voi olla säännöllistä tai tarvittaessa käytettävää. Tärkeintä on kuitenkin saada potilaalle tietoa tämän oireista sekä estää ja hoitaa välttämiskäyttäytymistä. (Rovasalo 2022a.)

Sosiaalisten tilanteiden pelko liittyy tyypillisesti tilanteisiin, joissa muut tarkkailevat henkilön tekemistä. Tämä saattaa liittyä työtehtäviin, ruokailutilanteisiin ja vieraiden ihmisten tapaamiseen. Väestötutkimusten perusteella pelkoonsa hoitoa etsii vain vähemmistö. Yhtenä syynä tähän on ihmisen häpeä oireistaan sekä pelko henkilöitä kohtaan, jotka ovat auktoriteettiasemassa, kuten lääkärit. Sosiaalisten tilanteiden pelkoa esiintyy elinaikaisesti noin 3–8 % väestöstä Euroopassa, joista enemmistö on naisia. Hoitona käytetään kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa, masennuslääkkeitä, bentsodiatsepiineja sekä beetasalpaajia (Henriksson ym. 2021, 379, 384–387.)

Sosiaaliselle ahdistuneisuushäiriölle on ominaista pelko liiallisesta nolostumisesta tai nöyryytetyksi joutumisesta sosiaalisissa tilanteissa. Sairastuneen lisäksi sosiaalisten tilanteiden pelko vaikuttaa heidän perheisiinsä ja aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemisen koulutuksessa, työelämässä ja sosiaalisissa tilanteissa. Näiden lisäksi se heikentää elämänlaatua ja voi vaikuttaa taloudelliseen pärjäämiseen. Kyseessä on krooninen sairaus, joka kestää tyypillisesti yli kuusi kuukautta. Hoitoon hakeutuminen on heikkoa, sillä potilaat usein ajattelevat sosiaalisen ahdistuksen kuuluvan heidän persoonaansa. Tutkimusten perusteella liiallisesti kontrolloivalla vanhemmuudella näyttäisi olevan yhteyttä sosiaalisen fobian syntymiselle. Tämän lisäksi riskiä lisäävät vaikeat ja stressaavat elämäntapahtumat. (Tahura & Yadav 2022, 55–58.)

#### **2.1.4 Julkisten paikkojen pelko**

Agorafobiassa, eli julkisten paikkojen pelossa, potilaan ahdistuneisuus ja pelon tunteet liittyvät paikkoihin tai tilanteisiin, joista saattaisi olla vaikeaa päästä pois tai apu ei olisi tavoitettavissa. Tällaisia ovat esimerkiksi sairaalat, julkiset liikennevälineet, kaupat, teatterit tai suuret väkijoukot. Tilaan voi liittyä myös pelkoa aiheuttavien paikkojen tai tilanteiden välttämistä tai tuskaa siitä, että välttäminen ei ole mahdollista. Pelko liittyy yleensä siihen, että henkilö ei osaisi hämmennyksen vallassa toimia tilanteessa. Julkisten paikkojen pelosta kärsivä henkilö kestää tilanteita ainoastaan seuralaisen läsnä ollessa tai kokemalla voimakasta ahdistusta. Ahdistuneisuuskohtauksien vuoksi henkilölle kehittyy pelko julkisia paikkoja kohtaan ja nämä kohtaukset voivat liittyä myös paniikkikohtauksiin. Julkisten

paikkojen pelkoa esiintyy eniten naissukupuolella, nuorilla aikuisilla sekä keski-ikäisen varhaisvaiheessa. Sen elinaikaisprevalenssi nuorilla aikuisilla Suomessa on 1,1 %. Agorafobiaa voidaan hoitaa lääkkeiden lisäksi kognitiivis-behavioralisella terapialla ja altistushoidolla. (Henriksson ym. 2021, 118, 377–379.) Julkisten paikkojen pelkoa voi esiintyä yksin tai liittyä muihin paniikkihäiriöihin, jolloin ne heikentävät kummankin ennustetta. Sairauteen liittyy usein muitakin mielenterveysongelmia, kuten masennusta ja ongelmia päihteiden kanssa. (Aalberg ym. 2019, 375.)

### **2.1.5 Määräkohtaiset pelot**

Määräkohtaiset pelot eli fobiat ovat huomattavasti kohteeseen tai tilanteeseen nähden itsepintaisia ja liiallisia tai epärealistisia pelkoja. Pelot kohdistuvat johonkin tiettyyn kohteeseen tai tilanteeseen. Pelkoa herättäville asioille altistuminen aiheuttaa välittömän ahdistusreaktion, joka voi kasvaa paniikkikohtaukseksi asti ja aiheuttaa esimerkiksi pyörtymisen. Pelkoja hoidetaan psykoterapian sekä psyykenlääkkeiden avulla. Pelkoja voidaan lievittää myös altistusohjelmalla, etenkin jos pelon syntymisen taustalla on traumaattinen kokemus. Altistusohjelmassa edetään asteittain kohti pelottavinta tilannetta. Esimerkiksi yleisimmissä neula- ja injektiopeleissa on tärkeää edetä rauhassa ja huomioida potilaan mahdollisuus pyörtymiseen, jos taustalla on tahdosta riippumaton alttius pyörtyä tilanteessa. Tällöin on perusteltua toteuttaa injektointi potilaan ollessa makuuasennossa ja käyttää pistokohtaan puuduttavaa voidetta. Neula- ja injektiopelot voivat olla jopa vaarallisia silloin, jos potilas ei hakeudu hoitoon vakavankaan sairauden hoitamiseksi. (Huttunen 2018.) Potilaan altistuessa pelon kohteelle hänellä ilmenee ahdistuneisuutta, joka voi kasvaa paniikiksi ja aiheuttaa pelon kohteen välttelemisen. Määräkohtainen pelko on usein pitkäaikainen, jopa elinikäinen. Veren näkemisen tai pistämisen pelko on tavallinen fobia. (Henriksson ym. 2021, 119.)

Alshehrin ym. (2016) tutkimuksessa kartoitettiin potilaiden yleisimpiä pelkoja leikkaukseen mennessä ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Kolme suurinta tekijää olivat pelko leikkauksen jälkeistä kipua kohtaan, pelko hereillä olosta leikkauksen aikana ja pelko uneliaisuuden tunteesta leikkauksen jälkeen. Näiden lisäksi pelkoa aiheuttivat neulat ja dreenit, ongelmien paljastuminen yleisanestesian aikana ja

se, että ei heräisi yleisanestesiasta. Naissukupuolella ja yli 40-vuotiailla potilailla havaittiin pelkoja enemmän. Pelosta johtuva ahdistus saattaa vaikuttaa potilaan leikkaukseen. (Alshehri ym. 2016.)

### **2.1.6 Pakko-oireinen häiriö**

Pakonomaiseen toimintaan kuuluu usein impulssien hallitsemattomuutta ja kognitiivista joustamattomuutta. Tällaisten toimintojen lisääntyessä ja haittojen kasvaessa, puhutaan kompulsioista eli pakkotoiminnoista ja ajatuksen tasolla obsesioista eli pakkoajatuksista. Henkilön toimintaa selitetään sillä, että hän suojautuu pakkoajatuksiin liittyvältä uhalta pakkotoiminnoilla. Jäykkyys kognitiivisuudessa aiheuttaa hyvän olon tunteita järjestäessä asiat erimerkiksi symmetrisesti tai kuten henkilö kokee ne ”oikeiksi”. (Henriksson ym. 2021, 119.)

Bhalla ym. (2015) tutkivat syitä ja kokemuksia pakko-oireisten potilaiden pakkotoimintojen suorittamiseen. Tutkimusta varten haastateltiin 20 pakko-oireisesta häiriöstä kärsivää aikuista. Tuloksista tuli ilmi, että potilaat käyttivät pakkotoimintojaan keinona selviytyä stressistä ja ahdistuksesta. He kokivat myös epätäydellisyyden tunteita. Osalle pakko-oireinen käyttäytyminen toi lohtua, kun taas jotkut haastateltavista toivat esiin, että vaikeus keskittyä johonkin asiaan sai heidät tekemään sen toistuvasti. Pakkotoimintojen käyttäminen selviytymiskeinoina vaikeuttaa hoitoon sitoutumista, sillä potilaat ovat tottuneet luottamaan niihin hallitakseen vaikeita tunteitaan, kuten ahdistusta ja stressiä. (Bhalla ym. 2015.)

Pakko-oireiseen häiriöön kuuluu yleensä epämiellyttävät, jatkuvat ja toistuvat ajatukset. Häiriöön liittyy myös ajatuksiin kuuluvat pakkotoiminnot ja tiukat säännöt, joita henkilö kokee olevansa velvollinen noudattamaan. Tällaisia toimintoja voivat olla esimerkiksi jatkuva käsien peseminen, rukoilu, asioiden laskeminen tai sanojen toistelu. Henkilöllä voi olla tarve tarkistaa asioita useaan kertaan ja järjestellä tavaroita. Pakkotoiminnot ja –ajatukset vievät sairastuneelta runsaasti aikaa ja tuottavat kärsimystä sekä haittaavat arjen rutiineja. Pakko-oireisten potilaiden saattaa somaattisessa hoidossa ollessaan olla hankalaa suorittaa pakkotoimintojaan, joka voi aiheuttaa heissä jopa paniikin tunteita. Pakko-oireista kärsiviä

potilaita hoidetaan lääkkeillä, kognitiivisella käyttäytymisterapialla, neurokirurgisilla leikkauksilla tai syväaivostimulaatio-hoidoilla. Ennen hoitoja potilaan tilaa kartoitetaan neurologisilla, psykiatrisilla ja neuropsykologisilla arvioilla. (Aalberg ym. 2019, 378.)

### **2.1.7 Posttraumaattinen stressihäiriö**

Traumaperäinen stressihäiriö syntyy, kun henkilö on kokenut jonkin järkyttävän tapahtuman tai ollut voimakkaasti uhattuna. Alttiutta lisäävät aikaisemmat traumaattiset kokemukset, ahdistuneisuushäiriöt sekä masennusalttius. Oireiden kehittymisen estämiseksi on tärkeää, että pelottavien tilanteiden jälkeen pyritään rauhoittamaan tilanne ja lisäämään turvallisuuden tunnetta. Usein oireet lievenevät eri toimenpiteillä muutamien kuukausien kuluessa. Lopullisen toipumisen voidaan ajatella tapahtuvan 1–3 vuoden sisällä. Traumaperäisessä stressihäiriössä ensisijainen hoitomuoto on psykoterapia. (Eerola 2024.)

Traumaperäinen stressihäiriö voidaan jakaa neljään ryhmään: uudelleen kokemiseen, välttelyyn, kiihtyneisyyteen ja muutoksiin ajattelussa sekä mielialassa. Uudelleen kokemisessa potilas kokee traumaattisen tapahtuman uudelleen muisti- ja mielikuvina tai painajaisunina, jotka toistuvat. Traumaattisesta tapahtumasta muistuttavat asiat saavat aikaan ahdistusta, joka aktivoi autonomisen hermoston ja tästä aiheutuu ruumiillisia oireita. Välttelyssä potilas pyrkii välttämään asioita, jotka nostaisivat esiin muistoja traumaattisesta tapahtumasta. Välttelyyn voi liittyä myös vaikeus muistaa joitakin keskeisiä asioita traumaattisesta tapahtumasta. Kiihtyneisyys puolestaan näkyy potilaassa ärtyneisyytenä, keskittymisvaikeuksina ja univaikeuksina. Potilas saattaa olla jatkuvasti varuillaan ja säikähtää pienistäkin asioista. Tavanomaista ovat myös erilaiset ajatusten ja mielialan muutokset. Potilas voi kokea syyllisyydentunnetta, negatiivista kuvaa itsestään ja maailmasta sekä tunnottomuutta ja masentuneisuutta. Kiinnostus asioihin saattaa laskea, potilas voi vieraantua tunteista ja tunneilmaisut rajoittua. Potilas voi haluta eristäytyä sosiaalisesti. (Eerola 2024.)

Kidutuksen uhrit ovat eräs traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivä potilasryhmä. Kidutetuksi joutuminen aiheuttaa henkilölle äärimmäistä avuttomuutta ja

ahdistuneisuutta, nujertaa hänen psyykettään ja tuhoaa persoonallisuutta. Kidutus voi olla fyysistä, psyykkistä tai seksuaalista. Kidutus aiheuttaa henkilölle monenlaisia oireita, kuten fyysisiä kiputiloja, ahdistavia mielikuvia, masennusta, ahdistuneisuutta, somaattisia oireita ja minäkäsityksen muuttumista. (THL 2023a.) Suomessa noin joka neljäs pakolaistaustainen on joutunut kidutuksen uhriksi. Koettu kidutus saattaa näkyä potilaan pelkoina hoitotoimenpiteitä kohtaan tai arvaamattomana käytöksenä. Kohdattaessa kidutuksen uhreja on tärkeää varata riittävästi aikaa, luoda turvallinen ilmapiiri ja edetä toimenpiteessä rauhallisesti potilaan tahtiin. Toimintaa tulee ennakoida ja sanoittaa. On tärkeää välttää turhaa odottelua, sillä se saattaa tuoda mielikuvan kidutusta edeltäneestä tilanteesta. (Kankaanpää 2022.)

## 2.2 Potilaan kohtaaminen

Potilaan kohtaamisessa ja mielenterveyspotilasta hoitaessa on huomioitava mielenterveysoikeuksien toteutuminen. Mielenterveysoikeudet sekä ihmisen tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut ovat osana viittä painopistealuetta kansallisessa mielenterveysstrategiassa vuosille 2020–2030. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024.) Mielenterveysoikeuksiin sisältyy muun muassa syrjimättömyys ja hyväksytyksi tuleminen, ihmisarvon ja -oikeuksien kunnioitus, yhdenvertaiset oikeudet ja vaikutusmahdollisuudet, oikeus määrittellä arjen selviytymiseen vaikuttavat asiat itse ja saada tukea niihin sekä oikeus hyvään hoitoon. Tarpeiden mukaisen- ja laaja-alaisen palveluiden on oltava asiakaslähtöisiä, käyttäjälleen sopivia, saavutettavia, oikea-aikaisia, joustavia, kuntoutumista edistäviä ja läheiset huomioonottavia. Psykkisesti sairaiden somaattinen hoito tulee toteutua muun väestön kanssa yhdenvertaisesti ja on huomioitava ryhmät, jotka ovat vaarassa joutua eriarvoiseen asemaan. (THL 2023c.)

Leikkaushoitotyössä suhde potilaaseen on lyhyt, mutta työn on oltava tarkkaa, hienovaraista ja perustua luottamukseen. Leikkaus, nukutus, kipu, vieras ympäristö ja huoli kontrollin menetyksestä saattaa aiheuttaa potilaassa pelkoja, joita on mahdollista lievittää keskustelulla. (Karma ym. 2016, 70.) Anestesiaan- ja leikkaukseen liittyvät toimenpiteet ovat kajoavia ja niissä vaikutetaan potilaan itse-

määräämisoikeuteen. Yllättävissä ja akuuteissa tilanteissa potilaan pelko toimenpidettä kohtaan voi aiheuttaa psyykkisen kriisin eli tilanteen, jossa stressi nostaa esiin niin psyykkisiä kuin fyysisiäkin oireita. Hoitajan käytännön tieto ja asiantunteva ohjaus voivat auttaa helpottamaan potilaan stressiä ja ahdistuneisuutta. (Helenius ym. 2024, 52.)

Potilaan psyykkinen valmistaminen leikkaukseen on tärkeää. Hoitoalan ammattilaiset vastaavat potilaan arvioinnista ja anestesiaan liittyvän tiedon antamisesta, joka oikealla tavalla tehtynä lievittää potilaan kokemaa stressiä ja parantaa kliinistä tilaa. Tästä syystä hoitohenkilökunnan tulee saada potilaan ahdistuksen hallitsemiseksi riittävää koulutusta. (Aghili ym. 2023, 81.)

### **2.2.1 Vuorovaikutus**

Vuorovaikutus kuuluu sairaanhoitajan keskeisiin osaamisalueisiin. Potilaan kohtaaminen eettisesti edellyttää hyviä ongelmanratkaisutaitoja ja kykyä kohdata erilaisia potilaita yksilöllisesti. (THL 2023b.) Perioperatiiviset hoitajat kohtaavat potilaan yleensä ensimmäistä kertaa potilaan saapuessa saliin ennen leikkauksen aloitusta (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 69). Hoitajan tulee ottaa huomioon hänen omat asenteensa, tunteensa, elämänarvonsa sekä aiemmat kokemuksensa, jotka voivat vaikuttaa potilaan kohtaamiseen. Lisäksi usein taustalla saattaa olla negatiivisia kulttuurisia ja yhteiskunnallisia asenteita mielenrveyspotilaita kohtaan. Ammatillinen kohtaaminen edellyttää erilaisten potilaiden ja ihmisarvon kunnioittamista. Jotta kohtaaminen olisi asiakaslähtöistä, hoitajan tulee huomioida potilas kokonaisuutena, turvata yhdenvertaisuus, hoidon jatkuvuus sekä tukea potilasta aidosti ja välittävästi. Hoitaja voi henkisen tuen lisäksi kokeilla ahdistuneisuuden lievittämiseen erilaisia rentoutus- ja mielikuva-harjoituksia. (Hietaharju & Nuutila 2017, 34, 101–102.)

Potilaalla on oikeus saada tietoa leikkauksesta ja hänelle on annettava mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa. Potilaan ohjaamiseen ja oppimiseen vaikuttavat fyysiset, sosiaaliset ja psyykkiset tekijät. Näiden lisäksi potilaan pelko, jännitys ja ennakoasenteet tulee huomioida ohjauksessa. Pelkoa saattaa lisätä puutteellinen tiedon anto, pelko kontrollin menetyksestä, kivusta tai taustalla olevat

huonot kokemukset. Potilaalle tulee antaa tietoa suullisesti ja kirjallisesti, jotta siihen on tarvittaessa mahdollisuus palata. (Ahlmén-Laiho 2024, 43–47.)

Tutkimuksen mukaan tiedon antaminen ennen leikkausta paransi potilaan ymmärrystä anestesiasta ja lievitti preoperatiivista ahdistusta. Ahdistusta helpotti myös tutustuminen leikkaussaliympäristöön valokuvien avulla. Selkäydinanestesiassa potilaalle näytetyt opetusvideot, joissa käsitellään toimenpiteen valmistelua, asentoa, hyötyjä, riskejä ja mahdollisia komplikaatioita auttoivat myös lievittämään potilaan kokemaa ahdistusta. (Aghili ym. 2023, 73.)

