



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# POTILAAN YKSITYISYYDEN SÄILYMINEN JA TOTEUTUMINEN HERÄÄMÖN JA PÄIVÄKIRURGIAN POSTOPERATIIVISEN YKSIKÖN HOITOTYÖSSÄ

Jenna Hannula

Camilla Kortesniemi

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2016  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutus

HANNULA, JENNA & KORTESNIEMI, CAMILLA

Potilaan yksityisyyden säilyminen ja toteutuminen heräämön ja päiväkirurgian postoperatiivisen yksikön hoitotyössä

Opinnäytetyö 56 sivua, joista liitteitä 4 sivua  
Lokakuu 2016

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan toimintaa potilaan yksityisyyden suojaamiseksi ja edistämiseksi. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mitä potilaan yksityisyys tarkoittaa postoperatiivisessa hoitotyössä sekä selvittää havainnoinnin avulla, miten sairaanhoitaja ylläpitää potilaan yksityisyyttä heräämössä ja päiväkirurgian postoperatiivisessa hoitovaiheessa. Tavoitteena oli kehittää hoitotyötä opinnäytetyön tulosten avulla sekä tuoda esille asioita, joista on hyötyä sairaanhoitajien käytännön työssä ja koulutuksessa. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä erään päiväkirurgian yksikön kanssa.

Opinnäytetyön teoreettisiksi lähtökohdiksi valittiin yksityisyys ja sen ulottuvuudet, postoperatiivinen hoitotyö päiväkirurgiassa ja heräämössä sekä hyvä hoito. Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivista menetelmää käyttäen. Aineistonkeruu toteutettiin maaliskuussa 2016 havainnoimalla hoitotilanteita havainnointilomakkeen avulla. Havainnointitilanteita kertyi yhteensä 55 (N=55). Aineiston analyysi suoritettiin SPSS for Windows -ohjelman avulla käyttämällä eri muuttujien ristiintaulukointia ja laskemalla prosenttiosuuksia havaintoyksiköistä. Opinnäytetyön tulokset esiteltiin yksityisyyden eri osa-alueiden mukaisesti.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaiden fyysistä yksityisyyttä suojattiin melko hyvin. Heikkouksia havaittiin muiden katseilta suojaamisen suhteen. Psykkisen yksityisyyden tukemisen keinoja käytettiin yksikössä pääasiassa hyvin. Sairaanhoitajan äänenkäytön todettiin suojaavan potilaan tiedollista yksityisyyttä. Sen sijaan opinnäytetyön tulokset osoittivat, että potilasasiakirjoihin kuuluvia e-reseptejä ja anestesiakaavakkeita säilytettiin yksikössä epäasianmukaisesti.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että potilaan yksityisyyttä pyritään suojaamaan hyvin. Opinnäytetyön tuloksista voidaan kuitenkin todeta joitakin lisähuomiota ja parantelua vaativia seikkoja. Myös omahoitajuuden toteuttamistapaa heräämöympäristössä on hyvä miettiä. Opinnäytetyön pohjalta nousi seuraavia jatkotutkimusehdotuksia: sairaanhoitajien kokemukset siitä, mikä yksityisyyden toteuttamisessa postoperatiivisessa hoitotyössä on haasteellista ja potilaiden oma näkemys siitä, miten yksityisyys toteutui. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia lääkärin työskentelyä potilaan yksityisyyden suojaamiseen liittyen.

---

Asiasanat: yksityisyys, postoperatiivinen hoitotyö, heräämö, päiväkirurgia

## ABSTRACT

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

HANNULA, JENNA & KORTESNIEMI, CAMILLA:

Preserving Patient Privacy and its Fulfilment in Nursing at Recovery Room and Postoperative Unit of Day Surgery

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 4 pages  
October 2016

---

The purpose of this thesis was to describe fulfilment of patient privacy in daily nursing activities. The subjects of thesis were to describe what a patient's privacy means in postoperative care and investigate through observation how nurses maintain patient privacy at recovery room and the postoperative unit of a day surgery. The goal was to develop nursing based on the findings of this thesis. The thesis was conducted in co-operation with one of the day surgery units operating in Finland.

This thesis was conducted using a quantitative observation method. The data were collected in March 2016 using observation template. Distinct situations observed 55 (N=55). The data were analyzed using SPSS for Windows –application.

The results showed that a patient's physical privacy was protected fairly well. Imperfections were found on limiting others' view to the patient. Means of supporting psychical privacy were used primarily well. The voice used by nurses was mostly found to support a patient's privacy. Electronic prescriptions and anesthesia forms were preserved in an inappropriate way.

The findings indicate that efforts are made for securing a patient's privacy. A few suggestions for improvement could be showed based on the results. Further studies are needed, for example on patients' opinion about how their privacy was protected and what is challenging in protecting patient's privacy during postoperative care. In addition, it would be interesting to observe how doctors support patient's privacy.

---

Key words: privacy, postoperative care, recovery room, day surgery

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	9
3.1	Potilaan yksityisyys ja sen ylläpitäminen sairaanhoitajan toimintana.....	9
3.1.1	Yksityisyyden ulottuvuudet .....	10
3.1.2	Yksityisyyden edistäminen sairaanhoitajan toimintana.....	13
3.2	Sairanhoitajan toiminta potilaan hyvän hoidon toteutumiseksi .....	14
3.3	Postoperatiivinen hoitotyö heräämössä ja päiväkirurgian yksikössä.....	16
3.4	Potilasohjaus päiväkirurgiassa.....	18
3.5	Aiemmat aiheita käsittelevät tutkimukset.....	19
4	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	21
4.1	Opinnäytetyön kohderyhmä ja osaston kuvaus .....	21
4.2	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	21
4.3	Opinnäytetyössä käytettävä aineistonkeruumenetelmä .....	22
4.4	Aineiston analyysimenetelmä.....	25
5	TULOKSET .....	26
5.1	Havainnointitilanteiden sijoittuminen heräämöön ja päiväkirurgian postoperatiiviseen yksikköön .....	26
5.2	Sairanhoitajan toiminta potilaan fyysisen yksityisyyden toteutumiseksi.....	26
5.3	Sairanhoitajan toiminta potilaan psyykkisen yksityisyyden toteutumiseksi.....	29
5.4	Sairanhoitajan toiminta potilaan tiedollisen yksityisyyden toteutumiseksi.....	34
5.5	Sairanhoitajan toiminta potilaan sosiaalisen yksityisyyden toteutumiseksi.....	38
5.6	Havainnointilomakkeisiin kirjatut muut yksityisyyteen liittyvät havainnot .....	39
6	TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	41
6.1	Potilaiden fyysisen yksityisyyden toteutuminen .....	41
6.2	Potilaiden psyykkisen yksityisyyden toteutuminen.....	42
6.3	Potilaiden tiedollisen yksityisyyden säilyminen ja potilasohjauksen aiheet.....	43
6.4	Potilaiden sosiaalisen yksityisyyden toteutuminen .....	44
7	POHDINTA .....	45
7.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	45
7.2	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset .....	48
7.3	Oman oppimisen pohdinta.....	49

LÄHTEET.....	51
LIITTEET .....	53
Liite 1. Havainnointilomake.....	53

## 1 JOHDANTO

Potilaan yksityisyyttä suojataan muun muassa lailla potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on kohdeltava loukkaamatta hänen ihmisarvoaan ja hänen yksityisyytään on kunnioitettava. Myös sairaanhoitajan eettisten ohjeiden avulla edistetään potilaiden yksityisyyttä. Ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on pyrkiä edistämään potilaan yksilöllistä hyvää oloa ja hoitaa jokaista potilasta yksilöllisen tarpeen mukaisesti. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Hoitopaikasta riippumatta potilaan yksityisyyden tulee toteutua, jotta hoitotyön laatu on taattua (Laiho 2003, 40).

Yksityisyys on keskeinen käsite hoitotyön etiikassa. Se on arvo, joka on tunnustettu terveydenhuollossa, mutta jonka käytännön merkitystä ei vielä täysin ymmärretä. Käytännössä yksityisyydellä tarkoitetaan potilaan henkilökohtaista koskemattomuutta, loukkaamattomuutta ja vahingoittumattomuutta. Yksityisyyden ulottuvuuksina voidaan pitää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja tiedollista ulottuvuutta. (Laiho 2003, 40; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 146-147.)

Heräämössä ja päiväkirurgian postoperatiivisessa vaiheessa leikkauspotilaan hoidossa korostuu potilaan intensiivinen tarkkailu. Heräämössä tarkkailu on välitöntä ja se kestää niin kauan, että tärkeät elintoiminnot ovat palautuneet leikkausta edeltävälle tasolle ja potilas on valmis kotiutumaan (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 360). Potilaiden intensiivinen tarkkailu asettaa postoperatiivisen hoidon toteuttamiseen vaaditulle ympäristölle tiettyjä vaatimuksia, mitkä voivat vaikeuttaa potilaiden yksityisyyden suojaamista.

Tämän opinnäytetyön mielenkiinnon kohteena oli selvittää havainnoiden sairaanhoitajan toimintaa potilaan yksityisyyden säilymiseen ja toteutumiseen liittyen heräämössä sekä päiväkirurgian osastolla postoperatiivisessa vaiheessa. Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja se toteutettiin yhteistyössä erään päiväkirurgian yksikön kanssa.

Tulevina sairaanhoitajina tulemme kohtaamaan päivittäin työssämme tilanteita, joissa potilaan yksityisyyteen ja henkilökohtaiseen tilaan puututaan. Näitä tilanteita ei tule vastaan ainoastaan perioperatiivisessa hoitotyössä, vaan myös yleisesti hoitotyön arjessa tervey-

denhuollossa. Tämän opinnäytetyön myötä saimme mahdollisuuden perehtyä postoperatiiviseen hoitotyöhön ja yksityisyyden toteutumisen haasteisiin. Saimme eväitä myös potilaan yksityisyyden parempaan huomiointiin hoitotyössä ja siten osaamme tukea yksityisyyden toteutumista.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan toimintaa potilaan yksityisyyden säilymisessä ja toteutumisessa heräämössä ja päiväkirurgian yksikössä postoperatiivisessa hoitovaiheessa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

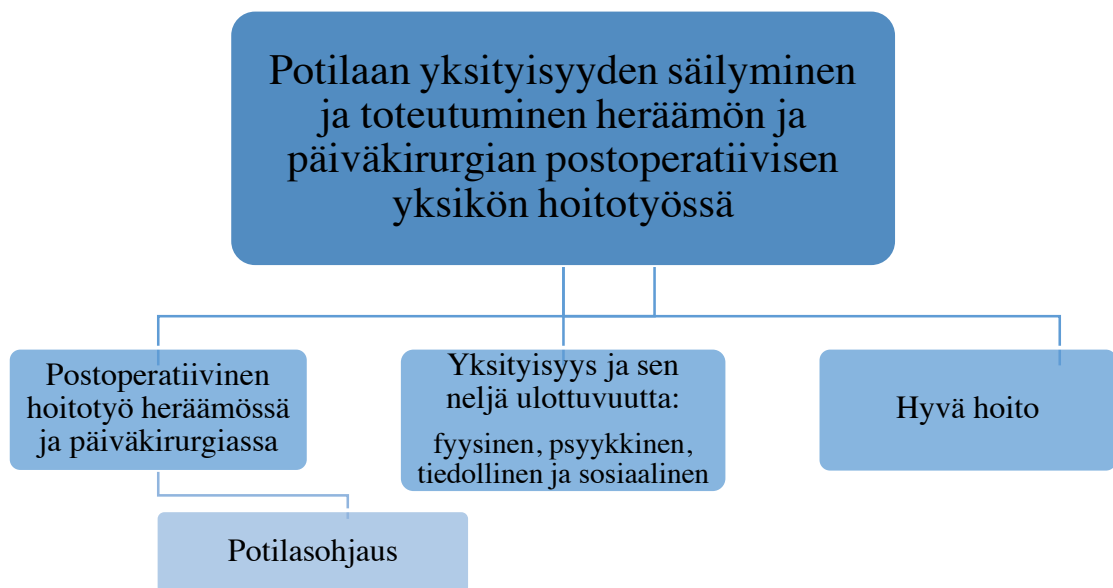
1. Mitä potilaan yksityisyys tarkoittaa heräämössä ja päiväkirurgian postoperatiivisessa hoitovaiheessa?
2. Miten sairaanhoitaja ylläpitää potilaan yksityisyyttä heräämössä ja päiväkirurgian postoperatiivisessa vaiheessa?

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää heräämön ja postoperatiivisen hoitotyön arjessa yksityisyyteen liittyviä tekijöitä, joita voitaisiin tehdä toisin kuin miten ne tällä hetkellä ilmenevät. Tavoitteena on saada opinnäytetyön tuloksissa selville asioita, joita sairaanhoitajat voivat miettiä ja soveltaa omassa työssään. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää myös toimenpideosaston sisäisessä koulutuksessa ja uusien sairaanhoitajien perehdytyksessä sekä sairaanhoitajien koulutuksessa. Lisäksi opinnäytetyön tulokset ovat hoitotyön kehittämisen ja esimiesten päätösten tukena. Oman oppimisen tavoitteena on tiedon syventämisen kautta ymmärtää ja edistää potilaan yksityisyyttä hoitotyössä.



### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Potilaan yksityisyyden toteutumisen ja säilymisen teoreettisen lähtökohdan muodostavat käsitteet yksityisyys, hyvä hoito, postoperatiivinen hoitotyö ja potilasohjaus, jotka käsitellään työssä. Postoperatiivinen hoitotyö tapahtuu kahdessa osassa heräämössä ja päiväkirurgian postoperatiivisessa yksikössä. Yksityisyys yhdistetään käytännön hoitotyöhön määrittelemällä sen ulottuvuudet, joita ovat fyysinen, psyykkinen, tiedollinen ja sosiaalinen ulottuvuus.



KUVIO 1. Potilaan yksityisyyden säilymiseen ja toteutumiseen liittyviä keskeisiä käsitteitä

#### 3.1 Potilaan yksityisyys ja sen ylläpitäminen sairaanhoitajan toimintana

Yksityisyydellä tarkoitetaan yksityisyyselämän suojaa ja ihmisen oikeutta olla yksin niin fyysisesti kuin ihmissuhteissakin. Yksityisyys on yksilön omistusoikeutta ja mahdollisuutta kontrolloida pääsyä itseensä. Yksityisyys tarkoittaa myös potilaan henkilökohtaista koskemattomuutta, loukkaamattomuutta ja vahingoittamattomuutta. Yksityisyyteen kuuluu potilaan henkilökohtainen tila, johon vaikuttaa sosiaalinen vuorovaikutus ja fyysinen

ympäristö. Potilaan yksityisyyttä on kunnioitettava ja se kuuluu jokaisen perusoikeuksiin. (Koivula-Tynnilä 2014, 7; Poikkimäki 2004, 43; Saarenpää 2000, 30.)

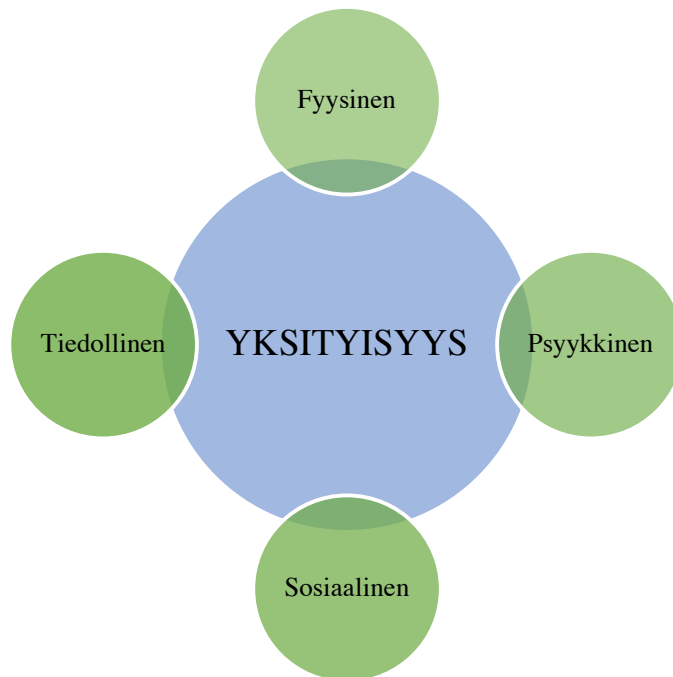
Jokaisella on erilainen yksityisyyden tarve. Joillekin potilaille omien kokemusten jakaminen tai kehon paljastaminen on luonnollista. Toisille taas on tärkeää, ettei heidän asioitaan käsitellä julkisesti. Yksityisyyden rajan säilyttäminen on osin kulttuurisidonnaista ja myös sidottua sosiaaliseen asemaan. (Burke, LeMone, Mohn-Brown & Eby 2014, 40-41; Leino-Kilpi ym. 2014, 146).

Suurin osa potilaista kokee yksityisyytensä säilymisen sairaalassa tärkeäksi. Sairaalassa ja etenkin postoperatiivisessa hoitotyössä potilaan yksityisyys on uhattuna, sillä potilas on riippuvainen hoitohenkilökunnasta toipuessaan nukutuksesta. (Rosqvist & Rosqvist 1999, 50; Saanisto 2015, 35-36.) Hoitotyössä potilaan yksityisyyden suojaamisesta tuleekin huolehtia ja hänen itsemääräämisoikeuttaan on kunnioitettava. Potilasta voidaan auttaa säilyttämään yksityisyytensä sairaalaympäristössä luomalla sellainen hoitoympäristö, jossa potilaan arvokkuutta, tapoja, arvomaailmaa ja vakaumusta kunnioitetaan sairaudesta ja toimenpiteestä huolimatta. (AORN 2014, 22-23; Laiho 2003, 40.) Sairaanhoidajan toiminnassa keskeisimpiin yksityisyyden vaarantumisen uhkiin kuuluu hoitotilanteiden näkyminen muille potilaille ja heidän omaisilleen, potilastietojen suojaamaton käsittely sekä vaitiolovelvollisuuden puutteellinen noudattaminen (Koivula-Tynnilä 2014, 7; Poikkimäki 2004, 43; Saarenpää 2000, 30).

