

# **AIKUISPOTILAIDEN KOKEMUKSIA HERÄÄMÖHOIDOSTA**

Maaret Salminen

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2014  
Kliinisen asiantuntijan kou-  
lutusohjelma

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

MAARET SALMINEN  
Aikuispotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta

Opinnäytetyö 69 sivua, joista liitteitä 14 sivua  
Huhtikuu 2014

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata heräämössä toipuvien aikuispotilaiden kokemuksia hoidosta. Tutkimuskysymyksinä olivat: Millainen merkitys heräämoympäristöllä on potilaille? Miten sairaanhoitajan ammattitaito ilmenee potilaiden kokemana heräämöhoidossa? Miten potilaat kokevat sairaanhoitajan läsnäolemisen toteutumisen heräämössä? Miten yksilöllisyys ilmenee potilaan heräämöhoidossa?

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa aikuispotilaiden heräämökokemuksista. Tutkimustulokset antavat anestesiahoitajille mahdollisuuden kehittää asiakaslähtöistä hoitotyötä heräämössä. Tämä mahdollistaa sen, että asiakas saa omiin tarpeisiinsa, toiveisiin ja odotuksiin perustuvaa hoitoa, mikä lisää talouden näkökulmasta myös järkevää, tuloksellista ja turvallista hoidon toteuttamista.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena käyttäen aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Yksilöhaastattelut toteutettiin heinä- joulukuussa 2013. Kohdeyrymänä tässä tutkimuksessa olivat potilasjärjestöjen ja tutkijan omien kontaktien kautta hankitut informantit, joiden ikä vaihteli 25 vuodesta 72 vuoteen. Heille kaikille oli tehty alaraajaan kohdistuva toimenpide. Tutkimusaineisto (N=4) analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan aikuispotilaiden kokemukset heräämöhoidosta voidaan jakaa kuuteen yläkategoriaan: hoitoympäristö, potilaan integriteetti, potilaan olotila, sairaanhoitajan suorittamat tekniset toiminnot, sairaanhoitajan suorittamat huolenpitotoiminnot ja sairaanhoitajan persoona.

Hoitoympäristö koostui heräämön koosta, sisustuksesta, laitteista, äänistä, ilmapiiristä ja aikakäsityksestä. Potilaan integriteetissä esiin nousi toiset potilaat, intymiteettisuojan säilyttäminen, omaiset ja läheiset, kipu, selkäydinpuudutus, pahoinvointi ja lääkitykseen liittyvät tuntemukset. Potilaan olotila sisälsi halun olla yksin, hyvänolon tunteen, pelot ja epäilykset sekä huolen tulevasta. Sairanhoitajan suorittamissa teknisissä toiminnoissa korostuivat kliinisistä taidoista, komplikaatioiden hoidosta sekä eritystoiminnasta ja ravitsemuksesta huolehtimisesta. Sairanhoitajan suorittamissa huolenpitotoiminnoissa taas korostui avun saanti, musiikki ja omahoitajuus.

Aikuispotilaiden kokonaisvaltaisia kokemuksia heräämöhoidosta on tutkittu vähän, joten jatkossa niitä tulisi tutkia lisää. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä asiakaslähtöistä hoitotyötä heräämössä.

---

Avainsanat: aikuispotilas, heräämö

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree  
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

MAARET SALMINEN  
Experiences of Adult Patients in Recovery Room Care

Bachelor`s thesis 69 pages, appendices 14 pages  
April 2014

---

The objective of the thesis was to gather and describe the experiences of recovering adult patients in recovery room care. The research questions were: How does the environment of the recovery room affect the patients? How does the nurse's competence affect the patients in recovery room care? How do the patients see the nurse's presence in the recovery room? How does individuality manifest in the patient's care in the recovery room?

The results help nurse anesthetists improve their patient-centered care. This enables the patient to receive care that is based on his or her own needs, wishes and expectations. It also helps promote sensible, results-oriented, and safe care from the perspective of economy.

The research was conducted as a qualitative study using theme interviews as the data collection method. The individual interviews were carried out between July and December 2013. The target group of the study consisted of respondents between 25 and 72 years of age who were approached through patient organizations and using the researcher's own contacts. A surgical operation of the lower limb had been performed on all respondents. The data (N=4) were analyzed using inductive content analysis.

The findings indicate that the experiences of adult patients in the recovery room can be divided into six main categories: the environment of care, the patient's integrity, the patient's well-being, the technical and nursing procedures carried out by the nurse, and the nurse's personality. The environment of care consisted of the size of the recovery room, interior design, machines, sounds, atmosphere, and the perception of time. Patient integrity was discussed in relation to other patients, maintenance of intimacy, relatives and friends, pain, spinal anesthesia, nausea, and the thoughts related to medication. The patient's well-being included the wish to be alone, level of contentedness, fears and doubts, and concern for the future. Clinical skills, attendance to complications, special activities, and taking care of the nutrition were highlighted among the technical tasks carried out by the nurse. Being helped, music, and personal care were considered important nursing tasks related to the nurse's personality.

There has been little research on the experiences of adult patients in the recovery room and further research should be done in the future. The results of the study can be utilized while developing and improving patient-centered care in the recovery room.

---

Keywords: adult patient, recovery room

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	8
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE.....	10
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	11
	4.1. Potilas korkeatasoisen ja turvallisen hoidon vastaanottajana .....	11
	4.2. Kirjallisuuskatsaus .....	11
	4.2.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus.....	11
	4.2.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	15
5	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....	20
	5.1. Kvalitatiivinen tutkimus .....	20
	5.2 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä .....	20
	5.3 Sisällön analyysi.....	22
6	TOTEUTUS .....	24
	6.1. Informantit .....	24
	6.2. Haastattelun teemojen rakentaminen .....	24
	6.3. Aineiston hankinta ja haastattelujen toteutus.....	25
	6.4. Aineiston analysointi .....	25
7	TULOKSET .....	28
	7.1. Hoitoympäristö .....	29
	7.1.1 Heräämön koko .....	29
	7.1.2 Heräämön sisustus.....	29
	7.1.3 Heräämön laitteet .....	30
	7.1.4 Heräämön äänet.....	30
	7.1.5 Heräämön ilmapiiri .....	31
	7.1.6 Aikakäsitys .....	32
	7.2. Potilaan integriteetti .....	32
	7.2.1 Toiset potilaat.....	32
	7.2.2 Intimiteettisuojaan säilyttäminen .....	33
	7.2.3 Potilaan omaiset ja läheiset .....	33
	7.2.4 Kipu.....	35
	7.2.5 Selkäydinpuudutus .....	35
	7.2.6 Pahoinvointi .....	36
	7.2.7 Lääkitykseen liittyvät tuntemukset .....	36
	7.3. Potilaan olotila .....	37
	7.3.1 Halu olla yksin .....	37
	7.3.2 Hyvänolon tunne .....	37

7.3.3	Pelot ja epäilykset .....	38
7.3.4	Huoli tulevasta .....	39
7.4.	Sairaanhoitajan suorittamat tekniset toiminnot.....	39
7.4.1	Kliiniset taidot.....	39
7.4.2	Komplikaatioiden hoito.....	40
7.4.3	Erytystoiminnasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen .....	41
7.5.	Sairaanhoitajan suorittamat huolenpitotoiminnot.....	41
7.5.1	Avun saanti .....	41
7.5.2	Musiikki .....	42
7.5.3	Omahoitajuus .....	43
7.6.	Sairaanhoitajan persoona .....	43
7.6.1	Henkilökohtaiset ominaisuudet.....	43
8	POHDINTA.....	45
8.1.	Eettiset kysymykset .....	45
8.2.	Tutkimuksen luotettavuus.....	46
8.3.	Tulosten tarkastelua .....	48
8.4.	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet.....	50
	LÄHTEET.....	52
	LIITTEET	
	Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoituneet alkuperäistutkimukset.....	56
	Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen halukprosessi.....	62
	Liite 3. Hoitotyön tutkimussäätiön laadun arviointilomake.....	67
	Liite 4. Tietokantojen hakusanat, rajaukset ja tulokset ennen poissulku- ja sisäänottokriteerejä .....	68
	Liite 5. Tietokantojen hakusanat, rajaukset ja tulokset ennen poissulku- ja sisäänottokriteerejä (päivityshaku elokuu 2013) .....	69

## 1 JOHDANTO

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioiteta. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksiensa mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/ 785.)

Vaikka Suomessa on jo kauan ollut voimassa laki potilaiden asemasta ja oikeuksista, heitä ei ole usein otettu riittävästi huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Voimaan tullut terveydenhuoltolaki ja siihen liittyvä asetus edellyttävät potilaiden osallisuuden korostamista terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Potilaiden voimaantuminen edellyttää riittävää ja ymmärrettävää tiedonsaantia sekä neuvontaa. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, häntä kuunnellaan ja hän osallistuu hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Häntä tulee kannustaa kertomaan oireistaan, toiveistaan ja huolistaan sekä tekemään kysymyksiä hoitoonsa liittyvissä asioissa. Lainsäädäntö antaa potilaalle aktiivisen roolin hoidon suunnittelussa. Hänelle on tärkeää tietää, kuinka hän saa parhaan mahdollisen ja turvallisen hoidon. (Potilasturvallisuusopas 2011, 17; Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä: suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013, 15-16.)

Asiakaslähtöisyys terveydenhuollossa on asiakkaita sekä heidän omaisiaan korostava näkökulma, jolloin hoitotyön tavoitteena on palvella potilasta ja hänen omaisiaan sekä vastata heidän esittämiin tarpeisiin. Tällöin hoidon laatua arvioidaan potilaan ja hänen omaistensa näkökulmasta ja heidän näkemyksensä ovat arvokkaassa asemassa. Asiakaslähtöisyys hoitotyössä tarkoittaa sitä, että toiminnan lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet, toiveet, odotukset ja omaan kokemukseen perustuva tieto. Asiakaslähtöisyys on parhaimmillaan yhteistyökumppanuutta potilaan ja hoitotyöntekijän välillä. Yhteistyössä on keskeistä ja merkityksellistä se, että potilasta pidetään ainutkertaisena yksilönä ja oman elämänsä asiantuntijana, jolla on aktiivinen, vastuullinen ja tasa-arvoinen rooli hoitoaan koskevissa asioissa. Asiakaslähtöisessä ajattelussa olennaista on se, että toi-

mintaa ei suunnitella ainoastaan hoitotyön ammattilaisten ja organisaation lähtökohdista käsin, vaan hoidon lähtökohtana ovat potilaan ja hänen omaistensa ilmaisevat tarpeet. Asiakaslähtöisyyttä korostava hoitotyö lähtee valtakunnallisista hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmista. (STM 2009.)

Julkisen sektorin laatustrategiassa korostetaan asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa palvelujen kehittämiseen, ja hoitohenkilökunnan sitoutumista laadun parantamiseen (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 68-72). Palveluja uudistetaan kokonaisuuksina siten, että käyttäjät ovat aktiivisesti mukana niiden kehittämisessä (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020). Hyvä hoidon laatu myös heräämössä on jokaisen potilaan oikeus ja henkilökunnan vastuu jokaisessa sairaalassa. Kun yksilö on sairas ja potilaana heräämössä, hoidon tulisi vastata hänen tarpeisiinsa. Nämä tarpeet vaihtelevat potilaiden yksilöllisyydestä johtuen. Tyydyttääkseen heräämöpotilaiden tarpeet ja toiveet, henkilökunnan tulee kuulla ja ymmärtää potilasta, sekä omata halu ja kapasiteetti niiden toteuttamiseen. (Hallström & Elander 2001, 228-234; Idvall, Hamrin, Sjöström & Unosson 2002, 327-334.)

Tämän kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata heräämössä toipuvien aikuispotilaiden kokemuksia hoidosta. Tämän tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa aikuispotilaiden heräämökokemuksista. Tutkimustulokset antavat anestesiahoitajille mahdollisuuden kehittää asiakaslähtöistä hoitotyötä heräämössä. Tämä mahdollistaa sen, että asiakas saa omiin tarpeisiinsa, toiveisiinsa ja odotuksiinsa perustuvaa hoitoa, mikä lisää talouden näkökulmasta myös järkevää, tuloksellista ja turvallista hoidon toteuttamista.

## 2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP) on 23 kunnan muodostama kuntayhtymä. PSHP:n tehtävänä on tuottaa terveyttä ja toimintakykyä edistäviä terveydenhuollon palveluja sekä luoda edellytyksiä tätä tukevalle tieteelliselle tutkimukselle ja koulutukselle. Lisäksi yliopistollinen sairaala tuottaa palveluja erityisvastuualueensa sairaanhoitopiireille. Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays) siis tuottaa erityistason sairaanhoidon palveluja yli miljoonalle suomalaiselle. Sairaanhoitopiirissä hoidetaan vuosittain noin 180 000 eri potilasta. Sairaanhoitopiirin toiminnassa heijastuvat sen eettiset periaatteet, joita ovat hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen ja yhteiskuntavastuullisuus. Työ on kiteytetty sanoihin Elämän tähden. (Palveluja elämän tähden: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2012-2016.)

Taysin leikkaus- ja anestesiatoiminta tapahtuu vastuualueen eri yksiköissä yhteistoinnassa lääketieteen erikoisalojen kanssa. Vastuualueen tärkeitä toimintamuotoja ovat myös anestesiologian ja hoitotieteen tieteellinen toiminta ja opetus sekä leikkaustoiminnan kehittäminen. Tämä tutkimus toteutetaan Taysin leikkaus- ja anestesiaosastolle (Le 6). Anestesiaosastolla annetaan anestesiapalveluja erilaisiin toimenpiteisiin ja tutkimuksiin tuleville kipupotilaille, röntgentutkimuksiin tuleville lapsille, erilaisiin kanylointeihin tuleville potilaille sekä kirurgisille leikkauspotilaille sekä leikkaussalissa että heräämössä. Heräämössä myös esihoidetaan potilaita.

Leikkaus- ja anestesiaosasto (Le 6) vastaa potilaiden hoidosta tuki- ja liikuntaelin-, käsi-, plastiikka-, suolisto-, verisuoni-, virtsaelin-, lasten-, umpieritys- ja yleiskirurgian saralla. Heräämössä hoidetaan päivystysaikana myös kaikkien muiden erikoisalojen leikkausosastojen potilaita. Tässä tutkimuksessa informanteina ovat potilaat, jotka ovat olleet leikkauksenjälkeisessä heräämöhoidossa anestesiaosastolla. Leikkaus- ja anestesiaosastolla suoritetaan vuosittain noin 10 000 toimenpidettä, joista noin puolet on päivystysleikkauksia. Päivystystoimintaa on läpi vuoden ympäri vuorokauden. Osastolla työskentelee kaikkiaan yli 200 henkilöä eri ammattiryhmistä. Heräämössä työskentelee anestesiaosaston sairaanhoitajat. Sairaala-apulaiset huolehtivat eritteiden siivoamisesta. Myös anestesiaosaston lääkärit ja kirurgit ovat tarvittaessa läsnä potilaan hoidossa heräämössä. Koko osastolla on 11 leikkaussalia, toimenpideheräämö, lastenheräämö, 4- paikkainen potilaiden valmistelutila ja Taysin ainoa ympäri vuorokauden toimiva heräämö, jossa on 20 poti-



laspaikkaa. (Palveluja elämän tähden: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2012-2016.) Leikkaus- ja anestesiaosaston heräämö on Taysin isoin heräämö. Se on tilana hyvin iso ja avoin, erilaisia tarkkailulaitteita ja hengityskoneita on paljon sekä potilaiden vaihtuvuus on suurta. Nämä seikat asettavat erityisiä haasteita potilaiden viihtymiselle, ja asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumiselle.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata heräämössä toipuvien aikuispotilaiden kokemuksia hoidosta.

Tutkimuksessa etsitään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millainen merkitys heräämöympäristöllä on potilaille?
2. Miten sairaanhoitajan ammattitaito ilmenee potilaiden kokemana heräämöhoidossa?
3. Miten potilaat kokevat sairaanhoitajan läsnäolemisen toteutumisen heräämössä?
4. Miten yksilöllisyys ilmenee potilaan heräämöhoidossa?

Tämän tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa aikuispotilaiden heräämökokemuksista. Tutkimustulokset antavat anestesiahoitajille mahdollisuuden kehittää asiakaslähteistä hoitotyötä heräämössä. Tämä mahdollistaa sen, että asiakas saa omiin tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin perustuvaa hoitoa, mikä lisää talouden näkökulmasta myös järkevää, tuloksellista ja turvallista hoidon toteuttamista.