Bengtsson, Englund ja Johansson (2016) selvittivät tutkimuksessaan anestesiahoitajien kokemuksia leikkausta edeltävästä tapaamisesta ahdistusta kokevien aikuispotilaiden kanssa. Tutkimuksen mukaan potilaaseen tulee tutustua ja rakentaa hoitosuhde hänen yksilöllisiin ominaisuuksiinsa perustuen. On olennaista tunnistaa potilaalle herkkiä aiheita sekä osoittaa myötätuntoa ja empatiaa. Keskustelun ja ympäristön on oltava rauhoittavia sekä hoitajan olla helposti lähestyttävä. Hoitaja voi osoittaa välittämistä kysymällä potilaalta onko hän hyvässä asennossa leikkauspöydällä. Potilaan pelkojen ja ahdistuksen tunnistaminen ja niistä puhuminen on tärkeää. Potilaalle tulee antaa lupa tuntea näitä tunteita. Hoitajan tulee myös osoittaa vastuuntuntoa ja vakuuttaa potilas hoitotiimin ammattitaidosta leikkauksen suhteen. (Bengtsson ym. 2016.)

Potilaskeskeistä ja empaattista lähestymistapaa tukee myös Carvalhon, Figueiredo-Bragan ja Pereiran (2016) tutkimus. Heidän mukaansa tehokkainta ahdistuksen vähentämiseksi on ennen leikkausta tapahtuva interventio, jossa kunnioitetaan potilaan tunteita ja osoitetaan se myös potilaalle. Näin potilas tuntee itsensä arvostetuksi, ymmärretyksi ja tunteensa huomioituksi. Preoperatiivinen interventio sisältää leikkauksen syyn, potilaan tiedontarpeen ja odotusten, erityisten huolenaiheiden, henkisten tarpeiden ja elämässä pinnalla olevien asioiden läpi käymisen sekä potilaan tilanteen kokonaisvaltaisen huomioimisen. Potilaan esittämiin kysymyksiin tulisi osata vastata tuomitsematta ja potilasta kunnioittaen. Ilmapiirin tulee olla luottamuksellinen, potilasta tukeva ja yksityisyyttä kunnioitettava. (Carvalho ym. 2016.) Leikkaukseen itsessään voi liittyä ahdistuneisuutta, mutta tämän lisäksi potilasta voi huolettaa toimenpiteen onnistuminen, leikkaukseen liittyvät komplikaatiot, toipumisaika ja kotona pärjääminen. (Helenius ym. 2024, 53.)

Heräämöhoidon aikana hoitajan antama psyykkinen tuki, johon sisältyy läsnäolo, potilaan kuuntelu ja psyykkisten reaktioiden huomioiminen on potilaalle tärkeää. Ahdistuneisuus voi estää potilaan osallistumisen hoitoonsa. Hoitaja voi potilaan ohjaamisella lieventää ahdistuneisuutta, vähentää potilaan kokemaa kipua ja auttaa leikkauksesta toipumisessa. Toimenpiteestä voi ohjauksen myötä jäädä positiivinen mielikuva, joka lisää myös potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. Potilaan ohjauksessa voidaan hyödyntää erilaisille potilasryhmille tarkoitettuja ohjeita suullisesti ja kirjallisesti tai videomuodossa. Potilaan ahdistuneisuutta on havaittu vähentävän myös se, että sama hoitaja on mukana hoitotyössä ennen leikkausta, sen aikana ja leikkauksen jälkeen heräämössä. Muita menetelmiä psyykkisen tuen lisäksi ovat akupainanta, musiikin kuunteleminen ja hieronta. Etenkin musiikin kuuntelun on havaittu vaikuttavan positiivisesti ahdistuksen ja kivun lievitykseen sekä leikkauksesta toipumiseen. (Helenius ym. 2024, 52–53.)

Kosketus on tärkeä osa ei-verbaalista vuorovaikutusta hoitotyössä. Rauhoittavasti potilaan kädestä pitäminen välittää empatiaa, tuo turvallisuudentunnetta ja lievittää ahdistusta. Tutkimusten mukaan suullisen tiedon antaminen ja 15 minuutin ajan kädestä pitäminen leikkauksen aikana voi lievittää potilaan ahdistusta sekä vaikuttaa osaltaan potilaan onnistuneeseen hoitoon. (Aghili ym. 2023, 74.)

## **2.2.2 Ahdistuksen hallintakeinot**

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveydenongelmia maailmassa. Leikkauspotilaiden kokema ahdistus on usein vaihtelevaa. Preoperatiiviseen hoitotyöhön olennaisena osana kuuluu anestesiaa edeltävän ahdistuneisuuden hallintaa. Lääkkeettömät menetelmät leikkausta edeltävän ahdistuksen hallinnassa ovat tutkimusten mukaan osoittautuneet tehokkaiksi. Nämä menetelmät koetaan ahdistuksen hallinnassa turvallisiksi, yksinkertaisiksi ja tehokkaiksi vaihtoehdoiksi lääkkeelliselle hoidolle. Interventioiden tulee olla potilaslähtöisiä ja hoitajien huomioida niiden yhteydessä potilaiden uskomukset sekä ajatukset. Ahdistuksen hallintakeinojen valinta tulee perustua potilaan tarpeisiin, mieltymyksiin ja arvoihin. (Aghili ym. 2023, 71.)

Mindfulness tarkoittaa tietoista läsnäoloa. Tietoisessa läsnäolossa havainnoidaan kehon tuntemuksia, aisteja, sen hetkistä tunnetilaa ja mielessä pyöriviä ajatuksia. Kokemukset hyväksytään sellaisina kuin ne ovat, eikä niitä pyritä muuttamaan. Tämä auttaa pitämään omat ajatukset ja tunteet erillään ulkoisista tapahtumista sekä auttaa tunteiden tunnistamisessa ja niiden säätelyssä. (Mielenterveystalo n.d.f.) Harjoittelemalla tietoisuustaitoja voidaan lievittää kipua, stressiä ja ahdistusta. Tyypillisimpiä harjoituksia ovat esimerkiksi hengitysharjoitukset. (Mieli n.d.) Mindfulnessin avulla ihminen löytää myötätuntoa itseään sekä muita kohtaan ja saa tasapainoa vaikeisiin kokemuksiin. Säännölliset harjoitteet vähentävät stressiä, masennusta ja ahdistuneisuutta. Menetelmän kehitti tohtori Jon Kabat-Zinn 1970-luvun lopulla lääketieteellisessä yliopistossa Amerikassa. (Lipponen, Litovaara & Katajainen 2016, 166–167.)

Tietoista läsnäoloa voidaan vahvistaa harjoitteilla, jotka auttavat havainnoimaan, keskittymään ja olemaan läsnä nykyhetkessä. Sen hyödyistä kivun, ahdistuksen ja masennuksen lievityksessä on vahvaa näyttöä. Säännöllisen harjoittelun myötä aivoissa on havaittu tapahtuvan toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia. Muutoksia tapahtuu myös stressivasteessa, jolloin reaktio akuuttia stressiä kohtaan vaimenee ja stressistä palautuminen tapahtuu nopeammin. Mindfulness-harjoitteet ovat edullisia, tehokkaita ja soveltuvat useille eri potilasryhmille. (Raevuori 2016.) Rentoutumisen myötä autonomisessa hermossa aktivoituu parasymptaattinen osa, jolloin syke ja hengitys hidastuu, ruoansulatus tehostuu, syljeneritys lisääntyy ja lihakset rentoutuvat. Kun kyseessä on pitkäaikainen kipu symptaattinen hermosto ja keskushermoston hälytysjärjestelmä ovat yliaktiivisessa tilassa. Erilaisilla rentoutusmenetelmillä voidaan lievittää kipukokemusta ja rauhoittaa hermostoa. Näihin menetelmiin kuuluvat muun muassa palleahengitys ja progressiivinen lihasrentoutus. (Terveyskylä 2018.)

### **2.2.3 Hengitysharjoitukset**

Hyperventilaatio eli ylihengittäminen on keskeinen ja yleinen oire esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvassa paniikkihäiriössä. Hyperventilaation hallinnalla pystytään lievittämään oirekuvaa ja estämään paniikkikohtauksen seurauksia.

Potilasta opetetaan käyttämään apuna palleahengitystä paniikkikohtauksen oireiden uhatessa. Tämä menetelmä auttaa hallitsemaan paniikkikohtausta paremmin sekä objektiivisesti että subjektiivisesti ja on hyödyllinen etenkin ahdistuneisuuden lievitykseen ennaltaehkäisevästi. (Henriksson ym. 2021, 375.)

Pelko, jännitys, stressi ja kipu voivat aiheuttaa hengitystasapainon häiriintymisen. Tämä voi ilmetä hengityksen pidättämisenä, pinnallisena hengityksenä, kiihtyneenä hengityksenä tai jopa hyperventilaationa. Hengitykseen pystytään vaikuttamaan hengitysharjoituksilla ja hengityksen rentouttamisella. Tasapainoinen hengitys tukee mielen ja kehon hyvinvointia sekä helpottaa selviytymään arjen haasteista. Hyvä hengitystekniikka tehostaa kaasujen vaihtoa ja auttaa keuhkotuuletusta jakautumaan keuhkojen eri osiin tasaisesti. Palleahengitys tehdään selinmakuulla, polvet koukistettuna ja käsi vatsan päällä. Harjoituksessa tunnustellaan kädellä ylävastalta pallean liikettä ja tunnetaan sisäänhengityksen aikana ylävatsan pyöristyvän ja uloshengityksen aikana laskevan. Toinen helppo harjoitus on huulirakohengitys. Sillä rauhoitetaan uloshengitystä ja parannetaan hengityslihasten toimintaa. Harjoituksessa muodostetaan huulista pieni rako, josta uloshengitys tapahtuu. Tällöin uloshengitykseen tulee pieni vastus, joka estää pieniä ilmatiehyitä kasaan painumiselta. (Hengityслиitto 2020, 4, 7–9.) Sisäänhengitys tapahtuu nenän kautta ja keuhkot hengitetään puolilleen. Tärkeää on, että keuhkot eivät täyty tai tyhjene harjoituksen missään vaiheessa. Uloshengitystä ei pidä puhalttaa ulos, ilman annetaan tulla puhaltamatta. Tämä pidentää uloshengitystä, jonka tulisi kestää noin 2–3 kertaa pidempään, kuin sisäänhengitys. (Mielenterveystalo n.d.c.)

Läsnäolon keskeisiä harjoitteita on hengitykseen keskittyminen. Tämä auttaa ankkuroimaan nykyhetkeen ja auttaa pääsemään irti hankalista aistimuksista tai harhailevista ajatuksista. Hengitysharjoitukset on hyvä aloittaa rentouttamalla vatsalihaksia, sekä palleaa syvään hengittämällä. Näin saadaan keskivartaloon enemmän tilaa ja on helpompi tuntea koko hengitysliike. Harjoituksen alussa hengitetään syvään, jonka jälkeen hengityksen annetaan jatkua omaan tahtiin. (Lipponen ym. 2016 175.) Barnes, Crawford, Harden & Jerath (2015) selvittivät tutkimuksessaan tunteiden ja hengityksen välistä suhdetta sekä sen vaikutusta autonomiseen hermojärjestelmään ja homeostaasin muutoksiin. Tutkimuksen mukaan näitä muutoksia olisi mahdollista ehkäistä meditaatio- ja hengitystekniikoilla

lääkityksen sijaan ja näin hoitaa masennusta, stressiä ja ahdistuneisuutta. (Barnes ym. 2015.)

#### **2.2.4 Progressiivinen lihasrentoutus**

Almirónin ym. (2020) katsauksen mukaan ahdistuneisuutta voidaan hallita psyykenlääkkeillä, psykoterapialla, fysioterapialla sekä erilaisilla rentoutustavoilla. Jacobsonin progressiivinen lihasrelaksaatio lukeutuu näihin ja tehoaa moniin terveysongelmiin. Tämä rentoutustekniikka toimii esimerkiksi migreenin ennaltaehkäisyyn, tinnitukseen, kipuoireyhtymiin, mutta myös erityisesti ahdistuneisuushäiriön hoitoon ja ahdistuneisuuden oireisiin stressaavissa tilanteissa. Progressiivinen lihasrelaksaatio vähentää psyykkistä stressiä estämällä lihasjännitystä asteittain. Rentoutus tapahtuu jännittämällä yhtä lihasta kerrallaan aktiivisesti yhdessä osassa kehoa, jonka jälkeen kyseinen lihas päästetään rennoksi ja keskitytään tästä syntyneisiin tunteisiin. Emotionaalisen ja fyysisen rentoutumisen välillä ajatellaan olevan yhteys, jolloin rentouttamalla lihaksia voidaan helpottaa psyykkistä stressiä. Progressiivinen lihasrentoutustekniikka on helppo oppia ja sitä pystytään soveltamaan erilaisissa terveydenhuollon yksiköissä. (Almirón ym. 2020, 17–23.)

Asteittain etenevässä lihasrentoutuksessa keskitytään lihasten jännittämiseen ja rentouttamiseen. Harjoitteissa edetään systemaattisessa järjestyksessä lihasryhmästä toiseen, lihaksia vuorotellen supistaen ja rentouttaen. Menetelmä opettaa lihasten aisti- ja tunteoreseptoreja huomaamaan eron jännittyneisyyden ja rentouden välillä. (Terveyskylä 2018.) Harjoituksen aikana on tärkeää kiinnittää huomio hengitykseen. Hengityksen tulee antaa virrata omaan tahtiin ja hengityssykkien väleissä tulee pitää pieni tauko. Hengitykseen keskittyminen auttaa maadoittamaan, kun ajatukset alkavat harhailla liikaa. On myös tärkeää tunnistaa rentouden tunne lihaksissa harjoitteen aikana. (Mielenterveystalo n.d.a.)

Dang ym. (2015) tutkivat progressiivisen lihasrelaksaation ja musiikkiterapian vaikutuksia ahdistuneisuuteen, masennukseen sekä sairaalajakson kestoon kiina-

laisilla rintasyöpäpotilailla rinnanpoistoleikkauksen jälkeen. Tässäkin tutkimuksessa havaittiin näiden keinojen lyhentävän sairaalajaksoa sekä vähentävän merkittävästi potilaiden ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.

### **2.2.5 Musiikin kuuntelu**

Musiikkiterapia tarkoittaa musiikin kliinistä hyödyntämistä potilaan mielialan parantamiseksi ja stressin alentamiseksi. Musiikin avulla on mahdollista siirtää huomio negatiivisista ärsykkeistä myönteisiin tunteisiin. Musiikin melodian ja rauhoittavan rytmin avulla potilas kokee ympäristön rauhallisena ja tämä auttaa parantamaan stressinsietokykyä. Potilaan mieleisten genrejen kuunteleminen kaiuttimien kautta on todettu lievittävän ahdistusta. Kuulokkeilla kuuntelu odotushuoneessa ennen ja jälkeen leikkauksen on todettu vaikuttavan positiivisesti potilaan kokemaan stressiin. Musiikin suhteen tulee huomioida potilaan mieltymykset sekä kulttuuriset ja uskonnolliset vakaumukset. (Aghili ym. 2023, 74.)

Tutkimuksessa on havaittu meditatiivisen musiikin kuuntelun vähentävän potilaan toimenpiteeseen liittyvää ahdistuneisuutta ja alentavan syketasoa (Chang, Lee, Liu & Sung 2016). Musiikki auttaa tunteiden ilmaisussa, vuorovaikutuksessa ja antaa potilaalle mielihyvän tunteita. Musiikin kuuntelulla on myös fysiologisia vaikutuksia. Se stimuloi aivojen eri alueita, aktivoi tai rauhoittaa potilasta ja auttaa kivun lievityksessä. Musiikki mahdollistaa vaikeidenkin asioiden käsittelyn turvallisesti. (Suomen Musiikkiterapiayhdistus ry n.d.) Musiikin on tutkittu ahdistuksen vähenemisen ja sykkeen hidastumisen lisäksi vaikuttavan myös verenpaineen alenemiseen. Ahdistusta on mahdollista lievittää musiikin kautta leikkausta odottaessa ja sen aikana. Musiikin kuuntelun avulla päästään tavoitteisiin potilaan hoidossa ja parannetaan perioperatiivisen hoitotyön laatua. (Huang ym. 2017.) Choain ja Parkin (2022) tutkimuksessa testattiin musiikin vaikutusta kivunhoidossa matalan ja korkean ahdistuneisuuden potilasryhmissä. Yhteensä 49 potilasta osallistui tutkimukseen. Musiikin kuuntelulla havaittiin olevan suuri merkitys matalan ahdistuneisuuden ryhmässä, mutta suuren ahdistuneisuuden ryhmässä vastaavaa vaikutusta ei ollut. (Choai & Park 2022.)

Meta-analyysillä tutkittiin lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja sydänleikkauksen jälkeen. Tutkimuksen mukaan TENS-laite, musiikki, akupainanta ja hieronta lievittävät tehokkaasti sydänleikkauksesta toipuvien kipua. Musiikilla havaittiin lisäksi olevan merkittäviä vaikutuksia ahdistuneisuuden lievityksessä. (Jing ym. 2023.) Toisessa meta-analyysissä selvitettiin musiikin vaikutusta ahdistuksen ja kivun lievityksessä kirurgisilla potilailla. Musiikin todettiin laskevan systolista verenpainetta, sykettä sekä vähentävän kipua ja ahdistusta. Tosin musiikin teho kivun ja ahdistuksen lievityksessä vaihteli merkittävästi toimenpiteen keston mukaan. Suurin hyöty musiikista saatiin toimenpiteissä, jotka olivat kestoiltaan 30–60 minuuttia. (Ju, Myung, Sook & Yeon 2023.)

### **2.2.6 Paniikkikohtauksen helpottaminen**

Kamarudinin, Mainulin & Vidyan (2018) tutkimuksen mukaan potilas voi hengitysharjoitusten avulla tehokkaasti hoitaa paniikkikohtauksiaan missä tahansa tilanteessa. Hengitysharjoitukset auttavat vähentämään ahdistusta sekä stressiä pakottaen kehon rentoutumaan ja paniikkikohtauksen loppumaan. Hengitysharjoitukset auttavat palauttamaan normaalin hengitysrhythmin ja vähentämään monia fyysisiä paniikkikohtauksen oireita. (Kamarudin ym. 2018.)