### **3.1.1 Yksityisyyden ulottuvuudet**

Yksityisyyden käsite on moniulotteinen. Kirjallisuuden mukaan yksityisyys jaetaan neljään ulottuvuuteen: fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja tiedolliseen yksilöllisyyteen. (Leino-Kilpi ym. 2014, 147.) Yksityisyyden käsitteiden sisällöt ovat osin samanlaisia ja ne limittyvät helposti toisiinsa. Tiedollinen yksityisyys tarkoittaa yksilön oikeutta päättää kuinka, milloin ja miten paljon hänen tietojaan luovutetaan toiselle henkilölle. Se on mahdollisuutta hallita itseään koskevia tietoja. Fyysinen yksityisyys on ihmisen fyysistä ja ruumiillista koskemattomuutta sekä oikeutta määrittellä oma henkilökohtainen tila ja missä määrin muut voivat siihen tulla. Sosiaalisella yksityisyydellä tarkoitetaan yksilön oikeutta vetäytyä kanssakäymisestä muiden kanssa. Psyykkinen yksityisyys tarkoittaa

taas yksilön oikeutta päättää kenelle ja milloin jakaa ajatuksiaan, tunteitaan, mielipiteitään tai omia tietojaan. (Burgoon 1982, viitattu lähteessä Koivula-Tynnilä 2014, 8.)



KUVIO 2. Yksityisyyden neljä ulottuvuutta

Fyysiseen yksityisyyteen liittyy vahvasti potilaan oma henkilökohtainen tila. Henkilökohtaisella tilalla tarkoitetaan näkymätöntä aluetta kehon ympärillä, aluetta joka koetaan omaksi tilaksi. Oma tila tarjoaa turvaa ja yksityisyyttä, minkä vuoksi siihen tunkeutumista pidetään usein epämukavana. (Burke ym. 2014, 41.) Joillekin koskettaminen keskustelun lomassa on luonnollinen tapa, toiselle se taas viestii liian lähelle tulemistä. Sen vuoksi potilaalta pitäisi aina kysyä lupa koskettamiseen. (Leino-Kilpi ym. 2014, 147.)

Fyysiseen yksityisyyteen liittyy myös hyvä fyysinen ympäristö. Esimerkiksi väliverhojen käyttäminen on oleellista fyysisen yksityisyyden säilyttämisen kannalta sairaalassa. Ympäristöön luetaan kuuluvaksi potilaiden määrä samassa tilassa, väliverhojen käyttö näkösuojana, mahdollisuus yksinoloon ja muut ympäristön tarjoamat yksityisyyttä tukevat keinot. Fyysisen yksityisyyden suojaamiseksi potilas on siis suojattava muiden katseilta väliverhojen avulla ja potilaan tarpeetonta paljastelua on vältettävä. (Rosqvist & Rosqvist 1999, 50; Saanisto 2015, 35-36.) Toisaalta heräämöhoito on luonteeltaan sellaista, että sairaanhoitajat tarvitsevat potilaisiin esteettömän näkymän valvoakseen potilaita. Sen

vuoksi potilaita ei voikaan täysin suojata sermein (Koivula-Tynnilä 2014, 40-41). Peseytymis- ja riisuuntumistilanteet ovat herkkiä fyysisen yksityisyyden pettämislle. Potilaat kokevat yksinolon erityisen tärkeäksi näissä tilanteissa. Sairaanhoidajien olisi hyvä myös välttää potilaan tarpeetonta koskettelua sekä meteliä, jotta potilas saa toipua rauhassa. (Rosqvist ym. 1999, 50; Saanisto 2015, 36.)

Psyykkisellä yksityisyydellä tarkoitetaan ihmisen henkistä koskemattomuutta. Potilaalla on oikeus säätää, kuinka paljon hän jakaa asioita muiden kanssa tai kuinka lähellä hän on henkisesti muita ihmisiä. (Leino-Kilpi ym. 2014, 150.) Psyykkisen yksityisyyden huomioimiseen kuuluu potilaan kunnioittava, ihmisarvoinen ja yksilöllinen kohtelu (Saanisto 2015, 37). Osaston hyvä ilmapiiri ja potilaan kohtelu ovat osa inhimillistä hoitoa, jota potilaat toivovat saavansa. Potilaat kokevat tärkeiksi mielipiteidensä huomioimisen ja itsemääräämisoikeutensa toteutumisen. Sairaanhoidajan esittäytyminen potilaalle koetaan hyvänä tapana, mikä lisää yksilöllisyyden tunnetta ja parantaa hoitosuhdetta. (Rosqvist ym. 1999, 51, 58.) Potilaalla tulee olla mahdollisuus suojella yksityiselämäänsä, joten sairaanhoidajan ei tule udella potilaalta hoitoon kuulumattomia, yksityiselämään kuuluvia asioita. (Saanisto 2015, 37). Potilaita saattaakin loukata hoitohenkilökunnan kysymykset potilaan intiimeistä ongelmista, joita kysytään esimerkiksi potilaan hoidon suunnittelua varten (Leino-Kilpi ym. 2014, 150).

Sosiaalinen yksityisyys ilmenee mahdollisuutena kontrolloida sosiaalisia kontakteja (Saanisto 2015, 37-38). Sosiaalinen yksityisyys tarkoittaa käytännössä esimerkiksi potilaan halua tavata omaisiaan muiden häiritsemättä tai potilaan halua olla omissa oloissaan ihmisryhmän keskellä. Sairaalaympäristössä sosiaalisen yksityisyyden puute ilmenee siten, ettei potilaalla ole mahdollisuutta omaan rauhaan ja omaan yksityiselämään. (Leino-Kilpi ym. 2014, 150.) Sosiaaliseen yksityisyyteen liittyy myös omahoitajuus. Omahoitaja merkitsee monelle potilaalle sitä, että vain tietyt hoitajat tietävät potilaan henkilökohtaisista asioista. (Rosqvist ym. 1999, 53.) On tärkeää, että sairaanhoidaja hoitaa aina yhtä potilasta kerrallaan ja potilaan hoitoon osallistuu vain tarvittava hoitohenkilökunta (Saanisto 2015, 37-38).

Tiedollinen yksityisyys postoperatiivisessa hoitotyössä tarkoittaa potilastietojen pitämistä vain potilasta hoitavan henkilökunnan tiedossa sekä potilastietojen- ja asiakirjojen luotettavaa käsittelyä (Saanisto 2015, 38). Potilastietojen salassapidon merkitys on selvää

terveydenhuollossa (Leino-Kilpi ym. 2014, 151). Potilastietojen yksityisyyden suoja turvataan lainsäädännössä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) määrittää, että potilasasiakirjojen salassapitovelvollisuuden lisäksi asiakirjoja on suojattava ja niitä on käsiteltävä ja säilytettävä huolellisesti. Potilasasiakirjojen salassapitovelvollisuuden turvaamiseksi sähköiseen kirjaamiseen liittyen käyttäjien käyttöoikeudet ovat rajattuja, mikä edistää potilaan yksityisyyden ja oikeusturvan toteutumista. (Lukkari ym. 2007, 117.)

Tiedolliseen yksityisyyteen luetaan kuuluvaksi myös keskustelut potilaan henkilökohtaisista asioista potilaan ja sairaanhoitajan tai lääkärin välillä. Sairaanhoitajien välisessä raportointitilanteissa heräämössä potilaalla tulee olla mahdollisuus kieltäytyä vuoteenvierusraportista. Potilaiden asioista tulisi aina puhua hiljaisella äänellä. Optimaalisinta olisi keskustella potilaan asioista eri tilassa siten, etteivät muut potilaat kuule keskustelua. (Rosqvist ym. 1999, 52). Tiedollisen yksityisyyden säilymistä hankaloittavat fyysisten tilojen mukanaan tuomat rajoitteet, kuten monien potilaiden läsnäolo samassa suuressa tilassa. Tällöin potilastiedot leviävät ulkopuolisille. (Lämsä 2013, 93.) Koivula-Tynnilän tutkimuksen mukaan (2014, 35) potilaat eivät kuitenkaan pidä erityisen häiritsevänä, jos omat tiedot leviävät muille potilaille heräämössä.

### **3.1.2 Yksityisyyden edistäminen sairaanhoitajan toimintana**

Jokainen ihminen tarvitsee yksityisyyttä ja mahdollisuutta säädellä omaa suhdettaan muihin. Sairaanhoitajan tulee tukea potilaan keinoja säädellä yksityisyyttään, joita ovat muun muassa itseään koskevan tiedon hallinta ja henkilökohtaisen tilan säilyminen. Hoitohenkilökunnan tulisi kysyä potilaalta lupa koskettamiseen, jotta potilas voi kokea oman elämän kontrollin säilyvän. Potilaan nonverbaalisten viestien tulkitsemisen taito on tärkeä yksilöllisyyden huomioimisessa, kun toimitaan tilanteissa, joissa joudutaan tunkeutumaan potilaan henkilökohtaiseen tilaan. (Rosqvist ym. 1999, 30-31.) Hoitohenkilökunnan on pyrittävä mahdollistamaan potilaan yksityisyyden tarpeiden toteutuminen hoitosuhteen aikana. Keskeistä hoitotyössä on ymmärtää, että yksityisyyttä tukeva hoitotyö koostuu pienistä asioista. (Leino-Kilpi ym. 2014, 152.)

Saaniston (2015, 42-46) mukaan potilaan yksityisyyden toteutumista perioperatiivisessa hoitotyössä edistävät hoitohenkilökunnasta riippuvat tekijät, kuten osaamisen taso ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Yksilölliseen hoitoon pyrkiminen edistää yksityisyyden toteutumista, sillä potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja rajoituksiin sekä persoonaan kiinnitetään erityistä huomiota. Sairaanhoidajan henkilökohtaisista ominaisuuksista erityisesti empaattisuus on sellainen ominaisuus, mikä edistää myös yksityisyyden toteutumista. Postoperatiivisessa hoitotyössä tarvitaan myös hyvää fyysistä hoitoympäristöä sekä hyviä toimintakäytäntöjä esimerkiksi raportointiin liittyen. Yksityisyyttä estäviä tekijöitä ovat muun muassa perioperatiivisten sairaanhoidajien puutteellinen ammatillinen osaaminen, epäkunnioittava kohtelu sekä hoitotilojen epäkäytännöllisyys. Potilaan kokemaa yksityisyyttä vähentää postoperatiivisessa hoitotyössä se, ettei potilaalla ole mukanaan omia, henkilökohtaisia tavaroitaan.

### **3.2 Sairaanhoidajan toiminta potilaan hyvän hoidon toteutumiseksi**

Hyvä hoito voidaan määritellä sekä potilaan ja hänen läheistensä, että ammattilaisten näkökulmasta. Kun potilas kokee saaneensa hyvää kohtelua ja asiantuntevaa apua vaivaansa, hoidon voidaan sanoa olleen hyvää. Hoitotyön ammattilaisen eli sairaanhoidajan näkökulmasta hyvä hoito tarkoittaa moniammatillista terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä ja hoitoa sekä kärsimysten lievittämistä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 65.) Hyvän hoidon toteutumiseksi sairaanhoidajan on tiedostettava myös yksityisyyden tarpeen toteutuminen (Laiho 2003, 40). Päiväkirurgiassa laadukas ja hyvä hoito toteutuu, kun potilaan perustarpeet huomioidaan. Tärkeää on huomioida potilaan fyysiset tarpeet, kuten lepo, ravinto ja kivun hoito. Päiväkirurgisten potilaiden on todettu arvostavan myös toimenpiteiden toteutumista suunnitellun aikataulun mukaisesti. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 43.)

Vuonna 1992 voimaan tullut laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää, että potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Lain pohjalta potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan hoidossa on myös otettava huomioon hänen yksilölliset tarpeensa. Laissa määritellään myös potilaan itsemääräämisoikeudesta, joka antaa mahdollisuuden vaikuttaa toimintaan. Päiväkirurgisissa toimenpiteissä on tärkeää tehdä päätöksiä potilaslähtöisesti. Päätösten tueksi potilaan on saatava riittävästi tietoa.

Päiväkirurgiassa potilaan tiedon tarve korostuu hoitajakson lyhyiden vuoksi. (Hautakangas ym. 2003, 15-16.)

Potilailla on oikeus hyvään kohteluun eli tapaan, jolla potilaaseen suhtaudutaan. Hyvään kohteluun kuuluu potilaan ihmisarvon loukkaamattomuus ja yksityiselämän kunnioitus. Potilaana olo terveydenhuollossa asettaa haasteita yksityiselämälle. Sen vuoksi toimintayksikön yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitäminen sekä potilaiden vaatimukset on sovittava yhteen siten, ettei potilaan yksityisyyden suoja unohdu. Sairaanhoidajan tulee omalla toiminnallaan osoittaa, että potilaan yksilöllisyyttä arvostetaan. Potilaat toivovat postoperatiiviselta hoitotyöltä tasa-arvoista kohtelua ja omien tarpeidensa huomiointia. Useimmiten potilas on kuitenkin tyytyväinen saamaansa hoitoon, jos se vastaa hänen ennako-odotuksiaan, potilasta kokee tullessa kohdelluksi hyvin ja hoito oli pätevää. (Hautakangas ym. 2003, 43; Kotisaari ym. 2012, 15, 51.)

Potilasturvallisuus liittyy vahvasti hoitotyön laatuun (Kotisaari ym. 2012, 63). THL:n määritelmän (2014) mukaan potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuutta ja suojata potilasta vahingoittumasta. Asiaa voidaan ajatella myös potilaan näkökulmasta siten, että potilas saa oikeaa hoitoa oikea-aikaisesti ja oikealla tavalla. Turvallisuus liitetään myös osaksi fyysisistä ympäristöä, millä pyritään edistämään turvallisuuden tunnetta (Hautakangas ym. 2013, 45). Postoperatiivisessa hoitotyössä potilasturvallisuus ilmenee esimerkiksi tarkkojen kotiuttamiskriteerien toteutumisena (Kotisaari ym. 2012, 63).

Yksi tärkeimmistä potilaiden kokemista potilasturvallisuutta lisäävistä tekijöistä on vuorovaikutus sairaanhoidajan kanssa. Perusta potilasturvallisuuden lisäämiselle on hyvä ja luottamuksellinen potilaan ja sairaanhoidajan välinen hoitosuhde. Vuorovaikutussuhteen on oltava avoin ja sellainen, jossa potilasta kuunnellaan. Sairaanhoidajan ja potilaan välisen keskustelun olisi hyvä olla tasa-arvoista ja rehellistä. Muita sairaanhoidajan arvostettuja ominaisuuksia ovat omahoitajuus, ammattitaito, kokemus, empaattisuus ja inhimillisuus. (Hautakangas ym. 2003, 45.)

### 3.3 Postoperatiivinen hoitotyö heräämössä ja päiväkirurgian yksikössä

Heräämö on valvontayksikkö, jossa potilaan leikkauksen ja anestesian jälkeinen hoito jatkuu. Tämä perioperatiivisen hoitoprosessin kolmas vaihe eli postoperatiivinen hoitotyö alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan heräämööseen. Heräämön sairaanhoitaja esittelee potilaalle itsensä sekä kertoo samalla potilaalle, mitä heräämössä tapahtuu ja mitä se tarkoittaa potilaan toipumisen kannalta. Potilas myös orientoidaan aikaan ja paikkaan. (Lukkari ym. 2007, 359-360, 368.)

Postoperatiivisen hoitotyön perustana ovat potilaasta saadut pre- ja intraoperatiiviset tiedot, jotka välittyvät pääasiassa sairaanhoitajien välisissä raporteissa potilaiden siirtovaiheessa. Hoitotyö heräämössä on potilaskeskeistä, joten raportointitilanteessa potilas pitäisi nostaa esiin yksilönä. Raportit suositellaan pidettävän potilaan sängyn jalkopäässä. Raportointitilanteissa käytettävä kieli on usein hoitotyön ammattikieltä, mikä voi jättää potilaan ulkopuoliseksi tilanteessa. Tiedottamisessa käydään läpi pre- ja intraoperatiivisia asiakirjoja, kuten esimerkiksi anestesia- ja leikkausasiakirjoja sekä mahdollisia jatkomääräyksiä potilaasta. Raportin aikana pyritään suojelemaan potilaan yksityisyyttä puhumalla hiljaisella äänellä, sillä heräämössä on useita potilaspaikkoja lähellä toisiaan. Potilasta tarkkailtaessa havainnot ja mittaustulokset kirjataan anestesiakaavakkeelle tai erilliselle heräämön tarkkailulomakkeelle. Joissakin yksiköissä on käytössä myös erilliset potilastietojärjestelmät, joille mittaustiedot tallentuvat automaattisesti. (Lukkari ym. 2007, 238, 364-365, 368-369.)

Päiväkirurgiassa toimenpiteen jälkeinen valvonta tapahtuu kaksivaiheisesti. I-heräämössä suoritetaan potilaan välitöntä tarkkailua niin pitkään, kunnes potilaan vitaalielintoiminnot eli verenpaine, pulssi, hengitys ja tajunta ovat palautuneet normaalitasolle. Sen jälkeen potilas siirtyy II-heräämööseen, joka on tarkoitettu kevyempää valvontaa vaativille ja kotiutusta odottaville potilaille. Sairaanhoitajan välitön läsnäolo ei enää ole tarpeellista II-heräämössä. II-heräämössä myös yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden huomioiminen on helpompaa. Osa päiväkirurgisista potilaista voi ohittaa I-heräämön, jos toimenpiteessä on käytetty lyhytvaikutteisia anestesia-aineita ja puudutuksia. (Hakala 2012, 11; Kangas-Saarela & Mattila 2014, 416.) Heräämössä potilasta tarkkaillaan niin kauan, että tärkeät elintoiminnot ovat palautuneet leikkausta ja anestesiaa edeltävälle tasolle (Lukkari ym. 2007, 360).



Päiväkirurgisen potilaan hoito on samanlaista kuin muidenkin kirurgisten potilaiden, mutta siinä korostuu erityisesti potilaan toipumisen tarkkailu ja arviointi potilaan nopean kotiutumisen vuoksi (Hautakangas ym. 2003, 12, 17.). Postoperatiivisessa hoitovaiheessa potilaan tilaa tarkkaillaan intensiivisesti ja potilaan tilaa arvioidaan ennakoivasti mahdollisten komplikaatioiden vuoksi. Tarkkailtavat asiat vaihtelevat nukutettujen ja puudutettujen potilaiden hoidossa. Heräämössä sairaanhoitaja tarkkailee potilaan hengitystä, verenkiertoa, tajunnan tasoa, kipua, pahoinvointia, lihasvoimaa, lämpötasapainoa, nestetasapainoja ja leikkausalueita. Potilaita tarkkaillaan, kunnes he pystyvät itse huolehtimaan hengityksestään ja heidän muut vitaalielintoiminnot ovat vakaita. (Lukkari ym. 2007, 366-367, 369.)