## 4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1. Potilas korkeatasoisen ja turvallisen hoidon vastaanottajana

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri esittää strategiassaan, että sairaanhoitopiirissä potilas saa korkeatasoista ja turvallista hoitoa oikeaan aikaan. Potilas ja hänen läheisensä saavat hoidosta hyvän kokemuksen, joka syntyy hoidon lisäksi hyvästä kohtelusta ja riittävästä tiedosta ymmärrettävällä kielellä. Potilaan hyvä hoito perustuu luottamukseen ja hänen kuunteluun. Potilas ja hänen läheisensä ovat mukana suunnittelemassa, toteuttamassa ja arvioimassa hoitoa mahdollisuuksien mukaan. Strategiassa esitetään myös, että potilaan hoito perustuu yhdenmukaisiin hoitomenetelmiin ja hoidossa huomioidaan potilas yksilönä. Näyttöön perustuvat käytännöt suunnitellaan juurrutettavaksi toimintatavoiksi. Sairaanhoitopiiri kerää jatkuvaa palautetta hoidosta oma-aloitteisesti, ja hoito perustuu jatkuvaan arviointiin ja kehittämiseen. Potilaiden kokemuksia palveluista hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Yhteistyötä syvennetään potilasjärjestöjen ja muun kolmannen sektorin kanssa. (Palveluja elämän tähden: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2012-2016, 2011, 4.)

Eniten potilasvalituksia Taysin leikkaus- ja anestesiaosastolla tulee juuri heräämöhoidon saralta, joten on tärkeää saada tietää, mitä asioita aikuispotilaat kokevat merkityksellisiksi heräämöhoidossa. Aikuispotilaiden kokonaisvaltaisia heräämökokemuksia ja heräämöhoidoa ylipäätään on tutkittu vähän, joten tätä olisi hyvä tutkia lisää.

### 4.2. Kirjallisuuskatsaus

#### 4.2.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa huolellisesti identifioidaan ja kerätään olemassa olevaa tieteellisesti tasokasta tutkimustietoa selkeiden kriteerien perusteella, arvioidaan sen laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä retrospektiivisesti ja kattavasti. Kirjallisuuskatsauksella voidaan myös perustella ja tarkentaa valittua tutkimuskysymystä sekä tehdä yleistyksiä, jotka ovat luotettavia. Kirjallisuuskatsaus on prosessi, joka rakentuu kumulatiivisesti. Vaiheet ovat nimettävis-

sä ja jokainen vaihe rakentuu edeltävään vaiheeseen järjestelmällisesti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37-45; Glaszioiu, Irwig, Bain & Colditz 2001, 1-2.) Systemaattiset katsaukset ovat näyttöön perustuvan toiminnan kulmakivi. Näytön asteista se vastaa vahvinta tieteellistä näyttöä. (Elomaa & Mikkola 2008, 15.) Kaikki systemaattisiin katsauksiin kuuluvat artikkelit käsittelevät samaa kliinistä ongelmaa. Hyvin määritelty kliininen kysymys, parhaan käytettävissä olevan näytön käyttö, selvästi aukikirjoitetut metodit, ja edeltävien asiaa koskevien tutkimusten kattava etsintä ovat tunnusmerkkejä tälle metodille. (Schmidt & Brown 2009, 82-83.) Tässä tutkimuksessa kirjallisuuskatsaus on tehty systemaattisen katsauksen periaatteiden mukaisesti.

Aikaisempien tutkimuksien haku tehdään systemaattisesti ja kattavasti. Riittävän kattavan hakutuloksen saamiseksi tutkimuksia haetaan sekä sähköisesti eri tietokannoista, että manuaalisesti. Tietokantahaut perustuvat hakustrategioihin, joissa määritellään tietokannat, vapaat tekstisanat ja indeksoidut termit sekä näiden yhdistelmät. Eri tietokannoissa on erilaiset hakustrategiat, joten haut ja niiden rajaukset määritellään kuhunkin erikseen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37-45.) Tässä tutkimuksessa kirjallisuuskatsauksen aineisto kerättiin kotimaisista tietokannoista ARTO, Linda ja Tamcat, sekä ulkomaisista tietokannoista Medline Ovid, Cinahl ja Cochrane Library (liite 2). Hakusanoja suunniteltiin tarkasti, ja apuna käytettiin Termixiä ja MOTia.

Lisäksi aineistoa haettiin myös manuaalisella haulla Tutkiva Hoitotyö- ja Hoitotiedelehdistä vuosilta 2005-2013, eri yliopistojen tietokannoista ja tutustuttiin tieteellisten artikkelien ja -tutkimusten lähdeluetteloihin. Näistä mukaan tuli otsikon perusteella 10 artikkelia. Tiivistelmän perusteella mukaan ei tullut yhtään tutkimusta.

Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettävälle alkuperäistutkimuksille määritellään tarkat sisäänottokriteerit. Sisäänottokriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin ja ne määritellään ennen valintaa. Niissä voidaan rajata alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmää ja – kohdetta, tuloksia tai tutkimuksen laatutekijöitä. Sisäänottokriteerien toimivuus tulisi voida myös esitestata. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37-45.) Tässä tutkimuksessa käytetyssä kirjallisuuskatsauksessa aikarajaksi asetettiin aluksi enintään 10 vuotta vanhat tutkimukset (2002-2012). Koska hyvää tutkimustietoa oli julkaistu aikaisemmin, haku laajennettiin 15 vuotta vanhoihin tutkimuksiin (1997-2012). Sisäänottokriteereiksi asetettiin suomen-, ruotsin-, englannin- tai saksankieliset tutkimusjulkaisut tai katsausartikkelit. Tiivistelmä ja kokoteksti tuli olla saatavilla tai Tampereen seudun

kirjastoissa. Tutkimusjulkaisun tai katsausartikkelin tuli myös vastata asetettuun tutkimuskysymykseen ja sen tuli olla postoperatiivisten aikuispotilaiden näkökulmasta toteutettu (liite 2).

Alkuperäistutkimusten vastaavuutta tarkastellaan portaittain, kaikista alkuperäistutkimuksista luetaan otsikot ja näiden perusteella hyväksytään ne, jotka vastaavat sisäänottokriteereitä. Jos vastaavuus ei selviä otsikosta, valinta tehdään tiivistelmän tai koko tekstin perusteella. Jos samasta tutkimuksesta on useampi julkaisu, valitaan näistä kattavin. Jokaisessa kirjallisuuskatsauksen vaiheessa hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimusten lukumäärät ja perustelut hylkäämisen syille kirjataan ylös. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37-45.) Tässä tutkimuksessa käytetyssä kirjallisuuskatsauksessa pois-sulkukriteereiksi asetettiin tietokantojen päällekkäiset tutkimukset. Otsikon perusteella valituista tutkimuksista karsiutui osa pois tiivistelmän perusteella, koska se ei vastannut tutkimuskysymykseen, oli laadultaan/näytön asteeltaan huono, ei ollut tutkimusartikkeli, käsitteli lapsipotilaita, tutkimus oli toteutettu jossain muualla kuin välittömässä postoperatiivisessa ympäristössä (esimerkiksi vuodeosastolla, poliklinikalla tai kotona), käsitteli synnytystä, sectiota, tai obstretrista potilasta, tai tiedonantajana oli toiminut vain henkilökunta tai perheenjäsen. Ainoastaan potilaan omat heräämökokemukset hyväksyttiin mukaan. Mukaan ei myöskään otettu tutkimuksia, jotka koskivat vain heräämössä oloajan kestoon kohdistuvia tuloksia. Kustannuksiin kohdistuvat tutkimukset jätettiin myös pois.

Jäljelle jääneet tutkimukset luettiin kokonaan, ja niistäkin vielä karsiutui osa pois näytön asteen/ laadunarvionnin perusteella, jos koko teksti ei ollut englannin-, ruotsin-, tai saksankielinen, tai tutkimuksen sisältö käsitteli eri lääkkeiden ja niiden vaikutuksien vertailua. Refworks- viitteidenhallinta -ohjelmaa käytettiin apuna viitteiden tallentamiseen. Kirjallisuuskatsaus tehtiin syksyllä 2012, ja siihen suoritettiin päivityshaku elokuussa 2013. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi on esitetty liitteessä 2. Lisäksi tietokantojen tarkat hakusanat, rajaukset ja tulokset ennen poissulku- ja sisäänottokriteerejä on kuvattu liitteessä 4, ja päivityshaku liitteessä 5.

Valittujen alkuperäistutkimusten laatuun on kiinnitettävä huomiota. Tämä lisää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Arvioinnissa voidaan käyttää valmista tai itsekehitettyä mittaria tai tarkastuslistaa. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen tutkimusten lopullinen määrä saadaan vasta tutkimusten valinnan ja laadun arvioinnin jäl-

keen. Näiden perusteella valitut tutkimukset muodostavat analysoitavan aineiston. Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti tutkimuskysymyksiin. Tutkimusten analyysin ja tulosten esittämisen yhteydessä objektiivisuudella viitataan tämän taustan ja tulkinnan väliseen johdonmukaisuuteen sekä kaikkien tulosten systemaattiseen esittämiseen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37-45.)

Kirjallisuuskatsauksen onnistumisen välttämättömänä edellytyksenä on käytetyn aineiston laadukkuus, joten aineiston valinnassa kiinnitettiin erityistä huomiota tutkimusten korkeaan laatuun. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin 25 tutkimusartikkelia tai -raporttia. Näistä 15 oli tehty määrällisin ja kahdeksan laadullisin menetelmin, kahdessa oli yhdistetty molempia tutkimusmenetelmiä. Yksi artikkeli oli kirjallisuuskatsaus. Hoitotieteellisiä artikkeleita oli 19, lääketieteellisiä kuusi. Hyväksytyjen artikkelien laatu arvioitiin Hoitotyön tutkimussäätiön laadun arviointilomaketta apuna käyttäen (liite 3).

Näytön asteen määrittelyyn laadittu luokitus sisältää neljä luokkaa, joista I on vahvin näytön asteen luokka. Luokka III on jaettu kolmeen alaluokkaan, joita ilmaistaan kirjaimin a-c. Luokituksen tarkoituksena on ilmaista näytön aste mahdollisimman yhdenmukaisesti ja selkeästi. (Suomen sairaanhoitajaliitto 2004; 20-21.) Näytön asteen luokitus on kuvattu taulukossa 1. Artikkeleista tasoa 3 (korkeatasoinen) oli viisitoista, tasoa 2 (keskinkertainen) oli kymmenen. Laadun arvioinnissa tason 1 (huono) artikkelit jätettiin pois. Hyväksytyjen artikkelien näytön aste arvioitiin Suomen sairaanhoitajaliiton laatiman näytön asteen luokituksen perusteella. Tutkimuksista viisi oli tehty Suomessa, kaksi Ruotsissa, yksi Ranskassa, neljä Iso-Britanniassa, kahdeksan Yhdysvalloissa, kolme Kiinassa, yksi Tanskassa ja yksi Koreassa. Tutkimusaineisto, joka täytti valintakriteerit, analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

TAULUKKO 1. Näytön asteen luokitus

NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS	
ASTEIKKO	NÄYTÖN ASTE
I	Meta-analyysi, hyvä systemoitu katsaus
II	Systemoitu katsaus, yksi satunnaistettu hoitokoe (RCT= randomized controlled trial) tai useita hyviä kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset
III (a)	Yksi hyvä kvasikokeellinen tutkimus tai useita muita kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset
III (b)	Useita määrällisesti kuvailevia tai korrelatiivisia tutkimuksia, joissa samansuuntaiset tulokset
III (c)	Useita hyviä laadullisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset
IV	Yksittäiset hyvät muut tutkimukset, tapaustutkimukset, konsensuslausumat ja asiantuntija- arviot. Kun näyttö on arvostettujen asiantuntijoiden konsensuksen tulosta, kuvataan, miten se on syntynyt

(Suomen sairaanhoitajaliitto 2004, 21)

#### 4.2.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Potilaan onnistuneeseen ja laadukkaaseen hoitoon sekä positiiviseen heräämökokemukseen vaikuttaa moni asia. Kivunhoidon ja musiikin kuuntelun potilaat kokivat hyvin tärkeänä heidän hyvinvoinnilleen. Melu ja epämukavuustekijöistä esimerkiksi kielletty asento sekä tukisukat taas koettiin vaikuttavan negatiivisesti heräämöhöitoon. Aikuispotilaiden kokemukset heräämöhoidosta muodostivat viisi yläkategoriaa: kivunhoito, musiikin kuuntelu, melu, epämukavuustekijät sekä ohjaus ja perhekeskeisyys.

##### **Kivunhoito**

Kivunhoidossa esiin nousivat kipulääkkeet ja kivun onnistunut arviointi. Kun otetaan huomioon kivun subjektiivinen ja kompleksinen luonne, kivunhoidossa potilaan oma

arvio kivusta voi olla validein mittari. Yleisesti ottaen potilaat kokivat kivunhoidon heräämössä erinomaiseksi. Useat potilaat kokivat kipulääkkeenä morfiinin, myös verrattuna muihin opiaatteihin, suurimmaksi helpottajaksi ja tyytyväisyyden tuojaksi. Myös suun kautta annettu kipulääke koettiin hyväksi kivunhoitomuodoksi. Analogian käyttö koettiin merkitykselliseksi kivun arvioinnissa. Kyky käyttää analogiaa vaihtelee, mutta myös sedatoidut potilaat voivat käyttää niitä. Kivunarviointityökalujen heräämössä tulisi olla kuvattu suurempina. Potilailla tulisi olla mahdollisuus valita, mitä työkalua käyttävät. Yleisimmin käytössä on Visual Analog Scale- kivunarviointityökalu. Potilaat, joille oli tehty suuri vatsan tai thoraxin alueen toimenpide, ilmaisivat VASin korkeammaksi. Kivun arvio ei näyttänyt olevan missään tekemisissä pulssin tai MAPin (mean arterial pressure) kanssa. Potilaiden mielestä VAS- asteikko ei antanut kaikille mahdollisuutta kommunikoida riittävästi. Kivunilmaisu on hyvin subjektiivista. Potilaat kuvailivat tuntemaansa kipua verbaaleilla kuvaajilla (kuten pistävä), voimakkuuden/vakavuuden mukaan (kuten kova), analogian käytöllä (kuten VAS 6) ja kivun syyllä (kuten lonkkasärky). (Closs & Briggs 2002, 563-572; Coll, Ameen, & Moseley 2004, 53-65; Doering, McGuire & Rourke 2002, 333-343; Heikkinen, Salanterä, Kettu & Taittonen 2005, 592-600; Heino 2005, 62-93; Sauaia, Min, Leber, Erbacher, Abrams & Fink 2005, 274- 283; Person & Östman 2004, 304-309; Wong & Arthur 2000, 290-303.)

Potilaan itse annostelema kipulääke epiduraalitilaan, PCEA tarjosi useimmiten hyvän kivunlievityksen. Sen käytössä on kuitenkin muutamia vakavia komplikaatioita, joten sen käyttö vaatii tarkkaa monitorointia ja seurantaa. Pahoinvointia ja oksentelua ilmeni, samoin tunnottomuutta ja heikkoutta, jopa siinä määrin, että osalta potilaista piti purkaa PCEA. Tietyt leikkaukset vaativat PCEA:n rinnalle muita kivunhoitomuotoja. (Allaouchiche, Duflo, Bergeret & Chassard 2002, 369-373; Closs & Briggs 2002, 563-572; Coll ym. 2004, 53-65; Gonzales, Ledesma, McAllister, Perry & Maye 2010, 181-189; Heikkinen ym. 2005, 592-600; Kim, Yoon, Yoon, Kim & Shin 2013, 39-45; Person & Östman 2004, 304-309; Sauaia ym. 2005, 274-283; Yauger, Bryngelson, Donohue, Lori, Lawhorn, Brian, Pitcher, Schoneboom. & Watts 2010, 215-221.)

Potilaat kokivat, että musiikki vähentää kipua ja kipulääkkeen tarvetta (Allaouchiche ym. 2002, 369-373; Gonzales ym. 2010, 181-189; Leinonen, Leino- Kilpi, Ståhlberg & Lertola 2001, 294-306). Kylmähoidon koettiin vähentävän postoperatiivista epämukavuutta, lämpöä, turvotusta ja kipua. Potilaat, jotka saivat paikallispuudutuksen haavalle



yleisanestesian lisäksi, kokivat olonsa heräämössä vähemmän kipeiksi, ja saivat vähemmän kipulääkettä. (Chou & Liu 2008, 1735-1741; Yauger ym. 2010, 215-221.)

Kivun intensiteetti ensimmäisen vuorokauden aikana oli voimakkain tekijä, mikä ennusti potilaan tyytyväisyyttä/tyytymättömyyttä kivunhoitoon. Muut tekijät, jotka vaikuttivat potilaiden suurempaan tyytyväisyyteen, olivat nuori ikä, miessukupuoli, ohjaus, tehty toimenpide, lyhyempi heräämöhoidoaika, suun kautta annosteltu kipulääke ja morfiini verrattuna muihin opiaatteihin. (Heino 2005, 62-93; Wong & Arthur 2000, 290-303; Leinonen ym. 2001, 294-306; Sauaia ym. 2005, 274-283.)

### **Musiikin kuuntelu**

Potilaat kokivat musiikin kuuntelun hyvin tärkeänä heidän hyvinvoinnilleen. Akustinen ympäristö lisäsi rentoutumisen ja tyytyväisyyden astetta. Musiikin kuuntelu vähensi myös ahdistusta. Musiikin vaikutuksen etuina olivat myös lyhentynyt heräämössäoloaika ja se, että musiikkia voidaan käyttää ilman henkilökunnan panosta. (Allaouchiche ym. 2002, 369-373; Gonzales ym. 2010, 181-189; Thorgaard, Ertmann, Hansen, Noerregaard & Spanggaard 2005, 220-225.)