Hengitysharjoitusten lisäksi huomion suuntaaminen toisaalle ja keskittyminen hetkeen auttaa päästämään irti paniikkiajatuksista. Potilasta voi ohjata kiinnittämään huomionsa ympärillä oleviin asioihin, kuten tarkastelemaan erilaisia esineitä tai lukemaan ympäristössä näkyviä tekstejä. Potilaan oloa voi auttaa myös näiden asioiden luetteleminen ääneen. Toistuvien ja yksinkertaisten asioiden tekeminen auttaa suuntaamaan huomiota pois paniikkioireista. Tällaisia asioita voivat olla esimerkiksi numeroiden luettelu sadasta alaspäin, kuminauhan napsauttelu ranteessa tai ympärillä olevien ihmisten laskeminen. (Mielenterveystalo n.d.e.) Potilasta on hyvä muistuttaa siitä, että kohtaaminen loppuu pian ja on täysin vaaraton (Duodecim Terveyskirjasto 2024).

Potilaalle on tärkeää normalisoida psyykkisiä reaktioita ja oireita, mutta välttää diagnoosien tai erikoistermistön käyttöä, sillä nämä saattavat aiheuttaa potilaalle

pelkoja. (THL 2023b.) Paniikkikohtauksen aikana potilasta tulee rauhoittaa ja antaa psykoedukaatiota paniikkikohtauksen etenemisestä ja paniikkihäiriön luonteesta. Tämä auttaa helpottamaan potilaan kokemaa ahdistuneisuutta. Rentoutusharjoitukset ja syvähengitys, jossa keskitytään hengityksen hidastamiseen ja säännöllisyyteen on osoitettu lievittävän paniikkia ja ahdistuneisuutta. Potilasta voi ohjata myös mielikuvaharjoittelun avulla ajattelemaan stressitöntä ja rauhallista paikkaa. Näillä keinoilla on todettu olevan vaikutusta paniikkihäiriön ja paniikkikohtausten hoitoon. (Raju, Kunmar & Nihal 2022.)

### **2.2.7 Neulapelon lievittäminen**

Tavallisesti neulalla pistäminen aiheuttaa jonkinasteista kipua. Jokaisen kipuaistimukseen ja pelkoihin tulee suhtautua yksilöllisesti, sillä ihmiset kokevat asioita eri tavoin. Ennen pistämistä olisi tärkeää keskustella pelosta ja sen lievityskeinoista, eikä pelkoa tule ikinä vähätellä. Useimmat potilaat pelkäävät pistostilannetta tai pistämiseen liittyvää kipua. Mikäli pelko on niin voimakasta, että se aiheuttaa pistämistilanteiden ja tutkimusten välttelyä saatetaan puhua jo fobiasta. Tilanteiden välttelyn vuoksi potilaalle ei pääse kehittymään positiivisia kokemuksia ja näin ollen ajatukset omasta pelosta vahvistuvat. (Friman, Kuparinen, Lehto, Liikanen 2021, 73.)

Neulapelon aiheuttamia fyysisiä oireita ovat suun kuivuminen, kalpeus, hengenahdistus, huimaus, oksentaminen, pyörtyminen ja hikoilu. Taustalla saattaa olla lapsuudessa koetut huonot pistämiskokemukset. Tunnemuisti koettuun kipuun saattaa kulkea mukana kauan ja pelko ehdollistuu myös uusiin pistostilanteisiin. Neulapelosta kärsivä potilas reagoi usein voimakkaasti pistostilanteissa. Jännittyneisyys aiheuttaa verenpaineen ja sykkeen nousun, jonka vuoksi verisuonet supistuvat ja pistäminen hankaloituu. Potilaan pelkoa on mahdollista lievittää keskustelulla, kuuntelemalla, kysymysten esittämisellä sekä huomion suuntaamisella toisaalle. Potilasta rauhoitellaan ja selvitetään tilanteen eteneminen vaihe vaiheelta. Mikäli pistämistilanne on aiemmin aiheuttanut potilaalle huonoa oloa, on pistäminen syytä tehdä makuuasennossa. Tilanteessa olisi tärkeää pitää silmät auki, koska silmien sulkeutumisesta pyörtymisen pystyy ennakoimaan. Jännittä-

vässä tilanteessa ihminen alkaa hengittää pinnallisesti ja tiheästi. Palleahengittämisestä muistuttaminen kannattaa, sillä se auttaa potilasta rentoutumaan. Potilaalta voi kysyä onko hän halukas tietämään, milloin pistetään. Hallinnantunne auttaa vähentämään pelkoa, joten neulapelkoisen voi antaa päättää pistoshetkestä itse. Musiikki vaikuttaa potilaaseen useiden tutkimusten mukaan rauhoittavasti. Klassisessa musiikissa tempo vastaa 60 lyöntiä minuutissa eli samaa kuin leposykkeessä, jonka vuoksi se sopii tilanteeseen parhaiten. Tilanteen vaatiessa, voidaan potilaalle antaa puuduttavaa voidetta pistämisestä aiheutuvaan kipuun. Pistämisalueen viilentäminen esimerkiksi jääpalalla saattaa myös auttaa lieventämään kipua. Aikataulusta on syytä pitää kiinni, sillä turha odottaminen saattaa voimistaa pelkoa. Hoitajan tulee olla tilanteessa empaattinen ja ammattimainen sekä auttaa potilasta tuntemaan olonsa turvalliseksi. Piston epäonnistuessa on järkevää vaihtaa hoitajaa, sillä tilanteen pitkittyminen voi lisätä jännitystä entisestään. (Friman ym. 2021, 74–75.)

Rentoutuksella voidaan vaikuttaa aktiivisuuteen autonomisessa hermostossa ja sen avulla vähentää kivusta aiheutuvaa lihasjännitystä, negatiivisia tunnereaktioita sekä vahvistaa kivunhallinnan tunnetta. Rentoutumiseen voidaan käyttää erilaisia hengitys- ja lihasrentoutustekniikoita. Huomion suuntaaminen toisaalle auttaa kivun kokemisessa lievempänä sekä vähentää kipuun liittyviä negatiivisia tunteita. Huomiota voi suunnata esimerkiksi vuorotellen hengitykseen ja ympäristön äänien tarkkailuun. Huomion suuntaamisharjoitukset auttavat yleensä lievässä kivussa, mutta sopivat myös akuutin kivun yhteyteen. Erilaiset mindfulness-harjoitteet auttavat suhtautumaan kipuun rauhallisemmin ja neutraalimmin, eivät niinkään kivun voimakkuuteen. (Haanpää ym. 2018.)

Cookin (2016) tutkimuksen mukaan neulafobiasta kärsii arviolta 10 % väestöstä. Neulapelosta kärsivillä ahdistuneisuus on usein äärimmäistä, hallitsematonta ja lisää riskiä paniikkikohtauksille. Neulapelkoinen saattaa nolostua ja tuntea itsensä epäonnistuneeksi, koska ajattelee ettei hänen reaktionsa ole sosiaalisesti hyväksyttävä. Ammattilainen saattaa ärsyntyä tilanteesta, jos aikataulu on kiireinen. Tilanteessa on kuitenkin eettisesti oikein etsiä ratkaisuja, jotka vähentävät ahdistusta ja pelkoa. Ultraäänen avulla on mahdollista määrittää suonien sijainti tarkemmin, joten hankalien suonten kohdalla sen käyttö on hyödyllistä. Ihon nopea viilennys hidastaa hermojen johtumisnopeutta ja aiheuttaa tunnottomuutta.

Erilaiset kylmäpakkaukset ovat kivun lievittämiseen helppokäyttöisiä ja edullisia vaihtoehtoja. Puuduttavalla EMLA-voiteella on mahdollista lievittää kipua. Sen vaikutus alkaa vasta 30–60 minuutin jälkeen ja kestää yhdestä kahteen tuntiin. Ahdistuneisuutta saattaa lievittää myös radion kuuntelu, hoitajan kanssa keskustelu, mutta aiheiden kanssa on oltava varovainen. Huumori ei aina toimi tilanteessa, eikä ole sopivaa kuvailla miltä pistäminen saattaa tuntua. Yllättäviä tilanteita tulee välttää ja siksi potilaalle tulee antaa mahdollisuus vaikuttaa pistämisen hetkeen. (Cook 2016, 273–279.)

## **2.3 Leikkaushoitotyö**

Leikkaushoitotyö tarkoittaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä, joka tapahtuu leikkauksen ympärillä. Siinä korostuvat etenkin potilasturvallisuus ja aseptiikka. Leikkaushoitotyötä tekevät leikkausosastoilla toimivat sairaanhoitajat ja se jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat pre-, intra- ja postoperatiiviseen vaihe. (Karma ym. 2016, 8.)

### **2.3.1 Preoperatiivinen hoitotyö**

Leikkausta ennen sairaanhoitaja tekee kyselytutkimukset, ohjaa potilaan tarvittaviin tutkimuksiin, selvittää lääkityksen sekä kertoo kuinka potilaan tulisi valmistautua leikkausta varten. Haastattelu tehdään preoperatiivisella poliklinikalla tai etäkonsultaationa. Mikäli kyseessä on perusterve potilas, voidaan leikkausta edeltävä arvio tehdä tutkimustulosten, sairauskertomuksen, lähetteen ja esitietojen perusteella. (Ahlmén-Laiho 2024, 16–17.)

Potilaan leikkausvalmisteluihin leikkausta edeltävänä päivänä kuuluu hoitoa koskevien dokumenttien kerääminen, tarvittavien tutkimuksien tilaaminen leikkausaamuksi ja alustava hoitosuunnitelma. Leikkauspäivänä leikkaushoitaja tarkistaa potilaan esitiedot, henkilötiedot, laboratorioarvot, varmistaa verituotteiden saatavuuden ja niitä edellyttävien laboratoriotutkimuksien tulokset, potilaan anestesiakelpoisuuden ja jatkohoitopaikan tilanteen. Tarvittaessa hoitaja konsultoi

anestesia­lääkäriä esimerkiksi viitearvoista poikkeavista laboratoriotuloksista. Ennen leikkausta on lisäksi mitattava potilaasta verenpaine, pulssi, lämpötila ja happisaturaatio. Potilaan on oltava ravinnotta ja rakon tyhjä. Lääkkeistä annetaan lääkäri­n määräämät esilääkkeet sekä muut ennakkoon lääkäri­n ohjeistamat lääkkeet. Potilaan ihon oltava puhdas ja leikkausalueen eheä. Lisäksi hänellä tulee olla potilasranneke tunnistamista varten ja puettuna avopaitaan leikkausta varten. (Ahlmén-Laiho 2024, 41–42.)

Preoperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu leikkaussalin valmistelu ennen potilaan vastaanottamista. Hoitajan tulee perehtyä potilaan taustatietoihin ja valmistella toimenpide niiden perusteella sekä anestesia­lääkäri­n ohjeiden mukaan. Potilas voi olla leikkauksen aikana puudutettu, yleisanestesiassa tai sedaatioissa ja eri anestesia­muotoja on myös mahdollista yhdistellä keskenään. Leikkauksen aikaiseen valvontaan vaikuttaa anestesia­muoto, potilaan tila ja perussairaudet. Induktiotilassa potilaan valmisteluun kuuluu esimerkiksi erilaiset kanyloinnit ja puudutukset. (Karma ym. 2016, 56–57.)

### **2.3.2 Intraoperatiivinen hoitotyö**

Potilasta vastaanottaessa olisi tärkeää koko hoitotiimin olla paikalla ja esittäytyä potilaalle. Hoitaja tarkistaa potilaan henkilöllisyyden ja varmistetaan tehtävä toimenpide niin potilaalta itseltään kuin hoitotiimiltäkin. (Karma ym. 2016, 69–70.) Potilaan allergiat tarkistetaan suullisesti potilaalta itseltään ja lisäksi potilastietojärjestelmästä (Aura & Kinnunen 2022, 89). Hoitajat auttavat potilaan siirtymisessä leikkaustasolle. Etenkään esilääkittyä potilasta ei saa milloinkaan jättää yksin ja hoitajan on varmistettava hänen turvallisuutensa olemalla jatkuvasti läsnä. Siirtotilanteessa potilas on tärkeä osallistaa raporttiin. (Karma ym. 2016, 69–70.) Tämä tarkoittaa esimerkiksi henkilötunnuksen, leikattavan puolen, allergioiden ja toimenpiteen varmistamista potilaalta itseltään. Tämän jälkeen hoitaja vielä varmistaa, että tiedot täsmäävät potilaskertomuksen merkintöihin. (Ahlmén-Laiho 2024, 107.)

Potilaan siirtyessä leikkaussaliin, alkaa kesto­ltaan lyhyt, mutta merkityksellinen hoitosuhde. Perioperatiivisessa hoitoyksikössä tämä perustuu luottamukseen,

hienotunteisuuteen ja tarkkuuteen. (Karma ym. 2016, 70.) Yksilöllinen ja turvallisuuden tunnetta lisäävä vuorovaikutus on tärkeää (Aura & Kinnunen 2022, 89). Keskustelemalla potilaan kanssa, voidaan lievittää mahdollisia pelkoja. Toimenpiteen ohella potilasta voi pelottaa uusien ihmisten kohtaaminen ja uusi hoitoympäristö. Toimenpiteeseen ja etenkin anestesiaan liittyvä kontrollin menetys saattaa tuntua pelottavalta. Potilas voi miettiä etukäteen myös tulevia kehon muutoksia, leikkauksen ja anestesian onnistumista sekä leikkauksen jälkeistä kipua. (Karma ym. 2016, 70.)

Kornatowski ym. (2016) tutkimuksessa tutkittiin 58 sydänkirurgista potilasta. Potilaiden stressin voimakkuutta arvioitiin standardisoidulla kyselylomakkeella ja haastattelulla ennen leikkausta. Suurin syy stressiin oli terveydentilasta johtuva ahdistuneisuus. Leikkausta edeltävää ahdistusta aiheutui myös kivusta, kärsimyksestä, sairaudesta, nukutuksesta, leikkauksesta itsessään ja siihen liittyvistä mahdollisista komplikaatioista. Hoitajan antamalla tiedolla, henkisellä tuella ja potilaan mieltymysten huomioinnilla sairaalahoidossa oli stressiä ja ahdistuneisuutta vähentävä vaikutus leikkaushoitotyön aikana. (Kornatowski ym. 2016.)

Anestesiahoitajan tehtäviin kuuluu kertoa potilaalle tapahtumien kulusta, ohjata potilasta ja huomioida potilaan jännitys. (Aura & Kinnunen 2022, 89.) Potilaalle tulee tehdä selväksi mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. Anestesiahoitajan erityistehtävä on olla potilaan asioista vastaavana henkilönä anestesian aikana, joten viime hetken tiedot ja potilaan ajatukset sekä tuntemukset ovat tärkeitä tiedettäviä asioita. Tämä lisää potilaan turvallisuudentunnetta ja luottamus hoitavaan henkilökuntaan kasvaa. Raportointi pyritään tekemään ISBAR-raportointimenetelmän pohjalta, joka vähentää riskejä tiedonkulussa. (Karma ym. 2016, 69–70.) Koko leikkaustiimi käy yhdessä läpi WHO:n kehittämän tarkistuslistan, mikä parantaa hoitohenkilökunnan keskinäistä viestintää (kuvio 3).

### Leikkaustiimin tarkistuslista – LIHAVOIDUT KOHDAT LUETAAN ÄÄNEEN

Alkutarkistus	Tarkistus ennen leikkausviiltoa	Lopputarkistus
Ennen anestesian aloitusta anestesiologi tai ah pyytää	"Aikalisä" kirurgin tullessa saliin	Ennen kirurgin poistumista salista
<p>■ Potilas on varmistanut henkilöllisyytensä, toimenpiteen ja leikkausalueen/-puolen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kyllä</li> </ul> <p>■ Leikkausalue merkitty</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kyllä</li> <li>• Ei sovellu</li> </ul> <p>■ Anestesiavalmius</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kyllä</li> </ul> <p>■ Potilaalla on toimiva saturaatiomittari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kyllä</li> </ul> <p>■ Allergiat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei ole</li> <li>• On</li> </ul> <p>■ Potilaalla vaikea hengitystie / aspiraation vaara</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei</li> <li>• Kyllä, tarvittavat laitteet ja apu saatavissa</li> </ul> <p>■ Verenvuotoriski yli 500 ml (lapsilla 7ml/kg)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei</li> <li>• Kyllä, ja kaksi IV/CV reittiä ja nesteistä suunniteltu</li> </ul>	<p>■ Tiimin nimet ja tehtävät tiedossa</p> <p>■ Potilas, leikkauksen kohde ja toimenpide varmistettu</p> <p>■ Antibioottiprofylaksia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Annettu 60 min sisällä</li> <li>• Ei tarvita</li> </ul> <p>■ Odotetut kriittiset tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leikkaava lääkäri: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Leikkauksen kriittiset vaiheet</li> <li>○ Rutiinista poikkeavat suunnitelmat</li> <li>○ Leikkauksen oletettu kesto</li> <li>○ Arvioitu verenvuoto</li> </ul> </li> <li>• Anestesiologi / hoitaja: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erityiset potilaskohtaiset huolenaiheet</li> </ul> </li> <li>• Instrumentti-/valvovahoitaja: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Steriliteetti varmistettu</li> <li>○ Välineistöön liittyvät ongelmat tai muut huolenaiheet</li> </ul> </li> </ul> <p>■ Radiologiset kuvat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esillä</li> <li>• Ei tarvita</li> </ul>	<p>Hoitajat vahvistavat ääneen, että:</p> <p>■ Diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodit kirjattu</p> <p>■ Instrumentit, taidokset ja neulat laskettu ja täsmäävät</p> <p>■ Näytteet merkitty ja ilmoitettu</p> <p>■ Mahdolliset välineistöongelmat huomioitu</p> <p>Kirurgi, anestesiologi ja hoitajat:</p> <p>■ Jatkohoito-ohjeet annettu ja kirjattu</p>

[Pohjautuu WHO:n Surgical Safety Checklistiin.](#)

KUVIO 3. Leikkaustiimin tarkistuslista (Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus 2024).

Potilaalle asetetaan tarkkailulaitteet, kuten verenpaine- ja saturaatiomittari, EKG, lämmönseuranta ja otsalle unen syvyyttä mittaavat elektrodit. Potilaalle annetaan maskilla lisähapetta ja nukutetaan. Tämän jälkeen lääkäri asettaa intubaatioputken tai larynxmaskin, joka yhdistetään hengityskoneeseen. Mikäli potilas on puudutettu, eikä leikkaus vaadi nukutusta pyritään potilasta rentouttamaan mahdollisuuksien mukaan koko leikkauksen ajan. Hoitaja voi tarjota potilaalle musiikkia tai keskustella hänen kanssaan, mikäli leikkaus sen sallii. (Terveyskylä 2020.)