Päiväkirurginen potilas saapuu sairaalaan toimenpidepäivänä, joka on ennalta hyvin suunniteltu ja aikataulutettu. Potilas kotiutuu vielä saman päivän aikana eikä yövy sairaalassa, jolloin hoitojakson pituudeksi tulee korkeintaan 12 tuntia. Lyhyen hoitojakson vuoksi potilaalle jää suuri vastuu jälkihoidosta, joten postoperatiivisten jälkiseurannan ja kotihoito-ohjeiden merkitys korostuu. (Hammar 2011, 11; Hautakangas ym. 2003, 10-11, 42, 90.) Potilas kotiutuu II-heräämöstä suoraan kotiin kotiutuskriteerien täytyessä haki- ja seurassa. Ennen kotiuttamista potilas saa toimenpiteen jälkeiset kotihoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti. Kotihoito-ohjeita voi olla kuulemassa myös potilaan seurassa oleva hakija tai muu vastuullinen aikuinen. Potilaan kotiuttaa joko anestesia- ja sairaanhoitaja, mikäli yhdessä sovitut kotiutuskriteerit täyttyvät. Kotiutuskriteereitä ovat muun muassa vakaat vitaalitoiminnot, hallinnassa oleva kipu ja vuoto, lievä pahoinvointi ja että potilas kykenee kävelemään tuetta, pukeutumaan omatoimisesti sekä juomaan normaalisti. (Hammar 2011, 13; Hautakangas ym. 2003, 90; Rauta 2013, 326-327.)

Heräämön hoitoympäristönä on oltava tietynlainen. Sen on sijaittava mahdollisimman keskeisellä paikalla leikkaussaleihin nähden, jotta potilaiden kuljetus salista olisi lyhytkestoista ja sujuvaa. Heräämön tulisi olla rauhallinen ja meluton ympäristö, sillä potilaat tarvitsevat lepoa. Sen vuoksi ammatti- ja muiden henkilöiden kulku yksikössä on järjestettävä sujuvaksi. Enimmäkseen heräämön henkilökunta tarkkailee potilaita näiden vierellä sängypaikoilla, mutta henkilökunnalle on oltava varattuna myös työtilaa avoimelle ja keskeiselle paikalle, josta on hyvä näköyhteys jokaiselle valvontayksikön potilaspaikalle. Jokaisen potilaspaikan vierellä on tarkkailumonitori. Potilaspaikan valintaan voi kiinnittää huomiota miettimällä, minkälaista tarkkailumonitoria potilaan hoidossa tarvitaan tai mitä muita tarpeita potilaalla on. Potilaan sängyn pätyyn voi viedä myös erillisen

työtason, jossa tarvittavat asiakirjat voidaan säilyttää. Potilaspaikat erotetaan toisistaan verhoilla tai liikuteltavilla sermeillä potilaiden yksityisyyden suojaamiseksi. (Lukkari ym. 2007, 360-361, 365-368; Rowbotham, Birks, Barham, Bullen, Harries, Curran, Meakin, Shandall & Woods 2002, 3.)

### **3.4 Potilasohjaus päiväkirurgiassa**

Potilasohjausta toteutetaan erilaisissa ohjaustilanteissa sekä osana potilaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä. Pyrkimyksenä on tukea potilasta löytämään omia voimavarojaan, ottamaan vastuuta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5-6.) Ohjaustilanteet rakentuvat yhteistyössä ohjattavan kanssa. Potilaan ja sairaanhoitajan välisellä vuorovaikutuksella on suuri merkitys asiakkaan kokemukseen hoidon laadusta ja tuloksista. Ohjaustilanteisiin kuuluu erilaisia vuorovaikutusorientaatioita. Asiantuntijakeskeisessä orientaatioissa toiminnan keskiössä on ohjaaja, joka nostaa esille käsiteltävät asiat ja johdattelee vuorovaikutusta. Asiakaskeskeisessä orientaatioissa tilanne rakentuu puolestaan asiakkaan ehdoilla ja ohjaaja on enemmän kuuntelijan roolissa. Dialogisessa vuorovaikutusorientaatioissa ohjaaja ja ohjattava pyrkivät vastavuoroiseen ja tasapainoiseen työskentelyyn. Ohjaajan on hyvä huomioida ohjaustilanteessa myös ohjattavan erilaiset orientoitumistavat, joita ovat suuntautumaton lähestymistapa, minädefensiivinen orientaatio, suoritus- ja toistamisorientaatio, merkitys- ja soveltamissuuntautuneisuus sekä orientoitumaton suuntautuminen. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 52-58, 64-67.)

Päiväkirurgiassa haasteita potilasohjaukselle luo lyhyessä ajassa annettava itsehoidon ohjaus ja opetus. Sairaanhoitajat ohjaavat potilaita heräämössä muun muassa hengitykseen, kipuun, pahoinvointiin, liikkumiseen, ravitsemukseen ja leikkaushaavan hoitoon liittyen. (Lukkari ym. 2007, 362, 366-367.)

### 3.5 Aiemmat aihetta käsittelevät tutkimukset

Poikkimäki (2004) tutki yksityisyyden huomioimista hoitohenkilöstön ja potilaiden arvioimana. Tutkimus toteutettiin suomalaisen sairaalan sisätautien ja kirurgian vuodeosastolla. Tutkimuksen mukaan yksityisyyden toteutumiseen vuodeosastolla liittyi puutteita. Puutteita aiheutti etenkin potilaan asioista puhuminen muiden potilaiden kuullen ja hoitohenkilökunnan äänekäs puhe. Monet potilaat toivoivat, että heidän erilaisuutensa ja toiveensa otetaan paremmin hoidossa huomioon. Potilaat kokivat yksityisyyden kärsivän myös liian suurista potilasmääristä tiloihin verrattuna. Potilaiden erilaisuus ja henkilökohtaisten toiveiden ja vaatimusten huomioiminen tulisi muistaa hoitotyössä. Osalle fyysinen koskeminen voi tuntua epämieluisalta ja vähentää yksityisyyden toteutumista. Potilaiden kokemusten mukaan yksityisyyttä lisäsi henkilökohtainen tila huoneessa, huoneen rauhallisuus ja ettei tarvitse riisuuntua muiden nähden.

Saaniston tutkimuksessa (2015) tutkittiin sairaanhoitajan näkökulmasta potilaan yksityisyyden toteutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus oli laadullinen ja kyselylomakkeen avulla tietoa kerättiin suomalaisen leikkausosaston sairaanhoitajilta. Hoitajat arvioivat yksityisyyden toteutuvan osastolla melko hyvin. Yksityisyyttä edistäviä tekijöitä oli hoitohenkilökunnan työkokemus ja kiinnostus ammattietiikkaan. Hoitajien ammattimainen käyttäytyminen, yksilöllinen hoito, potilaan ohjaaminen, huomioiminen, potilaan asemaan asettuminen sekä potilaan peittelystä ja näkösuojista huolehtiminen edistävät yksityisyyden suojaamista. Hoitajan henkilökohtaisista piirteistä yksityistä hoitoa edistävinä tekijöinä pidettiin rauhallisuutta, empaattisuutta, hienotunteisuutta, positiivista asennetta sekä ihmiskuvaa ja asiaan sitoutumista. Terveystieteiden tutkimukseen liittyviä yksityisyyttä edistäviä tekijöitä ovat tutkimuksen mukaan työtilojen tarkoituksenmukaisuus sekä osaston hyvät toimintakäytännöt ja hoitotyön arvot. Hoitajat kokivat yksityisyyden toteutuvan parhaiten elektiivisissä, pienissä ja kiireettömissä toimenpiteissä.

Rosqvist selvitti tutkimuksessaan (1999) aikuisten kirurgisten potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia yksityisyyden säilymisestä ja toteutumista. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella suomalaisen sairaalan kirurgian vuodeosastolla. Suurin osa potilaista piti yksityisyyttä tärkeänä asiana. Yksityisyyden tarvetta lisäsi naissukupuoli, nuoruus, korkea koulutus, vakava sairaus ja suuri hoitokertojen määrä. Potilaiden mielestä tärkein yksityi-

syyttä lisäävä tekijä oli fyysinen ympäristö ja mahdollisuus käyttää väliverhoja. Yksityisyyden kokemista lisäsi myös mahdollisuus yksinoloon, itseä koskevan tiedon hallinta sekä hoidon yksilöllisyys ja inhimillisyys.

## 4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Opinnäytetyön kohderyhmä ja osaston kuvaus

Opinnäytetyössä mielenkiinnon kohteena on sairaanhoitajien toiminta, joten kohderyhmänä on heräämössä ja päiväkirurgian postoperatiivisessa yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien toiminta. Päiväkirurgian osaston ja heräämön tilat ovat yhtenäiset. Heräämö koostuu yhdestä isosta tilasta, joka on jaettu I- ja II-heräämöihin. Potilaat saapuvat leikkauksalasta I-heräämöön ja siirtyvät siitä eteenpäin voinnin tasaannuttua päiväkirurgian puolelle II-heräämöön. Päiväkirurgian osaston tilat jakaantuvat siten, että II-heräämö on osa päiväkirurgian osaston puolta ja samassa suuressa tilassa ovat myös leikkaukseen odottavat potilaat. Postoperatiivisia potilaspaikkoja heräämöissä on yhteensä 12, mutta tarpeen vaatiessa paikkoja voidaan lisätä. Molemmissa heräämöissä potilassängyt ovat vierekkäin ja melko lähekkäin, mutta niiden väleissä käytetään tarvittaessa liikuteltavia sermejä. I-heräämössä sermejä käytetään jokaisen potilaan välissä, II-heräämössä sermejä käytetään vain erottamaan eri sukupuolta olevat potilaat. Sairaanhoitajilla on esteetön näkymä potilaspaikoille valvontapisteeltä I-heräämössä.

Päiväkirurgian potilasryhmänä ovat sekä lapset että aikuiset. Heräämön tilat ovat melko pienet, joten osaston käytäntöihin kuuluu, ettei potilailla ole lapsipotilaita lukuun ottamatta omaisia mukana muulloin kuin potilasta kotiutettaessa. Potilaan ollessa vieraskielinen mukana voi olla myös tulkki. Miehillä ja naisilla on omat pukuhuoneet, joissa he voivat käydä vaihtamassa vaatteet kotiin lähtiessään. Wc-tilat löytyvät pukuhuoneiden lisäksi päiväkirurgian puolelta salista, samasta tilasta jossa potilaat odottavat leikkaukseen pääsyä. Lisäksi osastolla on tiloja, joissa sairaanhoitajat soittavat potilaille muun muassa preoperatiivisia puheluita. Kotiutustilanteita varten osastolla ei ole potilaille varsinaista huonetta.

### 4.2 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmän valinta alkaa jo ideointivaiheessa, jolloin päätetään myös aineiston keräämistapa (Vilkkä 2005, 77). Opinnäytetyöhön valittiin menetelmäksi

kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä yhdessä työelämätahon kanssa, koska aiheemme muuttujat on mahdollista siirtää numeeriseen muotoon. Määrällinen menetelmä sopii myös hyvin aineiston keräämistavaksi valitun havainnon myötä saadun aineiston analysointiin.

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä mittaa muuttujien välisiä suhteita ja eroja. Määrällisen tutkimuksen avulla saadaan numeerinen vastaus kysymyksiin ”kuinka paljon” tai ”miten usein”. (Vilka 2007, 13.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on käsitellä aineistoa numeerisesti erilaisin tilastollisin menetelmin ja esimerkiksi selittää, kuvata tai vertailla asioita ja ilmiöitä. Lähtökohtana on tutkimusongelma, johon pyritään hakemaan ratkaisua ja vahvistamaan siten jo olemassa olevaa teoriaa. (Heikkilä 2014, 15; Kananen 2008, 10-11.)

Kvantitatiivinen menetelmä pyrkii yleistettävyyteen. Se voidaan nähdä prosessina, joka etenee vaihe vaiheelta. Kvantitatiiviselle menetelmälle ominaista on muuttujien eli halutun tiedon kohteen mittaaminen. Sanallinen tieto tutkittavasta asiasta muutetaan määrälliseen eli numeeriseen muotoon mittarin avulla. Mittarin avulla tutkimusongelmaan liittyviä asioita kerätään pieneltä joukolta eli otokselta. Erilaisia määrällisen tutkimuksen mittareita ovat kysely-, haastattelu- ja havainnointilomake. (Kananen 2008, 10; Vilka 2007, 13-14, 19.) Määrällisessä tutkimuksessa saadut tutkimustulokset esitetään numeerisessa muodossa ja käsitellään tilastollisin menetelmin, minkä jälkeen numeerinen tieto puretaan sanalliseen muotoon päätelmien tekemistä varten. Olennaista on kuvata, millä tavalla eri asiat liittyvät toisiinsa tai eroavatko ne toistensa suhteen. Lopulta aineistosta saatuja tutkimustuloksia voidaan yleistää koskemaan isompaa joukkoa. Tutkimustuloksia voidaan havainnollistaa kuvin ja taulukoin. (Heikkilä 2014, 15; Vilka 2007, 14.)

### **4.3 Opinnäytetyössä käytettävä aineistonkeruumenetelmä**

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistot jaetaan kahteen eri aineistoluokkaan, primaari- ja sekundaariaineistoon. Primaariaineistolla tarkoitetaan aineistoa, joka kerätään varta vasten juuri tiettyä tutkimusta varten. Sekundaariaineistolla taas tarkoitetaan aineistoa, mikä on muiden aiemmin keräämää. Tässä opinnäytetyössä aineisto kerätään primaariaineiston avulla. Opinnäytetyö toteutetaan hoitotieteellekin tyypillisesti poikittaistutkimuksena, eli aineisto kerätään vain kerran. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 42, 113.)

Kvantitatiivisessa menetelmässä tutkimusaineistoa voidaan kerätä käyttämällä apuna useita eri metodeita. Aineiston keruussa voidaan käyttää kyselyjä ja haastatteluita. Myös havainnointi on yksi tieteellisen tutkimuksen aineistonkeruutapa, jolloin määrällisessä tutkimuksessa havainnoinnin muotona on systemaattinen havainnointi. (Vilkkä 2007, 27-29.) Jotta tutkimustulokset ovat yleistettäviä ja siten luotettavia, otoksen on oltava riittävän suuri (Kananen 2008, 10).

Havainnointi sopii tutkimuksiin, joissa tutkitaan yksittäisen ihmisen toimintaa ja vuorovaikutusta muihin ihmisiin (Vilkkä 2006, 37). Havainnointi tarkoittaa huolellista, tarkkaa ja hyväksytyjen metodien mukaisesti toteutettua havainnointia tutkimuskohteesta. Tutkimushavainnointi ei ole ainoastaan katsomista, vaan se voi olla myös kuuntelemista tai muiden aistihavaintojen tekemistä. Aistien lisäksi havainnoin kohteena voi olla myös henkilön käyttäytyminen, tapahtuma tai tilanne. Tietoisella havainnoinnilla tarkoitetaan opinnäytetyön tekijöiden huomion suuntautumista koko tutkimuskohteeseen. (Vilkkä 2006, 8-9.)

Havainnointi on prosessi, jota toteutetaan luonnollisessa ympäristössä. Sen etuna on, että havainto tehdään aina siinä kontekstissa, jossa se ilmenee. Havainnointitavaksi valitsimme määrälliseen tutkimusmenetelmään sopivan tarkkailevan havainnoinnin. Tarkkailevassa havainnoinnissa tutkija ei osallistu tutkimuskohteensa toimintaan vaan toimii ikään kuin ulkopuolisena tarkkailijana. Havainnointi toteutetaan määrällisessä menetelmässä ennalta tarkasti suunnitellusti ja hyvin jäsennellysti. Määrälliselle menetelmälle tyypillisesti havainnointi toteutetaan strukturoidusti siten, että tutkija kirjaa havaintonsa ennalta tarkasti suunniteltuun mittariin. (Vilkkä 2006, 37-43; Vilkkä 2007, 29.) Tässä opinnäytetyössä havainnoinnin apuna käytetään lomaketta, jonka avulla havainnot voidaan saattaa numeeriseen ja analysoitavaan muotoon.

Havainnointilomakkeen (Liite 1) laatiminen aloitettiin tutkimuksessa käytettävien käsitteiden määrittelyllä. Käsitteiden määrittely teoreettiseen tietoon perustuen takaa sen, että mittarin taustalla on kattava kirjallisuuskatsaus. (Kankkunen ym. 2013, 87.) Teorian pohjalta havainnointilomakkeeseen muodostettiin 46 väittämää. Lomakkeen taustamuuttujiksi asetettiin heräämö I ja heräämö II, jotta aineisto voidaan kohdistaa koskemaan tiettyä yksikköä. Väittämät ryhmiteltiin neljään suureen kokonaisuuteen yksityisyyden neljän ulottuvuuden mukaisesti, jolloin väittämät mittasivat fyysisen, psyykkisen, tiedollisen ja sosiaalisen yksityisyyden toteutumista. Havainnointilomakkeesta pyydettiin palautetta

opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta ja työelämän yhteyshenkilöltä ennen havainnoinnin aloittamista.

Fyysisen yksityisyyden toteutumista havainnoitiin 15 väittämän avulla. Väittämällä tutkittiin potilaan suojaamista muiden katseilta esimerkiksi näköesteitä käyttämällä ja potilaan peittelyllä. Väittämällä pyrittiin selvittämään myös potilaan henkilökohtaisen tilan säilymistä sekä sairaanhoitajan äänenkäyttöä. Psykkistä yksityisyyttä mittasi havainnointilomakkeen 16 väittämää, joiden avulla haluttiin selvittää sairaanhoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Havainnoinnin kohteena oli sekä verbaalinen että nonverbaalinen viestintä. Tiedollista yksityisyyttä mittaamaan luotiin kymmenen väittämää. Väittämien avulla haluttiin selvittää sairaanhoitajan toimintaa tiedollisen yksityisyyden toteutumiseen liittyen, kuten salassapitovelvollisuuden toteutumista ja raportointia. Kolmen väittämän avulla selvitettiin potilasohjausta havainnoimalla esimerkiksi potilasohjauksen aiheita. Sosiaalista yksityisyyttä mitattiin viidellä väittämällä. Väittämällä tutkittiin, huolehtiiko sairaanhoitaja, että potilas saa rauhassa toipua rauhassa toimenpiteestään ja ettei potilaan hoitoon osallistu ylimääräisiä henkilöitä.