### **Melu**

Heräämöissä ääntä aiheuttavat ventilaattorit, monitorit, hälytykset, muut laitteet ja lähi-alueet. Koska potilaat ovat heräämössä toipumassa anestesiasta tai sedatoitu, äänestä ei yleensä välitetä ja siihen ei kiinnitetä huomiota. Jotkut hoitotoimenpiteelliset äänet heräämössä potilaat kokivat kannustaviksi ja turvallisiksi ennemminkin kuin ärsyttäviksi. Ympäristöllisenä häiritteijänä koettiin heräämössä oleva melu. Suositusten mukaan sairaaloissa oleva meteli ei saisi ylittää yli 35 dB öisin ja 40 dB päivisin. Heräämössä äänentaso oli keskimäärin luokkaa 67dB. Ylimääräisellä melulla voi olla fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia potilaisiin ja se saattaa lisätä henkilökunnan virheitä. (Allaouchiche ym. 2002, 369-373; Gonzales ym. 2010, 181-189; Thorgaard ym. 2005, 220-225.)

Heräämoympäristössä potilaat kokivat hoitajien keskinäisen keskustelun häiritsevänä. Henkilöstön puhe aiheutti suurimman osan yli 65 dB menevistä äänistä. Melun kokeminen häiritsevänä on hyvin subjektiivista, äänentasossa ei havaittu muutoksia, kun verrattiin potilaita, joita melu häiritsi ja joita ei häirinyt. Melu lisää myös potilaan kipulääkkeen tarvetta. (Allaouchiche ym. 2002, 369-373; Closs & Briggs 2002, 563-572; Fredriksson, Hellström & Nilsson 2009, 208-213; Thorgaard ym. 2005, 220-225.)

### **Epämukavuustekijät**

Leikkauksesta johtuvat asentorajoitukset ja potilassängyt olivat suuri epämukavuutta aiheuttava tekijä. Potilaat yhdistivät epämukavuuden ympäristöllisiin tekijöihin. Huoneen viileän lämpötilan potilaat kokivat myös epämukavana. On tärkeää huolehtia potilaiden aktiivisesta lämmityksestä heräämöhoidon aikana. Potilaat, joilla oli potilasohjattu lämpöpeitto, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa heräämössä, he joutuivat käyttämään vähemmän opiaatteja ja heidän ruumiinlämpönsä oli suurempi kuin potilailla, joilla oli esilämmitetty puuvillapeitto. Potilaat kokivat epämukavina myös siteet, tukisukat, valon intensiteetin, hengitysvaikeudet ja huolen. Jotkut potilaat kokivat stressaavaksi ihon värimuutokset, vuodon, turvotuksen, mustelmat ja eritysongelmat. Osalla potilaista oli nukkumisongelmia, he kokivat, ettei heidän annettu nukkua häiritsemätöntä unta, vaan heidät herätettiin liian usein lääkityksen tai rutiinitoimenpiteiden takia. Osa koki, ettei heidän fyysisiä tarpeitaan hoidettu. Potilaat kokivat yksityisyyden puutteen epämukavaksi. (Allaouchiche ym. 2002, 369-373; Closs & Briggs 2002, 563-572; Doering ym. 2002, 333-343; Heino 2005, 62-93; Wong & Arthur 2000, 290-303; Gilmartin 2007, 1109-1117.)

Epämukavuutta aiheutti myös pahoinvointi. Akupunktio, aromaterapia ja paikallispuudutukset vähensivät, lievittivät ja estivät selvästi postoperatiivista pahoinvointia. Myös oksennuksen määrä, pahoinvoinnin aste ja antiemeettisten lääkkeiden käyttö pieneni. Akupunktio oli hyödyllistä myös sen takia, ettei hoitajan tarvinnut ottaa yhteyttä lääkäriin, antaa sivuvaikutuksia aiheuttavia antiemeettejä tai puhdistaa potilasta ja sänkyä. Tämä paransi myös potilaiden suhdetta hoitajaan. Heräämössä esiintyvä leikkauksen jälkeinen pahoinvointi (PONV) väheni potilaiden saadessa hoitoprotokollan mukaista pahoinvointia ennaltaehkäisevää hoitoa. Kaikilla potilailla, jotka kärsivät PONVista, oli vähintään 3 perinteistä riskitekijää. Leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin väheneminen johtui antiemeettien enenevästä käytöstä. Heräämössä oloaika kasvoi 15 minuutilla, jos potilas kärsi pahoinvoinnista. (Ming, Kuo, Lin, J-G. & Lin, L-C. 2002, 343-351; Yauger ym. 2010, 215-221; Anderson & Gross 2004, 29-35; Myklejord, Yao, Liang & Glurich 2012, 207-213.)

Suurin osa potilaista oli saanut positiivisen kokemuksen heräämästä, mutta jotkut ilmaisivat, että heistä ei välitetty, heitä ei kohdeltu yksilöinä, he eivät tulleet kuunnelluiksi ja heitä kohdeltiin epäammattillisesti. Jotkut potilaat eivät tunteneet olevansa arvostettuja ihmisinä, vaan kokivat nöyryyttäväksi joidenkin hoitajien puhutavan ja hoitotoimenpi-

teet liian kovakouraisiksi. (Closs & Briggs 2002, 563-572; Doering ym. 2002, 333-343; Benson, McMillan & Ong 2013, 26-33.)

### **Ohjaus ja perhekeskeisyys**

Onnistunut ohjaus ja perhekeskeisyyden huomioiminen muodostavat merkittävän osan potilaan tyytyväisyyden kokemuksesta. Potilaat kokivat yksilöllisen, heidän tarpeet huomioivan ohjauksen tärkeäksi osaksi hoitoaan ja tyytyväisyyden kokemustaan. Sairaanhoidajat kertoivat asioista ymmärrettävästi ja perustellen. Psykososiaalista tukea potilaat saivat hoitajilta hyvin ohjauksen aikana, mutta henkistä tukea he kaipasivat enemmän. Perheenjäsen oli harvoin mukana potilaan ohjauksessa, vaikka potilaat niin toivoivatkin. Potilaat kokivat heikoksi oma-aloitteisuuden tukemisen ja rohkaisemisen ohjauksessa. Jotkut potilaat kokivat, että heillä oli liian vähän vaikutusvaltaa omaan hoitoonsa ja ohjaus oli ristiriitaista. Toiset taas kokivat, että henkilökunnalla pitäisi olla enemmän aikaa heidän ohjaukseen myös kipulääkeasioissa. Potilaat olivat hyvin tiedonhaluisia omasta hoidostaan. He halusivat tietää lääkkeistä ja vaihtoehtoisista kivunhoitomenetelmistä. Potilaat olisivat halunneet tarkempaa, yksityiskohtaisempaa ja selkeästi yksilöllisempää ohjausta heidän yksilölliset tarpeensa huomioiden. (Allaouchiche ym. 2002, 369-373; Chumbley, Hall & Salmon 2002, 459-471; Doering ym. 2002, 333-343; Heino 2005, 62-93; Leinonen ym. 2001, 294-306; Gilmartin 2007, 1109-1117; Hovi 2003, 37-47)

Potilaat kokivat tärkeänä, että heitä ja heidän perheitään kohdellaan yksilöllisesti. Tärkeää oli perhekeskeisyyden huomiointi. Koettiin, että perhetilanteen selvitys ja perheenjäsenten informointi ei onnistunut heräämössä. (Heino 2005, 62-93; Paavilainen, Sepänen & Åstedt –Kurki 2001, 230-237.) Potilaat eivät kokeneet heräämön vierailurajoituksia suurena ongelmana. Vaikka osa heräämövierailuista oli häiritseviä, potilaat silti halusivat omaisen vierailemaan. Osa potilaista ei muistanut vierailua, mutta silti he kokivat sen olleen avuksi. (Wong & Arthur 2000, 290-303; Leinonen ym. 2001, 294-306; Paavilainen ym. 2001, 230-237; Hovi 2003, 37-47; Tuller, McCabe, Gronenwett, Hastings, Shaheen, Daley –Faulkner & Wheeler 1997, 402-412.)

## 5 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

### 5.1. Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisen tutkimuksen käyttöalueiksi voidaan kuvata uusia tutkimusalueita, joista ei vielä ole juurikaan tutkimustietoa. Lisäksi kvalitatiivinen tutkimusote sopii olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan esimerkiksi uusi näkökulma. Myös asian tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta voi olla valinnan syynä. Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi keskeinen merkitys onkin sen mahdollisuus lisätä ymmärtämystä tutkimus-ilmioistä. Monia hoitamisen ilmiöitä ei voida pelkästään mitata määrällisesti tai tutkia tietoa havainnoimalla, vaan ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan myös usein ihmisten omia kuvauksia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen, todellisuus tavoitetaan kokemusten kautta ja tutkimuksessa tutkitaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 49-57; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 2006, 222-223.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana voidaan pitää ihmistä, hänen elämänpiiriään sekä niihin liittyviä kokemuksia ja merkityksiä. Koska ollaan tekemisissä kertomuksien, tarinoiden, kokemusten ja merkityksien kanssa, tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen eroista huolimatta kummankin tavoite on sama: tutkimuksen avulla pyritään selvittämään totuutta tutkimuskohteina olevista ilmiöistä ja jäsentämään todellisuutta entistä paremmin hallittavaan muotoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 16-17.)

### 5.2 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston keruussa keskeistä on se, miten saadaan tieteellinen, laadukas, edustava ja yleistettävä otos. Tutkimuksen tarkoitus määrittää myös otoksen kokoa, joten tiedon syvyys ja kulttuurin ymmärtäminen voi olla osallistujien valinnan keskeinen peruste. Pienen otoksen tutkimuksessa ei tavoitella tilastollista yleistettävyyttä, vaan esimerkiksi teoreettista yleistettävyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Teemahaastattelussa haastattelun keskeiset asiat on sovittu, mutta aineiston keruuseen liittyy vapauksia. Tutkija on luonut valmiiksi keskustelun teemat tai aihepiirit, mutta haastattelun toteutusta ei ole strukturoitu, vaan kysymysten muotoiluun voi tulla tilanteessa täsmennyksiä ja kysymysten järjestys voi vaihdella. Tässä haastattelutyypissä korostuvat ihmisten asioille antamat tulkinnat ja merkitykset. Teemahaastattelussa pitäydytään kuitenkin etsimään vastauksia tutkimustehtävän mukaan. Teemahaastattelua on käytetty erittäin paljon aineistojen keruuseen hoitotieteessä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 96-99 & 125-128.)

Haastattelun etuina ovat muun muassa joustava aineistonkeruu ja se, että osallistuja on subjekti joka luo merkityksiä ja on aktiivinen osapuoli. Haastattelulla voidaan tutkia huonosti tunnettua aluetta, saadaan monitahoisia vastauksia, saatuja tietoja voidaan syventää, voidaan tutkia arkoja sekä vaikeita aiheita ja aineistoa voidaan täydentää jälkikäteen. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 96-99.) Laadullisessa tutkimuksessa haastattelun tavoitteena on saada mahdollisimman monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Teemahaastattelussa tutkijalta edellytetään tilanneherkkyttä ja kykyä edetä tilanteen ja haastateltavan ehdoilla. Yksilöhaastattelu sopii erityisesti sellaisiin tilanteisiin, kun tutkimusaihe on sensitiivinen eikä tutkimukseen osallistuja halua keskustella tutkimusaiheesta ryhmässä. (Kylmä & Juvakka 2007, 78-79.) Aikuispotilaiden kokonaisvaltaisia kokemuksia heräämöhoidosta on tutkittu vähän, joten haastattelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi hyvin. Tässä tutkimuksessa haastattelut toteutetaan potilasjärjestöjen ja tutkijan omien kontaktien kautta yksilöhaastatteluina, jotta kunkin potilaan henkilökohtaiset ja arkaluonteisetkin kokemukset tulevat esiin.

Haastattelu voidaan hahmottaa kolmivaiheisena tapahtumasarjana: aloitus, varsinainen tutkimushaastattelu ja haastattelun päättäminen. Haastatteluympäristön on oltava tiedonantajille mukava ja heille sopiva. Tilan on oltava häiriötön ja rauhallinen. Pukeutumiseen on kiinnitettävä huomiota, vaatetuksen tulee olla neutraali ja siisti. Haastattelua ei tulisi koskaan aloittaa kylmiltään. Aluksi on luotava tilanteelle helppo ja lämmin ilmapiiri käyttämällä riittävästi aikaa tutustumiseen. Tutkijan on informoitava tutkimukseen osallistujia haastattelun nauhoituksesta ja pyydyttävä heiltä kirjallinen suostumus haastatteluun. Tilanteessa on pidettävä haastateltava asiassa ja oltava itsekkin asiassa.

Kysymykset on pidettävä saatavilla, vaikka ne muistaisikin ulkoa. Haastattelijan olisi oltava luonnollinen ja rentoutunut. Sanatonta viestintää voi käyttää apuna osoittamaan läsnä olevaa kuuntelemista. Oikeita haastattelutapoja ei opi pelkästään kirjoista lukemalla, vaan haastattelemista harjoitellaan haastattelemalla. Jos tiedonantaja haluaa lisää tietoa haastattelusta ja tutkimuksesta, sitä on kohteliaasti tarjottava. Haastattelun keston liiallinen venyminen saattaa uuvuttaa sekä haastateltavan että haastattelijan, mikä heikentää tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. On huomioitava, että haastattelu vie aikaa ja virhelähteitä on paljon. Lopuksi on hyvä kysyä vielä haastateltavan vointia sekä kokemusta haastattelusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124-128; Kylmä & Juvakka 2007, 92-94.)

Jos tutkimuksen tekijä onnistuu tekemään riittävän luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin, teemahaastattelulla on kaikki edellytykset onnistua. Teemojen riittävydestä ei tarvitse olla huolissaan, jos haastateltavien valinta on onnistunut. (Kylmä & Juvakka 2007, 80.) Haastateltavia tulisi informoida etukäteen haastatteluun kuluva ajasta. Ennen haastattelutilanteen tekemistä haastattelijan on tarkistettava välineiden toimivuus. (Kylmä & Juvakka 2007, 92-93.)

### **5.3 Sisällön analyysi**

Tässä tutkimuksessa käytetään analyysimenetelmänä sisällön analyysiä (content analysis). Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan järjestää, kuvailla, kvantifioida ja käsitteellistää tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysiä on käytetty sosiologiassa, psykologiassa ja liiketaloustieteessä sekä viestinnän tutkimuksessa. Lisäksi sitä on käytetty paljon hoitotieteen tutkimuksissa. Analyysissä kiinnitetään huomiota tutkimusten sisällöllisiin kysymyksiin ja niiden laatuun. Alkuperäistutkimusten kuvailevassa synteessissä kuvataan tulokset sekä yhtäläisyydet ja erot. Ylitulkintaa pitää varoa. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 165; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12.)

Aineistojen analyysi aloitetaan useimmiten sillä, että haastattelunauhujen materiaali kirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan. Induktiivisen sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön valitsemisen jäl-

keen litteroitu aineisto luetaan useita kertoja läpi, jotta saadaan pohja analyysille. Induktiivinen sisällön analyysi etenee aineiston pelkistämällä, ryhmittelyllä ja abstrahoinnilla. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Pelkistäminen voidaan toteuttaa siten, että aineistosta poimitaan kaikki ne asiat, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Näin saadut ilmaisut kerätään listoiksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23-26; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 132.)

Analyysin seuraava vaihe on ryhmittely, joka tarkoittaa sitä, että pelkistetyt ilmaisut yhdistellään kategorioihin eroavaisuuksiensa ja yhtäläisyyksiensä mukaisesti ja annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Analyysiä jatketaan abstrahoidulla, yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen näin yläkategorioita. Myös yläkategorioille annetaan niitä kuvaava nimi. Näin päästään kaikkia kategorioita yhdistävään yläkategoriaan. Nämä aineiston osiin purkamisen ja osien synteessin kautta tiivistetyt luokat antavat tutkimuskysymykseen vastauksen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23-26.)

Sisällön analyysiä käytettäessä on otettava huomioon se, että analyysimenetelmä on valittu sopivasti suhteessa tutkimustehtävään. Analyysin kuvaus on oltava selkeä ja toteutettu asianmukaisesti. Analyyttistä prosessia ja aineiston luokitteluperusteita tulee kuvata. Täytyy tarkastella, että todella on edetty aineiston ehdoilla, eikä ohjaavan teoreettisen orientaation ehdoilla. Aineiston analyysin onnistuneisuudesta tulee olla varmistunut, sen tulee kuvata sitä, mitä on tarkoitus kuvata. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.)