Leikkauksen ajan anestesiahoitaja tarkkailee potilasta ja hoitaa lääkärin ohjeiden mukaan. Potilaan tarkkailuun kuuluu hapettumisen ja ventilaation, sydämen toiminnan, verenkierron, anestesian syvyyden, nestetasapainon ja lämpötilan seuranta. Tämän lisäksi tulee havainnoida eri leikkausvaiheiden vaikutuksia elintoi- mintoihin, verenvuotoa, eritystä, lääkkeiden vaikutuksia ja mahdollisia haittoja sekä niihin liittyviä laboratoriotutkimuksia. Potilaan tilasta kirjataan jatkuvasti koko toimenpiteen ajan. Leikkauksen lopetusvaiheessa leikkaustiimi käy vielä läpi tarkistuslistan. Anestesiaa kevennetään ja lopetetaan annostelu ennen potilaan herättämistä. Potilaan tulee palautua lihasrelaksaatiosta riittävästi (TOF yli 90 %)

ennen ekstubointia eli intubaatioputken poistamista. Tämän jälkeen potilas siirretään tarkkailtavaksi heräämään tai muuhun jatkohoitoon. (Ahlmén-Laiho 2024, 111–112.)

### 2.3.3 Postoperatiivinen hoitotyö

Potilas siirretään leikkauksen jälkeen tavallisesti heräämään. Heräämössä vietetty aika riippuu anestesiamuodosta, tehdystä leikkauksesta sekä yleistilasta. Salista heräämään siirtyminen on riskialtista mahdollisesti osittain lamaantuneen hengityksen ja epävakaan hemodynamiikan vuoksi. Anestesia­lääkärin tulee hyväksyä peruselintoimintojen taso ja antaa tarvittavat ohjeet ennen kuin hän voi poistua potilaan luota. (Ahlmén-Laiho ym. 2022, 159.)

Heräämöhoidon tavoitteena on seurata ja hoitaa potilaan peruselintoimintoja, leikkauksesta aiheutunutta kipua, pahoinvointia sekä mahdollistaa toipuminen leikkauksesta ja anestesiasta. Potilaasta monitoroidaan happisaturaatiota, verenpainetta, sykettä, EKG:ta ja ydinlämpöä. Osalla potilaista saatetaan tarvita myös invasiivista verenpaineenseurantaa sekä kapnometria uloshengityksen hiilidioksidipitoisuuden seurantaan. Lisäksi tarkkaillaan virtsaneritystä, turvotuksia, hikoilua, leikkaushaavan vuotoa, elektrolyyttiarvoja ja lihastoiminnan palautumista. Happisaturaation lisäksi potilaan hengitystä arvioidaan ihon ja huulten väristä, apuhengityslihasten käytöstä, kuuntelemalla hengitysäänet sekä laske­malla hengitystiheyttä. Heräämöhoidossa potilaan orientoitumista ja tajunnantaso­a seurataan sekä hoidetaan mahdollista postoperatiivista sekavuutta ja ahdis­tusta. Arvioinnin apuna voidaan käyttää Glasgow'n kooma-asteikkoa. Potilasta lääkitään lääkärin ohjeiden mukaan esimerkiksi kipu-, pahoinvointi- ja verenpai­nelääkkeillä sekä seurataan lääkkeiden vastetta. Leikkauskipua arvioidaan ja hoi­detaan sen mukaisesti. Heräämöhoidon aikainen seuranta ja hoitotyö kirjataan tarkasti sekä varmistetaan, että lääkäri on antanut ohjeet lääkityksestä ja jatko­hoidosta. (Ahlmén-Laiho ym. 2024, 406–409.)

Mudgalin, Payalin, Sharman & Takurin (2020) tutkimuksessa havaittiin riittämät­ömän kivun arvioinnin ja sen hoitamisen vaikuttavan heikentävästi potilaiden uneen, leikkauksesta toipumiseen, haavan paranemiseen, vatsan toimintaan,

postoperatiivisen hoidon kokemukseen ja potilastyytyvyyteen. Lisäksi se lisäsi riskiä sydän- ja verisuonisairauksille, keuhkokomplikaatioille sekä pidensi sairaalahoidon kestoa. Tutkimuksen mukaan kipua tulisi arvioida tunnin välein, jotta välttyttäisiin kivun aiheuttamilta haitoilta ja pystyttäisiin hoitamaan leikkauskipua tehokkaasti. (Mudgal ym. 2020, 403.408.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tarkoituksena oli tehdä toiminnallinen opinnäytetyö, jonka avulla selvitetään, kuinka ahdistuneisuushäiriöinen potilas tulee kohdata leikkaushoitotyössä.

Tavoitteena oli tuottaa tietoa leikkaushoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan työn tueksi oppaan muodossa. Opinnäytetyön tuotos on suunnattu leikkaushoitotyötä tekeville ammattilaisille, mutta sitä voidaan hyödyntää jo sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Oppaassa on kohtia, joiden huomioiminen auttaa hoitohenkilökuntaa ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamisessa, ahdistuksen hallinnassa ja toimenpiteen turvallisessa etenemisessä leikkaushoitotyön eri vaiheissa.

Opinnäytetyökysymys on:

Kuinka kohdata ahdistuneisuushäiriöinen potilas leikkaushoitotyössä?

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön lopullinen menetelmä on toiminnallinen opinnäytetyö, vaikka alun perin ajatuksena oli tehdä valitusta aiheesta kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön menetelmä vaihtui, sillä sopivien lähteiden löytäminen kirjallisuuskatsaukseen osoittautui ajateltua hankalammaksi. Opinnäytetyön tuotoksena rakentui opas ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta leikkaushoitotyössä. Oppaan on tarkoitus toimia apuna leikkaushoitotyötä tekevien hoitajien käytännön työssä ja tarjota ohjeita ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamiseen liittyen leikkaushoitotyön eri vaiheissa. Tuotos tehtiin oppaan muotoon, koska se on helppokäyttöinen käytännön työssä. Lisäksi oppaaseen mahtui enemmän hoidon kannalta välttämätöntä tietoa. Opas tehtiin PDF-tiedostona, joten sitä on mahdollista käyttää sähköisessä muodossa sekä tulostaa lehtiöksi esimerkiksi kirurgisten vuodeosastojen ja leikkausosastojen käyttöön. Opinnäytetyön tekijät vastasivat työn kustannuksista itse.

### 4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi ammattikorkeakoulujen opinnäytetyön tyypeistä ja tutkimuksellisen kehittämisen tavoista. Sen tavoitteena on kehittää ammatillinen tuotos, joka palvelee arjen käytäntöjä eri toimintaympäristöissä tai kohderyhmää, kuten työntekijöitä tai asiakkaita. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotos tehdään tutkimuksellisella ja kehittäväällä otteella, joka osoittaa ammatillisen asiantuntijuuden ja kuvaa tuotoksen lähtökohtia, ratkaisuja ja valintoja perustellen. Tuotos voi olla portfolio, ammatillinen artikkeli, tapahtuma tai konkreettinen esine oppilaitoksen käytäntöjen mukaan. Tutkimus ei määrittele toiminnallisen opinnäytetyön kehittämistä, mutta sen menetelmät ja ajattelutapa edistävät ammatillista kehittämistä. (Airaksinen, Kostamo & Vilkkä 2022, 11–12.)

## 4.2 Aineiston keruu ja analysointi

Tiedonhaussa käytössä olivat Cinahl, Medic ja Pubmed, koska näiden tietokantojen kautta löytyi eniten ulkomaisia tutkimuksia. Tiedonhaussa käytettiin myös manuaalista hakua. Opinnäytetyökysymyksen muodostamisen apuna käytettiin PICO-menetelmää (taulukko 1). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kysymys muodostetaan PICO-menetelmän mukaan seuraavasti: P= potilasryhmä, I= mielenkiinnon kohde ja Co= konteksti (HOTUS 2023). Menetelmän perusteella opinnäytetyökysymykseksi muodostui: Kuinka kohdata ahdistuneisuushäiriöinen potilas leikkaushoitotyössä?

TAULUKKO 1. PICO-menetelmä

P	Potilasryhmä	Ahdistuneisuushäiriöiset potilaat
I	Mielenkiinnon kohde	Potilaan kohtaaminen
Co	Konteksti	Leikkaushoitotyö

Oppaan suunnittelu ja työstäminen oli pitkän prosessin tulos. Prosessin aikana opinnäytetyöhön kerättiin runsaasti teoriatietoa pääsääntöisesti kotimaisista oppikirjoista ja luotettavista tutkimuksista. Löydetyt tutkimukset olivat pääasiassa ulkomaisia. Tiedonhakuun käytettiin muun muassa hakusanoja “anxiety”, “anxiety disorder”, “anxiety management”, “encountering”, “surgery”, “operation”, “surgical nursing” ja “panic disorder”. Haussa otettiin huomioon vain 2015 jälkeen julkaistut oppikirjat ja tutkimukset. Tiedonhakua tehtiin koko opinnäytetyön prosessin ajan. Keskeisimpiä lähteitä olivat Aghilin ym. (2023) tutkimus lääkkeettömien interventioiden käytöstä ahdistuksen hallintaan leikkauspotilailla. Tämän lisäksi tietoa kerättiin paljon Henrikssonin ym. (2021) kirjasta Psykiatria. Mielen-terveystalon useita lähteitä hyödynnettiin etsiessä tietoa esimerkiksi ahdistuksen hallintakeinoista.

## 4.3 Prosessin kuvaus ja suunnittelu

Opinnäytetyön aihe valikoitui sen perusteella, että oppaan kaltaista materiaalia psykiatrisesta osaamisesta ei löytynyt somaattisen leikkaushoitotyön tueksi.

Opinnäytetyön tekijät ovat työharjoitteluissa ja työssään kirurgisella vuodeosastolla ja leikkausosastolla kohdanneet ahdistuneisuushäiriöisiä potilaita ja huomanneet, kuinka leikkaukseen joutuminen ja siitä toipuminen ovat heille hankalia tilanteita, aiheuttaen erinäisiä oireita ja lisäkärsimystä. Ahdistuneisuushäiriöstä kärsiviä potilaita tulee vastaan myös näissä työympäristöissä ja etenkin leikkauksaliympäristö näyttää lisäävän merkittävästi potilaiden ahdistuneisuutta. Samaa havaintoa tukee Alshehrin ym. (2016) tutkimus, jossa todettiin esimerkiksi kivun, anestesian ja neulojen aiheuttavan pelkoja potilaalle sekä näistä johtuvan ahdistuksen vaikuttavan leikkauksen onnistumiseen. (Alshehri ym. 2016, 21–317.) Näissä tilanteissa potilaan henkinen puoli saattaa jäädä huomioimatta hoitotyön keskittyessä somaattiseen hoitoon.

Ahdistuneisuuden huomiotta jättäminen aiheuttaa muutoksia myös somaattiseen tilaan, heikentää potilaan vointia kokonaisvaltaisesti, hidastaa leikkaushoitotyön etenemistä ja potilaan hoitoon sitoutumista. Aghilin ym. (2023) tutkimuksessa havaittiin myös ahdistuksen kokemiseen ennen anestesiaa liittyvän psyykkisten oireiden lisäksi useita fyysisiä oireita, kuten rytmihäiriöitä, verenpaineen kohoamista, oksentelua ja pahoinvointia sekä lisääntyntä kiputuntemusta leikkauksen jälkeen. Tämän lisäksi ahdistuneisuuden on huomattu olevan yhteydessä anestesia-aineiden tarpeen lisääntymiseen, riskiin leikkauksen aikaisesta tietoisuudesta sekä muihin komplikaatioihin. (Aghili ym. 2023, 71.)

Usein tilanteisiin ratkaisuna käytetään ahdistusta lievittävää lääkettä, kuten bentsoiatsepiinia, suonensisäistä propofolia tai inhaloitavia anestesia-aineita. Kyseisiin lääkkeisiin liittyy kuitenkin sivuvaikutuksia, kuten hengityselinten toiminnan heikkenemistä, kehon lämpötilan alenemista sekä sydän- ja verisuonivaikutuksia. Lääkkeettömät lähestymistavat ahdistuksen hallintaan vaikuttavat myönteisesti toipumiseen, kivunsietokykyyn, hoitoaikaan sairaalassa sekä ennaltaehkäisyyn. (Aghili ym. 2023, 72.) Tästä syystä opinnäytetyössä on haluttu nostaa esille lääkkeettämiä ahdistuksen hallintakeinoja ja tutkia niiden soveltuvuutta leikkauksaliympäristöön.

Oppaan kohderyhmää ovat leikkaushoitotyötä tekevät hoitajat leikkausosastoilla ja kirurgisilla vuodeosastoilla, mutta etenkin anestesiahoitajat, jotka ovat suurem-

massa roolissa potilaan kohtaamisessa ennen toimenpidettä tai sen aikana. Op-  
paasta hyötyvät myös ahdistuneisuushäiriöiset potilaat, sillä se voi kasvattaa tun-  
netta siitä, että hoitohenkilökunnalla on ymmärrystä ja osaamista kohdata ahdis-  
tuneisuushäiriöstä kärsivä potilas ja tarjota ahdistusta helpottavia keinoja. Poti-  
laille on tärkeää kokea, että he ovat hyvissä käsissä ja heidän ahdistuksensa  
sekä pelkonsa tulevat kohdatuiksi. Oikeanlaisen kohtaamisen avulla potilaille vä-  
littyy tunne, että heidät kohdataan yksilöllisesti ja henkinen hyvinvointi huomioi-  
daan somaattisen hoidon lisäksi. Tämä omalta osaltaan parantaa hoitoon sitou-  
tumista ja mahdollistaa myönteisen leikkauskokemuksen. Empaattista lähesty-  
mistapaa tukee myös Caravalhon, Figueiredo-Bragan ja Pereiran (2016) tutki-  
mus, jonka mukaan potilas kokee tulleensa arvostetuksi ja ymmärretyksi kun po-  
tilaan tunteita kunnioitetaan sekä osoitetaan se myös hänelle. Tiedon antaminen  
ja kysymyksiin vastaaminen potilasta kunnioittaen edesauttaa luottamuksellisen  
ja kunnioittavan ilmapiirin syntymistä. (Carvalho ym. 2016, 733–738.)

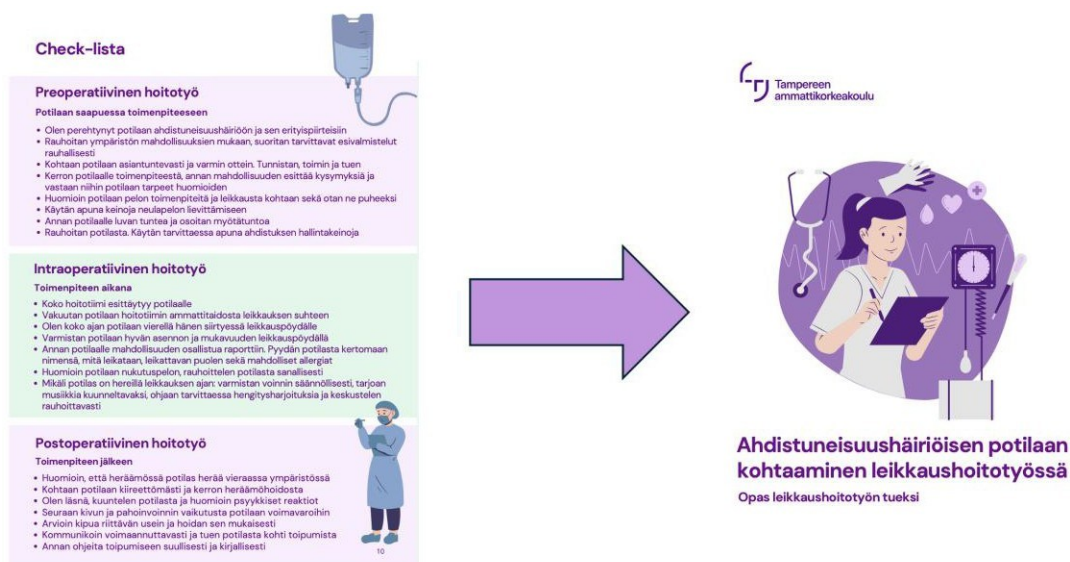
Opinnäytetyön alussa työn toteuttamisesta tehtiin alustava aikataulu, joka muut-  
tui prosessin myötä useita kertoja. Opinnäytetyön alkuperäisessä suunnitel-  
massa keväällä 2024 oli tarkoitus tehdä kirjallisuuskatsaus ahdistuneisuushäiri-  
öisen potilaan kohtaamisesta leikkaushoitotyössä, mutta aiheeseen sopivia tutki-  
muksia oli vaikea löytää. Ohjaavan opettajan innostamana opinnäytetyö vaihtui  
toiminnalliseksi. Taulukossa 2 on kuvattu lopullinen opinnäytetyön aikataulu.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön aikataulu

<i>Tammikuu 2024</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Opinnäytetyön aihe</i></li> <li>• <i>Suunnitelman aloittaminen</i></li> </ul>
<i>Maaliskuu 2024</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tiedonhaku</i></li> <li>• <i>Suunnitelman tekoa</i></li> </ul>
<i>Toukokuu 2024</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Suunnitelmaseminaari</i></li> <li>• <i>Suunnitelman hyväksyntä ja opinnäytetyölupa</i></li> <li>• <i>Teorian aloittaminen</i></li> </ul>
<i>Syyskuu 2024</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Menetelmän muuttaminen kirjallisuuskatsauksesta toiminnalliseksi opinnäytetyöksi</i></li> </ul>
<i>Lokakuu 2024</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tuotoksen muuttaminen oppaaksi ja sen työstäminen</i></li> </ul>
<i>Joulukuu 2024</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Palautteen pyytäminen osastoilta</i></li> </ul>
<i>Tammikuu 2025</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Palautteen analysointi ja muutosten tekeminen sen perusteella</i></li> <li>• <i>Teorian viimeistely</i></li> </ul>
<i>Maaliskuu 2025</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Esitysseminaari</i></li> <li>• <i>Kypsyysnäyte</i></li> <li>• <i>Valmis opinnäytetyö</i></li> </ul>

#### 4.3.1 Tuotoksen kuvaus

Aihetta lähestyttiin pohtimalla hoitohenkilökunnan työn tueksi koostettavaa check-listaa, leikkaushoitotyössä tapahtuvien toimenpiteiden ja leikkauksen kulun kautta. Näihin tilanteisiin yhdistettiin tutkittua tietoa ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta. Prosessin edetessä check-lista osoittautui melko tiiviiksi tuotokseksi, joten se kasvoi vielä oppaan muotoon (kuvio 4).