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin maaliskuussa 2016. Havainnointipäivät sovittiin tutkimusluvan valmistuttua opinnäytetyötä ohjaavan työelämän yhteyshenkilön kanssa. Havainnointia tehtiin kahden viikon aikana aina yksi havainnoitsija kerrallaan.

Aineiston keruu toteutettiin havainnoimalla sekä I- että II-vaiheen heräämössä. Tavoitteena oli saada havainnoitua monipuolisia tilanteita ja tapauksia sekä saada niistä kerättyä riittävästi aineistoa, jotka kuvaavat potilaan yksityisyyttä hänen postoperatiivisessa hoitovaiheessaan. Tilanteita oli kokonaisuudessaan 55 (N=55). Kaikki havainnoitavat sairaanhoitajat olivat tietoisia havainnoinnin suorittamisesta. Heiltä kysyttiin etukäteen suullinen lupa heidän työskentelynsä tarkkailuun. Hoitoon liittyvien tilanteiden aikana havaittiin myös muita yksityisyyteen liittyviä tekijöitä. Huomiot kirjattiin lomakkeille, jotta ne voitiin ottaa mukaan aineiston käsittelyyn.



#### 4.4 Aineiston analyysimenetelmä

Määrällisen tutkimuksen aineiston analyysiin valitaan sellainen menetelmä, joka sopii tutkimusongelmaan. Aineiston analyysin tarkoituksena on käsitellä aineisto analysoitavaan muotoon, jotta sitä voidaan tutkia numeraalisesti. Tutkimusaineistosta muodostetaan havaintomatriisi käyttämällä analyysissa apuna tilasto-ohjelmia. Tutkimusaineiston käsittelyssä on kolme vaihetta, jotka ovat lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttamiseen analysoitavaan muotoon sekä tallennetun aineiston tarkistus. (Vilkkä 2007, 105-106, 119.) Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysissa käytetään apuna SPSS for Windows -ohjelmaa.

Aineiston analyysi aloitettiin numeroimalla lomakkeet jo valmiiksi havainnoinnin yhteydessä. Aineiston tarkistamisen jälkeen aineisto ajettiin käsin SPSS for Windows -ohjelmaan. Väittämiä analysoitiin SPSS -ohjelmalla eri muuttujien ristiintaulukoinnin avulla ja laskemalla prosenttiosuuksia havaintoyksiköistä. Havainnointitilanteissa kerätyt muut huomiot otettiin huomioon aineiston analyysissa. Lopulliset tulosten kuviot ja taulukot toteutettiin Excel-ohjelmistolla. Aineiston analyysi suoritettiin yhdessä molempien opinnäytetyön tekijöiden kanssa.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Havainnointitilanteiden sijoittuminen heräämään ja päiväkirurgian post-operatiiviseen yksikköön

Täytettyjä havainnointilomakkeita saatiin yhteensä 55 (N=55). Havainnointilomakkeiden kokonaismäärä jakautui siten, että I-heräämöstä saatiin yhteensä 39 havainnointilomaketta (71% lomakkeista) ja II-heräämöstä 16 lomaketta (29% lomakkeista).

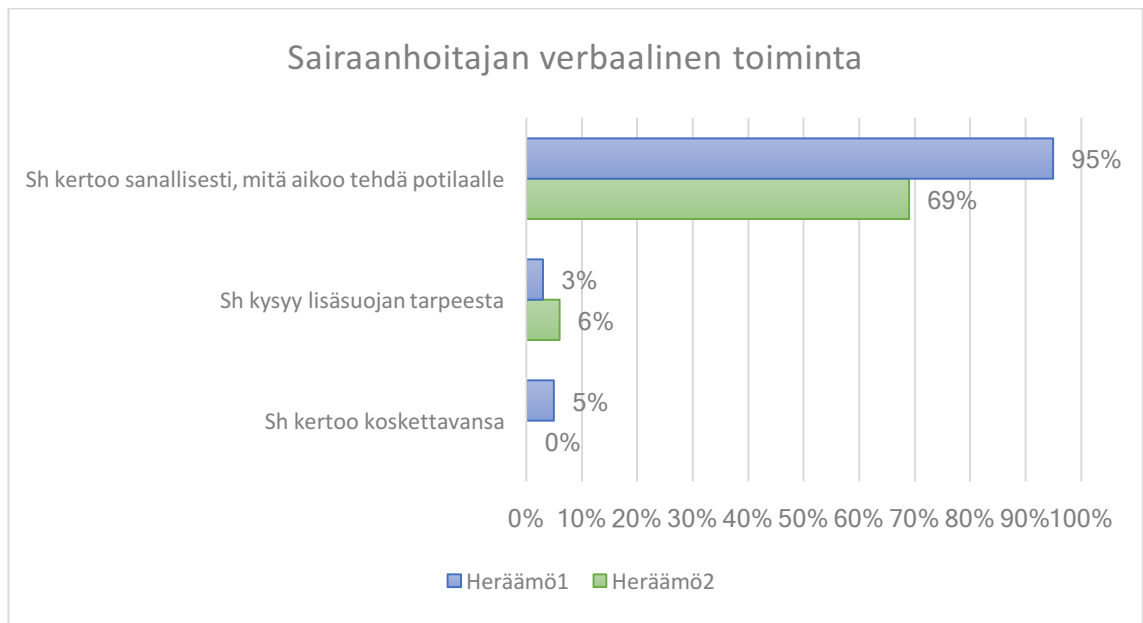
TAULUKKO 1. Havainnointitilanteiden sijoittuminen eri tiloihin

Heräämö	Määrä	%
I-heräämö	39	71
II-heräämö	16	29
Yhteensä	55	100

### 5.2 Sairaanhoidajan toiminta potilaan fyysisen yksityisyyden toteutumiseksi

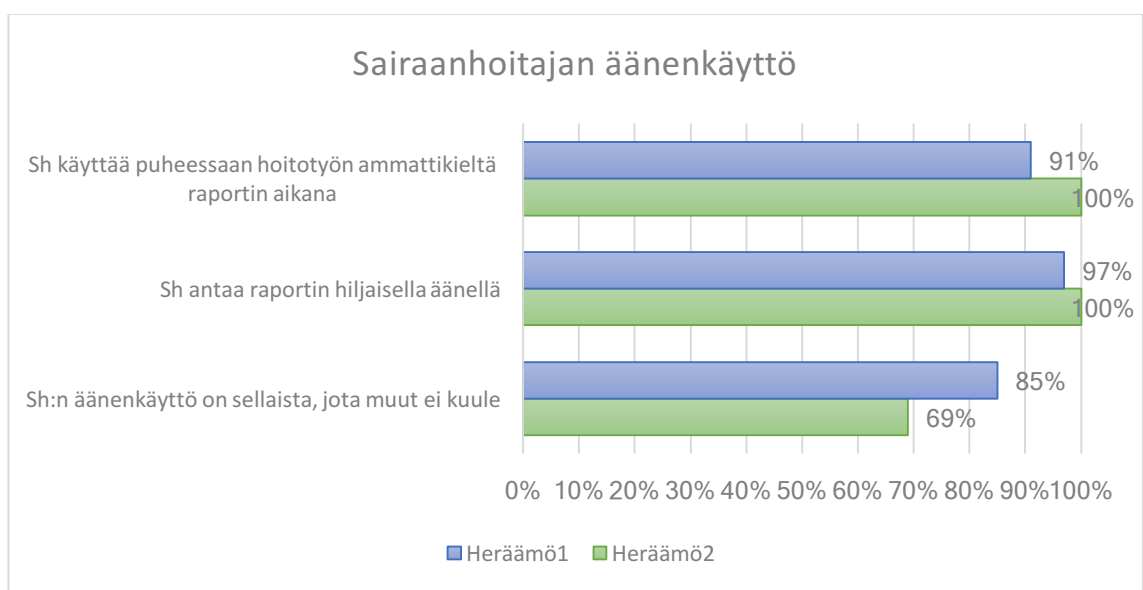
Potilaan fyysisen yksityisyyden toteutumista tarkasteltaessa tulokset on jaettu neljään eri ryhmään. Näitä ovat sairaanhoidajan verbaalinen toiminta yksityisyyden toteutumiseksi, äänenkäyttö, sairaanhoidajan teot ja työskentelytapaa kuvaavat asiat yksityisyyden edistämässä.

Sairaanhoidajan verbaalista toimintaa potilaan fyysisen yksityisyyden toteutumiseksi tutkittiin kolmen väittämän avulla. I-heräämössä suurimmassa osassa (95%) tapauksista sairaanhoitaja kertoi, mitä aikoo tehdä potilaalle (N=37). II-heräämössä vastaava luku oli hieman pienempi, 69% (N=11). I-heräämössä 5% tapauksista sairaanhoitaja kertoi koskettavansa potilasta (N=2), II-heräämössä puolestaan sairaanhoitaja ei kertonut koskettamisesta yhdessäkään tapauksessa (N=0). Lisäsuojan tarpeesta sairaanhoitaja kysyi I-heräämössä 3% tapauksista (N=1) ja II-heräämössä 6% tapauksista (N=1).



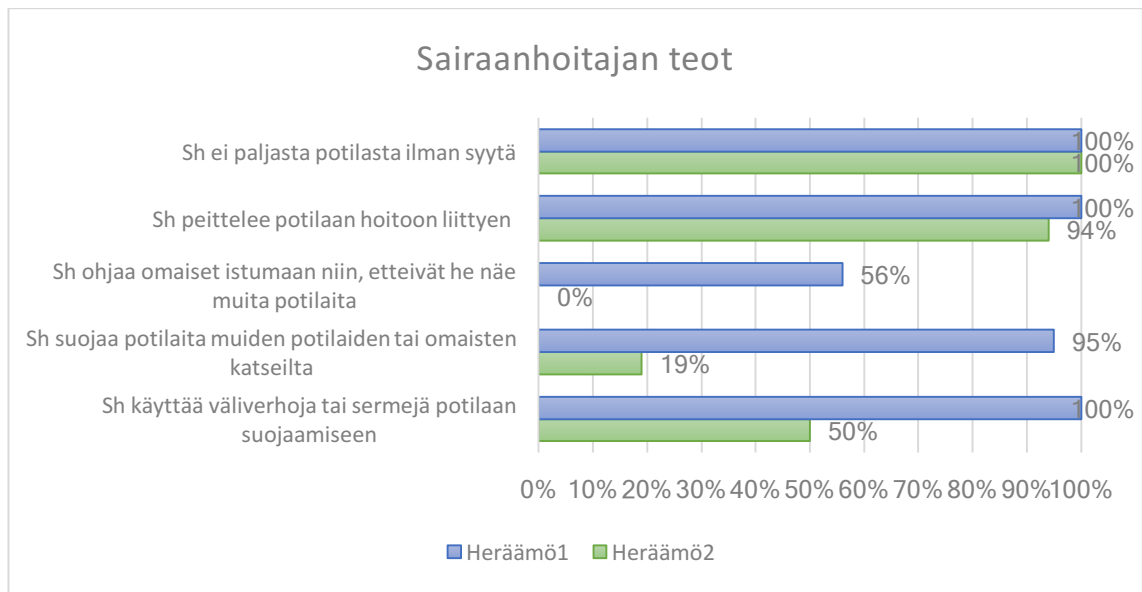
KUVIO 3. Sairaanhoidajan verbaalinen toiminta potilaan fyysisen yksityisyyden toteuttamiseksi

Sairaanhoidajan äänenkäyttöä yksityisyyden edistämiseksi tutkittiin kolmen väittämän avulla. Potilaan asioista raportoidessaan sairaanhoitajat käyttivät puheessaan hoitotyön ammattikieltä I-heräämössä 91% tapauksista (N=30) ja II-heräämössä jokaisessa tapauksessa (N=7), kun sairaanhoitajat pitivät raporttia. I-heräämössä sairaanhoitaja antoi raportin hiljaisella äänellä 97% tapauksista (N=32) ja II-heräämössä vastaava luku oli 100% (N=7). I-heräämössä 85% tapauksista sairaanhoidajan äänenkäyttö oli sellaista, jota muut ei kuule (N=33). II-heräämössä luku oli puolestaan hieman pienempi, 69% (N=11).



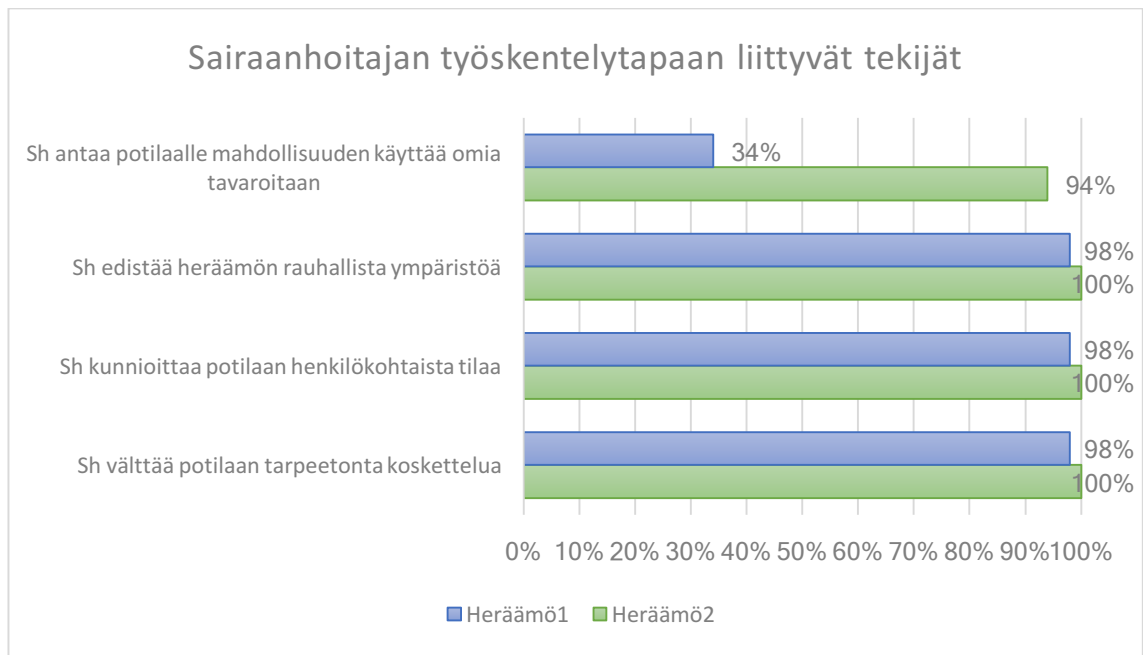
KUVIO 4. Sairaanhoidajan äänenkäyttö potilaan fyysisen yksityisyyden suojaamiseksi

Yhdessäkään tapauksessa sairaanhoitaja ei paljastanut potilasta ilman syytä, eli sekä I-heräämössä (N=39) että II-heräämössä (N=16) potilaan paljastamisen syy tiedettiin kaikissa tapauksissa (100%). Sairaanhoitaja peitteli potilaan hoitoon liittyen I-heräämössä 100% tapauksista (N=39) ja II-heräämössä 94% tapauksista (N=15). I-heräämössä sairaanhoitaja ohjasi omaiset istumaan niin, etteivät he näe muita potilaita 56% tapauksista (N=9) ja II-heräämössä 0% tapauksista (N=0). Sairaanhoitaja suojasi potilasta muiden katseilta I-heräämössä 95% tapauksista (N=37) ja II-heräämössä vastaava luku oli 19% (N=3). Väliverhoja tai sermejä sairaanhoitaja käytti potilaan suojaamiseen I-heräämössä jokaisessa tapauksessa (N=39) ja II-heräämössä 50% tapauksista (N=8).



KUVIO 5. Sairaanhoitajan teot potilaan fyysisen yksityisyyden toteuttamiseksi

Sairaanhoitaja antoi potilaalle mahdollisuuden käyttää omia tavaroitaan I-heräämössä 34% tapauksista (N=10), II-heräämössä puolestaan 94% tapauksista (N=15). I-heräämössä 98% tapauksista sairaanhoitaja edisti heräämön rauhallista ympäristöä (N=38) ja II-heräämössä luku oli 100% (N=16). Sairaanhoitaja kunnioitti potilaan henkilökohtaista tilaa esimerkiksi huomioimalla keskusteluetäisyyden I-heräämössä 98% tapauksista (N=38) ja II-heräämössä jokaisessa tapauksessa (N=16). Potilaan tarpeetonta koskettelua sairaanhoitaja vältti I-heräämössä 98% tapauksista (N=38) ja II-heräämössä 100% tapauksista (N=16).