## 6 TOTEUTUS

### 6.1. Informantit

Tässä tutkimuksessa aikuispotilaalla tarkoitetaan yli 18- vuotiasta henkilöä, joka on toipunut joko yleisanestesiasta tai erilaisista puudutuksista Taysin anestesiaosaston (Le 6) heräämössä. Käsitettä potilas ei ollut rajattu sukupuolen, anestesiamuodon tai tehdyn toimenpiteen tai sen kiireellisyyden perusteella, vaan informantiksi hyväksyttiin kuka tahansa anestesiaosaston heräämön palveluja käyttävä henkilö. Aineisto kerättiin potilasjärjestöjen ja tutkijan omien kontaktien kautta haastatteleamalla neljää (N=4) aikuispotilasta (taulukko 2) heidän kotonaan. Heidän ikänsä vaihteli 25 vuodesta 72 vuoteen. Heistä kolme oli naisia, yksi oli mies. Kaikille informanteille oli tehty jokin alaraajaan kohdistuva toimenpide. Yhdellä tiedonantajalla oli anestesiamuotona yleisanestesia, muilla oli selkäydinpuudutus ja sedaatio.

TAULUKKO 2. Taustatiedot tiedonantajista

sukupuoli	ikä	tehty toimenpide	anestesiamuoto
mies	38v.	katkenneen akilles-jänteen korjaus	spinaalipuudutus +sedaatio
nainen	72v.	varpaiden luudutus	spinaalipuudutus +sedaatio
nainen	25v.	nilkan luukorjaus	yleisanestesia
nainen	37v.	jalkaterän luudutus	spinaalipuudutus +sedaatio

### 6.2. Haastattelun teemojen rakentaminen

Haastattelurunkona käytettiin tutkimuskysymyksien mukaisia teemoja (liite 5). Teemat muodostuivat aikaisemmin toteutetun aikuispotilaiden heräämökokemuksia kuvaavan kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta. Haastattelu antoi mahdollisuuden tehdä aihepiiriä koskevia tarkentavia kysymyksiä. Näin ollen saatiin syvällisempää ja tarkempaa tietoa aikuispotilaiden kokonaisvaltaisista, subjektiivisista heräämökokemuksista. Li-



säksi potilaille annettiin mahdollisuus esittää heräämöhöitoon liittyviä mahdollisia parannusehdotuksia. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluna. Tällöin pystyttiin keskittymään paremmin kunkin aikuispotilaan henkilökohtaisiin, arkaluonteisiinkin kokemuksiin, kun taas ryhmähaastattelussa jotkut kokemukset voivat jäädä huomaamatta. Haastattelusta tehtiin esihaastattelu.

### **6.3. Aineiston hankinta ja haastattelujen toteutus**

Tutkimusluvan saamisen jälkeen aloitettiin aineiston hankinta. Tutkija otti yhteyttä Tampereen Reumayhdistykseen, Tampereen Diabetesyhdistykseen, Suomen Kilpirauhasliittoon, Pirkanmaan Syöpäyhdistykseen ja Pirkanmaan Munuais- ja maksayhdistykseen. Aineistoa kerättiin myös tutkijan omien kontaktien kautta. Haastattelut aikuispotilaiden heräämökokemuksista suoritettiin potilaille (N=4) heinä- joulukuussa vuonna 2013.

Tässä tutkimuksessa analysoitiin neljää teemahaastattelua, joissa aikuispotilaat kuvasivat heräämökokemuksiaan Taysin leikkaus- ja anestesiaosaston (Le 6) heräämössä. Haastattelun alussa informanteille kerrottiin haastattelun tarkoitus ja kysyttiin heidän halukkuus osallistua tutkimukseen. Ennen varsinaisten haastattelujen teemojen mukaisen kysymysten esittämistä kysyttiin potilaiden syntymävuosi, tehty toimenpide sekä anestesiaamuoto. Tämän jälkeen keskustelun aihepiiriä ohjattiin esittämällä potilaille neljän teeman mukaisia kysymyksiä sekä tarkentavia kysymyksiä. Potilaille annettiin myös mahdollisuus kertoa heille mieleen tulleista parannusehdotuksista. Haastattelupaikkana oli informanttien koti. Haastattelut nauhoitettiin käyttäen apuna Audacity-ohjelmaa, mikä mahdollisti litterointi- vaiheessa myös äänen hidastuksen, mikä helpotti myös puhtaaksikirjoittamista.

### **6.4. Aineiston analysointi**

Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin sisällön analyysimenetelmää ja siinä edettiin induktiivisesti, aineistosta lähtien. Ensimmäiseksi aineistoon tutustuttiin lukemalla litteroidut haastattelut useaan kertaan läpi. Näin saatiin kokonais käsitys aineistosta. Seuraavaksi luettiin aktiivisesti haastatteluaineisto kysymys kerrallaan. Analyysiyksiköksi

valittiin lause tai lausuma. Sen jälkeen käytiin läpi kaikki ne merkityksen sisältämät lauseet tai lausumat, jotka tutkijan mielestä kuvasivat aikuispotilaiden heräämökokeuksia (=analyysiyksikkö) ja alleviivattiin ne. Alleviivatuista muodostettiin pelkistetyt ilmaisut (kuvio 1). Pelkistetyistä ilmaisuista muodostui sanalistat.

### Alkuperäinen aineisto

”Ainakin ison kellon näki! Sen viereen voisi laittaa jotain kauniista...”

”Toivoisin lattialle isoja tekokukkia...”

### Pelkistetyt ilmaisut

iso kello  
toive jostain kauniista kellon viereen

toive isoista tekokukista lattialle

KUVIO 1. Esimerkki analyysiyksiköiden etsimisestä aineistosta

Tämän jälkeen ryhmiteltiin samaan kategoriaan ne käsitteet tai ilmaisut, jotka tutkijan mielestä kuuluivat yhteen. Samaa tarkoittavat käsitteet tai ilmaisut yhdistettiin samaan alakategoriaan ja kategorialle annettiin sen sisältöä hyvin kuvaava nimi (kuvio 2).

### Pelkistetyt ilmaisut

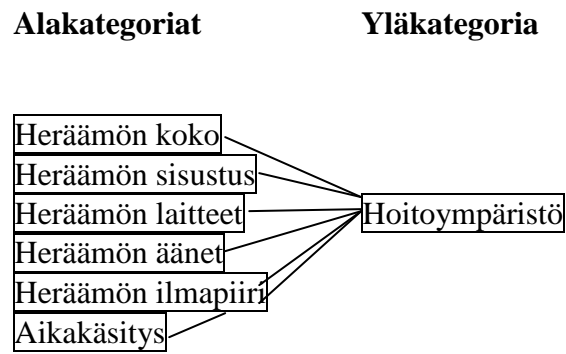
iso kello  
toive jostain kauniista kellon viereen  
toive isoista tekokukista lattialle  
toive kauniista katseltavasta seinille  
seinät liian kaukana kuvien näkemiselle  
ajan kulun seuraaminen suuresta kellosta

### Alakategoria

Heräämön sisustus

KUVIO 2. Esimerkki alakategorioiden nimeämisestä ja niiden ryhmittelystä

Alakategorioita yhdistettiin yläkategorioihin ja niille annettiin kuvaava nimi (kuvio 3).



KUVIO 3. Esimerkki alakategorioiden yhdistämisestä yläkategorioihin ja niiden nimeäminen

Näin edettiin kaikkien pelkistettyjen ilmaisujen kanssa. Kaikille pelkistetyille ilmaisuille ja alakategorioille saatiin yläkategoriat, joita muodostui yhteensä kuusi. Alakategoriat ja yläkategoriat on kuvattu kuviossa 4.



## 7.1. Hoitoympäristö

### 7.1.1 Heräämön koko

Potilaat olivat luulleet, että heräämö olisi pienempi kooltaan. Suuri koko herätti potilaissa ihmetystä. Toisaalta myös heräämöhoidon aikana potilaat ymmärsivät vähitellen, miksi tila oli niin suuri.

*”Kun minut tuotiin heräämöö, olin aluksi ihmeissäni, koska heräämö oli niin suuri. Mielikuvissani luulin heräämön olevan paljon pienempi.”*

Jotkut potilaat kokivat, että heräämö oli ahdas ja kolkko. Tilojen rajallisuus kuitenkin ymmärrettiin, ja huomioitiin, ettei jokaisella potilaalla voisi olla omaa yksityistä tilaa.

*”Heräämö olikin kolkko...ollaanh siellä aika vierä vieressä”  
 ”...siellä ollaan ihan sillit suolassa...”  
 ”Tilat on rajalliset, niin eihän siinä nyt voi jokaiselle tehdä omaa loossia, niin se on ihan ymmärrettävää että siellä on paljon porukkaa.”*

### 7.1.2 Heräämön sisustus

Potilaat kiinnittivät huomiota sisustukseen liittyviin asioihin. He huomioivat seinällä olevan ison kellon, ja seurasivat siitä aikaa. Potilaat toivoivat, että kellon vieressä olisi ollut jotain kaunista katseltavaa.

*”Seurasin seinällä olevasta suuresta kellosta ajan kulumista.”  
 ”Ainakin ison kellon näki. Sen viereen voisi laittaa jotain kaunista.”*

Seinille toivottiin kauniita kuvia, mutta toisaalta potilaat kokivat hankalaksi sen, että seinät olivat niin kaukana, että kuvia tuskin näkisi. Lattialle toivottiin isoja tekokukkia, mutta toisaalta myös ymmärrettiin, että esineiden sijoittelu laitteiden keskelle olisi ongelmallista ja haastavaa. Potilaat eivät kaivanneet television katselumahdollisuutta heräämöö.

*”...olisi mukava, jos seinillä olisi jotain kaunista katseltavaa, lattialla isoja tekokukkia tai jotain. Ongelmana taitaa vain olla käytäntö, onko laitteiden sekaan järkevää laittaa kukkia.”*

*”Seinät ovat niin kaukana potilaista, että näkevätkö kuvia...”*

*”Ei siellä mun mielestä tarvita mitään telkkareita...”*

### 7.1.3 Heräämön laitteet

Potilaat kokivat, että heräämö oli täynnä laitteita ja niiden toiminnasta ei ollut mitään tietoa. He olivat huolissaan, ilmoittaisivatko laitteet heidän mahdollisista hengitysongelmistaan.

*”...täynnä erilaisia laitteita, joiden toiminnasta minulla ei ollut mitään tietoa.”*

*”Laitteet varmaankin olisivat tarvittaessa ilmoittaneet hengitysongelmistani, se mua huolestutti...”*

Sairaanhoitajien kuitenkin koettiin käyttävän ja tarvitsevan laitteita jatkuvasti. Osa potilaista ei kiinnittänyt heräämön laitteisiin mitään huomiota.

*”...sithän ne tarkkailee koko ajan automaattisesti niitä, kun on ne kaikenmaailman monitorit siinä”*

*”En muista kiinnittäneeni huomiota laitteisiin tai muihin sellaisiin.”*

### 7.1.4 Heräämön äänet

Potilaat kokivat, että heräämö oli hiljainen paikka ja siellä ei ollut melua. He kokivat miellyttäväksi sen, kun saivat herätä rauhallisesti, ilman että kuului mitään laitteiden ääniä. Potilaat kokivat, että hälinä olisi ollut epämiellyttävää herätessä.

*”...musta oli tosi mukava, että mä sain sillain rauhallisesti herätä siinä hiljaisessa paikassa...”*

*”Heräämö oli mielestäni hiljainen.”*

Jotkut potilaat toivoivat, että heräämö olisi ollut hieman rauhallisempi, vaikka sitä ei koettukaan poikkeuksellisen hällisevänä ympäristönä.

*”...voishan se (heräämö) olla rauhallisempi, mut ei se poikkeuksellisen hälisevä ollut.”*

### 7.1.5 Heräämön ilmapiiri

Potilaat kokivat, että heräämössä oli hyvä tunnelma ja se oli hyvä paikka toipumiselle. Heräämö koettiin tyypillisenä sairaalan heräämönä. Potilaat kokivat, että heräämössä oli panostettu tärkeimpään, potilasturvallisuuteen ja sairauden hoitoon.

*”...oikeen hyvä tunnelma siellä...”*

*”Heräämö on ihan hyvä paikka, koska siellä on panostettu tärkeimpään, potilaan turvallisuuteen ja sairauksien hoitoon.”*

Kokemuksiin vaikutti kovasti ajankohta, milloin heräämössä oltiin, ja se, kuinka paljon muita potilaita siellä oli. Potilaat toivoivat, että näkymä potilassängyltä olisi rajatumpi, tämän kuvailtiin lisäävän potilaan turvallisuuden tunnetta ja yksityisyyttä. Näkymä isoille avautuville oville, jota potilaat kuvailivat hissiksi, koettiin epämukavana. Potilaat toivoivat vähemmän kulkua potilassänkyjen luona. He toivoivat, että sänkyjä olisi voinut sijoitella uudelleen, jotta niille olisi ollut rauhallisempi paikka.

*”...sänkyjen paikkaa uudelleen sijoittamalla voisi potilassängyille löytyä rauhallisempia paikkoja. Voisi miettiä, missä ovat hoitajien yleisimmin käyttämät kulkuväylät, mitä reittejä potilaita kuljetetaan leikkauksesta ja sijoittaa näiden mukaisesti sängyt rauhallisiin paikkoihin, missä kulkua olisi vähemmän.”*

*”...olisi paljon parempi, ettei potilaan tarvitsi nähdä koko isoa heräämää, vaan näkymää huoneeseen saisi rajattua.”*

Toisaalta positiiviseksi koettiin verhojen tuoma yksityisyys. Heräämöympäristöön kuitenkin sopeuduttiin nopeasti.

*”On hyvä, että sänkyjen ympärillä oli verhot, toivat yksityisyyttä...”*

*”Alkuvaiheen hämmästykseni (heräämön ilmapiiriä kohtaan) muuttui kuitenkin pian sopeutumiseksi.”*

### 7.1.6 Aikakäsitys

Potilaat odottivat kovasti osastolle siirtymistä. Heräämössä oloaika ja hereillä oloaika koettiin lyhyeksi.

*”Tiesin että pian pääsisin heräämöstä omaan potilashuoneeseen.”*

*”Mä olin oikeen todella vähän aikaa siellä (heräämössä)...mut saatiin sieltä sitten pois... hoitaja siihen sit tuli ja sanoi, että nyt saa mennä, ja mä olin että joko mut nyt viedään ja se sanoi että joo...kauheen äkkiä mut sieltä sitten vietiin pois...”*

Toisaalta potilaat kokivat, että heidän aikakäsityksensä katosi, ja että he olisivat olleet heräämössä pidemmän aikaa, kuin muistivat.

*”Aikakäsitys hämärtyi.”*

*”Kyllä mä varmasti olin siellä paljon pidemmän aikaa, kuin mä muistan.”*

## 7.2. Potilaan integriteetti

### 7.2.1 Toiset potilaat

Viereisiä potilaita ja heidän hoitoaan seurattiin mielenkiinnolla. Potilaat ihmettelivät vieruspotilaan rauhallisuutta ja miettivät hänen jaksamistaan. Vieruspotilaiden kanssa ei kuitenkaan keskusteltu. Muiden potilaiden sukupuoli ja ikä pantiin merkille.

*”Vieressäni oleva vanha miespotilas...hänelle tehtiin joku toimenpide ennen leikkausta ja ihmettelin kuinka rauhallinen hän oli.”*

*”Yks siinä oli mua lähempänä, mutta ei minkäänäköistä häirintää, mut ei me kyllä juteltukaan mistään.”*

Potilaat myös kuuntelivat ja seurasivat, miten sairaanhoitaja kohteli muita potilaita, ja toivoivat itselleen samaa miellyttävää kohtelua.

*”Viereeni tuotiin jossain vaiheessa vanhempi naispotilas. Kuulin kuinka minua hoitava hoitaja kertoi potilaalle rauhallisesti ja hitaasti: ”Olet heräämössä, ei ole mitään hätää, olen tässä lähettyvillä ja saat tarvittaessa apua.” Mietin mielessäni, että olisin itse halunnut kuulla juuri samat sanat, ettei ole hätää, hoitajat ovat vierellä tarvittaessa auttamassa.”*



### 7.2.2 Intimiteettisuojaajan säilyttäminen

Potilaat kokivat tärkeäksi sen, etteivät vieressä olevat potilaat näkisi heitä. Äänen kuuluminen muille potilaille koettiin järkyttäväksi asiaksi.

*”Minulle oli tärkeää, etteivät vieressä olevat potilaat nähneet minua.”*

*”Olin järkyttynyt, kun piti virtsata pottaan sängyssä. Kaikki äänet varmasti kuulusivat viereisille potilaille.”*

Yksityisyyttä lisäsi kangassermi. Sairaanhoitajan rooli intimiteettisuojaajan säilyttämiseksi koettiin merkittävänä. Hoitaja huolehti yksityisyydestä muun muassa kangasverhoilla, jotka ovat potilaspaikkojen välissä. Toisten potilaiden läsnäolo tiedostettiin ja heidän suuri määrä herätti ihmetystä. Osa potilaista koki merkittävän häiritseväksi potilaiden suuren määrän heräämössä, oli tunne että potilaat olivat liian lähellä toisiaan. He eivät olisi halunneet katsella muita potilaita, ja kokivat sen epämiellyttäväksi ja olivat vaivantuneita.