KUVIO 4. Check-listan muuttaminen oppaan muotoon

Oppaaseen (LIITE 1) oli helpompi koostaa opinnäytetyön prosessin aikana löydettyä tietoa eri ahdistuneisuushäiriöistä sekä niiden hallintakeinoista. Opas oli tarkoitus pitää kuitenkin tiiviinä, sillä leikkaushoitotyössä ylimääräistä aikaa ei juurikaan ole ja näin ollen oppaan tulee toimia käytännön työssä. Oppaan teossa on hyödynnetty myös useampia kansainvälisiä artikkeleita leikkauksen aikaisen ahdistuneisuuden hoitokeinoista. Ensimmäisellä sivulla on lyhyt johdanto aiheeseen sekä sisällysluettelo. Seuraavilla sivulla ahdistuneisuushäiriön eri muotoja on avattu enemmän ja niiden jälkeen oppaassa on listattuna erilaisia ahdistuksen hallintakeinoja. Oppaaseen valitut ahdistuksen hallintakeinot valikoituivat niiden käytettävyyden perusteella juuri leikkaushoitotyössä. Näitä keinoja voidaan hyödyntää potilaiden hoidossa toimenpiteiden lomassa potilasta rauhoittamaan. Viimeisellä sivulla on alkuperäisen suunnitelman mukaan pelkistetty check-lista, jossa on tiiviisti esitetty potilaan kohtaamiseen liittyvät asiat pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoitotyöhön vaiheissa.

Oppaan rakentuminen alkoi sopivan ulkoasun suunnittelusta. Oppaan tekemisessä on käytetty Canva-suunnitteluohjelmaa (Canva n.d.). Ohjelma on helppokäyttöinen ja se mahdollisti oppaan työstämisen yhdessä tai omalla ajalla. Oppaasta oli tärkeää muodostaa helposti luettava sekä ulkoasultaan miellyttävä. Violetiksi valikoitunut värimaailma sopii yhteen Tampereen ammattikorkeakoulun logon kanssa ja tekee kokonaisuudesta yhtenäisen sekä luottamusta herättävän.

Tampereen ammattikorkeakoulun logo on ladattu mediapankista ja sitä on käytetty oppaassa sen oikeassa muodossa (Tampereen ammattikorkeakoulu n.d.a.). Logon käyttämiseen liittyvät ohjeet on tarkistettu Tampereen ammattikorkeakoulun markkinointipankista ja niitä on noudatettu logoa käyttäessä (Tampereen ammattikorkeakoulu 2023). Oppaassa toisena värinä on käytetty vihreää. Vihreä väri sopii yhteen violetin kanssa ja tuo mieleen perioperatiivisessa hoitotyössä käytettävän vihreän värin, jota käytetään esimerkiksi leikkausliinoissa ja suojavaatteissa. Cherry (2024) tutkimuksessa kerrotaan violetin ja vihreän kuuluvan sinisen spektrin viileisiin väreihin, jotka mielletään usein rauhoittaviksi (Cherry 2024). Rauhoittavat värit sopivat oppaan teemaan. Oppaaseen on lisätty myös kuvia elävöittämään tekstiä ja havainnollistamaan erityyppisiä ahdistuneisuushäiriöitä ja hoitotyön vaiheita. Oppaassa käytetyt kuvat ovat peräisin Canva-ohjelman ilmaisversion kuvakirjastosta. Kuvat ovat keskenään samantyyllisiä yhtenäisen ulkoasun luomiseksi. Fontiksi valikoitui selkeä ja helposti luettava DM Sans. Otsikoiden korostamiseksi on käytetty tekstin lihavoitinta. Tuotos on mahdollista tulostaa A5-kokoisena, joka sopii käytännön työssä käytettäväksi.

### **4.3.2 Oppaan kehittäminen**

Oppaasta tehtiin ensin raakaversio, joka lähetettiin palautetta varten joulukuun 2024 alussa sähköpostilla Taysin leikkausosastoille ja kirurgisille vuodeosastoille luettavaksi. Kysely (LIITE 2) tehtiin Google Forms-työkalun avulla (Google Forms n.d.). Saatekirjeessä (LIITE 3) oppaasta toivottiin palautetta ja kehitysehdotuksia, liitteenä olevaan palautekyselyyn. Kyselyssä oli eri kohtia liittyen oppaan laajuuteen, ulkoasuun, helppolukuisuuteen, tiedon riittävyteen ja käytännön keinoihin. Näitä kohtia oli mahdollista arvostella numeerisesti sen perusteella, kuinka samaa mieltä väittämien kanssa oli. Arviointiasteikko oli yhdestä viiteen, joista 1. oli "Olen eri mieltä", 2. "Olen hieman eri mieltä", 3. "En osaa sanoa", 4. "Olen lähes samaa mieltä" ja 5. "Olen samaa mieltä". Kyselyn lopussa oli kohta vapaamuotoisille kommentteille oppaan kehittämiseen liittyen. Palautteita tuli kymmenen, joista kuudessa oli annettu myös vapaamuotoisia kommentteja oppaan kehittämiseksi. Google Forms-työkalu ilmoitti vastaukset prosentteina.

**Kysymys 1:** *Opas on riittävän laaja* / 60 % “Olen samaa mieltä”, 30 % “Olen lähes samaa mieltä” ja 10 % “Olen hieman eri mieltä”.

**Kysymys 2:** *Oppaan ulkoasun asettelu on toimiva* / 60 % “Olen samaa mieltä” ja 40 % “Olen lähes samaa mieltä”.

**Kysymys 3:** *Oppaan ulkoasun värit ja kuvitus ovat toimivat* / 80 % “Olen samaa mieltä” ja 20 % “Olen lähes samaa mieltä”.

**Kysymys 4:** *Opas on selkeä ja helposti luettava* / 50 % “Olen lähes samaa mieltä”, 40 % “Olen samaa mieltä” ja 10 % “En osaa sanoa”.

**Kysymys 5:** *Oppaassa on riittävästi tietoa eri ahdistuneisuushäiriöistä* / 40 % “Olen samaa mieltä”, 40 % “Olen lähes samaa mieltä”, 10 % “En osaa sanoa” ja 10 % “Olen hieman eri mieltä”.

**Kysymys 6:** *Oppaassa on riittävästi tietoa ahdistuksen hallintakeinoista* / 50 % “Olen samaa mieltä”, 30 % “Olen lähes samaa mieltä”, 10 % “En osaa sanoa” ja 10 % “Olen hieman eri mieltä”.

**Kysymys 7:** *Opas tarjoaa riittävästi tietoa hoitajille ahdistuneisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamiseen* / 50 % “Olen samaa mieltä”, 30 % “Olen lähes samaa mieltä” ja 20 % “Olen hieman eri mieltä”.

**Kysymys 8:** *Oppaassa on annettu riittävästi käytännön keinoja potilaan tukemiseen* / 40 % “Olen samaa mieltä”, 40 % “Olen lähes samaa mieltä”, 10 % “En osaa sanoa” ja 10 % “Olen hieman eri mieltä”.

Avoimissa kommentteissa pyydettiin lisää tietoa kidutuksen ja sota-alueiden uhrien kohtaamisesta. Toivottiin myös asioiden syventämistä ja tarkentamista. Työn teoriaosuuteen toivottiin tietoa musiikin merkityksestä pelon ja kivun lievityksessä leikkaushoitotyön pre- ja postoperatiivisessa vaiheessa. Musiikin kuuntelun tarjoamisen mahdollisuuksia pohdittiin myös ja niihin toivottiin keinoja. Oppaan kirjoitussuuntaa pyydettiin tarkastamaan virheiden osalta sekä kiinnittämään huomiota taustavärien ja fonttien yhteensopivuuteen saavutettavuuskriteerien mukaisesti. Tekstin asettelua pyydettiin myös tarkistamaan oppaan taittamisen kannalta. Oppaassa pyydettiin lisäksi huomioimaan keinoja potilaan kontrollin menettämisen tunteen tukemiseksi. Yksilöllisyyttä hallintakeinojen käytössä pyydettiin painottamaan. Vastauksissa pohdittiin, että potilas voisi mahdollisesti valita ahdistuksen hallintakeinoista mieluisen ja harjoitella tätä jo ennen leikkausta. Neulapelon lievittämiseen toivottiin tarkennusta, sekä huomautettiin, että aikatauluihin saattaa

olla vaikea vaikuttaa, joten potilaan informointi näissä tilanteissa on tärkeää. Ultraäänen käyttöön kanyloinnissa tarvitaan lisäkoulutus, josta palautteissa myös huomautettiin. Oppaan tärkeydestä ja hyvästä aiheesta palaute oli positiivista. Oppaan visuaalisuudesta saatiin kiitosta.

Vastausten perusteella opasta on selkiytetty. Fonttikokoa on muutettu suuremmaksi, fontin tyyliksi vaihdettu Arial ja tekstiä jaettu useammalle sivulle (Microsoft Word 2024). Ahdistuneisuushäiriöistä kertovaan osuuteen etsittiin vielä lisää tietoa. Ahdistuksen hallintakeinoihin lisättiin tietoa paniikkikohtauksessa toimimisesta, joka liittyi myös kommentteissa esiintyneeseen kontrollin menettämisen tunteeseen. Oppaasta löytyy tietoa myös kidutuksen uhreista posttraumaattisen stressihäiriö-käsitteen alla. Lisää tutkimuksia löytyi musiikin hyödyistä kivun lievityksessä. Omien kuulokkeiden tuomisesta löytyi erilaisia käytäntöjä, joten tähän oli vaikeaa tehdä yleisesti sopivaa ohjetta. Oppaan taustavärejä korjattiin saavutettavuuskriteerien mukaisesti, mutta fontin väri säilyi samana (Värit ja kontrastit 2024). Oppaan alkuun lisättiin huomio ahdistuksen hallintakeinojen yksilöllisestä käytöstä ja ehdotuksen harjoittelusta jo leikkausta edeltävällä käynnillä. Aikatauluista kertovaan kohtaan lisättiin myös huomio, jossa potilaalle informoidaan mahdollisista muutoksista. Ultraäänen käyttö kanyloidessa tarkennettiin tarvittaessa lääkärin apuvälineeksi.

## 5 POHDINTA

Tärkein syy opinnäytetyön aiheen valintaan oli kokemus siitä, että psyykkisen tilan huomioiminen ei tuntunut somatiikan osastoilla usein riittävältä. Hoitotyö keskittyy pääasiassa fyysiseen puoleen, vaikka ihmistä tulisi hoitaa kokonaisuutena. Aihetta tutkiessa ja opinnäytetyötä kirjoittaessa tämä käsitys on vahvistunut. Psyykkiset ongelmat usein aiheuttavat muutoksia myös fyysiseen tilaan, joka on tärkeää huomioida leikkaushoitotyössä. Ahdistuneisuus näkyy esimerkiksi potilaan vitaalinelintoiminnoissa sykkeen, verenpaineen ja hengitystyön muutoksina. Opinnäytetyön tuotoksena syntyneelle oppaalle ajateltiin olevan tarvetta. Sairaanhoitajakoulutuksessa käsitellään mielenterveyshoitotyötä melko pintapuolisesti etenkin jos opiskelija ei suuntaudu mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Hoitoalalla mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita voi kuitenkin kohdata missä hoitotyön ympäristössä tahansa. Opinnäytetyö pieneltä osin vastaa tähän tarpeeseen ja pyrkii vähentämään mielenterveyshäiriöiden ympärillä olevia stigmoja.

### 5.1 Pohdintaa tuotoksesta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa opas ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta leikkaushoitotyössä. Alun perin ajatuksena oli tehdä tiivis check-lista ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta leikkaushoitotyössä, mutta tämä osoittautui hankalaksi eri häiriöiden yksilöllisten piirteiden vuoksi. Tuotoksena syntynyt opas toimii lopullisen aiheen rajauksen kanssa paremmin sekä auttaa hoitajaa enemmän kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa. Oppaaseen yhdistettiin tutkittua tietoa eri ahdistuneisuushäiriöistä, ahdistuksen hallintakeinoista sekä leikkaushoitotyöstä ja sen eri vaiheista. Oppaan selkeys aiheutti haasteita, sillä tietoa oli melko paljon, mutta oppaasta haluttiin kuitenkin tiivis ja käytännön työhön sopivan helppolukuinen. Oppaaseen olisi voitu valita eri ahdistuneisuushäiriöitä hieman rajatummin tai keskittyä vain yhteen, sillä jokaisessa ahdistuneisuushäiriön tyypissä on omat huomioitavat asiansa. Oppaaseen kuitenkin lisättiin vielä tietoa enemmän jokaisesta ahdistuneisuushäiriön muodosta, joka auttaa hoitotyötä tekevää ammattilaista hahmottamaan häiriöön liittyviä seikkoja ja oireita paremmin.

Eri ahdistuneisuushäiriöiden muotojen määrän takia, niiden hoitokeinojen käsittely jäi hieman pintapuoliseksi. Oppaassa esitetyt ahdistuksen hallintakeinot sopivat kuitenkin helpottamaan useiden eri ahdistuneisuushäiriöiden oireita ja juuri nämä keinot ovat valikoituneet niiden käytettävyyden vuoksi käytännön leikkaushoitotyössä. Esimerkiksi hengitysharjoitukset laskevat potilaan stressiä, ahdistusta, auttavat rentoutumaan sekä sopivat käytettäväksi missä tahansa tilanteessa (Kamarudin ym. 2018). Musiikin kuuntelu vaikuttaa positiivisesti psyykkisten seikkojen lisäksi myös fyysiseen tilaan, kuten sykkeen alenemiseen, jonka vuoksi sillä pystytään parantamaan perioperatiivisen hoidon laatua (Huang ym. 2017.) Neulapelon huomiointi puolestaan ennaltaehkäisee voimakasta stressireaktiota (Friman, Kuparinen, Lehto, Liikanen 2021, 73).

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa oppaan muodossa ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta leikkaushoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan työn tueksi. Oppaan avulla ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaaminen leikkaushoitotyön eri vaiheissa helpottuu sekä käytännön keinot antavat tukea ahdistuksen hallintaan. Hoitajan ohjauksen kautta on mahdollista lievittää potilaan kokemaa ahdistusta, kipua ja helpottaa toimenpiteestä toipumista. Tämän myötä potilaalle jää myös kokemuksesta positiivinen mielikuva, joka lisää hänen tyytyväisyyttään leikkaushoittoon. (Helenius ym. 2024, 52–53.)

Leikkaussaliympäristö saattaa laukaista voimakkaan ahdistuksen ja paniikkikohtauksen tai ne voivat alkaa ahdistavien ja pelottavien tilanteiden laukaisemana. Psykkiset oireet aiheuttavat muutoksia myös potilaan elintoiminnoissa ja somaattisessa tilassa, joten niillä on merkitystä myös hoidon kokonaisvaltaisessa onnistumisessa. (Huttunen & Socada 2020.) Tämän vuoksi keinoja on kohdennettu juuri leikkaushoitotyön ympäristöön sopivaksi, piikkiä ja paniikkikohtausten mahdollisuus huomioiden. Oppaassa käytettyjä ahdistuksen hallintakeinoja rajasi melko paljon leikkaussaliympäristö. Tämän vuoksi kaikkia keinoja, kuten esimerkiksi aromaterapiaa, värien käyttöä ja akupunktiota ei ollut mahdollista käyttää. Lisäksi leikkaushoitotyön rajallinen aika rajoitti pidempien rentoutusharjoitusten käyttöä. Opinnäytetyönä syntynyt opas vastaa selkeästi tutkimuskysymykseen, kuinka kohdata ahdistuneisuushäiriöinen potilas leikkaushoitotyössä. Oppaassa esitetyt keinot kuuluvat sairaanhoitajan ydinosaamiseen ja auttavat hoitohenkilökuntaa ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamisessa.

## 5.2 Eettisyys

Eettisten arvojen noudattaminen ja luotettavuuden kriteereihin pohjaaminen takaavat opinnäytetyön laadun. Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK valvoo hyvää tieteellistä käytäntöä. (TENK 2023b.) TENKin ohjeiden ja suositusten mukaan eettisestä ennakoarvioinnosta puhutaan, kun tutkimussuunnitelmaa arvioidaan tieteenalakohtaisten eettisten käytänteiden mukaisesti. Eettisessä arvioinnissa tutkimuksen tai sen tulosten arvioimisesta painotetaan tutkittavalle mahdollisesti koituvan haitan ennakointia. (TENK 2023a.)

Suomessa ihmistieteellistä tutkimusta ei säädetä lailla, mutta tutkimus voi silti edellyttää eettistä arviointia ennen tutkimuksen suorittamista. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on antanut tästä ohjeen, jonka vapaaehtoiseen sitoutumiseen ovat sitoutuneet lähes kaikki korkeakoulut ja tutkimuslaitokset, jotka toimivat näillä tutkimusaloilla. Sitoutuminen velvoittaa eettiseen ennakoarviointiin. Ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin tilannetta seurataan ja tutkimuslaitos julkaisee vuosittain seurantaraportin. (TENK 2023a.)

Opinnäytetyössä on huomioitu eettisyys merkitsemällä käytetyt lähteet ja tekstiviitteet asianmukaisesti, eikä tietoja ole esitetty omina. Tuotoksen tekemisessä on huomioitu käytännön leikkaushoitotyötä tekevien hoitotyön ammattilaisten kehitysehdotukset sekä käsitelty saatu palaute avoimesti oppaan kehittämisestä kertovassa osiossa. Opinnäytetyön aihetta on myös mietitty eettisestä näkökulmasta, sillä psyykkisen tilan huomioiminen leikkaushoitotyössä on tärkeää, potilaan kokemuksen ja kokonaisvaltaisen hoidon onnistumisen kannalta. Psykkisesti sairaan somaattinen hoito tulee myös toteutua yhdenvertaisesti muun väestön kanssa ja on otettava huomioon ryhmät, jotka ovat vaarassa joutua eriarvoiseen asemaan. (THL 2023.) Kyselylomakkeen vastaukset käsiteltiin eettisten arvojen mukaan nimettömästi.

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelman opetussuunnitelmassa yhtenäisistä osaamisvaatimuksista on määritelty valtakunnallisesti ja Euroopan tasolla. Osaamisvaa-

timukset muodostuvat osaamisesta, johon sisältyvät myös eettisyys, kommunikointi ja asiakaslähtöisyys. Näiden sekä muiden osaamisvaatimusten muodostama sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen perustuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Lisäksi hoitotiede ja muut tieteenalat tukevat hoitotyötä. (Tampereen ammattikorkeakoulu n.d.b.)