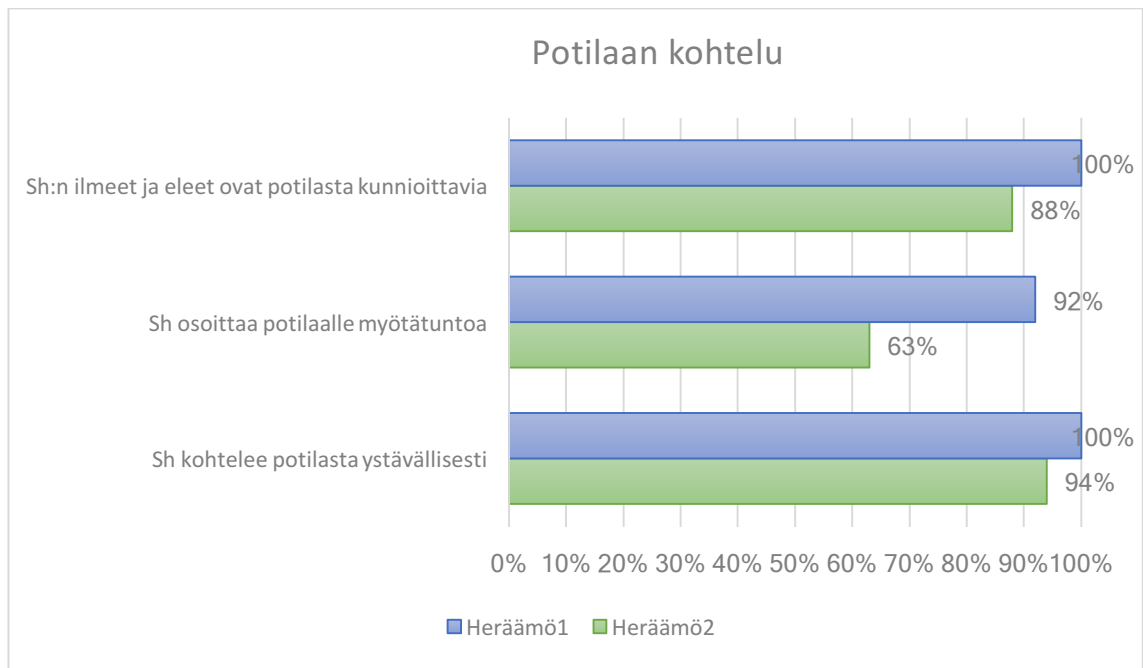


KUVIO 6. Sairaanhoidajan työskentelytapaan liittyvät potilaan fyysistä yksityisyyttä edistävät tekijät

### 5.3 Sairaanhoidajan toiminta potilaan psyykkisen yksityisyyden toteutumiseksi

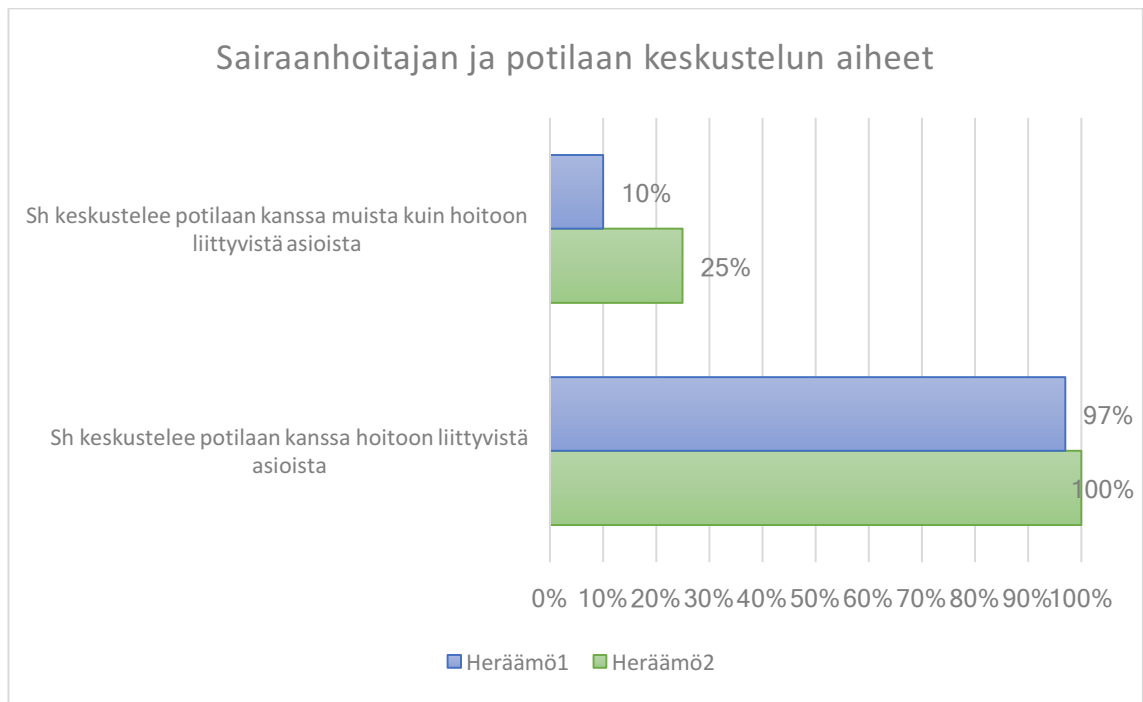
Potilaan psyykkisen yksityisyyden toteutuminen jakautui viiteen eri ryhmään. Näitä olivat potilaan kohtelu, sairaanhoidajan ja potilaan välisen keskustelun aiheet, sairaanhoidajan kuuntelemisen tapa, sairaanhoidajan antama tieto sekä sairaanhoidajan työskentelytapa.

Potilaan kohtelua psyykkisen yksityisyyden toteutumiseksi tutkittiin kolmen eri väittämän avulla. Havainnoinnin avulla voitiin todeta, että sairaanhoidajan ilmeet ja eleet olivat useimmissa tapauksissa potilasta kunnioittavia. I-heräämössä sairaanhoidajan ilmeiden ja eleiden todettiin aina olevan potilasta kunnioittavia (100%, N=39). II-heräämössä vastaava luku oli 88% (N=14). Sairaanhoidajan osoittamaa myötätuntoa potilasta kohtaan havaittiin I-heräämössä 92%:ssa tapauksista (N=36) ja II-heräämössä 63%:ssa tapauksista (N=10). Sairaanhoidajien todettiin kohtelevan potilaita ystävällisesti I-heräämössä luvun ollessa 100% (N=39) ja II-heräämössä 94% (N=15).



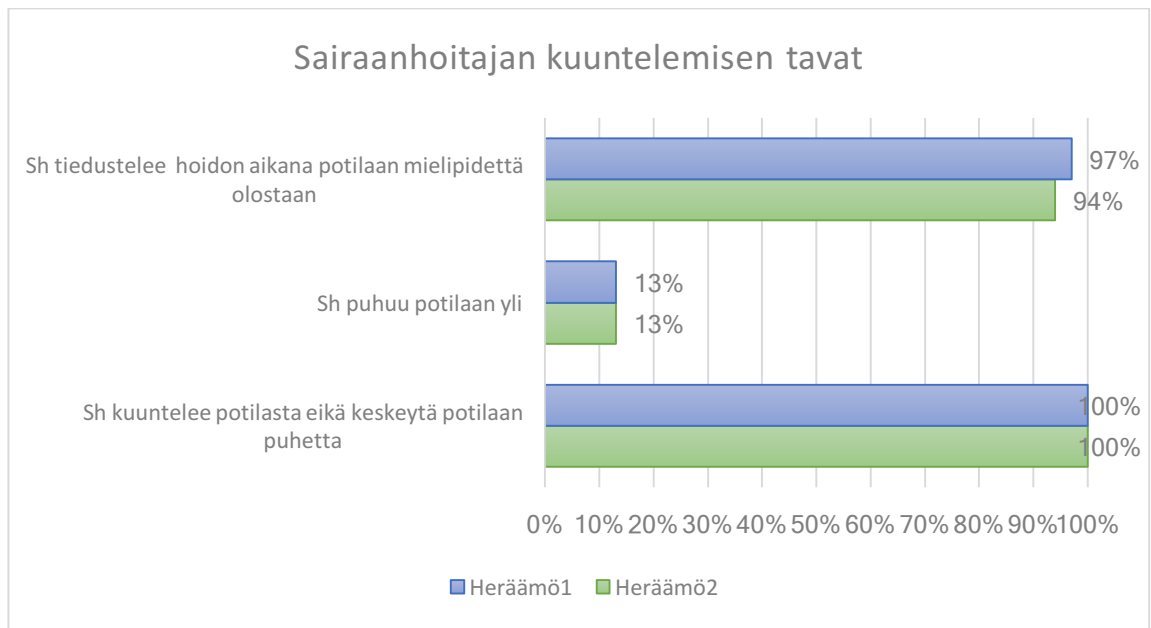
KUVIO 7. Potilaan kohtelu psyykkisen yksityisyyden toteuttamiseksi

Havainnointilomakkeen avulla tutkittiin sairaanhoitajan ja potilaan välisten keskusteluiden aiheita. Sairanhoitajan ja potilaan väliset keskustelut olivat ammatillisia ja hoitoon liittyviä (I-heräämö 97% N=38, II-heräämö 100% N=16). Muista kuin hoitoon liittyvistä asioista keskusteltiin sairaanhoitajan ja potilaan välillä vähemmän. I-heräämössä 10% (N=4) keskusteluiden aiheista liittyi muuhun kuin hoitoon, kun taas II-heräämössä keskustelua muustakin kuin hoidosta oli 25% tapauksista (N=4). Keskustelunaiheita olivat muun muassa potilaan perheeseen, arkeen, työhön ja matkusteluun liittyvät asiat. Myös potilaiden sairaushistoriasta keskusteltiin, mutta keskustelut olivat aina potilaslähtöisiä. Sairanhoitajat toivat esille myös omia kokemuksiaan potilaille tehdyistä toimenpiteistä.



KUVIO 8. Sairaanhoitajan ja potilaan keskustelun aiheet

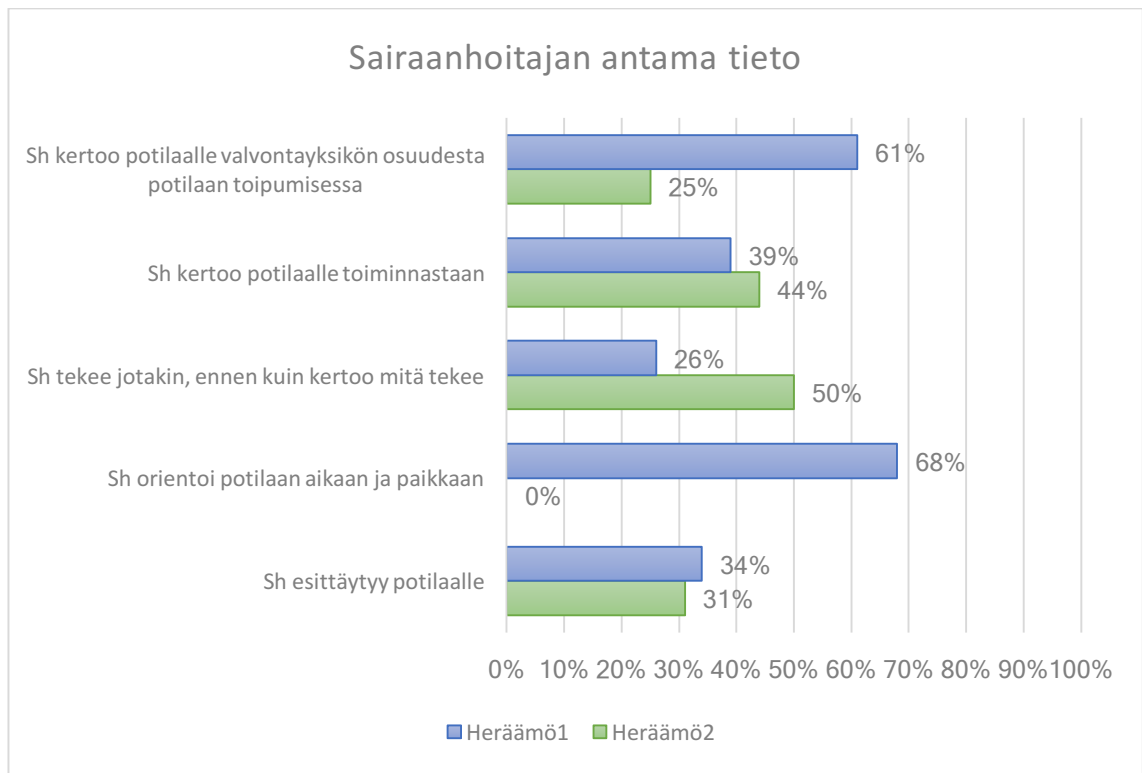
Keskustelun aiheiden lisäksi oli tavallista, että sairaanhoitaja tiedusteli hoidon aikana potilaan mielipidettä omasta olostaan: I-heräämössä 97% tapauksista (N=38) ja II-heräämössäkin 94% tapauksista (N=15) sairaanhoitaja kysyi, kuinka potilas voi. Sekä I-että II-heräämöissä todettiin, että sairaanhoitajat kuuntelivat aina (100%) potilasta keskeyttämättä potilaiden puhetta (I-heräämö N=39, II-heräämö N=16). Kuitenkin havaittiin, että toisinaan sairaanhoitajat puhuivat potilaiden yli (13% tapauksista; I-heräämö N=5, II-heräämö N=2).



KUVIO 9. Sairaanhoidajan kuuntelemisen tavat potilaan kanssa

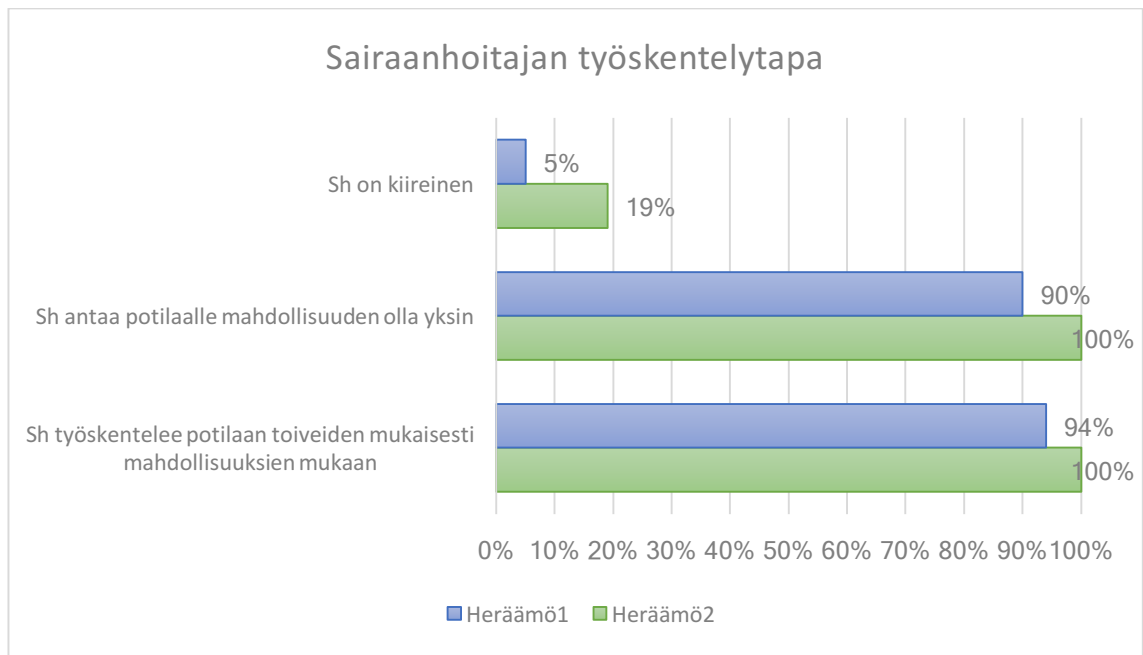
Sairaanhoidajan antamaa tietoa ja ohjausta potilaalle mitattiin viiden eri väittämän avulla. Harva sairaanhoitajista esittäytyi potilaalle: I-heräämössä vain 34% (N=13) ja II-heräämössä 31% (N=5) esittelivät itsensä potilaalle tavatessaan heräämössä. I-heräämöön tuodut potilaat orientoitiin aikaan ja paikkaan melko hyvin, 68% tapauksista (N=25). II-heräämöön siirtyviä potilaita ei enää orientoitu aikaan ja paikkaan (0% tapauksista). 61% I-heräämön sairaanhoitajista (N=23) kertoi potilaalle valvontayksikön eli heräämön osuudesta potilaan toipumisessa. Luku oli selvästi suurempi I-heräämössä, sillä II-heräämössä vain 25% sairaanhoitajista (N=4) kertoi potilaille heräämössä tapahtuvan hoidon merkityksestä. Sen sijaan II-heräämössä 44% sairaanhoitajista (N=7) kertoi potilaille omasta toiminnastaan, mikä oli useammin kuin I-heräämössä (39%, N=15). I-heräämössä vain 26% sairaanhoitajista teki jotakin ennen kuin kertoi potilaalle mitä tekee (N=10), kun taas jopa puolet II-heräämön sairaanhoitajista (N= 8) eivät kertoneet potilaalle aikeistaan ennen kuin tekivät potilaille jotain.





KUVIO 10. Sairaanhoitajan antaman tiedollisen informaation sisältö

Sairaanhoitajan työskentelytapaa psyykkisen yksityisyyden toteuttamiseksi tutkittiin kolmen väittämän avulla. Sairaanhoitajien luoma kiireinen ilmapiiri ei välittynyt kovinkaan usein, sillä I-heräämössä vain 5% (N=2) ja II-heräämössä 19% (N=3) sairaanhoitajista oli kiireisiä. Hoidon puitteissa 90% I-heräämön sairaanhoitajista (N=35) antoi potilaalle mahdollisuuden olla yksin. Vastaava luku II-heräämössä oli 100% (N=16). Potilaiden toiveita pyrittiin toteuttamaan hyvin. I-heräämössä 94% tapauksista (N=34) ja II-heräämössä 100% tapauksista (N=16) sairaanhoitajat työskentelivät potilaiden toiveiden mukaisesti.