*”Kangasverhoilla sairaanhoitajat ymmärsivät hienosti sulkea ympäristön katetroinnin ajaksi.”*

*”Siinä on ihan tarpeeksi, kun joutuu pällistelemään niitä muita potilaita siinä ympärillä, kun ei ole mitään suojaa...”*

### 7.2.3 Potilaan omaiset ja läheiset

Toiset potilaat eivät kaivanneet omaisiaan heräämööseen. Tieto omaisten näkemisestä rauhoitti mieltä. Potilaat eivät halunneet omaisten näkevän heitä huonossa kunnossa, huonovointisena. He kokivat myös, että jos omaiset olisivat olleet läsnä heräämössä, he olisivat joutuneet itse lohduttelijan rooliin lohduttaman omaisiaan. Potilaiden olisi pitänyt keksiä, mitä he sanoisivat omaisille. Heidän olisi myös ollut pystyttävä tukemaan omaisiaan, vaikka oma olo olikin huono. Eräs potilas kuvasi heräämön olevan viimeinen paikka, mihin perheenjäseniään olisi halunnut.

*”En todellakaan olis kaivannut siihen perhettä, se on viimeisin paikka, mihin mä kaipaen mitään perheenjäseniä. Siinähan on kaikin puolin kauhee olo ja vähän aikaa saat toipua siitä tilanteesta ja sitten siinä pitäis olla vielä vaikka joku oma kersa ja vaimo...sit pitäis keskittyä mitä niille sanoo ja lohdutteleen niitä. Emmä halua siihen mitään tukea, kun mä lähinnä mietin siinä sitä, et mitä ne ajattelee siinä sitten niin mun on pakko yrittää niitäkin siinä ajatella samalla.”*

Potilaat kokivat, että jos he jäisivät yöksi heräämööseen, omaiset olisivat tervetulleita katsomaan heitä. Myöskään puhelinyhteyttä omaisiin ei haluttu heräämössä luoda. Potilaat toivoivat myös, ettei muidenkaan potilaiden omaisia päästettäisi heräämööseen. He kokivat, että toisten potilaiden omaiset seuraisivat heitä ja se koettiin epämiellyttävänä ajatuksena.

*”Eihän sinne heräämööseen niitä nyt hyvänen aika, sithän se ois ärsyttävää muutenkin kun siellä ollaan ihan sillit suolassa ja jos siellä lappaa jotain kaiken maailman porukkaa niin sä oot ite siellä kuola poskella ja naapurisängyn viereen lappaa jotain porukkaa, niin eihän siitä nyt mitään tullis.”*

*”Mä en ainakaan ite haluis, et mua tullaan sinne pällistelemään ja sittenhän vituttaa entistä enemmän, kun siellä vielä entistä enemmän porukkaa lappaa kaiken maailman ventovieraita ihmisiä ja sitten oksennat siinä tyyntyys.”*

*”Emmä halua mun omaisten kanssa olla missään tekemisissä siinä vaiheessa...mua ei kiinnosta niille jutella mitään...”*

Eräällä potilaalla oli äiti vierellään heräämössä. Potilas koki, että sairaanhoitaja puhui hänen äidilleen enemmän kuin hänelle. Sairanhoitajan kosketus tuntui epäluontevalta äidin ollessa läsnä, koska äiti täytti fyysisen läheisyyden antajan paikan. Potilasta helpotti avoin keskustelu äidin kanssa, ja se lisäsi mielekkyyttä heräämöhöhoitoon. Hän koki omaisen läsnäolon tarpeellisena itselleen heräämöhoidon aikana.

*”Hoitaja puhui äidille enemmän kuin mulle...”*

*”Olis ollu mun mielestä jotenkin vähän epäluontevaa, et se olis hirveesti koskettanu mua siinä vaiheessa, kun mun äiti oli siinä.”*

Vaikka omainen ei fyysisesti useimmilla potilailla ollutkaan läsnä heräämössä, läheiset ja ystävät olivat kuitenkin potilaiden ajatuksissa. He kokivat mielessään vahvasti läheisten rakkauden ja huolenpidon. he kokivat myös kiitollisuutta ystäväistä ja heidän rukouksistaan.

*”Olin kiitollinen ystäväistäni, heidän rukouksista ja koin mielessäni vahvasti läheisten rakkauden ja huolenpidon.”*

### 7.2.4 Kipu

Osa potilaista koki heräämössä ollessaan kovaa kipua. He kokivat myös, ettei kivuille voinut mitään, ja ne kuuluivat leikkauksesta toipumiseen. Sairaanhoitajat kysyivät kipulääkkeen tarvetta usein ja lääkitystä sai aina tarvittaessa. Jotkut potilaat kieltäytyivät kipulääkityksestä, kunnes kivut olivat ylivoimaisia. Kipulääkkeisiin oltiin tyytyväisiä, etenkin morfiini koettiin positiivisena, avun heti tuovana lääkkeenä, vaikka siitä tulikin sivuvaikutuksena sekavuutta.

*”Varpaan pää oli siinä kauheen kipee.”*

*”Oon tyytyväinen siihen kipulääkitykseen, mitä hoitajat tarjoaa.”*

*”Kun sää siinä heräät, niin sullahan on kipuja ja ei sille voi yhtään mitään että kyllähän ne tuo sitten jotain lääkettä jos ne on ihan ylivoimaisia kipuja...kyllä siellä kysyttiin, ne kysyy aina, et haluaako kipulääkettä.”*

*”Kun mää siitä heräsin niin silloin olin niin kipeä, että jouduin pyytään kipulääkettä ja siinä annettiin heti jotain morfiinityylistä ratkaisua ja se oli sellainen lääke, että kipu lähti samntien ja pääkin oli ihan sekaisin. Se oli tosi positiivinen lääkitys siihen hetkeen.”*

Osalla potilaista ei ollut mainittavia kipuja lainkaan.

*”Kipuja ei heräämössä ollut.”*

*”...ei mitään mainittavia kipuja...”*

### 7.2.5 Selkäydinpuudutus

Potilaat mainitsivat pohtineensa puudutuksesta toipumista eri kannoilta. Useat kokivat huolta ja ihmetystä puudutuksen pitkästä kestosta. He tunnustelivat jalkojaan ja yrittivät liikuttaa niitä. Potilaat kokivat vain maanneensa ja odottaneensa puudutuksen poistumista.

*”Tunnustelin jalkojani...ne olivat pitkään puuduksissa...”*

*”Seurasin vain jalkojani koska ne alkavat liikkua.”*

Sairaanhoitaja antoi tietoa puudutuksen kestosta, ja kertoi että siinä oli yksilöllisiä eroja tai puudutusaineen määrä oli ollut suurehko. Tämä informaatio rauhoitti potilaita huomattavasti. Puudutuksesta toipuminen koettiin kuitenkin helpommaksi kuin yleisanestesiasta toipuminen.

*”Mä ihmettelin, ne oli jo sanonu mulle, et milloin se (puudutus) menee (poistuu), ja sit se ei mennykkään silloin kun sen olisi pitänyt mennä, niin silloin mä sit kysyin, että onks tää nyt jotain kummallista. Sit ne vaan totes, et sitä on ilmeisesti laitettu vähän enemmän tai se vaikuttaa vähän eri tavoin kaikilla, ja mää rauhotuin...”*

*”...puudutus tuntui vaan jatkuvan ja jatkuvan, niin siitä mää kysyin sitte...”*

Joillakin potilailla puudutuksen kesto taas oli lyhyehkö, ja he ihmettelivät sitä. Potilaat kokivat myös hoitajien ihmettelevän puudutuksen poistumisen nopeaa tahtia. Sairaanhoidtajien kehotukset kohottaa ja liikuttaa jalkoja jäivät mieleen, ja ne lisäsivät omaa tietoisuutta puudutuksen poistumisen tarkkailuun.

*”Siellä kävi hoitajat mua oikein koko ajan kattomassa, ja sanoivat, että joko jalat liikkuu ja sanoivat, että ihmeen hyvin ne siinä alkoi liikkumaan...”*

*”Jalat alkoi toimia niin kovin äkkiä, harvinaista, hoitaja sanoi, että nosta niitä jalkoja ja mää sanoin että juu mää nostan, ne ihmettelikin miten ne jalat nyt jo liikkuu.”*

*”...jalat alkoi niin äkkiä liikkumaan...”*

### **7.2.6 Pahoinvointi**

Puudutetuilla potilailla ei ollut pahoinvointia, eikä kuvotuksen tunnetta. Silti potilaat tunsivat yleisen olotilansa huonoksi.

*”Mulla ei ollut pahoinvointia, eikä mitään sellasta kuvotusta.”*

Yleisanestesian jälkeen potilaat kokivat pahoinvointia. He oksensivat ja nenästä valui eritettä.

*”Räkää valuu poskelta ja mä oksensinkin muutaman kerran, kun oli niin huono olo ja oksennus valuu tyynylle...”*

### **7.2.7 Lääkitykseen liittyvät tuntemukset**

Potilaat olivat saaneet selkäydinpuudutuksen lisäksi toimenpiteessä rauhoittavia lääkkeitä, ja tästä johtuen he kokivat olonsa tokkuraiseksi ja sekavaksi heräämössä. Potilaat kuvailivat oloaan omituiseksi ja uupuneeksi. He kokivat, että vahva lääkitys väsytti hei-

tä, ja etteivät he olleet aivan kunnossa henkisesti. Tunteet olivat pinnassa ja sekavat unet aiheuttivat halua lähteä sängystä ja yrityksiä paeta heräämöstä.

*”Vahvat lääkkeet saivat olon väsyneeksi ja tunteet olivat pinnassa.”*

*”Lääkehuuruudessa olossa...”*

*”Mä olin kyllä aika kujalla vielä siinä kohtaa.”*

*”Tunsin oloni niin sekavaksi.”*

*”Olin niin uupunut leikkauksesta.”*

*”Oli mulla sellanen omituinen olo, olin saanut jotain rauhoittavaa leikkauksessa.”*

### **7.3. Potilaan olotila**

#### **7.3.1 Halu olla yksin**

Potilaat halusivat myös olla yksin. He eivät kaivanneet sairaanhoitajan jatkuvaa läsnäoloa, kosketusta, eivätkä sitä että hoitaja kävisi heidän luonaan jatkuvasti kyselemässä vointia. He halusivat maata sängyllä rauhassa ja odottaa olon paranemista.

*”Mä halusin olla yksin, ei mua kiinnosta sellanen, et mua tullaan siihen koko ajan läpiköimään ja kyselemään...”*

*”Haluan makoilla siinä vaan ihan rauhassa.”*

#### **7.3.2 Hyvänolon tunne**

Osa potilaista koki olonsa heräämössä tyytyväiseksi ja hyväksi. Heillä ei ollut ahdistusta, he kuvasivat mielensä olevan rauhallinen ja levollinen. Näillä potilailla ei ollut pelkoja ja he olivat hoitoon kokonaisuudessaan tyytyväisiä ja kokivat kokemuksen olleen pelkästään positiivinen.

*”Mulla oli ihan kuule semmonen hyvä, rauhallinen mieli, ei ollu minkäänlaista ahdistusta, vaikka yleensä olen kovin arka kaikkien asioiden kanssa. Mulla oli ihan mahdolloman hyvä olla siinä.”*

*”Mulle ei tullu minkäänlaista ahdistusta.”*

*”Than tyytyväinen olen kaikin puolin.”*

Potilaat kokivat, että heräämökokemus on jokaisella yksilöllinen. He olivat myös kiitollisia saamastaan hoidosta.

*”Olin kiitollinen kaikesta saamastani hoidosta.”*

### 7.3.3 Pelot ja epäilykset

Potilaille oli myös pelkoja ja epäilyksiä ollessaan heräämössä. Etenkin heräämööseen tullessa heillä oli vahvoja pelon tuntemuksia ja he kuvailivat olleensa epäileväisiä kyseisestä hoitopaikasta.

*”Pelkoni ja epäilykseni olivat vahvoja heti heräämööseen tullessa.”*

Negatiiviset tunteet kuitenkin lieventyivät melko pian heräämössä ollessa. Silti potilaat kokivat avutonta oloa, huolta omasta voinnista ja hämmästyksiä kaikesta. He pohtivat, milloin pystyisivät hengittämään ilman happinaamaria. Myös yhtäkkiä ilmaantuvaa voimakasta kipua pelättiin.

*”Mielessäni oli pelkoja omasta voinnista...mietin koska pystyn hengittämään ilman maskia...”*

*”Oli niin avuton olo.”*

*”pelkäsin, iskeekö kipu yhtäkkiä voimakkaana jalkaan.”*

Potilaat olisivat halunneet, että sairaanhoitaja olisi sanonut, ettei ole mitään hätää.

*”Olin halunnut kuulla, ettei ole hätää, hoitajat ovat vierellä tarvittaessa auttamassa...”*

Potilaille oli epäilyksiä, että sairaanhoitajan runsas läsnäolo heidän luonaan johtui pelkästään ainoana potilaana olosta. He ajattelivat, että jos heräämössä olisi ollut ruuhkaista, hoitaja ei olisi ollut luona niin paljon.

*”Hoitaja oli koko ajan lähellä ja saatavilla, mutta se liittyi varmaan siihen, että oli niin hiljaista koko ajan.”*

Potilaille oli myös ajatuksia, että hoitajat haluaisivat nopeasti kotiin, koska he olivat ainoita potilaita. He epäilivät että potilaan siirtyessä osastolle, myös sairaanhoitaja pääsisi lähtemään kotiin työvuorostaan. Tällaisia asioita ei kuitenkaan näkynyt hoitajien käytöksestä millään lailla, vaan nämä olivat puhtaasti potilaan ajatuksia ja pohdintoja.

*”Mä ite järkeilin sen niin, et ne halus himaan, koska mä olin viimeinen siellä. Mut sit toisaalta, ei se mitenkään näkyny hoitajista.”*

### **7.3.4 Huoli tulevasta**

Potilaat pohtivat tulevaan kuntoutukseen liittyviä asioita. Erästä potilasta fysioterapeutti kävi tapaamassa jo heräämössä, vaikka se ei yleisesti ottaen olekaan tapana. Sairaanhoitajat eivät kertoneet riittävästi kuntoutuksesta, ja tuleva kuntoutus mietitytti potilaita. Vaikka huolta tehdystä toimenpiteestä ei ollutkaan, potilaat olivat kuitenkin murheellisia siitä, etteivät pääsisi pitkään aikaan urheilemaan ja käyttämään jalkojaan normaalisti. Kuntoutuksen kesto aiheutti myös murhetta.

*”Heräämössä ei annettu minkäänlaista tietoa kuntoutuksesta.”*

*”Joutuu taas tekeen kaiken maailman liikkeitä.”*

*”Mua mietitytti, et millonka tästä pääsee taas tekeen jotain, kun kipsi on sen 6-7 viikkoa ja toipuminen vie vähintään puoli vuotta normaalikuntoon.*

*”Miten tästä nyt kuntoudutaan...”*

## **7.4. Sairaanhoitajan suorittamat tekniset toiminnot**

### **7.4.1 Kliiniset taidot**

Potilaille oli vahva luottamus sairaanhoitajiin ja heidän suureen ammattitaitoonsa. He kokivat, että sairaanhoitajat tiesivät mitä tekivät ja suorittivat hoitotoimenpiteet varmin ottein. Potilaat luottivat hoitajan osaavan hoitaa heitä parhaalla mahdollisella tavalla, ja arvioida toipumisen kulun täydellisesti.

*”Luottoni sairaanhoitajien ammattitaitoon on hyvin vahva. Luotan, että he osaavat hoitaa minua oikealla tavalla.”*

*”Luotin kyllä heräämön hoitajaan täysin.”*

*”Sairaanhoitajat olivat varmaotteisia ja näyttivät tasan tarkkaan tietävän, mitä tekevät.”*

*”Hyvin he hoitivat tarvittavat mittaukset.”*

Jotkut potilaat kokivat, että sairaanhoitajat tarkkailivat pelkkiä monitoreja unohtaen itse potilaan. Heillä ei ollut kovin hoidettu olo. Nämä potilaat kokivat, että sairaanhoitajat eivät pysty ihmeisiin ja tekevät sen, minkä voivat.

*”...no kyllähän ne (sairaanhoitajat) siinä sen tekee mitä ne voi, eihän nekään nyt ihmeisiin pysty...”*

*”Niitä monitorejahan ne tuijottaa vaan.”*

*”...ei siinä nyt mitenkään ylikorostetun hoidettu tunnekkään tule...”*

Jotkut potilaat kokivat tiedon saannin joiltakin osin puutteelliseksi. Potilaat toivoivat, että hoitaja olisi kertonut leikatun jalan asennosta ja kiinnittänyt siihen enemmän huomiota.

*”Heräämössä ei annettu jalan asennosta minkäänlaista ohjausta.”*

#### **7.4.2 Komplikaatioiden hoito**

Potilaat kiinnittivät huomiota komplikaatioihin ja niiden puuttumiseen. He tarkkailivat muun muassa haavojaan heräämössä, pohtivat mahdollista verenvuotoa ja haavojen kiinni pysymistä. Komplikaatiot liitettiin myös sairaanhoitajan läsnäolon määrään, jos niitä ei ollut, ei sairaanhoitajakaan ollut potilaan luona niin paljoa. Mahdolliset komplikaatiot tekivät helposti koko heräämöjaksosta huonon kokemuksen.