### 5.3 Luotettavuus

Opinnäytetyössä käytetään luotettavuuden kriteerejä, joiden avulla pystytään arvioimaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Kriteereitä Kylmän ja Juvakan (2014, 127) mukaan ovat: uskottavuus, siirrettävyys, reflektiivisyys ja vahvistettavuus. Uskottavuuden arvioinnissa keskitytään erityisesti ymmärtämään lukijan näkökulmaa. Merkityksellistä on tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten uskottavuuden osoittaminen. (Juvakka & Kylmä 2014, 128.)

Tutkittavaa aihetta tulee kuvailla riittävästi, jotta lukija pystyy arvioimaan siirrettävyyttä. Tulokset tulisi pystyä siirtämään muihin samankaltaisiin tilanteisiin. Jotta tutkimus olisi reflektiivinen, tulee tekijöiden olla tietoisia siitä, millaiset edellytykset heillä on tehdä kyseistä tutkimusta. Reflektiivisyyden kannalta on tärkeää arvioida, kuinka kirjoittajat itse vaikuttavat tutkimusprosessiin. Kirjoittajien lähtökohdat tulee kuvata tutkimusraporttiin. (Juvakka & Kylmä 2014, 129.)

Tutkimusprosessi tulee kirjata niin, että tutkija pystyy seuraamaan sen jatkuvuutta pääpiirteissään. Laadullisessa tutkimuksessa on olennaista tuoda ilmi tekijän prosessin aikaisia analyttisiä oivalluksia ja ratkaisuja käytetyistä menetelmistä. Tutkimuspäiväkirjan avulla lukijalle selkiytyvät syyt, miksi tekijä on päätenyt tiettyihin tuloksiin. Vahvistettavuus on hankala kriteeri, sillä toinen tutkija saattaa päätyä eri tulkintaan saman aineiston pohjalta. Mahdolliset erilaiset tulkinnat eivät silti välttämättä kerro tutkimuksen luotettavuudesta, vaan ne auttavat ymmärtämään tutkittavaa kohdetta paremmin. Useat eri todellisuudet ovat laadullisessa tutkimuksessa hyväksyttäviä. (Juvakka & Kylmä 2014, 129.)

Opinnäytetyötä on kirjoitettu mahdollisimman loogisesti, jotta aiheen hahmottaminen olisi lukijalle helpompaa. Uskottavuutta on pyritty todistamaan viittaamalla

luotettaviin tutkimuksiin ja lähteisiin oman pohdinnan lisäksi. Uskottavuutta ja reflektiivisyyttä tarkasteltaessa on huomioitava, että valitut ahdistuksen hallintakeinot perustuvat kirjoittajien näkemykseen niiden käytettävyydestä leikkaushoitotyössä. Kirjoittajilla on hoitotyön kokemusta kuitenkin vain rajallisesti opintojen ohella tehdystä työstä ja harjoitteluista, joten kovin perusteellista käsitystä ei ole päässyt vielä muodostumaan. Tästä syystä palautetta pyydettiin kokeneemmilta hoitajilta ja kehitettiin tuotosta palautteen pohjalta, jotta se palvelisi käytännön työtä paremmin. Uskottavuutta ajatellen palautetta saatiin kuitenkin vain pieneltä ryhmältä hoitajia, eikä tulokset todennäköisesti anna edustavaa kuvaa koko hoitajakunnan mielipiteestä.

Siirrettävyyden kannalta tuotosta on rakennettu niin, että se olisi käytännön työssä mahdollisimman helppolukuinen. Tutkittavaa aihetta on pyritty yksinkertaistamaan ja tuomaan esille vain olennaisimpia asioita. Etenkin ahdistuksen hallintakeinojen kannalta koettiin tärkeäksi, että ohjeet olisivat lyhyet ja selkeät, koska käytännön leikkaushoitotyössä aika niiden käyttämiseen ja ohjeiden lukemiseen on rajallista. Kyselyssä saadun palautteen mukaan opas ei juurikaan tarjonnut uutta tietoa kokeneelle hoitajalle. Tästä syystä tuotosta kehitettiin edelleen ja muokattiin kommenttien perusteella. Aihetta on kuitenkin kuvailtu melko laajasti, huomioiden useita eri ahdistuneisuushäiriön muotoja ja ahdistuksen hallintakeinoja. Vahvistettavuuden kannalta kirjoittajien näkemykset ovat saattaneet ohjailla tuotoksen jäsentelyä, mutta sisältö perustuu kuitenkin tutkittuun tietoon.

Opinnäytetyössä on myös tuotu ilmi useita seikkoja, miksi aihe on tärkeä. Opin­näytetyöprosessin aikana ohjaavan opettajan kanssa on käyty useita ohjauskeskusteluja ja saatu palautetta, jonka pohjalta opinnäytetyötä on työstetty eteenpäin. Eri vaiheiden seminaarien yhteydessä saatua palautetta opponenteilta on hyödynnetty opinnäytetyön kehittämisessä. Opinnäytetyön prosessin eri vaiheita on kuvattu mahdollisimman tarkasti ja työn muutokset kirjoitettu raporttiin avoimesti sekä perustellen.

## 5.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Eri ahdistuneisuushäiriön muodoista voisi tehdä yksityiskohtaisemmat ohjeet, jotka perehtyvät syvällisemmin juuri tietyn tyyppisen ahdistuneisuushäiriön hoitokeinoihin leikkaushoitotyössä. Esimerkiksi paniikkihäiriöstä tietoa ja hoitokeinoja on saatavilla paljon. Sairauteen on olemassa myös monenlaisia ahdistuksen ja paniikin hallintakeinoja, joten tällainen opas tarjoaisi kokeneellekin hoitajalle enemmän uutta tietoa. Toisaalta leikkauspotilaalle suunnattu opas voisi myös toimia tässä tarkoituksessa. Opas olisi mahdollista antaa potilaalle luettavaksi jo ennen leikkausta, joten ahdistuksen hallintakeinoja olisi tällöin helpompi harjoitella etukäteen. Lisäksi opas voi toimia konkreettisenä luottamusta ja turvallisuudentunnetta antavana asiana potilaan valmistautuessa leikkaukseen. Leikkaushoitotyö aiheena oli melko rajoittava, sillä aikaa leikkaussalissa potilaan tukemiselle ja henkisen tilan huomioimiselle on melko vähän. Oppaasta saadun palautteen perusteella aihe tuntuu kuitenkin olevan tärkeä ja mielenterveyden häiriöiden stigmaa vähentävä.

Jatkossa olisi mielenkiintoista myös tutkia, onko opas toiminut käytännön leikkaushoitotyössä. Opasta käyttävien leikkausosaston hoitajien haastattelulla voisi tutkia oppaan käytettävyyttä, kokemuksia ahdistuksen hallintakeinoista potilastilanteissa ja oppaan tarjoaman tiedon soveltuvuutta käytännön hoitotyössä. Etenkin eri ahdistuksen hallintakeinojen käyttökelpoisuudesta leikkausosastoilla olisi kiinnostavaa kuulla kokemuksia. Ahdistuksen hallintakeinoja voisi tuoda terveydenhuollon käyttöön laajemminkin, esimerkiksi mindfulness on Suomessa vielä melko tuntematon käsite, vaikka sen tehokkuudesta on maailmalla paljon näyttöä.

## LÄHTEET

- Aalberg, V., Leppävuori, A., Pesonen, T., Räsänen, S. & Viheriälä, L. 2019. Yleissairaalaapsykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Aghili, S., Halakou, S., Khoddam, H., Modanloo, M. & Nikpeyma, N. 2023. Non-pharmacological interventions for anxiety management in patients undergoing anesthesia (a way to preoperative caring): A narrative review. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*. 13 (4), 71–86.
- Ahlmén-Laiho, U., Huttunen, T., Metsävainio, K., Niemi-Murola, L. & Vakkala, M. 2022. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Duodecim.
- Ahlmén-Laiho, U., Kalliomäki, M-L., Katomaa, J., Laine, H., Olkkola, K., Soljanlahti, S., Tiala, T. & Väyrynen, M. 2024. Anestesiakäsikirja. Helsinki: Duodecim.
- Airaksinen, T., Kostamo, P. & Vilka, H. 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi. Helsinki: Art House Oy.
- Alshehri, A., Ruhaiyem, M., Saade, M. Shoabi, T., Tawfeeq, M. & Zahoor, H. 2016. Fear of going under general anaesthesia: A cross-sectional study. *Saudi journal of anaesthesia*. 10 (3), 21–317.
- Almirón, M., Barrios, I., Gonzáles, I., O'Higgins, M. & Torales, J. 2020. An Overview of Jacobson's Progressive Muscle Relaxation in Managing Anxiety. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. (3), 17–23.
- Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus. 2024. Leikkaustiimin tarkistuslista. Verkkosivu. Viitattu 19.9.2024. <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/leikkaustiimin-tarkistuslista/>
- Asunmaa, H., Helminen, S., Jaakonsaari, M., Koivisto, O. & Pohtola, K. 2023. Sairaanhoidotyössä toimiminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Aura, S. & Kinnunen, T. 2022. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Auvinen, J., Jokelainen, J., Kujanpää, T. & Timonen, M. 2016. Generalised anxiety disorder symptoms and utilisation of health care services. A cross-sectional study from the “Northern Finland 1966 Birth Cohort”. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 34 (2), 151–158.
- Barnes, V., Crawford, M., Harden, K. & Jerath, R. 2015. Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Applied Psychophysiol Biofeedback*. 40 (2), 15–107.
- Bengtsson, Y., Englund, E. & Johansson, A. 2016. Nurse anaesthetists' experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*. 36 (3), 148–154.

Bhalla, I., Davidson, L., Griep, M., Kelmendi, B., Pittenger, C. & Schalkwyk, G. 2015. Toward understanding the heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: Evidence from narratives in adult patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 50 (1), 74–81.

Canva. n.d. Verkkosivu. Viitattu 24.1.2025. <https://www.canva.com/>

Carvalho, I., Figueiredo-Braga, M. & Pereira, L. 2016. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*. 99 (5), 733–738.

Celik, F. & Edipoglu, I. 2018. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European Journal of Medical Research*. 23 (41).

Chang, S., Lee, W., Liu, S. & Sung, H. 2016. Meditative music listening to reduce state anxiety in patients during the uptake phase before positron emission tomography (PET) scans. *The British Journal of Radiology* 90 (1070).

Cherry, K. 2024. Color psychology: Does it affect how you feel? Verywellmind. Verkkosivu. Viitattu 31.10.2024. <https://www.verywellmind.com/color-psychology-2795824>

Choai, S. & Park, S-G. 2022. Effects of anxiety-related psychological states on music-induced analgesia in cold pressor pain responses. *Explore: The Journal of Science & Healing*. 18 (1), 25–30.

Cook, L. 2016. Needle Phobia. *Journal of Infusion Nursing*. 39 (5), 273–279.

Dang, S., Li, J., Li, X., Liu, M., Wang, D., Xin, X. & Zhou, K. 2015. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing*. 19 (1), 54–59.

Eerola, H. & Urtti, A-R. 2024. Paniikkihäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 2.1.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00404#s4>

Eerola, H. 2024. Traumaperäinen stressihäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 16.10.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526/traumaperainen-stressihairio>

Friman, T., Kuparinen, M., Lehto, L. & Liikanen, E. 2021. Laboratoriotutkimusten näytteenotto. Helsinki: Byrettikustannus.

Google Forms. n.d. Verkkosivu. Viitattu 24.1.2025. <https://workspace.google.com/products/forms/>

Haanpää, M., Hamunen, K., Kalso, E., Kontinen, V. & Vainio, A. 2018. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heinonen, E., Khanal, P., Ortin-Peralta, A., Sourander, A., Ståhlberg, T. & Ubadhyaya, S. 2025. Parental psychopathology and offspring anxiety disorders

in childhood and adolescence: A Finnish nationwide register study. *Journal of Affective Disorders*. 368 (2025), 374–382.

Helenius, M., Kauppi, O., Liukas, T., Siirala, E., Smeds, E., Tuominen, J. & Ukonsaari, P. HOTUS. 2024. Käsikirja potilaan heräämövaiheen hoidosta ja turvallisesta siirrosta jatkohoitoon. Verkkosivu. Viitattu 5.10.2024.  
<https://hotus.fi/wp-content/uploads/2024/05/hotus-hekikirja-web.pdf>

Hengitysliitto. 2020. Hengitä ja hengästy. Verkkosivu. Viitattu 1.11.2024.  
<https://www.hengitysliitto.fi/wp-content/uploads/2020/12/Hengita-ja-hengasty-opas-2020-2uudistettu-painos-saavutettava.pdf>

Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. 2021. *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2017. *Käytännön mielenterveystyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

HOTUS. 2023. Hoitosuosituksen laadinta. Verkkosivu. Viitattu 17.4.2024.  
<https://hotus.fi/hoitosuositukset/laadinta/>

Huang, M., Lee, W., Shih, W., Wang, C. & Wu, P. 2017. Effects of music listening on anxiety and physiological responses in patients undergoing awake craniotomy. *Complementary Therapies in Medicine* 32/2017, 56–60.

Huttunen, M. 2018. Määräkohtainen pelko (fobia). Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 16.10.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00394>

Huttunen, M. & Socada, L. 2020. Paniikkikohtaus. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 10.5.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00405>

Huttunen, M. & Socada, L. 2017. *Psykyenlääkkeet ja niiden käyttö*. Helsinki: Duodecim.

Jing, Y., Maobai, L., Pengtao, L., Qinghua, L., Ruping, N., Shunmin, H. & Xin, Y. 2023. Efficacy of non-pharmacological interventions in painrelief and opioid consumption after cardiac surgery: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 32 (15/16), 4626–4637.

Ju, C., Myung, K., Sook, N. & Yeon, L. 2023. Benefits of Music Intervention on Anxiety, Pain, and Physiologic Response in Adults Undergoing Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Asian Nursing Research*. 17 (3), 138–149.

Juvakka, T. & Kylmä, J. 2014. *Laadullinen terveystutkimus*. 1.–3. painos. Porvoo: Edita.

Kamarudin, J., Mainul, H. & Vidya, B. 2018. Breathing Exercise – A Commanding Tool for Self-help Management during Panic attacks. *Research Journal of Pharmacy and Technology*. 10 (12), 4471–4473.

Kankaanpää, S-L. 2022. Kidutuksen uhrin kohtaaminen ja tunnistaminen. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)*. Verkkosivu. Viitattu 2.1.2025.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144661/THL\\_TT\\_Kidutuksen\\_uhrit\\_A4\\_saavutettava.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144661/THL_TT_Kidutuksen_uhrit_A4_saavutettava.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

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

Käypä Hoito. 2017. GAD-7 (DC-TMD-FIN GAD-7, ESH). Verkkosivu. Viitattu 25.10.2024. <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50057ab.pdf>

Lipponen, K., Litovaara, A. & Katajainen, A. 2016. Voimaa - Hyvän elämän polku. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kornatowski, T., Lekowski, A., Leksowski, K., Rosiek, A. & Rosiek-Kryszewska, A. 2016. Evaluation of Stress Intensity and Anxiety Level in Preoperative Period of Cardiac Patients. BioMed Research International. 2016 (1).

Microsoft Word. 2024. Saavutettavasti.fi. Verkkosivu. Viitattu 25.1.2025. <https://www.saavutettavasti.fi/saavutettavat-asiakirjat/tekstinkasittelyohjelmat/word/>

Mielenterveystalo. n.d.a. Asteittain etenevä rentoutus istuen. Verkkosivu. Viitattu 1.11.2024. <https://www.mielenterveystalo.fi/sites/default/files/2022-10/Asteittain-etenev%C3%A4-rentoutus-istuen-tekstina.pdf>

Mielenterveystalo. n.d.b. F41 Paniikkihäiriö. Verkkosivu. Viitattu. 2.1.2025. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f41-paniikkihairio>

Mielenterveystalo. n.d.c. Harjoitus: Huulirakohengitys. Verkkosivu. Viitattu 1.11.2024. <https://www.mielenterveystalo.fi/sites/default/files/2023-11/Huulirakohengitys.pdf>

Mielenterveystalo. n.d.d. Hengitysharjoitukset. Verkkosivu. Viitattu 1.12.2024. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/nuorten-ahdistuksen-omahoito-ohjelma/6-hengitysharjoitukset>

Mielenterveystalo. n.d.e. Mitä tehdä paniikkikohtauksen aikana? Verkkosivu. Viitattu 2.1.2025. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/paniikin-omahoito-ohjelma/1-mita-tehda-paniikkikohtauksen-aikana>

Mielenterveystalo. n.d.f. Tietoinen läsnäolo. Verkkosivu. Viitattu 1.11.2024. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/sosiaalisen-jannittamisen-omahoito-ohjelma/3-tietoinen-lasnaolo>

Mieli. n.d. Mitä ovat mindfulness-tietoisuustaidot. Verkkosivu. Viitattu 24.1.2025. <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/harjoitukset/mindfulness/>

Mudgal, S., Payal, Y., Sharma, S. & Thakur, K. 2020. Acute postoperative pain experiences and satisfaction with its management among patients with elective surgery: An observational study. Indian Journal of Anaesthesia. 64 (5), 403–408.