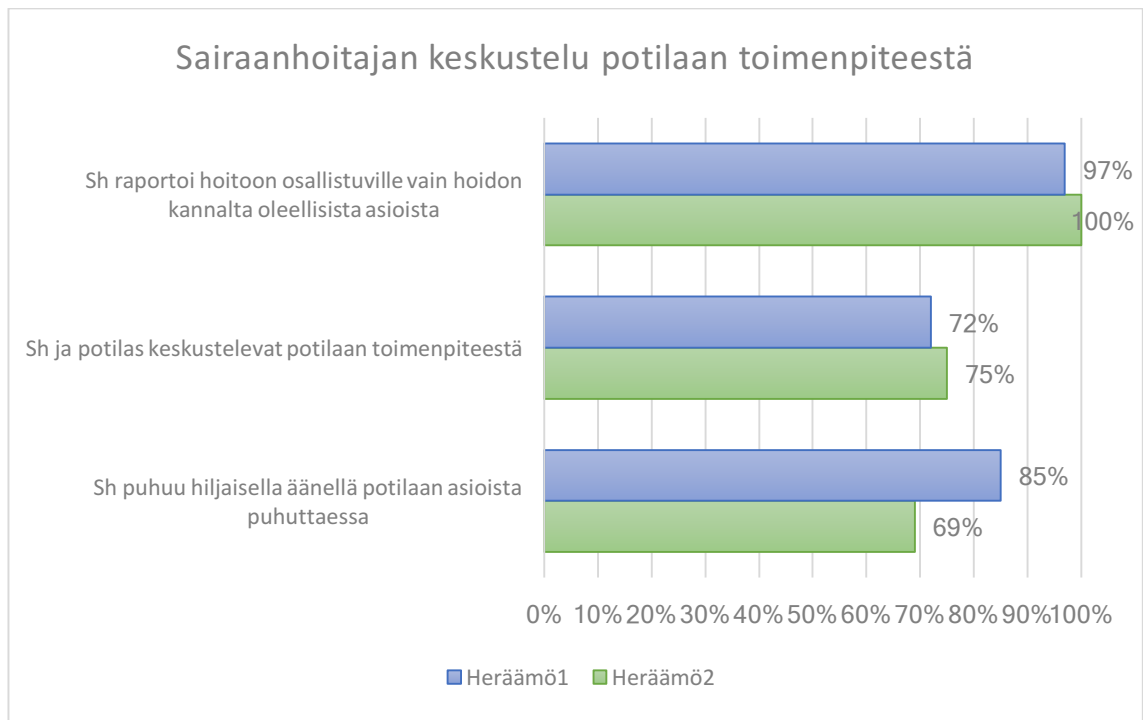


KUVIO 11. Sairaanhoidajan työskentelytapa psyykkisen yksityisyyden toteuttamiseksi

#### 5.4 Sairaanhoidajan toiminta potilaan tiedollisen yksityisyyden toteutumiseksi

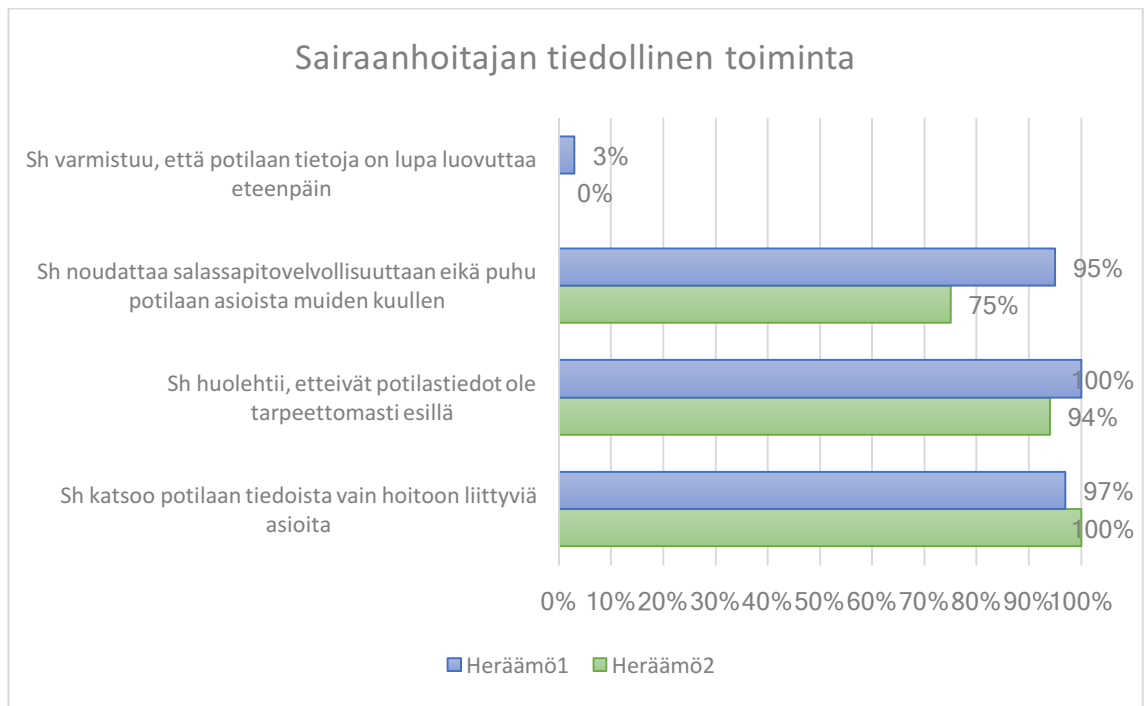
Potilaan tiedollisen yksityisyyden sisällöksi muodostui neljä eri ryhmää. Niitä ovat sairaanhoidajan keskustelu potilaan kanssa toimenpiteestä, sairaanhoidajan tiedollista yksityisyyttä edistävä toiminta ja potilasohjauksen sisältö.

Sairaanhoidaja raportoi hoidon kannalta oleellisista asioista I-heräämössä 97% tapauksista (N=33) ja II-heräämössä puolestaan 100% tapauksista (N=6). Sairaanhoidaja ja potilas keskustelivat potilaan toimenpiteestä I-heräämössä 72% tapauksista (N=28), kun taas II-heräämössä luku oli hieman suurempi, 75% (N=12). I-heräämössä sairaanhoidaja käytti hiljaista ääntä potilaan asioista puhuttaessa 85% tapauksista (N=33) ja II-heräämössä 69% tapauksista (N=11).



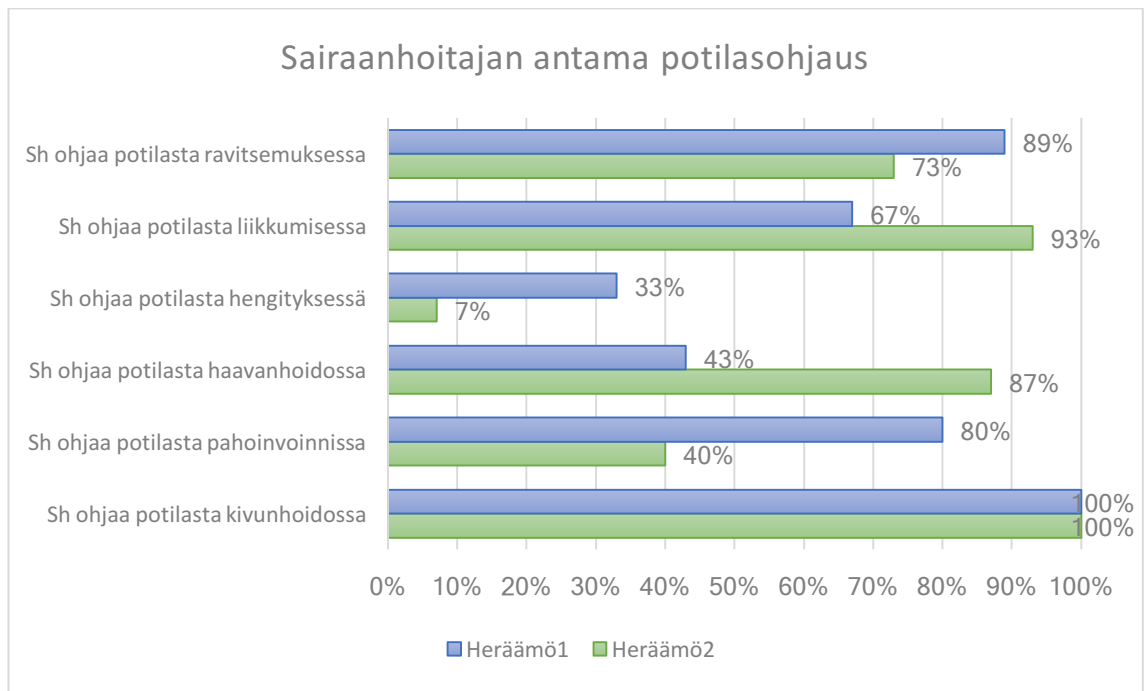
KUVIO 12. Sairaanhoitajan keskustelu potilaan kanssa toimenpiteeseen liittyvistä asioista

Sairaanhoitaja varmistui, että potilaan tietoja on lupa luovuttaa eteenpäin I-heräämössä 3% tapauksista (N=1), kun taas II-heräämössä se oli 0% tapauksista (N=0). Sairaanhoitaja noudatti salassapitovelvollisuuttaan I-heräämössä 95% tapauksista (N=37) ja II-heräämössä 75% tapauksista (N=12). Salassapitovelvollisuus katsottiin rikkoontuneeksi, kun potilaan asioista puhuttiin muiden kuin hoitoon osallistuvien kuullen. I-heräämössä jokaisessa tapauksessa (N=39) sairaanhoitaja huolehti, etteivät potilastiedot ole tarpeettomasti esillä. II-heräämössä vastaava luku oli 94% (N=15). Sairaanhoitaja katsoi potilaan tiedoista vain hoitoon liittyviä asioita I-heräämössä 97% tapauksista (N=37) ja II-heräämössä 100% tapauksista (N=16).



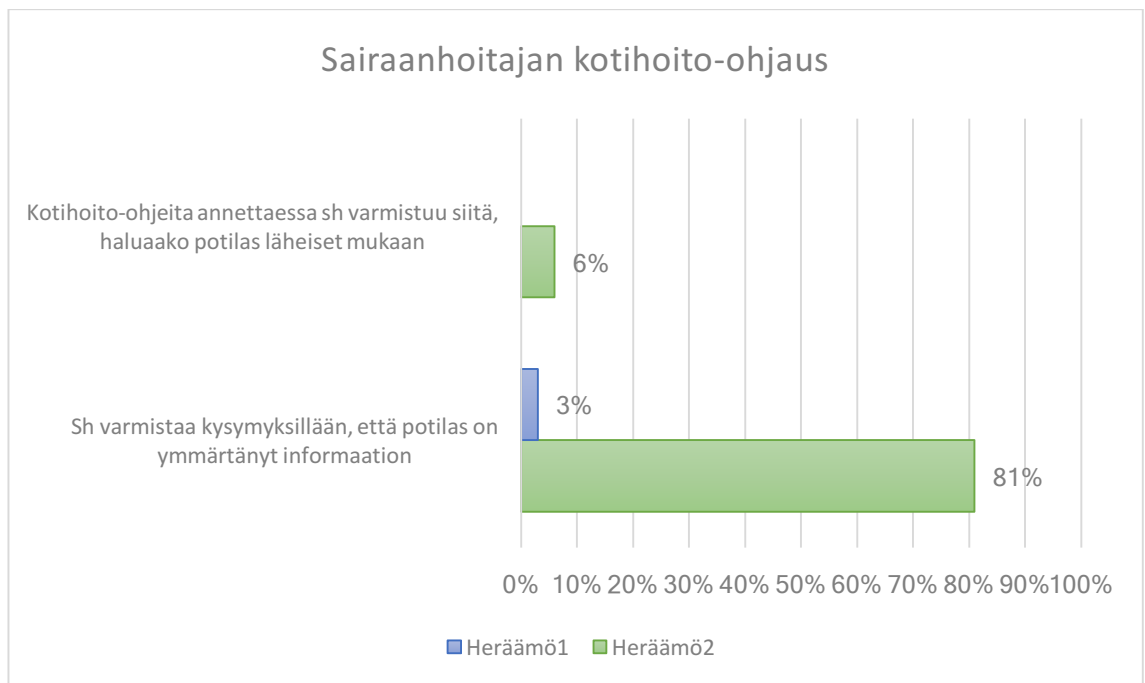
KUVIO 13. Sairaanhoitajan toiminta potilaan tiedollisen yksityisyyden toteuttamiseksi

Potilasohjauksen sisältöä havainnoitiin kuuden eri väittämän avulla. Sairaanhoitaja ohjasi potilasta ravitsemuksen suhteen I-heräämössä 89% tapauksista (N=8) ja II-heräämössä 73% tapauksista (N=11). Liikkumisen suhteen I-heräämössä 67% (N=6) ja II-heräämössä 93% (N=14) potilasta sai ohjausta. Hengitykseen liittyvää ohjausta annettiin enemmän I-heräämössä, jossa sitä sai 33% potilaista (N=2), kun taas II-heräämössä vastaava luku oli 7% (N=1). I-heräämössä haavanhoitoon liittyvää ohjausta sai 43% (N=3) potilaista, II-heräämössä puolestaan ohjausta annettiin 87% tapauksista (N=13). I-heräämössä annettiin enemmän pahoinvointiin liittyvää ohjausta eli 80% tapauksista (N=7). II-heräämössä vastaava luku oli 40% (N=6). Kivunhoidossa ohjausta sai I-heräämössä 100% (N=18) ja myös II-heräämössä 100% potilaista (N=15).



KUVIO 14. Sairaanhoitajan antaman potilasohjauksen sisältö

Kotihoito-ohjeita annettaessa II-heräämössä 6% (N=1) tapauksista sairaanhoitaja kysyi, haluaako potilas läheiset mukaan. I-heräämössä 3% tapauksista (N=1) ja II-heräämössä 81% tapauksista (N=13) sairaanhoitaja varmisti kysymyksillään, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen annetun sisällön.

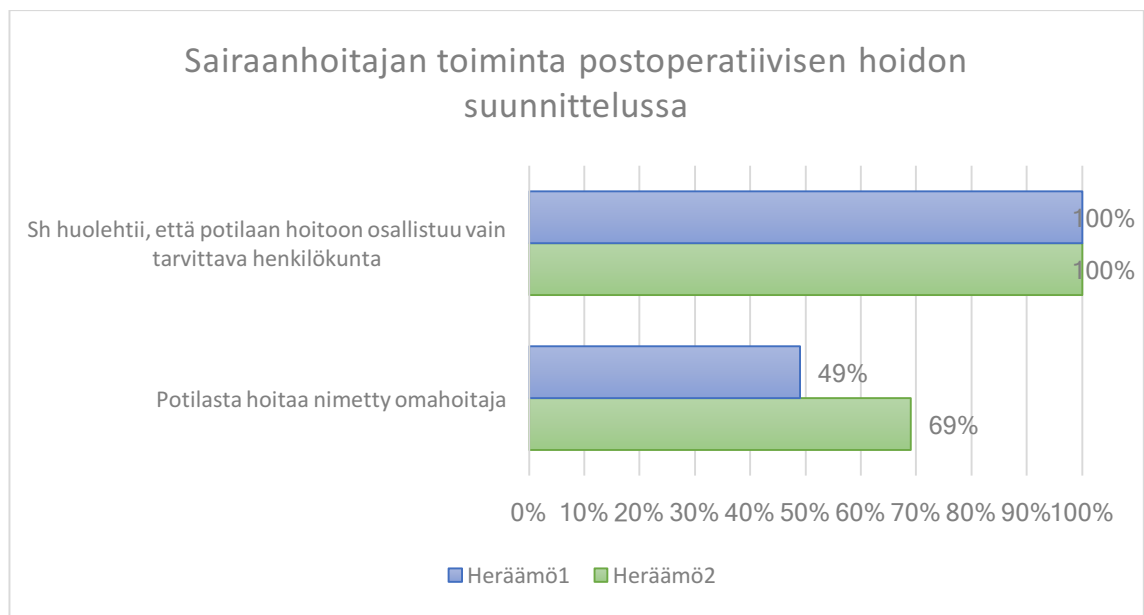


KUVIO 15. Sairaanhoitajan suunnittelemaan kotihoito-ohjaukseen liittyvät tekijät

## 5.5 Sairaanhoidajan toiminta potilaan sosiaalisen yksityisyyden toteutumiseksi

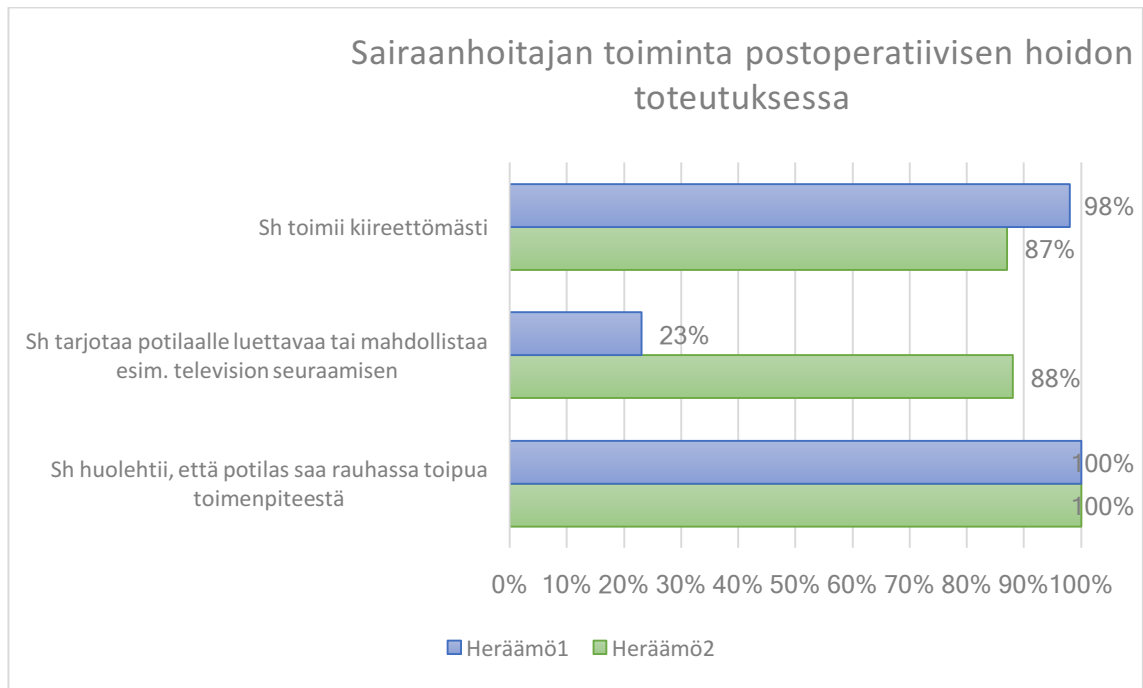
Potilaan sosiaalisen yksityisyyden toteutumista kuvaavat sairaanhoidajan postoperatiivisen hoidon suunnittelu ja toteutus. Näihin kuuluu muun muassa omahoitajuus ja virikkeiden tarjoaminen potilaille.

Sairaanhoidajan toimintaa postoperatiivisen hoidon suunnittelussa osana sosiaalista yksityisyyttä havainnoitiin kahden väittämän avulla. Sekä I- että II-heräämössä kaikissa tapauksissa (I-heräämö N=39, II-heräämö N=16) sairaanhoitaja huolehti, että potilaan hoitoon osallistuu vain tarvittava henkilökunta. Omahoitajuus toteutui kuitenkin harvemmin tavalla, jossa potilaalle oli nimetty omahoitaja. I-heräämössä 49% tapauksista (N=19) potilasta hoiti nimetty omahoitaja. II-heräämössä omahoitajuus toteutui useammin, 69% tapauksista (N=11).



KUVIO 16. Sairaanhoidajan toiminta postoperatiivisen hoidon suunnittelussa

Osana sosiaalista yksityisyyttä havainnoitiin myös sairaanhoidajan toimintaa postoperatiivisen hoidon toteutuksessa. Kaikissa tapauksissa (100%) sairaanhoitaja huolehti, että potilas sai toipua rauhassa toimenpiteestä (I-heräämö N=39, II-heräämö N=16). Sairaanhoidajien toiminta oli myöskin kiireetöntä I-heräämössä 98% tapauksista (N=38) ja II-heräämössäkin 87% tapauksista (N=14). Sairaanhoidajat tarjosivat potilaille luettavaa tai television seurantamahdollisuuden II-heräämössä 88%:ssa tapauksista (N=14) vastaavan luvun jäädessä I-heräämössä vain 23%:iin (N=9).