*”Omalla kohdallani ei ollut mitään komplikaatioita, joten hoitajien ei tarvinnut luonani paljoa olla.”*

*”Haavat oli ensin hyvin kiinni heräämössä, siinä ne (sairaanhoitajat) niitä hoiti...”*

*”Komplikaatio teki koko kokemuksesta erittäin huonon...”*



### 7.4.3 Eritystoiminnasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen

Puudutuksesta toipuessa virtsaaminen ei ollut helppoa, ja vessaan ei saanut lähteä. Sairaanhoidaja tiedusteli potilailta virtsaamisen tarpeesta ja mittasi myös ultraäänellä virtsan määrää rakossa.

*”Pottaan pissaaminen puutuneella pepulla ei onnistunut lainkaan.”  
 ”...hoitaja kysyi, onko minulla virtsaamisen tarvetta. Vastasin, että vähän.  
 Hän mittasi ultralaitteella ja hämmästytti kuinka täysinäinen rakkoni oli.”*

Potilaat kokivat epämiellyttäväksi alusastiaan virtsaamisen sängyssä. Se ei tuntunut luontevalta.

*”Olin järkyttynyt, kun piti virtsata pottaan sängyssä.”*

Isona huolena potilaat kokivat sen, etteivät he saaneet syödä pitkään aikaan mitään. Näälätunne oli kova. Juotavaa heille tarjottiin, ja se koettiin mielekkäänä. Sairaanhoidajat tarjosivat suun kostuketta usein.

*”Tuli hirveen pitkä aika, milloin mä en saanut syödä.”  
 ”Pahinta oli se, kun ei saanu syödä.”  
 ”Kyllä ne antoi koko ajan sillä ruiskulla vettä suuhun...”*

## 7.5. Sairaanhoidajan suorittamat huolenpitotoiminnot

### 7.5.1 Avun saanti

Potilaat kokivat merkittäväksi avun saamisen sairaanhoitajilta. He kokivat, että hoitajat kävivät heidän luonaan usein ja olivat jatkuvasti lähellä tai ainakin saatavilla. Jos potilas yritti nousta sängystä, sairaanhoitaja tuli nopeasti paikalle. Tieto siitä, että hoitajaa voi kutsua luokseen tarvittaessa rauhoitti potilaita. Etenkin juuri heräämööseen tullessa hoitajan esittäytyminen ja läsnäolo koettiin tärkeäksi. Useimmat potilaat kokivat, että sairaanhoitajat kehottivat heitä kertomaan, mikäli heillä olisi huolia tai muuten tarvitsisivat hoitajan apua. Näillä potilailla oli tieto siitä, miten hoitajaa kutsutaan luokse.

*”Ne aina sano, että kutsu jos tulee jotain, kyllähän nyt keskivertoälykkyydellä varustettu ihminen osaa kutsua hoitajat jos tulee kauhee hätä, paitsi jos on oikeesti huonossa kunnossa.”*

*”Lappaahan niitä nyt siitä ohi vähän väliä, et jos nyt jotain tulee, niin kylä niiltä voi kysyä.”*

*”...se kirmas aina paikalle, et ei lähetä vielä minnekään...se tapahtu kyllä monta kertaa ja joka kerta se kiltisti selitti mulle, ettei voi vielä lähte...”*

Toiset potilaat olisivat halunneet, että sairaanhoitaja olisi ollut läsnä enemmän. Heillä oli tunne, että hoitaja lähti luota pois liian nopeasti, eikä heidän olinpaikkaansa tiennyt. Potilailla oli huoli siitä, miten saa apua, onko sängyssä soittokelloa vai pitääkö huutaa saadakseen apua. He olivat huolestuneita siitä, että kuullaanko heidän mahdollinen häntänsä. He toivoivat, että hoitaja olisi sanonut että on vierellä tarvittaessa auttamassa.

*”...hän (sairanhoitaja) lähti heti pois, ja ihmettelin missä hän oikein on ja nostin päätäni katsoakseni missä hän on. Mietin vaan sitä, että kuuleeko ja huomaako hoitaja jos minulle tulee joku hätä. Mietin kyllä vieläkin, miten olisin saanut apua, huutamalla vai oliko minulla soittokello sängyssä.”*

## 7.5.2 Musiikki

Toiset potilaat olisivat halunneet kuunnella musiikkia, mutta heidän mukaansa kaikilla potilailla pitäisi olla mahdollisuus valita oma musiikin lajinsa. Kaikkia potilaita ei voi miellyttää sama musiikki. Toisaalta potilaat kokivat, että heräämössä on niin paljon muuta ajateltavaa, ettei televisiota tai musiikkia kaivata. He olivat myös sitä mieltä, ettei musiikki parantaisi heidän oloaan.

*”...pitäisi olla musiikinvalintamahdollisuus ja kaikille omansa...ei tosiaankaan huvita kuunnella mitään iskelmää...”*

*”On kyllä ollu sellanen olo, ettei oo kiinnostanu kuunnella mitään musiikkia.”*

*”Mulle on ihan sama onko siellä mitään musiikkia tai...ei se ainakaan sitä olo paranna...”*

### 7.5.3 Omaha hoitajuus

Potilaat kokivat epämiellyttävänä sairaanhoitajien vaihtuvuuden. He olisivat toivoneet, että heitä olisi hoitanut koko ajan sama hoitaja, mutta toisaalta he ymmärsivät vuorojärjestelyt ja ruokatauot.

*”Tietenkin olisi mukava, jos minua hoitaisi koko ajan sama hoitaja. Mutta ymmärrän kyllä työvuorojen, ruokataukojen ja sellaisten vaikutukset.”*

## 7.6. Sairaanhoitajan persoona

### 7.6.1 Henkilökohtaiset ominaisuudet

Potilaat kokivat sairaanhoitajat ystävällisinä ja mukavina. Sairaanhoitajien vastaanotto heräämööseen tullessa tuntui potilaista hyvältä. Heidät koettiin myös varmaotteisiksi ja ammattitaitoisiksi.

*”Hoitajat oli kaikki kauheen ystävällisiä.”*

*”Hetimit heräämööseen tultua sairaanhoitaja otti vastaan, se tuntui hyvältä.”*

*”Hoitajat olivat ystävällisiä ja ammattitaitoisia.”*

*”Ne olivat ystävällisiä ja varmaotteisia.”*

Erityisesti sairaanhoitajien kärsivällisyys jäi monien potilaiden mieleen.

*”Hoitaja oli hyvin kärsivällinen. Kun yritin paeta sieltä moneen kertaan, niin hyvin kärsivällisesti se aina pisti mut takaisin nukkumaan. Hoitajan kärsivällisyys jäi erityisesti mieleen, koska mä tosiaan yritin aika monta kertaa raivolla lähtee niin...”*

Sairaanhoitajien antama henkinen tuki koettiin merkittäväksi. Potilaat ymmärsivät kuitenkin, ettei huolenpito voi olla kovin henkilökohtaista, ja että hoitajien määrä oli rajallinen ja he ovat kiireisiä. Potilas, jonka vierellä oli omaisen heräämöhoidon ajan, olisi toivonut hoitajalta enemmän läsnäoloa ja kosketusta. Hän kuitenkin arveli näiden asioiden puutteen johtuvan juuri omaisen läsnäolosta, ja siitä, että hoitaja oletti omaisen huolehtivan näistä potilaan tarpeista.

*”Työtähän ne siellä vaan tekee ja sen nyt kaikki ymmärtää, ettei ne voi siellä henkilökohtaisesti alkaa ketään paapoon.”*

*”Jos mä olisin ollut yksin, mä olisin halunnut, et se olis ollut siinä enemmän ja esimerkiksi koskettanut mua...”*

Potilaat pohtivat myös hoitohenkilökunnan ulkoisia ominaisuuksia. He mainitsivat muun muassa hoitajien sukupuolen, ikäluokan ja mahdollisen viehättävyyden.

*”...”sekä mies- että naishoitajia...”*

*”Hoitaja oli nuori nainen...”*

*”Muistan, että siellä oli muutama aika hyvännäköinen hoitaja ja mietin mielessäni, että tossapa on aika hyvännäköisiä hoitsuja. Kyllä mä aina kiinnitän huomiota hoitsuihin, aina kun mä herään, niin kiinnitän huomiota hoitsuihin, et onko siellä rumia vai kauniita naisia.”*

## 8 POHDINTA

### 8.1. Eettiset kysymykset

Tutkimuksen tekemisessä eettiset seikat ovat hyvin merkittäviä, epäonnistuminen eettisissä kysymyksissä saattaa viedä pohjan koko tutkimukselta. Tutkimusetiikassa on kyse monista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkimuksen tekijän on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. Laadullisessa tutkimuksessa haasteet syntyvät esimerkiksi vaikutuksista, joita tutkimuksella voi olla siihen osallistuvien elämään. Aiheen valinta ja tutkimuskysymyksen muodostaminen ovat sinänsä jo merkittäviä eettisiä ratkaisuja. Tutkimusetiikassa periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus. Myös rehellisyys, luottamus ja kunnioitus tulee ottaa huomioon keskittyessä eettisiin kysymyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa haitan välttäminen tarkoittaa eri asiaa, kuin esimerkiksi luonnontieteellisessä tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen tutkija tutkii inhimillistä vuorovaikutusta eri ilmenemismuodoissa. Tutkimuksen piirissä olevat ilmiöt kuuluvat ihmisten sosiaaliseen kokemusmaailmaan. Näin ollen eettiset kysymykset koskevat pohjimmiltaan ihmisten henkilökohtaiseen elämänpiiriin ja kokemuksiin kajoamista. Mitä arkaluontoisempi tai vaikeampi aihepiiri on, sitä tarkemmin tutkimuksen tekijä joutuu näitä seikkoja pohtimaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 137-147.)

Suomessa on myös sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat myös kansallinen lainsäädäntö sekä erilaiset ohjeet. Tutkimusetiikka voidaan jakaa myös tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan kyseessä olevan tieteenalan luotettavuutta ja totuudellisuutta. Tällöin tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteeseen ja tutkimusprosessiin. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka taas käsittelee sitä, miten ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten asiaa tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.)

Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen (2013) mukaan hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset lähtökohdat tutkimuksessa ovat potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti,

haavoittuvat ryhmät, lapset tutkimukseen osallistujina ja tutkimuslupa. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 223.)

Tämä tutkimus ei ole vahingoittanut ketään fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Tutkimuksen tavoite on perustellusti ja julkisesti ilmaistu. Tutkimuksessa saadut tulokset kaikista neljästä informantista on kaikki julkaistu. Tutkimuksen nimissä ei ole kerätty tietoa muuhun käyttötarkoitukseen. Anonymiteettiä kunnioitettiin ja tutkimuksessa ei mainittu tiedonantajien nimiä. Plagiointia ei ole tapahtunut ja kaikki käytetyt tietolähteet on mainittu. Teoreettisten lähtökohtien kaikki tutkimukset on valittu niin, että niissä kaikissa on noudatettu hyvää tutkimusetiikkaa, eikä tutkittavien suojaa koskevia normeja ole rikottu. Tutkimustuloksia ei ole sovellettu tutkijan mieltymysten mukaisesti, vaan ne raportoitiin rehellisesti. Lähteet ja viitteet on merkitty sääntöjä noudattaen. Tutkijan oma arvolähtökohta vaikutti jossain määrin siihen, kuinka hän ymmärsi aineistosta heidän kokemuksia käsittävät sanayhdistelmät.

## **8.2. Tutkimuksen luotettavuus**

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä tai laadullisen tutkimuksen eri menetelmiin kuuluvilla luotettavuuskriteereillä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (trustworthiness) voidaan arvioida esimerkiksi uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä ja siirrettävyydellä. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja tämän osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän on siis varmistettava, että tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden ihmisten käsityksiä tutkimuskohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-134; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205.) Tässä tutkimuksessa tutkija piti tutkimuspäiväkirjaa. Tutkija on myös ollut riittävän kauan aikaa tekemisissä tutkittavan asian kanssa. Nämä seikat vahvistavat tutkimuksen uskottavuutta. Uskottavuutta heikentää se, ettei tässä tutkimuksessa ole keskusteltu tutkimuksen tuloksista eri vaiheissa tutkimukseen osallistuvien kesken. Toinen heikentävä tekijä on se, ettei triangulaatiota esimerkiksi aineiston suhteen ole käytetty.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää koko tutkimusprosessin kirjaamista niin, että myös toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua (Kylmä & Juvakka 2007, 127-134; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205). Tässä tutkimuksessa tutkimusprosessi on kuvattu selkeästi esimerkein ja taulukoin. Tutkimuksen tekijä on tehnyt myös muistiinpanoja tutkimuksen prosessin eri vaiheista.

Reflektiivisyys edellyttää sitä, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007, 127-134; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205). Tutkija on arvioinut omia lähtökohtiaan rehellisesti. Lähtökohdat vaikuttavat siihen, miten tutkija on tulkinnut aineistoaan. Myös aiemmin tehdyn kirjallisuuskatsauksen merkitystä tutkijan ennako- odotuksiin aineistosta on pohdittu.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimusten tulosten siirrettävyyttä muihin samankaltaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 127-134; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205). Tässä tutkimuksessa on annettu tietoa tutkimukseen osallistujista informatiivisesti. Toimintaympäristö on myös kuvattu yksityiskohtaisesti. Näin lukijan on helpompi arvioida tulosten siirrettävyyttä.

Laadullisen terveystutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella myös tutkimusprosessin vaiheiden mukaan. Tällöin tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, asetelmaan ja otoksen valintaan. Analyysi, tulkinta, reflektiivisyys ja tutkimuksen relevanssi ovat myös erittäin merkittävässä asemassa. Aina on muistettava, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on tarkasteltava sen omista lähtökohdista käsin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-134; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen sisältyy myös kritiikkiä. Pienet otokset, subjektiivisuus sekä satunnaistamisen ja yleistettävyyden puute joutuvat kritiikin kohteeksi. Tällöin laadullista tutkimusta arvioidaan määrällisen tutkimuksen näkökulmasta. Koska ollaan tekemisissä kertomuksien, tarinoiden ja merkityksien kanssa, ei ole mahdollista saada tilastollisesti yleistettävää tietoa määrällisen tutkimuksen tapaan. Tämä ei tee laadullisesta tutkimuksesta silti vähemmän tieteellistä tai luotettavaa, vaan tieteen piirissä ollaan suuntauksesta riippumatta kiinnostuneita aina siitä, että tutkimus tehdään huolellisesti, eettisiä periaatteita ja menetelmällistä tarkkuutta noudattaen. (Kylmä & Juvakka

2007, 16 & 133.) Tässä tutkimuksessa otos oli pieni, neljä haastateltavaa, mutta aineisto näistä haastatteluista oli laaja, kattava ja yksityiskohtainen. Litteroitua aineistoa oli 34 A4- sivua. Teoreettinen saturaatio saavutettiin neljän haastattelun jälkeen. Tämä tutkimus on toteutettu huolellisesti, eettisiä periaatteita ja menetelmällistä tarkkuutta noudattaen otoksen pienuudesta huolimatta.

Sisällön analyysin luotettavuutta tarkasteltaessa on otettava huomioon se, että analyysimenetelmä on valittu sopivasti suhteessa tutkimustehtävään. Analyysin kuvaus on oltava selkeä ja toteutettu asianmukaisesti. Analyyttistä prosessia ja aineiston luokitteluperusteita tulee kuvata. Täytyy tarkastella, että todella on edetty aineiston ehdoilla, eikä ohjaavan teoreettisen orientaation ehdoilla. Aineiston analyysin onnistuneisuudesta tulee olla varmistunut, sen tulee kuvata sitä, mitä on tarkoitus kuvata. (Kylmä & Juvakka 2007, 130-133.) Tässä tutkimuksessa analyysiprosessi on toteutettu asianmukaisesti ja kuvattu tarkasti. Analyysissä on pyritty etenemään aineiston ehdoilla. Aikaisemmin tehty kattava kirjallisuuskatsaus vaikutti hieman tutkijan ennakko- odotuksiin aineistosta nouseviin tuloksiin. Tätä voidaan pitää luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Koko tutkimusprosessin yksityiskohtainen kuvaaminen on tämän tutkimuksen luotettavuutta lisäävä tekijä.

### **8.3. Tulosten tarkastelua**

Tutkimustulosten mukaan aikuispotilaiden kokemukset heräämöhoidosta voidaan jakaa kuuteen yläkategoriaan: hoitoympäristö, potilaan integriteetti, potilaan olotila, sairaanhoitajan suorittamat tekniset toiminnot, sairaanhoitajan suorittamat huolenpitotoiminnot ja sairaanhoitajan persoona. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa aikuispotilaiden heräämökokemuksista. Tutkimustulokset antavat anestesia-sairaanhoitajille mahdollisuuden kehittää asiakaslähtöistä hoitotyötä heräämössä. Tämä mahdollistaa sen, että asiakas saa omiin tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin perustuvaa hoitoa, mikä lisää talouden näkökulmasta myös järkevää, tuloksellista ja turvallista hoidon toteuttamista. Eniten potilasvalituksia tulee Tays:n kirurgisella leikkausosastolla juuri heräämöhoidon saralta, joten on tärkeää saada tietää, mitä asioita potilaat kokevat merkityksellisiksi heräämöhoidossa.