- Raevuori, A. 2016. Mindfulnessin terveysvaikutukset - mitä lääkärin on hyvä tietää? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Verkkosivu. Viitattu 1.11.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13356>
- Raju, N., Kunmar, K. & Nihal, G. 2022. Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Anxiety and Panic Disorders in Emergency Setting. Indian Journal of Psychiatry. 65 (2), 181–185.
- Rovasalo, A. 2022a. Sosiaalisten tilanteiden pelko. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 17.10.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00492>
- Rovasalo, A. 2022b. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 16.3.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00555/yleistynyt-ahdistuneisuus-%20hairio?q=ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2024. Kansallinen mielenterveysstrategia 2020–2030. Verkkosivu. Viitattu 5.11.2024. <https://stm.fi/mielenterveysstrategia>
- Suomen musiikkiterapiayhdistys ry. n.d. Mitä musiikkiterapia on? Verkkosivu. Viitattu 6.10.2024. <https://www.musiikkiterapia.fi/musiikkiterapia/mita-musiikkiterapia-on/>
- Tahura, A. & Yadav, M. 2022. Social anxiety disorder: fear of being judged. Homeopathic Heritage. 49 (4), 55–58.
- Tampereen ammattikorkeakoulu. 2023. Graafinen ohjeistus. Verkkosivu. Viitattu 31.10.2024. [https://markkinointipankki.tuni.fi/wp-content/uploads/2023/02/TUNI\\_Graafinenohjeistus\\_022023.pdf](https://markkinointipankki.tuni.fi/wp-content/uploads/2023/02/TUNI_Graafinenohjeistus_022023.pdf)
- Tampereen ammattikorkeakoulu. n.d.a. Mediapankki. Verkkosivu. Viitattu 31.10.2024. <https://mediapankki.tuni.fi/main/thumbnailview/fc=48%3A731>
- Tampereen ammattikorkeakoulu. n.d.b. Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma. Verkkosivu. Viitattu 25.4.2024. <https://opsold.tamk.fi/index.php/fi/167/fi/49595/21SH/year/2021>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2024. Ahdistuneisuushäiriöt. Verkkosivu. Viitattu 10.5.2024. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2023a. Kidutuksen uhrit. Verkkosivu. Viitattu 2.1.2025. <https://thl.fi/aiheet/vakivalta/eri-ryhmat-ja-vakivalta/kidutuksen-uhrit>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2023b. Kunnioittava kohtaaminen ja vuorovaikutusosaaminen. Verkkosivu. Viitattu 10.5.2024. <https://thl.fi/aiheet/alcoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo-puheeksiotto-ja-mini-interventio/kunnioittava-kohtaaminen-ja-vuorovaikutusosaaminen>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2023c. Strategian painopisteet. Mielen-terveysstrategia 2020–2030. Verkkosivu. Viitattu 5.11.2024. [https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveysstrategia/strategian-painopisteet#Ihmisten\\_tarpeiden\\_mukaiset\\_laaja-alaiset\\_palvelut](https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveysstrategia/strategian-painopisteet#Ihmisten_tarpeiden_mukaiset_laaja-alaiset_palvelut)

Terveyskylä. 2018. Rentouttamalla kohti kivunhallintaa. Verkkosivu. Viitattu 26.10.2024. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/rentoutumalla-kohti-kivunhallintaa>

Terveyskylä. 2020. Tarkkailu leikkauksen aikana. Verkkosivu. Viitattu 19.9.2024. <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkauspaivana/leikkaussalissa/tarkkailu-leikkauksen-aikana>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2023a. Eettinen ennakoarviointi. Verkkosivu. Viitattu 25.4.2024. <https://www.tenk.fi/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2023b. TENK. Verkkosivu. Viitattu 10.5.2024. <https://tenk.fi/fi/tenk>

Värit ja kontrastit. 2024. Saavutettavasti.fi. Verkkosivu. Viitattu 3.1.2025. <https://www.saavutettavasti.fi/kuva-ja-aani/varit-ja-kontrastit/>

## LIITTEET

Liite 1. Opas

1(14)



# Ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaaminen leikkaushoitotyössä

Opas leikkaushoitotyön tueksi

Toteutus: Jenni Joensuu & Karoliina Kopalainen

2(14)

Tämä opas toimii hoitotyön tukena ahdistuneisuushäiriöisen leikkauspotilaan kohtaamisessa. Opas on suunnattu leikkaussalihoitajille, etenkin anestesiahoitajille sekä kirurgisen vuodeosaston hoitajille. Oppaassa käsitellään ahdistuneisuushäiriön eri muotoja, lääkkeettömiä keinoja ahdistuksen hallintaan ja ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamista leikkaushoitotyön eri vaiheissa. Ahdistuksen hallintakeinot tulee valita jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti ja mahdollisuuksien mukaan harjoitella niitä jo leikkausta edeltävällä käynnillä.

Työ on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä osana Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan AMK-tutkintoa.

## Sisällysluettelo

- **Ahdistuneisuushäiriöt s. 3-6**
  - Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö
  - Paniikkihäiriö
  - Sosiaalisten tilanteiden pelko
  - Julkisten paikkojen pelko
  - Määräkohtaiset pelot
  - Pakko-oireinen häiriö
  - Posttraumaattinen stressihäiriö
  
- **Vuorovaikutus s. 7**
  
- **Ahdistuksen hallintakeinot s. 8**
  - Hengitysharjoitukset
  - Progressiivinen lihasrentoutus
  - Musiikin kuuntelu
  
- **Paniikkikohtauksen helpottaminen s. 9**
  
- **Neulapelon lievittäminen s. 10**
  
- **Check-lista s. 11**
  - Preoperatiivinen hoitotyö
  - Intraoperatiivinen hoitotyö
  - Postoperatiivinen hoitotyö
  
- **Lähteet s. 12-14**

Opas on toteutettu Canva-suunnitteluohjelmalla  
Oppaassa käytetyt kuvat ovat peräisin Canvan ilmaisesta kuvapankista

3(14)

## Ahdistuneisuushäiriöt

### Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyy jatkuvaa, pitkällistä ahdistusta ja pelkoa erilaisia tapahtumia tai asioita kohtaan. Sen oireisiin kuuluu myös levottomuus, ärtyneisyys, jännittyneisyys, unettomuus ja lihasjännitys. Fyysiset oireet, kuten vaikeus hengittää ja kipu rinnassa tai vatsassa, saattavat olla voimakkaita ja henkilö voi pelätä niiden liittyvän somaattisiin sairauksiin. Sairaudesta kärsii noin 5 % ihmisistä jossain elämänsä vaiheessa ja häiriö on usein pitkäaikainen. Henkilöllä on ongelmia huolestuneisuuden hallinnassa ja tilaan saattaa liittyä muiden oireiden lisäksi mielialan laskua. Häiriön tunnistaminen ja hoito on tärkeää, sillä se aiheuttaa potilaalle psyykkistä kärsimystä, heikentää toimintakykyä ja saattaa stressin takia altistaa potilaan somaattisille sairauksille. Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivällä henkilöllä voi esiintyä toisinaan paniikkikohtauksia.



### Paniikkihäiriö

Paniikkihäiriössä paniikkikohtaukset ovat toistuvia ja etenkin alkuvaiheessa ne alkavat ilman erityistä laukaisevaa tekijää. Osa paniikkikohtauksista ovat kuitenkin tilannesidonnaisia, jolloin ne esiintyvät tietyn laukaisevan tilanteen tai tekijän yhteydessä. Henkilö saattaa alkaa vältellä paikkoja, joissa kohtauksia on esiintynyt. Paniikkihäiriöön ja -kohtauksiin kuuluu fyysisiä oireita ja pelkoa kontrollin menetyksestä, sekoamisesta tai kuolemasta. Kohtauksen alussa ilmeneviä fyysisiä oireita ovat tyypillisesti hengitysvaikeus, sydämen tykytys, hikoilu ja vapina. Näiden lisäksi oireisiin kuuluu rintakipua, tunne kuristumisesta ja pahoinvointia. Häiriön hoitoon käytetään rentoutumiskeinoja, psykoterapiaa ja masennuslääkitystä. Paniikkikohtauksen aiheuttama hyperventilaatio laskee hiilidioksidiosapainetta, joka supistaa aivojen verisuonia. Tämä saattaa selittää hyperventilaatioon liittyvät oireet, kuten huimauksen, rintatuntemukset, parestesiat ja epätodellisuuden tunteen. Hengitysharjoitukset auttavat palauttamaan normaalin hengitysrhythmin ja vähentämään monia fyysisiä paniikkikohtauksen oireita.

4(14)

## Ahdistuneisuushäiriöt



### Sosiaalisten tilanteiden pelko

Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluva sosiaalisten tilanteiden pelko, aiheuttaa välttämiskäyttäytymistä ja heikentää yksilön toimintakykyä. Häiriöstä kärsivä pelkää toisten ihmisten tarkkailun ja etenkin kielteisen arvioinnin kohteeksi joutumista. Sosiaaliset tilanteet aiheuttavat paniikinomaista ahdistusta, joka johtaa tällaisten tilanteiden välttelyyn. Sosiaalisten tilanteiden pelko aiheuttaa niin sanottua ennakoivaa ahdistusta, jolloin ihminen jännittää omia reaktioitaan jo etukäteen. Ulospäin ahdistus voi näyttäytyä lievänä esimerkiksi käsien vapinalla tai lamaanumisena. Oireet voivat olla myös voimakkaita ja paniikinomaisia, kuten hengenahdistusta, itkuisuutta ja pahantuulisuutta. Oireiden voimakkuus aiheuttaa usein uuden pelon, kun henkilö tiedostaa tiettyjen tilanteiden laukaisevan oireet. Pelkoja voi lievittää erilaisilla harjoituksilla, mutta pelkojen kohtaamisen tueksi tarvitaan aina ammatillista tukea. Lääkehoitona sosiaalisten tilanteiden pelkoon käytetään psyykenlääkkeitä. Lääkehoito voi olla säännöllistä tai tarvittaessa käytettävää. Tärkeintä on kuitenkin saada henkilölle tietoa tämän oireista sekä estää ja hoitaa välttämiskäyttäytymistä.

### Julkisten paikkojen pelko

Agorafobiassa, eli julkisten paikkojen pelossa, henkilön ahdistuneisuus ja pelon tunteet liittyvät paikkoihin tai tilanteisiin, joista saattaisi olla vaikeaa päästä pois tai apu ei olisi tavoitettavissa. Tällaisia ovat esimerkiksi sairaalat, julkiset liikennevälineet, kaupat, teatterit tai suuret väkijoukot. Tilaan voi liittyä myös pelkoa aiheuttavien paikkojen tai tilanteiden välttämistä sekä tuskaa siitä, että välttäminen ei ole mahdollista. Pelko liittyy yleensä siihen, että henkilö ei osaisi hämmennyksen vallassa toimia tilanteessa. Julkisten paikkojen pelosta kärsivä henkilö kestää tilanteita ainoastaan seuralaisen läsnä ollessa tai kokemalla voimakasta ahdistusta. Ahdistuneisuuskohtauksien vuoksi henkilölle kehittyy pelko julkisia paikkoja kohtaan ja nämä kohtaukset voivat liittyä myös paniikkikohtauksiin. Julkisten paikkojen pelkoa esiintyy eniten naissukupuolella, nuorilla aikuisilla sekä keski-ikäisen varhaisvaiheessa. Agorafobiaa voidaan hoitaa lääkkeiden lisäksi kognitiivis-behavioraalisella terapialla ja altistushoidolla.

5(14)

## Ahdistuneisuushäiriöt

### Määräkohtaiset pelot

Määräkohtaiset pelot eli fobiat ovat huomattavasti kohteeseen tai tilanteeseen nähden itsepintaisia ja liiallisia tai epärealistisia pelkoja.

Pelon kohteille altistuminen aiheuttaa välittömän ahdistusreaktion, joka voi kasvaa paniikkikohtaukseksi asti ja aiheuttaa esimerkiksi pyörtymisen.

Neula- ja injektiopeleissa on tärkeää edetä rauhassa ja huomioida henkilön mahdollisuus pyörtymiseen. Tällöin on perusteltua toteuttaa injektointi potilaan ollessa makuuasennossa ja käyttää pistokohtaan puuduttavaa voidetta.

Määräkohtainen pelko on usein pitkäaikainen, jopa elinikäinen. Veren näkemisen tai pistämisen pelko on tavallinen fobia. Muita potilaiden yleisimpiä pelkoja leikkaukseen mennessä ovat pelko leikkauksen jälkeistä kipua kohtaan, pelko hereillä olosta leikkauksen aikana ja pelko uneliaisuuden tunteesta leikkauksen jälkeen. Näiden lisäksi pelkoa aiheuttavat neulat ja dreenit, ongelmien paljastuminen yleisanestesian aikana ja se, että ei heräisi yleisanestesiasta. Naissukupuolella ja yli 40-vuotiailla potilailla on havaittu pelkoja enemmän.

### Pakko-oireinen häiriö

Pakonomaiseen toimintaan kuuluu usein impulssien hallitsemattomuutta ja kognitiivista joustamattomuutta. Tällaisten toimintojen lisääntyessä ja haittojen kasvaessa, puhutaan kompulsioista eli pakkotoiminnoista ja ajatuksen tasolla obsessioista eli pakkoajatuksista. Henkilön toimintaa selitetään sillä, että hän suojautuu pakkoajatuksiin liittyvältä uhalta pakkotoiminnoilla. Pakko-oireiseen häiriöön kuuluu yleensä epämiellyttävät, jatkuvat ja toistuvat ajatukset.

Häiriöön liittyy myös ajatuksiin kuuluvat pakkotoiminnot ja tiukat säännöt, joita henkilö kokee olevansa velvollinen noudattamaan. Tällaisia toimintoja voivat olla esimerkiksi jatkuva käsien peseminen, rukoilu, asioiden laskeminen tai sanojen toistelu. Henkilöllä voi olla tarve tarkistaa asioita useaan kertaan ja järjestellä tavaroita. Pakkotoiminnot ja –ajatukset vievät sairastuneelta runsaasti aikaa ja tuottavat kärsimystä sekä haittaavat arjen rutiineja. Pakko-oireisten potilaiden saattaa somaattisessa hoidossa ollessaan olla hankalaa suorittaa pakkotoimintojaan, joka voi aiheuttaa heissä jopa paniikin tunteita.

6(14)

## Ahdistuneisuushäiriöt

### Posttraumaattinen stressihäiriö

Traumaperäinen stressihäiriö syntyy, kun henkilö on kokenut jonkin järkyttävän tapahtuman tai ollut voimakkaasti uhattuna. Alttiutta lisäävät aikaisemmat traumaattiset kokemukset, ahdistuneisuushäiriöt sekä masennusalttius. Oireiden kehittymisen estämiseksi on tärkeää, että pelottavien tilanteiden jälkeen pyritään rauhoittamaan tilanne ja lisäämään turvallisuuden tunnetta. Usein oireet lievenevät eri toimenpiteillä muutamien kuukausien kuluessa. Lopullisen toipumisen voidaan ajatella tapahtuvan 1-3 vuoden sisällä. Traumaperäisessä stressihäiriössä ensisijainen hoitomuoto on psykoterapia. Traumaattisesta tapahtumasta muistuttavat asiat saavat aikaan ahdistusta, joka aktivoi autonomisen hermoston ja tästä aiheutuu ruumiillisia oireita. Henkilö saattaa olla jatkuvasti varuillaan ja säikähtää pienistäkin asioista. Tavanomaista ovat myös erilaiset ajatusten ja mielialan muutokset. Henkilö voi kokea syyllisyydentunnetta, negatiivista kuvaa itsestään ja maailmasta sekä tunnottomuutta ja masentuneisuutta. Kiinnostus asioihin saattaa laskea, henkilö voi vieraantua tunteistaan ja tunneilmaisuus rajoittua. Henkilö voi myös haluta eristäytyä sosiaalisesti.



**Kidutuksen uhrin** ovat eräs traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivä potilasryhmä. Kidutetuksi joutuminen aiheuttaa henkilölle äärimmäistä avuttomuutta ja ahdistuneisuutta, nujertaa hänen psyykettään ja tuhoaa persoonallisuutta. Kidutus voi olla fyysistä, psyykkistä tai seksuaalista. Kidutus aiheuttaa henkilölle monenlaisia oireita, kuten fyysisiä kiputiloja, ahdistavia mielikuvia, masennusta, ahdistuneisuutta, somaattisia oireita ja minäkäsityksen muuttumista. Suomessa noin joka neljäs pakolaistaustainen on joutunut kidutuksen uhriksi. Koettu kidutus saattaa näkyä potilaan pelkoina hoitotoimenpiteitä kohtaan tai arvaamattomana käytöksenä. Kohdattaessa kidutuksen uhreja on tärkeää varata riittävästi aikaa, luoda turvallinen ilmapiiri ja edetä toimenpiteessä rauhallisesti potilaan tahtiin. Toimintaa tulee ennakoita ja sanoittaa. On tärkeää välttää turhaa odottelua, sillä se saattaa tuoda mielikuvan kidutusta edeltäneestä tilanteesta.

7(14)

## Vuorovaikutus



Potilas tulee kohdata yksilöllisesti, yhdenvertaisesti ja huolehtia hoidon jatkuvuudesta. Hänelle tulee antaa tietoa leikkauksesta suullisesti ja kirjallisesti sekä mahdollisuus osallistua hoitoonsa. Potilaan pelkojen ja ahdistuksen tunnistaminen ja niistä puhuminen on tärkeää. Potilaalle tulee antaa lupa tuntea näitä tunteita. Pelkoa saattaa lisätä puutteellinen tiedon anto, pelko kontrollin menetyksestä, kivusta tai taustalla olevat huonot kokemukset. Tehokkainta ahdistuksen vähentämiseksi on ennen leikkausta tapahtuva interventio, jossa kunnioitetaan potilaan tunteita ja osoitetaan se potilaalle. Näin potilas tuntee itsensä arvostetuksi, ymmärretyksi ja tunteensa huomioituksi.

Tiedon antaminen ennen leikkausta parantaa potilaan ymmärrystä anestesiasta ja lievittää preoperatiivista ahdistusta. Ahdistusta helpottaa myös tutustuminen leikkaussaliympäristöön valokuvien avulla ja opetusvideot, joissa käsitellään toimenpiteen valmistelua, asentoa, hyötyjä, riskejä ja mahdollisia komplikaatioita. Preoperatiivinen interventio sisältää leikkauksen syyn, potilaan tiedontarpeen ja odotusten, erityisten huolenaiheiden, henkisten tarpeiden ja elämässä pinnalla olevien asioiden läpi käymisen sekä tilanteen kokonaisvaltaisen huomioimisen. Kysymyksiin tulisi osata vastata tuomitsematta ja potilasta kunnioittaen. Olennaista on tunnistaa herkkiä aiheita sekä osoittaa myötätuntoa ja empatiaa. Keskustelun ja ympäristön on oltava rauhoittavia sekä hoitajan helposti lähestyttävä. Hoitajan tulee myös osoittaa vastuuntuntoa ja vakuuttaa potilas hoitotiimin ammattitaidosta leikkauksen suhteen.

Heräämöhoidon aikana hoitajan antama psyykinen tuki, johon sisältyy läsnäolo, potilaan kuuntelu ja psyykkisten reaktioiden huomioiminen on tärkeää. Hoitaja voi potilaan ohjaamisella lievittää ahdistuneisuutta, vähentää potilaan kokemaa kipua ja auttaa leikkauksesta toipumisessa. Toimenpiteestä voi ohjauksen myötä jäädä positiivinen mielikuva, joka lisää myös potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. Potilaan ahdistuneisuutta on havaittu vähentävän myös se, että sama hoitaja on mukana hoitotyössä ennen leikkausta, sen aikana ja leikkauksen jälkeen heräämössä.