KUVIO 17. Sairaanhoitajan toiminta postoperatiivisen hoidon toteutuksessa

## 5.6 Havainnointilomakkeisiin kirjatut muut yksityisyyteen liittyvät havainnot

Havainnointilomakkeisiin kirjattiin tilanteita, jotka liittyvät potilaiden yksityisyyden ylläpitämisen haasteisiin. Näitä yksityisyyteen liittyviä havaintoja sairaanhoitajan toiminnassa ovat heräämöiden fyysiset tilat ja potilasasiakirjojen säilytys.

I-heräämössä havaittiin, että potilasasiakirjoihin liittyviä e-reseptien paperisia versioita pidettiin näkyvillä heräämön valvontapisteen pöydällä. Leikkaukseen odottavien potilaiden anestesia-omakkeet olivat samoin näkyvillä II-heräämössä. Molempien valvontapisteen ohi kulki muita potilaita tai hoitoon kuulumattomia henkilöitä, jolloin tiedolliseen yksityisyyteen liittyvä yksityisyys vaarantuu.

Yksikön tiloihin liittyen havaittiin, että II-heräämön puolella olevan wc:n sijainti oli lähellä muita tiloja ja potilaita. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä oleva keskustelu wc:ssä kuului oven läpi leikkausta ja kotiutusta odottaville potilaille selkeästi. Wc:n ovea avatessa oli suora näkyvyys sekä toimenpidettä että kotiutusta odottaville potilaille.

Lisäksi asianmukaisten tilojen saamista potilasohjaukseen ja kotiutusta varten oli vaikea järjestää tilapuutteen takia. Potilasohjaukseen käytettiin muun muassa lääkärin tutkimus-huoneita.

Lapsipotilaiden omaisten sijoittuminen postoperatiivisessa heräämössä havaittiin olevan haasteellista: vanhempien sijoittuminen suhteessa toimenpiteestä tuleviin ja toipuviin potilaisiin näytti olevan vaikeaa järjestää. Käytössä oli sermejä, jotka takasivat fyysisen yksityisyyden, mutta ei muuta. Aikuispotilaiden kohdalla omaiset odottivat postoperatiivisen heräämön ulkopuolella odotustilassa.



## 6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Potilaiden fyysisen yksityisyyden toteutuminen

Sairaanhoitajien havaittiin suojaavan potilaiden fyysistä yksityisyyttä kokonaisuudessaan melko hyvin. Potilaat peiteltiin hoitoon liittyen ja potilaan paljastamista ilman syytä vällettiin. Väliverhojen käyttäminen oli I-heräämössä hyvällä tasolla, sillä potilaita suojattiin toistensa katseilta aina vetämällä sermi potilaiden välille. II-heräämössä sermien tai väliverhojen käyttö oli kuitenkin puutteellista, sillä sermejä käytettiin vain puolessa tapauksista. Potilaalta itseltään kysyttiin lisäsuojan tarpeesta harvemmin. Kuitenkin Leino-Kilpi ym. (2014) toteavat, että potilaan paljastaminen ilman suojaamista hoitotoimenpiteiden yhteydessä saattaa olla hoitohenkilökunnalle rutiininomainen asia, mutta potilaasta se voi tuntua nöyryyttävältä. Sen vuoksi potilaiden suojaaminen väliverhoin onkin oleellista yksityisyyden säilymisen kannalta (Rosqvist ym. 1999, 50). Tämän opinnäytetyön perusteella kyseisessä yksikössä onkin jatkossa ylläpidettävä hyvää hoitokulttuuria siitä, että potilaita suojataan asianmukaisesti.

Rosqvistin ym. (1999) mukaan potilasta on suojattava muiden katseilta, mikä tämän opinnäytetyön tulosten perusteella toteutui heikosti II-heräämössä. Toisaalta heräämöhöhoito on luonteeltaan sellaista, että sairaanhoitajat tarvitsevat potilaisiin esteettömän näkymän tarkkaillakseen potilaan vointia, minkä vuoksi potilaspaikat ovatkin lähekkäin (Koivula-Tynnilä 2014). Tässä opinnäytetyössä todettiin kuitenkin potilaan fyysisen yksityisyydensuojan vaarantuvan, koska lapsipotilaiden vanhemmilla oli etenkin II-heräämössä näkö- ja kuuloyhteys muihin potilaisiin. Tulevaisuudessa yksikössä onkin aiheellista miettiä lapsipotilaiden sijoittelua ja vastattava tähän ongelmaan.

Jokaisella ihmisellä on yksilöllisesti koettu oma henkilökohtainen tila, joka sairaanhoitajan tulisi osata huomioida osana hoitoa. Potilaan henkilökohtaista tilaa kunnioitettiin hyvin, minkä on Burken ym. (2014) mukaan todettu tarjoavan turvaa ja yksityisyyttä potilaalle sairaalassa. Omat tavarat liittyvät potilaan turvallisuuden tunteeseen ja reviiriin. Omien tavaroiden käyttömahdollisuus huomioitiin erityisesti II-heräämössä. I-heräämössä potilaat olivat vielä melko uneliaita, joten potilaille annettiin vain harvoin mahdol-

lisuus omiin tavaroihin. Omiin tavaroihin luettiin kuuluviksi niin silmälasit, hammasproteesit, kirjat kuin puhelimetkin. Onkin hyvä, että sairaanhoitajat ottavat tulevaisuudessakin huomioon potilaan tilanteen hänen toipuessaan toimenpiteestä.

Sairanhoitajat kertoivat potilaille melko hyvin, mitä aikoivat tehdä seuraavaksi ja välttivät potilaan tarpeetonta koskettelua. Kuitenkin Leino-Kilven ym. (2014) mukaan potilaalta pitäisi aina kysyä lupa koskettamiseen. I-heräämössä vain pieni osa sairaanhoitajista kertoi potilaalle koskettavansa. II-heräämössä kukaan sairaanhoitajista ei maininnut aikeistaan koskettaa. Hoitotyössä koskettaminen keskustelun lomassa voi olla luonnollinen ja rutinoitunut tapa, mutta joillekin se saattaa viestiä liian lähelle tulemista tai henkilökohtaiseen tilaan tunkeutumista varoittamatta. Tätä on jokaisen sairaanhoitajan hyvä pohtia omalta osaltaan.

## **6.2 Potilaiden psyykkisen yksityisyyden toteutuminen**

Potilaita kohdeltiin lähes kaikissa tapauksissa ystävällisesti ja kunnioittavasti sekä myötätuntoa osoittaen. Psyykkisen yksityisyyden toteutuminen edellyttääkin potilaan kunnioittavaa, yksilöllistä ja ihmisarvoista kohtelua (Saunisto 2015). Sairanhoitajan esittäytyminen potilaalle on hyvä tapa ja se parantaa potilaan yksilöllisyyden tunnetta sekä vaikuttaa myönteisesti hoitosuhteeseen (Rosqvist ym. 1999). Molemmissa heräämöissä suurimmassa osassa tapauksista sairaanhoitaja ei esittäytynyt potilaalle. Tähän on tulevaisuudessa syytä kiinnittää huomiota.

Psyykkinen yksityisyys edellyttää potilaan mahdollisuutta olla rauhassa ja omissa oloissaan ihmisryhmän keskellä (Leino-Kilpi ym. 2014). Potilaan yksin oleminen toteutui tässä opinnäytetyössä olosuhteisiin nähden hyvin, sillä II-heräämössä jokaisessa tapauksessa potilaalla oli mahdollisuus olla yksin. I-heräämössä yksinoleminen toteutui harvemmin, mikä oli kuitenkin odotettavaa, sillä potilaat tarvitsevat enemmän apua ja valvomista leikkauksesta tultuaan.

Yksityisyyden säilymistä edistää potilaan mielipiteiden kuunteleminen sekä niiden huomiointi ja toteuttaminen mahdollisuuksien mukaan (Rosqvist ym. 1999). Potilaiden toi-

veita kuunneltiin ja huomioitiin molemmissa heräämöissä hyvin. Kaikkia toiveita ei kuitenkaan potilaan voinnin ja hoidon luonteen kannalta voida toteuttaa. Useimmiten potilaalle kuitenkin perusteltiin, miksi toivetta ei voida toteuttaa.

Psyykkiseen yksityisyyteen kuuluu potilaan mahdollisuus päättää, kuinka paljon hän jakaa asioita muiden kanssa (Leino-Kilpi ym. 2014). Sairaanhoitajan ja potilaan väliset keskustelut olivat usein kuitenkin potilaslähtöisiä ja potilaalla säilyi mahdollisuus säädellä, kuinka paljon asioitaan hän haluaa jakaa. Keskustelut liittyivät pääosin hoitoon liittyviin asioihin, mikä on hyvä tapa toimia.

Sairaanhoitaja kertoi heräämön toiminnasta useammin I-heräämössä kuin II-heräämössä. Hoitoon liittymättömistä asioista keskusteltiin enemmän II-heräämössä, sillä potilaat ovat siellä jo orientoituneita aikaan ja paikkaan. Keskustelut liittyivät potilaan sairashistoriaan, perheeseen, työhön, arkeen ja matkusteluun. Lähes poikkeuksetta potilaiden vointia kysyttiin molemmissa heräämöissä useaan otteeseen. Keskusteluihin liittyen sairaanhoitajien todettiin kuuntelevan potilaita hyvin sekä I- että II-heräämössä. Tällaista hoitokulttuuria on syytä ylläpitää.

### **6.3 Potilaiden tiedollisen yksityisyyden säilyminen ja potilasohjauksen aiheet**

Raportointitilanteet, voinnin kysely tai potilasohjaustilanteet ovat yksityisyyden säilymisen kannalta sellaisia hetkiä, joihin tulee kiinnittää huomiota. Keskustelutilanteissa äänenkäyttöön on kiinnitettävä erityistä huomiota, jotta puhe ei kuuluisi muille (Lukkari ym. 2007). Sairaanhoitajien väliset raportit pidettiin aina potilaan vierellä vuoteenvierusraporttina. Paras tilanne olisi, jos potilaalla olisi mahdollisuus kieltäytyä vuoteenvierusraportista ja jos potilaan asioista puhuttaisiin kokonaan eri tilassa (Rosqvist ym. 1999). Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajat osasivat säädellä äänenkäyttöään siten, että puhe ja raportointitilanteet eivät kuulu hoitoon kuulumattomille henkilöille. Lisäksi sairaanhoitajan ja potilaan välisten keskusteluiden todettiin olevan ammatillisia luonteeltaan. Keskustelujen aiheiden todettiin olevan hoitoon liittyviä.

Potilastietojen asianmukainen säilyttäminen on osa potilaan tiedollista yksityisyyttä. Potilastietoja tulisi käsitellä luotettavasti niin, että potilastiedot pysyvät vain hoitohenkilökunnan tiedossa. (Saanisto 2015.) Sairaanhoitajat huolehtivat siitä, että potilastiedoista

katsottiin vain hoitoon liittyviä asioita. Kuitenkin havainnointilomakkeisiin kirjattiin, että e-reseptien ja anestesiakaavakkeiden säilyttämistä havaittiin kyseisten valvontapisteiden pöydillä. Jatkossa tähän olisi kiinnitettävä huomiota, sillä potilasasiakirjat eivät voi olla kaikkien nähtävillä.

Heräämöstä kotiutuessa potilaat saivat potilasohjausta. Potilailta ei kysytty läheskään aina, haluaako potilas omaisen mukaan ohjaustilanteeseen. Omaisen läsnäolo potilasohjaustilanteessa olisi hyödyllistä, sillä päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerinä on, että potilaalla on vastuullinen saattaja kotimatalle ja kotiin ensimmäisen yön ajaksi (Lukkari ym. 2007). Omaisen läsnäoloa puoltaa myös se, että omainenkin saisi tietoa potilaan hoito-ohjeista. Tätä on syytä miettiä tulevaisuudessa - miten toteutetaan sellaisen potilaan toive, jotka enemmän haluavat omaisen mukaan kotiutustilanteeseen.

Suurin osa havainnoiduista potilasohjaustilanteista tapahtui II-heräämöstä kotiutuessa, mutta myös I-heräämössä potilaita ohjattiin ennen potilaan siirtymistä hoitopolulla eteenpäin. Potilasohjaustilanteiden sisältö liittyi tavallisimmin kivunhoitoon ja ravitsemukseen molemmissa heräämöissä. Pahoinvointiin liittyen ohjausta havaittiin tapahtuvan enemmän I-heräämössä, mikä voitaneen selittää välittömästi toimenpiteen jälkeisellä valvonnalla ja anestesia-aineiden poistumisella. Kotiutumisvaiheessa haavanhoitoon liittyvä ohjaus oli tavallista. Myös lähes jokainen potilas sai ohjausta liikkumiseen liittyen II-heräämössä. Kyseisessä yksikössä potilaan kotiutukseen liittyvä potilasohjaus näyttääkin olevan kunnossa.

#### **6.4 Potilaiden sosiaalisen yksityisyyden toteutuminen**

Opinnäytetyön mukaan sairaanhoitaja huolehti aina, että potilaan hoitoon osallistuu vain tarvittava henkilökunta. Sosiaalista yksityisyyttä tukee myös omahoitajuus, joka mahdollistaa sen, että vain tietty hoitaja tietää potilaan henkilökohtaisista asioista (Rosqvist ym. 1999). Tulosten mukaan omahoitajuus toteutui I-heräämössä noin puolessa tapauksista. Heräämön työn luoteen vuoksi sairaanhoitajilla oli monta potilasta yhtä aikaa, jolloin omahoitajuuden toteutuminen saattoi jäädä vähemmälle. II-heräämössä potilaita oli vähemmän, jolloin omahoitajuuskin näytti toteutuvan paremmin. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan miettiä mitä omahoitajuus tarkoittaa heräämössä ja miten sitä olisi hyvä toteuttaa.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Sillä tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta ja totuudellisuutta sekä sitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Opinnäytetyön aihe oli työelämälähtöinen ja itsessään jo eettinen, sillä tutkimuksen kohteena oli inhimillinen toiminta ja aineistonkeruun tietolähteenä käytettiin ihmisiä. Tutkimusetiikan periaatteena on tutkimuksen hyödyllisyys, mikä asetettiin myös yhdeksi opinnäytetyön tavoitteeksi. (Leino-Kilpi ym. 2014, 362-363; Kankkunen ym. 2013, 172-173, 177.) Opinnäytetyön hyödyllisyydestä kertoo se, että tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myöhemmin muiden potilaiden hoidossa.

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisyyttä ohjaa Helsingin julistus (1964), joka on päivitetty viimeksi vuonna 2013. Sen mukaan tutkimuksesta on tehtävä tutkimussuunnitelma, jolla pyydetään lupaa tutkimuksen suorittamiselle. Tätä opinnäytetyötä varten tehtiin lupahakemus, joka hyväksyttiin yksikön opetusylihoitajalla. Opinnäytetyön etenemistä on seurannut työelämätahon edustaja sekä opinnäytetyötä ohjannut opettaja.

Helsingin julistuksen (1964) mukaan tieteellisen tutkimuksen tulee noudattaa yleisiä tutkimusperiaatteita ja tutkimuksen tulee perustua tieteelliseen tai muuhun asianmukaiseen kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Opinnäytetyön teorian muodostamisessa käytettiin eettisesti kestäviä aiheesta löytyviä tieteellisiä tutkimuksia ja tukena myös hoitotyön oppikirjoja. Lähteinä pyrimme käyttämään alle 10 vuotta vanhaa teoreettista tietoa. Opinnäytetyössä olevat sitä vanhemmat lähteet otettiin mukaan koska aiheesta ei ole tehty viime aikoina montaa tutkimusta. Potilaan yksityisyyden toteutumista perioperatiivisen hoitotyön ja päiväkirurgian alueella on tutkittu aiemmin melko vähän, mikä vaikeutti lähteiden löytämistä. Opinnäytetyössä käytetty aineisto on merkitty asianmukaisesti lähdeviitteisiin ja -luetteloon.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin havainnoimalla sairaanhoitajien toimintaa. Tutkittavia ihmisiä kohdeltiin rehellisesti ja kunnioittavasti. Havainnointiin osallistuneilta sairaan-

hoitajilta pyydettiin suullisesti heidän tietoinen suostumuksensa ja heille kerrottiin havainnointiin osallistumisen olevan vapaaehtoista eli sairaanhoitajat tiesivät heidän työnsä tarkkailusta.

Tutkittavia olisi voitu informoida vielä monipuolisemmin etukäteen. Osaston henkilökunnalle olisi voitu vielä toimittaa kirjallinen tiedote ennen aineiston keruuta sekä pyytää tietoinen suostumus kirjallisestikin. Kaikille aineiston keruuseen osallistuneille sairaanhoitajille taattiin anonymiteetti koko opinnäytetyöprosessin ajan, mikä edisti tutkimukseen osallistuneiden yksityisyyden säilymistä. Myöskään potilaisiin liittyviä henkilötietoja ei kerätty missään vaiheessa.

Opinnäytetyöprosessin edetessä opinnäytetyön tekijät pohtivat potilaiden yksityisyyden toteutumista havainnoinnin aikana. Aineiston keruuseen liittyvä havainnointi saattoi loukata potilaiden yksityisyyttä, sillä opinnäytetyön tekijöinä olimme hoitoon kuulumattomia ylimääräisiä henkilöitä. Emme olleet hoitosuhteissa potilaisiin, mutta siitä huolimatta kuulimme potilaiden henkilökohtaisia asioita ja näimme intiimejä tilanteita. Sairaanhoitajaopiskelijoina olimme kuitenkin sitoutuneita kunnioittamaan potilaiden yksityisyyttä ja noudattamaan eettisiä ohjeita.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Toisin sanoen validiteetin avulla tarkastellaan, miten tutkija on onnistunut siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet käytettyyn mittariin. Tutkimuksen validiteettia arvioidessa tarkastellaan esimerkiksi sitä, onko mittarin kysymysten sisältö ja muotoilu onnistunut ja millaisia epätarkkuuksia mittariin sisältyy. (Vilka 2007, 150.) Opinnäytetyöhön valitut teoreettiset käsitteet määriteltiin ennen tutkimuksen aloittamista kattavasti. Käsitteiden määrittelyn pohjalta luotiin aineistonkeruuta varten mittari eli havainnointilomake (Liite 1). Havainnointilomake mittasi hyvin potilaiden yksityisyyttä ja sen ulottuvuuksia hänen postoperatiivisessa hoidossaan heräämössä ja päiväkirurgian postoperatiivisessa yksikössä. Myöhemmin opinnäytetyön tekijät huomasivat havainnointilomakkeessa olevan päällekkäisyyksiä havainnointikohteissa. Havainnointilomaketta ei esitestattu käytännössä, mikä heikentää opinnäytetyön validiteettia. Esitestauksen puutetta korjaamaan jätettiin ensimmäiset havainnointikerrat kuitenkin tulosten analysoinnin ulkopuolelle kummankin opinnäytetyön tekijän toimesta.