Vaikka tiedonantajia tässä tutkimuksessa onkin vain neljä henkilöä, aineisto on laaja ja yksityiskohtainen. Haastattelut olivat pitkiä, syvällisiä ja yksityiskohtiin meneviä. Saturaatio saavutettiin jo neljän haastattelun jälkeen.

Joanna Briggs Instituutin julkaiseman Musiikki interventiona sairaalassa- hoitosuosituksen mukaan musiikin käyttö saattaa vähentää kirurgiseen tai kivuliaaseen toimenpiteeseen liittyvää kipua ja kivun hoidossa tarvittavien kipulääkkeiden määrää. Musiikin kuuntelulla on jonkin verran tehoa psykologisesti ilmenevän ahdistuksen ja ahdistuksen hoidossa tarvittavan rauhoittavan lääkityksen määrän vähentämisessä. Musiikin kuuntelu alentaa sydämen sykettä, verenpainetta, hengitystiheyttä ja veren kortisolitasoa. (JBI- hoitosuositus 2009.) Tämän tutkimuksen mukaan toiset potilaat olisivat halunneet kuunnella musiikkia, mutta heidän mukaansa tällöin kaikilla potilailla pitäisi olla mahdollisuus valita oma musiikin lajinsa. He kokivat, ettei kaikkia potilaita voi miellyttää sama musiikki. Toisaalta potilaat kokivat, että heräämössä oli niin paljon muuta ajateltavaa, ettei musiikkia kaivata. He olivat myös sitä mieltä, ettei musiikki parantaisi heidän oloaan.

Joanna Briggs Instituutin julkaiseman Sairaalojen vierailuikäkäytäntöjen vaikutus lapsi- ja aikuispotilaisiin sekä heidän vieraisiinsa- hoitosuosituksen mukaan joustava vierailukäytäntö lisää potilaiden ja läheisten tyytyväisyyttä. Myös hoitajat raportoivat avoimen vierailukäytännön eduista potilaalle: ahdistuksen väheneminen, emotionaalisen tuen lisääntyminen, ikävystymisen väheneminen, elämänhalun lisääntyminen. Hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden edistäminen edellyttää potilaiden läheisten mukanaoloa hoidossa ja ohjaustilanteissa. (JBI- hoitosuositus 2010.) Tämän tutkimuksen mukaan toiset potilaat eivät kaivanneet lainkaan omaisiaan heräämöhön. Pelkkä tieto omaisten näkemisestä osastolla rauhoitti mieltä. Potilaat eivät halunneet omaisten näkevän heitä huonossa kunnossa tai huonovointisena. He kokivat myös, että jos omaiset olisivat olleet läsnä heräämössä, he olisivat joutuneet itse lohduttelijan rooliin lohduttamaan omaisiaan. Potilaan olisi pitänyt keksiä, mitä heille sanoo ja tukemaan heitä, vaikka oma olo olikin huono. Eräs potilas kuvasi heräämön olevan viimeinen paikka, mihin perheenjäseniään olisi halunnut. Puhelimellakaan ei haluttu yhteyttä omaisiin. Siinä tapauksessa, että potilaat jäisivät yöksi heräämöhön, omaiset olisivat tervetulleita katsomaan heitä.

#### **8.4. Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet**

**Aito asiakaslähtöisyys perustuu sen tiedostamiseen, että asiakas on aina oman tilansa paras asiantuntija.**

Aikaisemmin terveydenhuollossa strategiat, suunnitelmat ja palvelut on laadittu ammattilaisten toimesta asiakkaita varten ilman, että potilaat olisivat voineet niihin vaikuttaa. Asiakas on toiminnan kohde, jolta on viime vuosina kysytty lähinnä sitä, miten hän on kokenut saamansa palvelun. Terveydenhuollon tehtävänä on auttaa ja tukea häntä hänen terveytensä tai sairautensa hoitamisessa ja oikeiden päätösten tekemisessä arkitilanteissa. Asiakaslähtöisessä toiminnassa ammattilaiset hyödyntävät hoidossa potilaiden kokemuksellista tietoa heidän sairaudestaan. Asiakaslähtöinen palvelu kuvataan ihmistä arvostavaksi oppimisprosessiksi. (Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016, 6-7.)

**Terveydenhuoltolain muutoksen perusteella tarvitaan uudenlaista ja laajempaa, asiakaslähtöisempää näkökulmaa alueellisten terveystalujen kehittämiseksi.**

Terveydenhuoltolaki toi asiakkaille mahdollisuuden valita haluamansa hoitopaikan tämän vuoden alusta. Tämän perusteella tarvitaan uudenlaista ja laajempaa, asiakaslähtöisempää näkökulmaa alueellisten terveystalujen kehittämiseksi. Painopistettä on ehdottomasti siirrettävä organisaatioista asiakkaisiin. Uudistus haastaa palveluntuottajat uudella tavalla huomioimaan asiakkaat, jotta nämä eivät ”äänestä jaloillaan”, vaan ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kertovat siitä myös eteenpäin. Hoitojärjestelmän tavoitteena on ollut tarjota palveluita kaikille tasapuolisesti samanlaisina huomioimatta asiakkaiden omia kykyjä tai osaamista. Asiakaslähtöisyys on ensisijaisesti tahdon asia, eikä se tuo lisäkustannuksia. Potilaiden ottaminen mukaan terveystalujen kehittämiseen ja palvelujärjestelmän muuttaminen asiakaslähtöiseksi parantaa terveydenhuollon vaikuttavuutta ja asiakastyytyväisyyttä. Se takaa julkisen terveydenhuollon olemassaolon oikeutuksen ja vahvistaa mahdollisuuksia pärjätä kiristyvässä kilpailussa toisia hoitopaikkoja ja yksityistä sektoria vastaan. (Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2013-2016, 6-7.)

Asiakkaan valinnanvapaus hoitopaikastaan lisää haasteita myös Taysin leikkaus- ja anestesiaosaston heräämölle. Yhä enemmän on kiinnitettävä huomiota potilaan asiakaslähtöiseen kohteluun. Potilaalle on tarjottava miellyttävä, laadukas kokemus heräämöhoidosta. Heräämöhoidosta ja potilaiden kokemuksia siitä on tutkittu vähän, joten jatkossa

näitä molempia olisi hyvä tutkia lisää. Etenkin potilaiden kokonaisvaltaisista kokemuksista heräämöhoidon aikana tiedetään tällä hetkellä vähän.

## LÄHTEET

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä: suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115.

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2008. Näytön jäljillä: Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turku: Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12, 5. painos.

Glasziou, P., Irwig, L., Bain, C. & Colditz, G. 2001 *Systematic reviews in health care. A practical guide.* University Press, Cambridge.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (1), 105–112.

Hallsröm, I. & Elander, G. 2001. A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 15 (1), 228-234.

Idvall, E., Hamrin, E., Sjöström, B. & Unosson, M. 2002. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Quality & Safety Health Care*, 11 (1), 327- 334.

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä.* Helsinki: WSOYpro Oy.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37–45.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus.* Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (2), 23–29.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettu 12.2.2013. [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992).

Latvala, E. & Vanhanen- Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkanen, M. (toim). *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä.* Helsinki: WSOY. 21-43.

Musiikki interventiona sairaalassa. 2009. Joanna Briggs Institute. *Best Practice* 13 (3).

Palveluja elämän tähden: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2012-2016. Luettavissa: [www.tays.fi](http://www.tays.fi)

Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2006. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus- yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki :WSOY. 222-232.

Pirkanmaan Terveystieteiden Järjestämissuunnitelma Vuosille 2013-2016, 6-7.

Potilasturvallisuusopas: Potilasturvallisuuslainsäädännön ja – strategian toimeenpanon tueksi. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011.

Sairaaloiden vierailuajankäytäntöjen vaikutus lapsi- ja aikuispotilaisiin sekä heidän vieraiksiinsa. 2010. Joanna Briggs Institute. Best Practice 14 (14).

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011 Näyttöön perustuva toiminta: Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro.

Schmidt, N. & Brown, J. 2008. Evidence- Based Practice for Nurses: Appraisal and Application of Research. USA: Jones and Bartlett Publishers.

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2011:5.

Suomen sairaanhoitajaliitto. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä- käsikirja hoitotyösuositusten laadintaan. Tulostettu 1.8.2013.

*Kirjallisuuskatsaus:*

01. Person, K. & Östman, M. 2004. The Swedish version of the PACU- Behavioural Pain rating Scale: A reliable method of assessing postoperative pain? Scandinavian Journal Caring Sciences, 18 (1), 304-309.

02. Allaouchiche, B., Duflo, F., Bergeret, A. & Chassard, D. 2002. Noise in the post anesthesia care unit. British Journal of Anaesthesia. 88 (3), 369-373.

03. Chumbley, G., Hall, G. & Salmon, P. 2002. Patient-controlled analgesia: what information does the patient want? Journal of Advanced Nursing, 39 (5), 459-471.

04. Closs, S. & Briggs, M. 2002. Patients`verbal descriptions of pain and discomfort following orthopaedic surgery. International Journal of Nursing Studies 39 (1), 563-572.

05. Doering, L., McGuire, A. & Rourke, D. 2002. Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. American Journal of Critical Care.11 (1), 333-343.

06. Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähtytyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

07. Wong, F. & Arthur, D. 2000. Hong Kong patients`experiences of intensive care after surgery : nurses` and patients` views. Intensive and Critical Care Nursing, 16 (1), 290-303.

08. Ming, J-L., Kuo, B., Lin, J-G. & Lin, L-C. 2002. The efficacy of acupressure to prevent nausea and vomiting in post-operative patients. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (4), 343-351.
09. Leinonen, T., Leino- Kilpi, H., Ståhlberg, M-R. & Lertola, K. 2001. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (2), 294-306.
10. Gilmartin, J. 2007. Contemporary day surgery: patients` experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1109-1117.
11. Paavilainen, E., Seppänen, S. & Åstedt –Kurki, P. 2001. Family involvement in perioperative nursing of adult patients undergoing emergency surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 230-237.
12. Sauaia, A., Min, S., Leber, C., Erbacher, K., Abrams, F. & Fink, R. 2005. Postoperative pain management in Elderly Patients: Correlation Between Adherence to Treatment Guidelines and Patient Satisfaction. *Journal of American Geriatrics Society*, 53 (2), 274- 283.
13. Coll, A-M., Ameen, J. & Moseley, L. 2004. Reported pain after day surgery : a critical literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (1), 53-65.
14. Chou, S-Y. & Liu, H-E. 2008. Comparison of effectiveness between moist and dry cryotherapy in reducing discomfort after orthognathic surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (1), 1735- 1741.
15. Gonzales, E., Ledesma, R., McAllister, D., Perry, S., Dyer, C. & Maye, J. 2010. Effect of guided imagery on postoperative outcomes in patients undergoing same- day surgical procedures: A randomized, single- blind study. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 78 (3), 181- 189.
16. Yauger, Y., Bryngelson, J., Donohue, K., Lori, A., Lawhorn, L., Brian, M., Pitcher, B., Schoneboom, B. & Watts, D. 2010. Patient outcomes comparing CRNA administered peripheral nerve blocks and general anesthetics: a retrospective chart review in a US army same –day surgery center. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 78 (3), 215-221.
17. Hovi, P –R. 2003. Lyhythoittoisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen annettusta ohjauksesta ja selviytymisestä kotona. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
18. Tuller, S., McCabe, L., Gronenwett, L., Hastings, D., Shaheen, M., Daley–Faulkner, C., & Wheeler, K. 1997. Patient, Visitor, and Nurse Evaluations of Visitation for Adult Postanesthesia Care Unit Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 12 (6), 402- 412.
19. Heikkinen, K., Salanterä, S., Kettu, M. & Taittonen, M. 2005. Prostatectomy patient postoperative pain assesment in the recovery room. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), 592-600.

20. Anderson, L. & Gross, J. 2004. Aromatherapy With Peppermint, Isopropyl Alcohol, or Placebo is Equally Effective in relieving Postoperative Nausea. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19 (1), 29-35.
21. Fredriksson, A-C., Hellström, L. & Nilsson, U. 2009. Patients`perception of music versus ordinary sound in a postanaesthesia care unit: A randomized crossover trial. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25 (1), 208-213.
22. Thorgaard, P., Ertmann, E., Hansen, V., Noerregaard, A. & Spanggaard, L. 2005. Designed sound and music environment in postanaesthesia care units – a multicentre study of patients and staff. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21 (1), 220-225.
23. Benson, E., McMillan, D. & Ong, B. 2013. The Effects of Active Warming on Patient Temperature and Pain After Total Knee Arthroplasty. *American Journal of Nursing*, 112 (5), 26-33.
24. Myklejord, DJ., Yao, L., Liang, H. & Glurich, I. 2012. Consensus guideline adoption for managing postoperative nausea and vomiting. *WMJ*. 111 (5):207-13.
25. Kim, S., Yoon, K., Yoon, D., Kim, C. & Shin Y. 2013. Patient-controlled Epidural Analgesia with Ropivacaine and Fentanyl: Experience with 2,276 Surgical Patients. *Korean J Pain*. 26 (1):39-45.

## LIITTEET

## Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoituneet alkuperäistutkimukset

Tutkija(t) / vuosi / maa / tietokanta	Tarkoitus / tutkimus- tehtävät	Aineisto ja sen keruu	Keskeiset tulokset	Näytön as- te/Laadun arviointipisteet
Allaouchiche, B., Duflo, F., Bergeret, A. & Chassard, D 2002 Ranska Medline Ovid (02)	Selvittää äänen lähteitä ja voimakkuutta heräämössä ja sen vaikutusta potilaiden hyvinvointiin.	Ääntä mitattiin desibeli- mittarilla. Äänen lähteet havainnoitiin tarkkailemalla. Strukturoitu ja srukturoimaton kyselylomake jaettiin aikuispotilaille (N=26), joille oli tehty urologinen, hammas-, vatsa- tai plastiikkakirurginen toimenpide. Kvalitatiivinen + kvantitatiivinen.	Tutkimuksessa todetaan, että ääni voi olla relevantti ympäristöllinen tekijä, mutta ei kuitenkaan pääsyy potilaan epämukavuudelle heräämössä. Henkilökunnan keskustelu oli suurin syy melumittausten piikeistä, ja se oli tärkein syy mistä potilaat valittavat. Tutkimuksen mukaan he, jotka stressaantuivat metelistä eivät altistuneet kovemmille äänenvoimakkuuksille, kuin he, joita samat äänet eivät haitanneet ollenkaan. Jotkut äänet potilaat kokivat kannustaviksi ja turvallisiksi ennemminkin kuin ärsyttäväiksi. Kipu koetaan suurimpana epämukavuuden aiheuttajana heräämössä, vaikka kivunhoito onkin kehittynyt suuresti. Melu lisää potilaan kipulääkkeen tarvetta. Hereillä olevilla potilailla musiikki vähensi PCA-pumpun käyttöä.	III(a)/ 2
Anderson, L. & Gross, J. 2004 USA Medline Ovid (20)	Arvioida ja kuvata potilaiden kokemuksia aromaterapian käytöstä pahoinvoinnin hoitoon heräämössä.	Tutkimukseen osallistui 33 postoperatiivista aikuispotilasta, jotka kärsivät pahoinvoinnista heräämöhoidon aikana. Pahoinvoinnin vakavuus arvioitiin, kohteet saivat satunnaisesti aromaterapiaa isopropyylialkoholilla, piparminttu- öljyllä, tai keittosuolalla (plasebo). Höyry hengitettiin syvään nenän kautta ja uloshengitettiin hitaasti suun kautta. 2 ja 5 minuutin jälkeen potilaat arvioivat pahoinvointinsa voimakkuuden. Kvantitatiivinen.	Keskimäärin potilaiden kokemukset olivat, että pahoinvointia esiintyi vähemmän 2 minuutin jälkeen aromaterapian jälkeen ja vielä vähemmän 5 minuutin jälkeen. Eri ryhmien välillä ei tullut esiin eroavaisuuksia, joten pahoinvoinnin hoitoon yhtä tehokkaita olivat aromaterapia isopropyylialkoholilla, piparminttuöljyllä, tai keittosuolalla (plasebo). Vain puolet tutkimuksen potilaista tarvitsisi antiemeettejä iv:sti heräämössä. Yleinen tyytyväisyys postopera-	III(a)/ 3