*Kosketus on tärkeä osa non-verbaalista vuorovaikutusta hoitotyössä. Rauhoittavasti potilaan kädestä pitäminen välittää empatiaa, tuo turvallisuudentunnetta ja lievittää ahdistusta.*

8(14)

## Miten hallita potilaan ahdistuneisuutta?

### Hengitysharjoitukset

- **Palleahengitys** tehdään selinmakuulla, polvet koukistettuina ja käsi vatsan päällä. Kädellä tunnustellaan ylävatsalta pallean liikettä ja tunnetaan sisäänhengityksen aikana ylävatsan pyöristyvän ja uloshengityksen aikana laskevan
- **Huulirakohengityksessä** hengitetään nenän kautta sisään ja vedetään keuhkot puolilleen ilmaa. Huulista muodostetaan pieni rako, josta uloshengitys tapahtuu. Ilmaa ei puhalleta ulos, vaan annetaan tulla puhaltamatta. Uloshengityksen tulisi olla 2-3 kertaa pidempi, kuin sisäänhengityksen

#### Tarkemmat ohjeet harjoituksiin:

<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/nuorten-ahdistuksen-omahoito-ohjelma/6-hengitysharjoitukset>

<https://www.mielenterveystalo.fi/sites/default/files/2023-11/Huulirakohengitys.pdf>



### Progressiivinen lihasrentoutus

- Asteittainen lihasrentoutus ennaltaehkäisee kipuoireyhtymää, toimii ahdistuneisuushäiriön hoitoon ja lievittää ahdistuneisuuden oireita stressaavissa tilanteissa
- Vähentää psyykkistä stressiä estämällä lihasjännitystä asteittain
- Harjoituksen voi tehdä istuen tai makuulla
- Ohjaa potilasta supistamaan ja rentouttamaan eri lihaksiaan vuorotellen, edeten systemaattisesti lihasryhmästä toiseen (esimerkiksi varpaista pääläen lihaksiin)
- Harjoituksen aikana on tärkeää antaa hengityksen virrata omassa tahdissaan ja pitää hengityssykliden välissä pieni tauko. Hengitykseen keskittyminen auttaa maadoittamaan, kun ajatukset harhailevat liikaa

#### Tarkemmat ohjeet harjoitukseen:

<https://www.mielenterveystalo.fi/sites/default/files/2022-10/Asteittain-etenevä-rentoutus-istuen-tekstina.pdf>

### Musiikin kuuntelu

- Rauhoittava musiikki vähentää toimenpiteeseen liittyvää ahdistuneisuutta ja alentaa syketasoa sekä verenpainetta
- Musiikin kuuntelu rauhoittaa potilasta ja auttaa kivun lievityksessä
- Musiikin avulla on mahdollista siirtää huomio negatiivisista ärsykkeistä myönteisiin tunteisiin
- Musiikin rauhoittavan rytmin avulla potilas kokee ympäristön rauhallisena ja tämä auttaa parantamaan stressinsietokykyä



9(14)

## Miten helpottaa potilaan paniikkikohtausta?

Paniikkikohtauksiin saattaa liittyä pelko kontrollin menettämisestä. Hengitysharjoitusten lisäksi huomion suuntaaminen toisaalle ja keskittyminen hetkeen auttavat päästämään irti paniikkiajatuksista sekä antavat potilaalle tunteen tilanteen hallinnasta.

- Potilasta voi ohjata kiinnittämään huomionsa ympärillä oleviin asioihin, kuten tarkastelemaan erilaisia esineitä tai lukemaan ympäristössä näkyviä tekstejä. Potilaan oloa voi auttaa myös näiden asioiden luetteleminen ääneen
- Toistuvien ja yksinkertaisten asioiden tekeminen auttaa suuntaamaan huomiota pois paniikkioireista. Tällaisia asioita voivat olla esimerkiksi numeroiden luettelu sadasta alaspäin, kuminauhan napsauttelu ranteessa tai ympärillä olevien ihmisten laskeminen
- Hoitaja voi ohjata potilasta myös mielikuvaharjoittelun avulla ajattelemaan mielessään stressitöntä ja rauhallista paikkaa
- Potilasta on tärkeä muistuttaa siitä, että kohtaus loppuu pian ja on täysin vaaraton



- Hengitysharjoitukset auttavat vähentämään ahdistusta sekä stressiä, palauttamaan normaalin hengitysrytmin ja vähentämään monia paniikkikohtauksen fyysisiä oireita
- Rentoutusharjoitukset ja syvähengitys, jossa keskitytään hengityksen hidastamiseen ja säännöllisyyteen on osoitettu lievittävän paniikkia ja ahdistuneisuutta

*Paniikkikohtauksen aikana potilaalle tulee antaa **psykoedukaatiota** paniikkikohtauksen etenemisestä ja paniikkihäiriön luonteesta. On tärkeää normalisoida psyykkisiä reaktioita ja oireita, mutta välttää diagnoosien tai erikoistermistön käyttöä, sillä nämä saattavat aiheuttaa potilaalle pelkoja.*

10(14)

## Kuinka lievittää potilaan neulapelkoa?

Neulapelon fyysisiä oireita ovat suun kuivuminen, kalpeus, hengenahdistus, huimaus, oksentaminen, pyörtyminen ja hikoilu. Neulapelosta kärsivä potilas reagoi usein voimakkaasti pistotilanteissa. Jännittyneisyys aiheuttaa verenpaineen ja sykkeen nousun, jonka vuoksi verisuonet supistuvat ja pistäminen hankaloituu.

- Kohtaa potilas empaattisesti ja ammattimaisesti, auta potilasta tuntemaan olonsa turvalliseksi
- Pidä kiinni aikataulusta, turha odottelu voimistaa pelkoa. Mikäli aikatauluun ei ole mahdollista vaikuttaa, kerro potilaalle mahdollisista muutoksista
- Käytä tarvittaessa puuduttavaa EMLA-voidetta, muista levittää se riittävän ajoissa (vaikutus alkaa noin 30-60 minuutissa)
- Älä vähättele pelkoa, keskustele pelosta ja sen lievityskeinoista
- Lievitä pelkoa kuuntelemalla, esittämällä kysymyksiä ja suuntaamalla huomio toisaalle
- Selvitä tilanteen eteneminen vaihe vaiheelta
- Älä kuvaile miltä pistäminen tuntuu
- Jos on pelkoa pyörtymisestä, ohjaa potilas pistämisen ajaksi makuuasentoon. Ohjaa potilasta pitämään silmät auki, jotta silmien sulkeutuessa huomaat mahdollisen pyörtymisen
- Palleahengitys auttaa potilasta rentoutumaan
- Anna potilaan vaikuttaa pistohetkeen, se tuo tunteen tilanteen hallinnasta
- Klassinen musiikki auttaa potilasta rauhoittumaan, koska sen tempo on sama kuin leposykkeessä
- Lievitä kipua viilentämällä pistoaluetta kylmäpakkauksella



*Piston epäonnistuessa, vaihda tarvittaessa pistäjää tai pyydä paikalle anestesia lääkäri. Tilanteen pitkittyminen lisää jännitystä entisestään. Tuo lääkärille avuksi ultraäänilaite, mikäli potilaalla on hankalat suonet.*

11(14)

## Check-lista



### Preoperatiivinen hoitotyö

#### Potilaan saapuessa toimenpiteeseen

- Olen perehtynyt potilaan ahdistuneisuushäiriöön ja sen erityispiirteisiin
- Rauhoitan ympäristön mahdollisuuksien mukaan, suoritan tarvittavat esivalmistelut rauhallisesti
- Kohtaan potilaan asiantuntevasti ja varmin ottein. Tunnistan, toimin ja tuen
- Kerron potilaalle toimenpiteestä, annan mahdollisuuden esittää kysymyksiä ja vastaan niihin potilaan tarpeet huomioiden
- Huomioin potilaan pelon toimenpiteitä ja leikkausta kohtaan sekä otan ne puheeksi
- Käytän apuna keinoja neulapelon lievittämiseen
- Annan potilaalle luvan tuntea ja osoitan myötätuntoa
- Rauhoitan potilasta. Käytän tarvittaessa apuna ahdistuksen hallintakeinoja

### Intraoperatiivinen hoitotyö

#### Toimenpiteen aikana

- Koko hoitotiimi esittäytyy potilaalle
- Vakuutan potilaan hoitotiimin ammattitaidosta leikkauksen suhteen
- Olen koko ajan potilaan vierellä hänen siirtyessä leikkauspöydälle
- Varmistan potilaan hyvän asennon ja mukavuuden leikkauspöydällä
- Annan potilaalle mahdollisuuden osallistua raporttiin. Pyydän potilasta kertomaan nimensä, mitä leikataan, leikattavan puolen sekä mahdolliset allergiat
- Huomioin potilaan nukutuspelon, rauhoittelen potilasta sanallisesti
- Mikäli potilas on hereillä leikkauksen ajan: varmistan voinnin säännöllisesti, tarjoan musiikkia kuunneltavaksi, ohjaan tarvittaessa hengitysharjoituksia ja keskustelen rauhoittavasti

### Postoperatiivinen hoitotyö

#### Toimenpiteen jälkeen

- Huomioin, että heräämössä potilas herää vieraassa ympäristössä
- Kohtaan potilaan kiireettömästi ja kerron heräämöhoidosta
- Olen läsnä, kuuntelen potilasta ja huomioin psyykkiset reaktiot
- Seuraan kivun ja pahoinvoinnin vaikutusta potilaan voimavaroihin
- Arvioin kipua riittävän usein ja hoidan sen mukaisesti
- Kommunikoin voimaannuttavasti ja tuen potilasta kohti toipumista
- Annan ohjeita toipumiseen suullisesti ja kirjallisesti



12(14)

## Lähteet

- Aalberg, V., Leppävuori, A., Pesonen, T., Räsänen, S. & Viheriälä, L. 2019. Yleissairaalapsykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Aghili, S., Halakou, S., Khoddam, H., Modanloo, M. & Nikpeyma, N. 2023. Non-pharmacological interventions for anxiety management in patients undergoing anesthesia (a way to preoperative caring): A narrative review. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*. 13 (4), 71-86.
- Ahlmén-Laiho, U., Kalliomäki, M-L., Katomaa, J., Laine, H., Olkkola, K., Soljanlahti, S., Tiala, T. & Väyrynen, M. 2024. Anestesiakäsikirja. Helsinki: Duodecim.
- Almirón, M., Barrios, I., Gonzáles, I., O'Higgins, M. & Torales, J. 2020. An Overview of Jacobson's Progressive Muscle Relaxation in Managing Anxiety. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. (3), 17-23.
- Bengtsson, Y., Englund, E. & Johansson, A. 2016. Nurse anaesthetists' experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*. 36 (3), 148-154.
- Canva. n.d. Verkkosivu. Viitattu 24.1.2025. <https://www.canva.com/>
- Carvalho, I., Figueiredo-Braga, M. & Pereira, L. 2016. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*. 99 (5), 733-738.
- Chang, S., Lee, W., Liu, S. & Sung, H. 2016. Meditative music listening to reduce state anxiety in patients during the uptake phase before positron emission tomography (PET) scans. *The British Journal of Radiology* 90 (1070).
- Cook, L. 2016. Needle Phobia. *Journal of Infusion Nursing*. 39 (5), 273-279.
- Eerola, H. & Urtti, A-R. 2024. Paniikkihäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 2.1.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00404#s4>
- Eerola, H. 2024. Traumaperäinen stressihäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 16.10.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526/traumaperainen-stressihairio>
- Friman, T., Kuparinen, M., Lehto, L. & Liikanen, E. 2021. Laboratoriotutkimusten näytteenotto. Helsinki: Byrettikustannus.
- Haanpää, M., Hamunen, K., Kalso, E., Kontinen, V. & Vainio, A. 2018. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

13(14)

Helenius, M., Kauppi, O., Liukas, T., Siirala, E., Smeds, E., Tuominen, J. & Ukonsaari, P. HOUTUS. 2024. Käsikirja potilaan heräämövaiheen hoidosta ja turvallisesta siirrosta jatkohoitoon. Verkkosivu. Viitattu 5.10.2024.

Hengityслиitto. 2020. Hengitä ja hengästy. Verkkosivu. Viitattu 1.11.2024.  
<https://www.hengityслиitto.fi/wp-content/uploads/2020/12/Hengita-ja-hengasty-opas-2020-2uudistettu-painos-saavutettava.pdf>

Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. 2021. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2017. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Huang, M., Lee, W., Shih, W., Wang, C. & Wu, P. 2017. Effects of music listening on anxiety and physiological responses in patients undergoing awake craniotomy. Complementary Therapies in Medicine 32/2017, 56–60

Huttunen, M. 2018. Määräkohteinen pelko (fobia). Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 16.10.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00394>

Huttunen, M. & Socada, L. 2020. Paniikkikohtaus. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 10.5.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00405>

Kamarudin, J., Mainul, H. & Vidya, B. 2018. Breathing Exercise – A Commanding Tool for Self-help Management during Panic attacks. Research Journal of Pharmacy and Technology. 10 (12), 4471-4473.

Kankaanpää, S-L. 2022. Kidutuksen uhrin kohtaaminen ja tunnistaminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Verkkosivu. Viitattu 2.1.2025.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144661/THL\\_TT\\_Kidutuksen\\_uhrit\\_A4\\_saavutettava.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144661/THL_TT_Kidutuksen_uhrit_A4_saavutettava.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

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

Mielenterveystalo. n.d.a. Asteittain etenevä rentoutus istuen. Verkkosivu. Viitattu 1.11.2024.  
<https://www.mielenterveystalo.fi/sites/default/files/2022-10/Asteittain-etenev%C3%A4-rentoutus-istuen-tekstina.pdf>

Mielenterveystalo. n.d.c. Harjoitus: Huulirakohengitys. Verkkosivu. Viitattu 1.11.2024.  
<https://www.mielenterveystalo.fi/sites/default/files/2023-11/Huulirakohengitys.pdf>

14(14)

Mielenterveystalo. n.d.d. Hengitysharjoitukset. Verkkosivu. Viitattu 1.12.2024.  
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/nuorten-ahdistuksen-omahoito-ohjelma/6-hengitysharjoitukset>

Mielenterveystalo. N.d.e. Mitä tehdä paniikkikohtauksen aikana? Verkkosivu. Viitattu 2.1.2025.  
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/paniikin-omahoito-ohjelma/1-mita-tehda-paniikkikohtauksen-aikana>

Mudgal, S., Payal, Y., Sharma, S. & Thakur, K. 2020. Acute postoperative pain experiences and satisfaction with its management among patients with elective surgery: An observational study. *Indian Journal of Anaesthesia*. 64 (5), 403-408.

Raju, N., Kunmar, K. & Nihal, G. 2022. Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Anxiety and Panic Disorders in Emergency Setting. *Indian Journal of Psychiatry*. 65 (2), 181-185.

Rovasalo, A. 2022a. Sosiaalisten tilanteiden pelko. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu. 17.10.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00492>

Rovasalo, A. 2022b. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 16.3.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00555/yleistynyt-ahdistuneisuus-%20hairio?q=ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6>

Suomen musiikkiterapiayhdistys ry. n.d. Mitä musiikkiterapia on? Verkkosivu. Viitattu 6.10.2024. <https://www.musiikkiterapia.fi/musiikkiterapia/mita-musiikkiterapia-on/>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2023a. Kidutuksen uhrin. Verkkosivu. Viitattu 2.1.2025. <https://thl.fi/aiheet/vakivalta/eri-ryhmat-ja-vakivalta/kidutuksen-uhrit>

## Liite 2. Kyselylomake (Google Forms)

1(3)

# Palautekysely

Palautekysely oppaan ulkoasun ja sisällön kehittämiseksi

1. Opas on riittävän laaja

*Merkitse vain yksi soikio.*

- 1. Olen eri mieltä
- 2. Olen hieman eri mieltä
- 3. En osaa sanoa
- 4. Olen lähes samaa mieltä
- 5. Olen samaa mieltä

2. Oppaan ulkoasun asettelu on toimiva

*Merkitse vain yksi soikio.*

- 1. Olen eri mieltä
- 2. Olen hieman eri mieltä
- 3. En osaa sanoa
- 4. Olen lähes samaa mieltä
- 5. Olen samaa mieltä

3. Oppaan ulkoasun värit ja kuvitus ovat toimivat

*Merkitse vain yksi soikio.*

- 1. Olen eri mieltä
- 2. Olen hieman eri mieltä
- 3. En osaa sanoa
- 4. Olen lähes samaa mieltä
- 5. Olen samaa mieltä

2(3)

4. Opas on selkeä ja helposti luettava

*Merkitse vain yksi soikio.*

1. Olen eri mieltä
2. Olen hieman eri mieltä
3. En osaa sanoa
4. Olen lähes samaa mieltä
5. Olen samaa mieltä

5. Oppaassa on riittävästi tietoa eri ahdistuneisuushäiriöistä

*Merkitse vain yksi soikio.*

1. Olen eri mieltä
2. Olen hieman eri mieltä
3. En osaa sanoa
4. Olen lähes samaa mieltä
5. Olen samaa mieltä

6. Oppaassa on riittävästi tietoa ahdistuksen hallintakeinoista

*Merkitse vain yksi soikio.*

1. Olen eri mieltä
2. Olen hieman eri mieltä
3. En osaa sanoa
4. Olen lähes samaa mieltä
5. Olen samaa mieltä

3(3)

7. Opas tarjoaa riittävästi tietoa hoitajalle ahdistuneisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamiseen

*Merkitse vain yksi soikio.*

1. Olen eri mieltä
2. Olen hieman eri mieltä
3. En osaa sanoa
4. Olen lähes samaa mieltä
5. Olen samaa mieltä

8. Oppaassa on annettu riittävästi käytännön keinoja potilaan tukemiseen

*Merkitse vain yksi soikio.*

1. Olen eri mieltä
2. Olen hieman eri mieltä
3. En osaa sanoa
4. Olen lähes samaa mieltä
5. Olen samaa mieltä

9. Muita kehitysehdotuksia

---

---

---

---

---

Google ei ole luonut tai hyväksynyt tätä sisältöä.

Google Forms

### Liite 3. Saatekirje

1(1)

Palautekysely "Ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaaminen leikkaushoitotyössä"-oppaasta

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönä opasta ahdistuneisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta leikkaushoitotyössä. Opas on tarkoitettu leikkaussalihoitajien työn tueksi, mutta opasta voidaan hyödyntää myös kirurgisilla vuodeosastoilla. Opas on raakaversio, joten toivomme palautetta ja kehitysehdotuksia hoitotyön ammattilaisilta leikkausosastoilta ja kirurgisilta vuodeosastoilta, jonka avulla pystymme kehittämään oppaan sen lopulliseen muotoon. Vastaukset käsitellään nimettömästi ja niitä käytetään vain oppaan kehittämässä sekä toiminnallisen opinnäytetyön prosessin kuvaamisessa.

Linkki kyselyyn: <https://forms.gle/dzHFx3BP2Pb3RFKN9>

Toivomme vastauksia viimeistään 15.1.2025 mennessä.

Ystävällisin terveisin

Jenni Joensuu ja Karoliina Kopalainen

TAMK