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa saatujen tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen, toisin sanoen siis mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia eli tarkkoja tuloksia. Tutkimuksen voidaan sanoa olevan luotettava ja tarkka, kun toistettaessa tutkimus saadaan samat tulokset tutkijasta riippumatta. Tutkimuksen reliabiliteetissa tarkastelun kohteena on esimerkiksi mittarin kyky mitata tutkittavia asioita kattavasti, eli millaisia mittarivirheitä tutkimukseen sisältyy. (Kankkunen ym. 2013, 152; Vilka 2007, 149-150.) Kvantitatiivisen opinnäytetyön reliabiliteetin todentaminen on yksinkertaista, sillä tutkimuksen vaiheet voidaan toistaa sen ansiosta, että kaikki tutkimuksen vaiheet on kirjoitettu tarkasti ylös opinnäytetyöhön (Kananen 2008, 123). Tässä opinnäytetyössä siihen on pyritty niin hyvin kuin mahdollista.

Opinnäytetyötä teki kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa. Ennen havainnointia opinnäytetyön tekijät kävivät havainnointilomaketta yhdessä läpi kysymys kysymykseltä, jotta voitiin todeta molempien ymmärtävän väittämät samoin. Kuitenkin opinnäytetyön tuloksiin saattaa vaikuttaa kahden opinnäytetyön tekijän erillinen näkemys tilanteissa. Esimerkiksi havainnointilomakkeen väittämä numero 23: ”Sairanhoitaja osoittaa potilaalle myötätuntoa”, on hankala, sillä tekijöiden mielestä myötätunnon voi jokainen ihminen käsittää eri tavalla.

Koska opinnäytetyön tekijät saattoivat esimerkiksi ruokailla ja sen vuoksi olla hetken poissa havainnointilanteesta, saattoi jokin osa-alue jäädä kirjaamatta, vaikka muuten havaintoja saatiinkin. Vilkan (2007, 108) mukaan havainnointilomakkeeseen jääneet havaintoyksiköiden puutteet jätetään kokonaan pois analyysistä. Koska opinnäytetyön otoskoko oli pienehkö, havaintoyksiköiden poistaminen ei tullut kysymykseen. Tästä syystä opinnäytetyön reliabiliteettia mietittäessä on huomioitava, että tutkimuksessa on havaintoyksiköitä, joilta ei ole saatu kaikkien muuttujien arvoja.

Jälkikäteen tarkasteltaessa opinnäytetyön tekijät huomasivat, että mittari olisi voitu suunnitella vielä huolellisemmin. Havainnointilomakkeen puutteiden syynä voidaan pitää opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuutta. Puutteista huolimatta opinnäytetyön tulokset julkaistaan raportissa rehellisesti ja avoimesti.

Opinnäytetyötä aloitettaessa tekijät asettivat tavoitteeksi saada noin 50 täytettyä havainnointilomaketta. Tavoitteeseen päästiin havainnointien määrän ollessa 55. Siitä huolimatta opinnäytetyön tekijöiden mielestä aineistoa olisi voitu kerätä enemmän. Kerätty

aineisto jakaantui kahteen heräämöön epätasaisesti, joten tähän olisi voitu kiinnittää vielä enemmän huomiota. Aineistoa kerättiin opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtaisista syistä kahden perättäisen viikon aikana, jolloin havainnointi kohdistui samoihin sairaanhoitajiin. Sairaanhoitajien erilaisilla työskentelytavoilla olisi mahdollisesti voinut olla vaikutusta opinnäytetyön tuloksiin.

Opinnäytetyön tekijät pyrkivät objektiivisuuteen havainnointilanteissa. Objektiivisuus edellyttää, että opinnäytetyön tekijät katsovat tutkimuskohdetta ulkoapäin puolueettoman sivustakatsojan näkökulmasta (Eskola & Suoranta 1998, 17). Opinnäytetyön tekijät eivät ole olleet työ- tai harjoittelusuhteessa opinnäytetyön kohteena olleeseen päiväkirurgian yksikköön ja heräämöön. Kohdeosastolla ei myöskään työskentele kummankaan tutkijan sukulaisia tai muita läheisiä ihmisiä, joten opinnäytetyön tekijöitä voidaan pitää puolueettomana tahona.

## **7.2 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyön tulosten pohjalta kehittämisehdotuksena esitetään potilaan suojaamisen asianmukaisuuden tarkastelua. Lapsipotilaiden vanhempien sijoitteluun yksiköissä on tulossa helpotusta pian valmistuvan heräämötilojen laajennuksen myötä. Myös potilasasiakirjojen säilytyksen tarkastelua ja omahoitajuuden kehittämistä on syytä kehittää eteenpäin. Lisäksi potilaille esittäytymiseen ja potilaan koskettamiseen on syytä kiinnittää huomiota.

Opinnäytetyöprosessin aikana nousi esille seuraavia jatkotutkimusehdotuksia:

1. Sairaanhoitajien kokemukset siitä, mikä yksityisyyden toteuttamisessa postoperatiivisessa hoitotyössä on haasteellista
2. Potilaiden oma näkemys siitä, miten yksityisyys toteutui ja kuinka paljon potilaat kokevat tarvitsevansa yksityisyyttä heräämössä
3. Lääkärien työskentelyn havainnointi potilaan yksityisyyden suojaamiseen liittyen



### 7.3 Oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyön teko on ollut pitkä mutta mielekäs prosessi ja se on kulkenut mukana tiiviisti viimeisen opiskeluvuoden ajan. Opinnäytetyölle asetettuihin tutkimustehtäviin saatiin opinnäytetyössä vastattua hyvin. Teoreettisessa viitekehyksessä selvitimme kattavasti, mitä yksityisyys tarkoittaa heräämössä ja päiväkirurgian postoperatiivisessa hoitotyössä. Kattavan selvityksen jälkeen pääsimme keräämään aineistoa ja vastaamaan aineiston perusteella opinnäytetyön toiseen tehtävään: ”Miten sairaanhoitaja ylläpitää potilaan yksityisyyttä heräämössä ja päiväkirurgian postoperatiivisessa vaiheessa?”.

Opinnäytetyöprosessi alkoi verkkaisemmin - kirjoittamisen aloittaminen tuntui aluksi hankalalta, koska aihe tuntui vielä niin vieraalta eikä sopivaa aineistoa ollut helppo löytää. Opinnäytetyö kulki kuitenkin aikataulussaan sujuvasti, eikä sen tekemisessä tullut kiire. Jälkikäteen ajateltuna olisimme kuitenkin voineet järjestää vielä enemmän aikaa aineistonkeruulle. Saadun aineiston määrä jäi hieman harmittamaan opinnäytetyön kirjoittajia.

Yhteistyö kahden kirjoittajan välillä sujui hyvin. Henkilökohtaisen elämän kiireiden vuoksi opinnäytetyötä ei ehditty kirjoittamaan yhdessä istuen paljoa, mutta löysimme kuitenkin hyviä ratkaisuja yhdessäolon korvaamiseksi. Kahden kirjoittajan voimin saimme pohdittua erilaisia näkökulmia ja muotoiltua asioita toisin. Haasteita kirjoittamiseen aiheutti tieteellinen tapa kirjoittaa, sillä tämä oli molemmille opinnäytetyön tekijöille ensimmäinen varsinainen opinnäytetyö.

Opinnäytetyöprosessin aikana saimme ohjausta sekä työelämästä että ohjaavalta opettajalta. Yhteistyö työelämätahon kanssa on ollut läpi opinnäytetyön kirjoittamisen sujuvaa. Käytimme hyväksemme myös opinnäytetyöprosessiin liittyvää ohjausta, mistä oli meille paljon apua opinnäytetyön eteenpäin viemiseksi.

Tulevina sairaanhoitajina saimme opinnäytetyöstä paljon eväitä tulevaa työelämää ajatellen. Aiemmin käytännön hoitotyötä tehdessä ei ole tullut kiinnitettyä huomiota kaikkiin yksityisyyden osa-alueisiin. Toisaalta tätä voi selittää se, että yksityisyyden suojaaminen kulkee hoitotyössä mukana myös luonnostaan. Ymmärsimme vasta teoreettista viitekehystä kirjoittaessamme, miten moniulotteinen käsite yksityisyys on ja mitä yksityisyys oikeastaan tarkoittaa. Myös havainnointi käytännössä oli hyvin hedelmällistä, sillä toisen työskentelyn tarkkailu antoi paljon ajattelemisen aihetta ja herätti pohtimaan,

kuinka itse toimisi vastaavassa tilanteessa. Jatkossa osaammekin siis varmasti huomioida potilaan yksityisyyden suojaamisen aivan eri tavalla.

Kokonaisuudessaan me opinnäytetyön kirjoittajat olemme tyytyväisiä opinnäytetyöhömmen ja ylpeitä siitä. Oli hienoa, että saimme työelämästä näin tärkeän aiheen opinnäytetyöllemme ja vastapainoksi saimme antaa heille kehittämissuhteita hoitotyön kehittämiseen. Opinnäytetyön tuloksista on toivottavasti hyötyä osaston sisäisessä kehittämisessä ja koulutuksessa. Lopuksi haluamme vielä kiittää opinnäytetyön kohdeosaston henkilökuntaa opinnäytetyöhömmen osallistumisesta.

## LÄHTEET

AORN. 2014. Perioperative Standards and Recommended Practices. For Inpatient and Ambulatory Settings. Denver: AORN Publications.

Burke, K., LeMone, P., Mohn-Brown, E. & Eby, L. 2014. Medical-Surgical Nursing Care. 3. painos. Essex: Pearson Education Limited.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Hakala, N. 2012. Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja. Vaasan keskussairaala. Luettu 02.12.2015. <http://paivakirurginenyhdistys.net/tiedostot/paivakirurgisen-heraamon-kasikirja.pdf>

Hammar, A.-M. 2011. Kirurgian perusteet. 1. painos. WSOY.

Hautakangas, A.-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo: WSOY.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Porvoo: Edita Publishing.

Helsingin julistus. 1964. Päivitetty 20.3.2014. Luettu 26.8.2016. <https://www.laakari-liitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kangas-Saarela, T., Mattila, K. 2014. Toiminta leikkauspäivänä. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) 2014. Anestesiologia ja tehohoito. 3., uudistettu painos. Keuruu: Otava Kirjapaino Oy.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Sanoma Pro Oy.

Koivula-Tynnälä, H. 2014. Potilaan tiedollinen yksityisyys heräämössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Kotisaari, M.-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1. painos. Porvoo: Fioca Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Laiho, M. 2003. Yksityisalue! Sairaanhoidaja vol. 76 no. 4 s. 40.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. painos. Sanoma Pro Oy.

- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. WSOY.
- Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Rauta, S. 2013. Päiväkirurgisen potilaan postoperatiivinen tarkkailu ja kotiuttaminen. Teoksessa Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.) 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Rowbotham, D., Birks, R., Barham, C., Bullen, K., Harries, S., Curran, J., Meakin, G., Shandall, A. & Woods, M. Immediate postanaesthetic recovery. London: The Association of Anaesthetist of Great Britain and Ireland. Luettu 02.12.2015. <http://www.aagbi.org/sites/default/files/postanaes02.pdf>
- Rosqvist, E. & Rosqvist, J. 1999. Potilaan henkilökohtainen tila ja siihen tunkeutuminen sairaalassa –säilyykö yksityisyys? Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu.
- Saanisto, M. 2015. Potilaan yksityisyys leikkausosastolla: sairaanhoitajan näkökulma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Saarenpää, A. 2000. Potilas-oikeutus-potilasoikeus. Teoksessa: Potilaan asema ja oikeudet. Sundman, E. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Päivitetty 03.10.2014. Luettu 28.6.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 298/2009.
- THL. 2014. Mitä on potilasturvallisuus? Luettu 04.12.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>
- Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilkkä, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki: Edita Prima.

## LIITTEET

### Liite 1. Havainnointilomake

1(4)

Lomake nro \_\_\_\_\_

Pvm \_\_\_\_\_

Heräämö 1 \_\_\_\_ Heräämö 2 \_\_\_\_

### HAVAINNOINTILOMAKE

FYYSINEN YKSITYISYYS	TILANNE	
1. Sairaanhoidaja käyttää väliverhoja tai sermejä potilaan suojaamiseen	Kyllä	Ei
2. Sairaanhoidaja kysyy potilaalta lisäsuojan tarpeesta	Kyllä	Ei
3. Sairaanhoidaja suojaa potilasta muiden potilaiden tai omaisten katseilta	Kyllä	Ei
4. Sairaanhoidaja ohjaa omaiset istumaan niin, etteivät he näe muita potilaita	Kyllä	Ei
5. Sairaanhoidaja peittelee potilaan hoitoon liittyen	Kyllä	Ei
6. Sairaanhoidaja ei paljasta potilasta ilman syytä	Kyllä	Ei
7. Sairaanhoidaja kysyy potilaalta luvan koskettamiseen tai kertoo koskettavansa	Kyllä	Ei
8. Sairaanhoidaja välttää potilaan tarpeetonta koskettelua	Kyllä	Ei
9. Sairaanhoidaja kunnioittaa potilaan henkilökohtaista tilaa huomioimalla keskusteluetäisyyden	Kyllä	Ei
10. Sairaanhoidaja kertoo sanallisesti, mitä aikoo tehdä potilaalle	Kyllä	Ei
11. Sairaanhoidajan äänenkäyttö on selaista, jota muut kuin asianomainen ei kuule	Kyllä	Ei
12. Sairaanhoidaja edistää heräämön rauhallista ympäristöä esimerkiksi välttämällä kolistelua	Kyllä	Ei
13. Sairaanhoidaja antaa raportin heräämön henkilökunnalle tai lääkärille hiljaisella äänellä	Kyllä	Ei

14. Sairaanhoidaja käyttää hoitotyön ammattikieltä raportin aikana Kyllä Ei

15. Sairaanhoidaja antaa potilaalle mahdollisuuden käyttää omia, henkilökohtaisia tavaroitaan	Kyllä	Ei	
---	-------	----	--

**PSYYKKINEN YKSITYISYYS**

**TILANNE**

16. Sairaanhoidaja esittäytyy potilaalle	Kyllä	Ei	
17. Sairaanhoidaja kertoo potilaalle toiminnastaan	Kyllä	Ei	
18. Sairaanhoidaja kertoo potilaalle valvontayksikön osuudesta potilaan toimimisessa	Kyllä	Ei	
19. Sairaanhoidaja orientoi potilaan aikaan ja paikkaan	Kyllä	Ei	
20. Sairaanhoidaja keskustelee potilaan kanssa hoitoon liittyvistä asioista	Kyllä	Ei	
21. Sairaanhoidaja keskustelee potilaan kanssa muista, kuin hoitoon liittyvistä asioista Mistä? _____	Kyllä	Ei	
22. Sairaanhoidaja kohtelee potilasta ystävällisesti	Kyllä	Ei	
23. Sairaanhoidaja osoittaa potilaalle myötätuntoa	Kyllä	Ei	
24. Sairaanhoidajan ilmeet ja eleet ovat potilasta kunnioittavia	Kyllä	Ei	
25. Sairaanhoidaja kuuntelee potilasta, eikä keskeytä potilaan puhetta	Kyllä	Ei	
26. Sairaanhoidaja puhuu potilaan yli	Kyllä	Ei	
27. Sairaanhoidaja tiedustelee hoidon aikana potilaan mielipidettä olostaan	Kyllä	Ei	

28. Sairaanhoitaja työskentelee potilaan toiveiden mukaisesti mahdollisuuksien mukaan

Kyllä Ei

29. Sairaanhoitaja tekee jotakin, ennen kuin kertoo mitä tekee	Kyllä	Ei	
30. Sairaanhoitaja antaa potilaalle mahdollisuuden olla yksin	Kyllä	Ei	
31. Sairaanhoitaja on kiireinen	Kyllä	Ei	

#### TIEDOLLINEN YKSITYISYYS

#### TILANNE

32. Sairaanhoitaja puhuu hiljaisella äänellä potilaan asioista puhuttaessa	Kyllä	Ei	
33. Sairaanhoitaja ja potilas keskustelvat potilaan toimenpiteestä	Kyllä	Ei	
34. Sairaanhoitaja katsoo potilaan tiedoista vain hoitoon liittyviä asioita	Kyllä	Ei	
35. Sairaanhoitaja huolehtii, etteivät potilastiedot ole tarpeettomasti esillä pöydillä tai tietokoneella	Kyllä	Ei	
36. Sairaanhoitaja noudattaa salassapitovelvollisuuttaan eikä puhu potilaan asioista muiden kuullen	Kyllä	Ei	
37. Sairaanhoitaja varmistuu, että potilaan tietoja on lupa luovuttaa eteenpäin	Kyllä	Ei	
38. Sairaanhoitaja raportoi heräämön henkilökunnalle tai lääkäreille vain hoidon kannalta oleellisista asioista	Kyllä	Ei	
39. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta			
a. Kivunhoidossa	Kyllä	Ei	
b. Pahoinvointiin liittyen	Kyllä	Ei	
c. Ravitsemuksessa	Kyllä	Ei	
d. Liikkumisessa	Kyllä	Ei	
e. Hengityksessä	Kyllä	Ei	
f. Leikkaushaavaan liittyen	Kyllä	Ei	
40. Sairaanhoitaja varmistaa kysymyksillään, että potilas on ymmärtänyt hänelle annetun information	Kyllä	Ei	

41. Kotihoito-ohjeita annettaessa sairaanhoitaja varmistuu siitä, haluaako potilas läheiset mukaan

Kyllä      Ei

SOSIAALINEN YKSITYISYYS	TILANNE		
42. Potilasta hoitaa omahoitaja	Kyllä	Ei	
43. Sairaanhoitaja toimii kiireettömästi	Kyllä	Ei	
44. Sairaanhoitaja huolehtii, että potilaan hoitoon osallistuu vain tarvittava henkilökunta	Kyllä	Ei	
45. Sairaanhoitaja huolehtii, että potilas saa rauhassa toipua toimenpiteestä	Kyllä	Ei	
46. Sairaanhoitaja tarjoaa potilaalle luettavaa tai mahdollistaa television seuraamisen tai radion kuuntelun	Kyllä	Ei	