			tiivisen pahoinvoinnin hoitoon heräämössä oli erittäin korkealla kaikissa ryhmissä. Aromaterapia vähensi tehokkaasti potilaiden pahoinvoinnin voimakkuutta ja sen kokemista. Fakta, että plasebo oli yhtä tehokasta kuin piparminttu ja isopropyylialkoholi antaa ymmärtää, että hyötyefekti liittyy enemmän kontrolloituun hengitykseen, kuin hengitettyyn aromiin.	
Benson, E., McMillan, D. & Ong, B. USA 2012 Medline Ovid (23)	Määrittää potilasohjatun lämpöpeiton merkitystä potilaan lämmityksessä ja kivun helpotuksessa heräämössä.	Prospektiivinen, satunnaistettu tutkimus, johon osallistui 30 potilasta. Potilaat oli jaettu kahteen yhtä suureen ryhmään, joista toinen ryhmä sai potilasohjatun lämpöpeiton ja toinen puettiin normaaliin leikkausasuun ja he saivat esilämmitetyn puuvillapeiton. Kvantitatiivinen.	Potilaat, joilla oli potilasohjattu lämpöpeitto, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa heräämössä, he joutuivat käyttämään vähemmän opiaatteja ja heidän ruumiinlämpönsä oli suurempi kuin potilailla, joilla oli esilämmitetty puuvillapeitto. Kivun kokemisessa ei ollut merkittävää eroa.	III(a)/ 3
Closs, S. & Briggs, M 2002 UK Medline Ovid (04)	Kuvata potilaan kokemuksia kivusta ja epä-mukavuudesta, ja miten he verbaalisesti ilmaisevat niitä.	Tutkimukseen osallistui 417 postoperatiivista ortopedistä aikuispotilasta. Heitä haastatettiin. Kvalitatiivinen.	Tutkimuksen mukaan löydökset varmistivat, että oli päällekkäisyyksiä kivun ja epä-mukavuuden kuvauksissa. Kipu koettiin sisäiseksi ilmiöksi kun taas epä-mukavuus yhdistettiin ympäristöllisiin tekijöihin. Potilaat kuvailivat kipua termein särky, terävä, arka, pistävä. Neljä teemaa nousi aineistosta, joka reflektoi potilaiden lähestymistä käytettäessä kommunikaatiota heidän tuntemastaan kivusta. Nämä olivat verbaaliset kuvaajat, voimakkuus/vakavuus, analogian käyttö, kivun syy.	III(c)/ 2
Coll, A-M., Ameen, J. & Moseley, L. 2004 UK Cinahl (13)	Kartoittaa, onko mitään erilaisuuksia raportoituissa kivun tasoissa päiväkirurgian jälkeen, erilaisten erikoistumisien välillä ja suhteessa tiettyyn operatiiviseen menettelytapaan.	Kirjallisuuskatsaus, 24 tutkimusta, jotka haettu systemaattisella tiedonhaulla mm. Medline, Cinahl, Nursing Collection ja Embase-tietokannoista. Haku oli rajattu englanninkielisiin artikkeleihin.	Kipu on moniulotteista ja määritelty termein, jotka kuvaavat sen paikkaa, kestoja, laatua, vaikutusta, kestoja ja tarkoitusta. Se ei ole ainoastaan fyysinen ilmiö, vaan myös psyykinen ja siihen voi vaikuttaa kulttuurilliset tekijät. Ottaen huomi-	I/ 3

			oon sen subjektiivisen ja kompleksin luonteen, on loogista, että potilaan oma arvio kivusta voi olla kaikkein validein mittari. Raportoiduissa kivun tasoissa oli erilaisuutta päiväkirurgian jälkeen.	
Chou, S-Y. & Liu, H-E. 2008 Kiina Medline Ovid (14)	Kuvata ja verrata postoperatiivisen potilaan kokemuksia jääpyyhkeen (märkä kylmähoito) ja jääpussin (kuiva kylmähoito) tehokkuudesta epämukavuuden (paikallinen polttelu, kipu ja turvotus) vähentämiseksi.	Kvasikokeellinen tutkimus, jossa aikuispotilaat jaettiin kahteen ryhmään (n= 21 ja n= 27). Toinen ryhmä sai jääpyyhkeen, toinen jääpussin. Kun potilaat siirtyivät heräämööseen, mitattiin ihon lämpötilaa ennaltamäärityksissä intervalleissa. Potilaiden piti pystyä kommunikoimaan suullisesti tai lukemaan mandariinikiinaa. Muuttujia mitattiin VAS-asteikolla. Kvantitatiivinen.	Subjektiivinen ja objektiivinen indikaattori muuttui tutkimuksen aikana molemmissa ryhmissä. Toisen ryhmän potilaat raportoivat vähäisempää postoperatiivista epämukavuutta, kuten lämpö, turvotus ja kipu. Sekä märkä-, että kuiva kylmähoito vähensivät potilaiden kokemaa epämukavuutta tehokkaasti. Märkä kylmähoito oli tehokkaampaa vähentämään operaation aiheuttamaa subjektiivista epämukavuutta. Kuiva kylmähoito alensi paikallista lämpötilaa joillain alueilla tehokkaammin leikkauksen jälkeen.	III(a)/2
Chumbley, G., Hall, G. & Salmon, P 2002 UK Medline Ovid (03)	Muodostaa ja arvioida informaatiolehtistä potilaille, jotka käyttävät PCA:ta, sisältäen informaation, jota potilaat kokevat tärkeänä.	Muodostettiin 7 ryhmää selvittämään, mitä tietoa aikuispotilaat (n=100)kokevat tarvitsevansa PCA- sta. Kvalitatiivinen.	Potilaat halusivat tietää että lääkeaine, jota käytettiin PCA:ssa, oli morfiini. He halusivat lisätietoa sivuvaikutuksista, varmistusta sille, että PCA:n käyttö olisi turvallista, ja etteivät he voisi itse ottaa yliannostusta, eivätkä tulisi riippuvaiseksi. He halusivat yksityiskohtaiset ohjeet ja kaavio- kuvat laitteesta.	III(C)/3
Doering, L., McGuire, A. & Rourke, D 2002 USA Medline Ovid (05)	Kuvata posoperatiivisten potilaiden kokemuksia hoitotyön laadusta, jota he kokivat sydänleikkauksen jälkeen.	Aikuiset sydänleikatut potilaat (n=89) haastateltiin puhelimitse. Potilaat vastasivat yhteen avoimeen kysymykseen: Mitä haluat hoitajien ja lääkärin tietävän, jotta he voivat tehdä työnsä paremmin? Kvalitatiivinen.	Potilaan kokemuksista nousi 4 yläteemaa ja 12 alateemaa. 1. olla tyytyväinen (saada positiivinen kokemus, saada informaatiota). 2. ei välitetä (ei kohdella yksilönä, oli odotuksia jotka eivät kohdanneet itse kokemuksien kanssa, ei tullut kuunnelluksi, kokea epäammatti- maista käytöstä hoitohenkilökunnalta). 3. fyysisiä tarpeita ei hoidettu (uni, kipu, komplikaatiot, fyysinen ym-	III(c)/2

			päristö). 4. tiedolliset tarpeet eivät kohdanneet (lisää tai erilaista informaatiota)	
Fredriksson, A-C., Hellström, L. & Nilsson, U. 2009 Ruotsi Medline Ovid (21)	Kuvata potilaiden näkemystä musiikista verrattuna muihin, tavallisiin ääniin heräämössä.	Asetettiin hypoteesi, että potilaat kokisivat suurempaa hyvinvointia kuunnellessaan musiikkia, kuin tavallisia heräämön ääniä. Sen jälkeen arvioitiin tämän ilmiön pysyvyyttä ajan myötä. Kaksi potilasryhmää sai kolmivaiheisen intervention: 1.(n=23) saivat kuunnella musiikkitavallista ääntä- musiikkia ja 2.(n=21) saivat kuunnella tavallista ääntä- musiikkia- tavallista ääntä. Jokainen jakso kesti 30 minuuttia ja jokaisen jakson jälkeen potilaat arvioivat äänen kokemusta. Kvantitatiivinen.	Tulokset osoittivat tilastollisesti merkitsevän eron sekä ryhmien välillä, potilaiden määrässä jotka raportoivat että akustinen ympäristö oli hyvin tärkeää heidän hyvinvoinnilleen kolmivaiheisen intervention aikana, ja suurin osa osanottajista huomasi, että heidät oli altistettu erilaisille äänille heräämön aikana. Tulokset osoittavat myös, että suurin osa potilaista kuunteli mieluummin musiikkia, kuin tavallisia ääniä ollessaan heräämössä. Erot ryhmissä tulivat esiin selvästi toisen intervention jälkeen. Kaikki potilaat ryhmässä 2. kokivat musiikin äänen miellyttävänä, tarkoittaen että muutos tavallisista heräämön äänistä musiikin kuunteeluun näytti olevan positiivinen kokemus.	III(b)/ 2
Gilmartin, J. 2007 UK Medline Ovid (10)	Selvittää ja paljastaa päiväkirurgisen potilaan näkemykset kotiutusjärjestelyistä sekä toipumisesta heräämössä.	Fenomenologinen lähestymistapa, strukturoimaton haastattelu potilailta (n=30), joille oli tehty gynekologinen, urologinen tai yleiskirurginen toimenpide. Kvalitatiivinen.	Puutteet potilaiden kotiutus- valmisteluissa mukaan lukien kirjalliset kotihoito-ohjeet koettiin vahvana kaikissa ryhmissä. Gynekologiset potilaat toivat esille erityisesti verbaalisen informaation puutteen seksuaalisen aktiiviteetin jatkamisesta. Jotkut yleiskirurgiset ja urologiset potilaat kokivat stressaavaksi selviytyä muuttuneen vartalon tuomista uhkista (ihon värimuutokset, turvotus, mustelmat). Jotkut urologiset potilaat kokivat haasteellisena erityisongelmat, virtsaamisen ja verivirtsaisuuden.	III(c)/ 3
Gonzales, E., Ledesma, R., McAllister, D., Perry, S., Dyer, C. &	Arvioida ohjatun mielikuva- CD:n tehoa postoperatiivisilla potilailta ahdistuksen ja kivun kokemisessa heräämös-	Postoperatiiviset aikuispotilaat (n=44), joille oli tehty pään ja niskan alueen kirurginen toimenpide, jaettiin kahteen ryhmään sokkotutkimusta varten.	Potilaat, jotka saivat kuunnella ohjattua mielikuva CD:tä kokivat ahdistuksensa selvästi vähemmäksi. Kahden	III(b)/ 3

<p>Maye, J. 2010 USA Medline Ovid (15)</p>	<p>sä.</p>	<p>Toinen ryhmä kuunteli preoperaatiivisesti ohjatun mielikuvan cd:tä, ja toinen ei. Tieto kivusta ja ahdistuksesta kerättiin 1 ja 2 tunnin kohdalla heräämössä. Kerättiin myös potilaan lähtöaika heräämöstä ja tyytyväisyyspisteet. Kvantitatiivinen.</p>	<p>tunnin päästä nämä potilaat raportoivat selkeästi vähemmän kipua. Lisäksi heräämössöoloaika oli keskimäärin 9 min vähemmän. Parhaat tulokset saadaan, jos interventio aloitetaan jo ennen operaatiota, mutta tämä tutkimus osoittaa merkittävät hyödyt myös heräämöhoidon aikana.</p>	
<p>Heikkinen, K., Salanterä, S., Kettu, M. &amp; Taittonen, M. 2005 Suomi Medline Ovid (19)</p>	<p>Verrata heräämössä toipuvien prostatectomia-potilaiden ja hoitajien subjektiivisia kokemuksia kivusta. Arvioida erilaisten kivunarvointityökalujen käytettävyyttä ja käyttöä.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui heräämössä 45aikuispotilasta, joille oli tehty prostatectomia. Heitä pyydettiin arvioimaan kipunsa voimakkuutta käyttämällä VAS-asteikkoa, numeerista arviointiskaalaa ja suullista ilmaisua. Tutkimushoitaja (n=2) mittasi/arvioi potilaiden kivun säännöllisin intervalein ja samaan aikaan potilaan kanssa. Fysiologisia parametreja arvioitiin myös. Kvantitatiivinen.</p>	<p>Potilaiden kyvyissä oli eroja siinä, miten he arvioivat kipunsa voimakkuutta käyttäen erilaisia työkaluja, mutta arviot korreloitiin toistensa kanssa ja hoitajien arvioiden kanssa. Hoitajat ja potilaat saivat samanlaisia arvioita, mutta hoitajat sekä aliarvioivat, että yliarvioivat potilaidensa kivun. Potilaiden suullinen arvio vaihteli suuresti. Potilaiden ja hoitajien kivun arvio ei näyttänyt olevan missään tekemisissä pulssin tai MAPin (mean arterial pressure) kanssa. Potilaiden suullinen arvio ei aina vastaa numeerista arviota. Potilaiden kyky arvioida kipua käyttäen erilaisia mittareita vaihtelee, mutta myös sedatoidut potilaat voivat käyttää niitä</p>	<p>III(b)/3</p>
<p>Heino, T 2005 Suomi Linda (06)</p>	<p>Kuvata, miten potilaan ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä totetuu potilaan ja hänen perheenjäsenensä näk kulmasta, minkälaista ohjausta potilas ja perheenjäsen ovat mielestään saaneet.</p>	<p>Aikuispotilaat (n= 173), joille oli tehty polvinivelen tähystys, vastasivat strukturoituun kyselylomakkeeseen yhdessä keskus-sairaalassa. Kvantitatiivinen.</p>	<p>Ensimmäistä kertaa tähystyksessä olleiden, yli 65 –vuotiaiden ja vähemmän koulutettujen ohjaus oli vähäisempää kuin muiden potilaiden. Potilaan taustatietojen ja ohjauksen välinen yhteys vaikutti päiväkirurgisesta polviniveltähystyksestä toipumiseen. Kotiutessaan potilas tunsu olonsa turvalliseksi. Perheenjäsen oli harvoin mukana potilaan ohjauksessa. Potilaan yhteydenotto hoitavaan yksikköön jälkikäteen oli harvinaista. Päiväkirurgisen potilaan ja hoito- henki-</p>	<p>III(b)/ 3</p>

			lökunnan väliset keskustelut olivat tavoitteellisia ohjaustilanteita, joissa potilas sai hoitoonsa liittyvää tietoa.	
Hovi, P-R. 2003 Suomi Linda (17)	Saada tietoa lyhythoitosten leikkauspotilaiden ohjauksesta ja kotona selviytymisestä. Tutkimustehtävänä oli tutkia potilaiden kokemuksia ohjaustilanteesta, potilaiden tiedon saantia, potilaiden saamaa taitojen opetusta ja psykososiaalista tukea leikkauksen jälkeisissä ohjaustilanteissa sekä potilaiden selviytymistä kotona leikkauksen jälkeen.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Tutkimuksen kohde-ryhmän muodostivat yhden yliopistollisen sairaalan Lyhki-osaston sekä päiväkirurgisesti että lyhytjälkihoitaisesti leikatut potilaat (n=75). Kyselylomake sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Kvalitatiivinen+Kvantitatiivinen.	Potilaat saivat tietoa ja taitojen opetusta sairaalassa ollessaan riittävästi leikkaukseen liittyvistä asioista ja toiminta-ohjeista ongelmatilanteita varten. Asioista kerrottiin ymmärrettävästi ja perustellen. Kirjalliset kotihoito-ohjeet olivat selkeät, mutta eivät kuitenkaan henkilökohtaisesti laaditut. Kotona tarvittavia taitoja opetettiin potilaille vähän. Potilaat, joilla oli omahoitaja, saivat useimmin paljon opetusta haava-alueen hoidosta ja kipua lievittävästä asento- hoidosta. Psykososiaalista tukea potilaat kokivat saaneensa hyvin hoitajilta ohjauksen aikana, ainoastaan henkistä tukea he kaipasivat enemmän. Asiat, joista olisi haluttu enemmän tietoa ja opetusta, liittyivät kuntoutukseen, leikkauksen hoitoon, leikkauksen jälkeiseen paranemiseen tai kotona selviytymiseen.	III(c)/ 2
Kim, S., Yoon, K., Yoon, D., Kim, C. & Shin Y. 2013 Korea Medline (25)	Tutkia potilasohjatun epiduraalin (PCEA) vaikutusta potilaiden kivun kokemiseen ja tutkia sen tehoa ja turvallisuutta	Retrospektiivinen havainnointitutkimus. Analysoitiin 2276 elektiivistä kirurgista potilasta, jotka käyttivät postoperatiivisesti PCEA:ta. Analysoitiin riittävää kivun hallintaa ja haittavaikutuksia. Analysointi tehtiin 1-6h, 6-24h ja 24-48h kohdalla heräämössä. Kvantitatiivinen.	Potilaat arvioivat kivunlievityksen hyväksi. Potilaat, joille oli tehty suuri vatsan tai thoraxin alueen toimenpide, ilmaisivat VASin korkeammaksi. Pahoinvointia ja oksentelua ilmeni, samoin tunnottomuutta ja heikkoutta, jopa siinä määrin, että osalta potilaista piti purkaa PCEA. PCEA tarjoaa useimmiten hyvän kivunlievityksen, mutta siinä on muutamia vakavia komplikaatioita, joten se vaatii tarkkaa monitorointia ja seuranta. Tietyt leikkaukset vaativat PCEA:n rinnalle muita kivunhoitomuotoja.	III(b)/ 3

<p>Leinonen, T., Leino- Kilpi, H., Ståhlberg, M-R. , &amp; Lertola, K. 2001 Suomi Medline Ovid (09)</p>	<p>Selvittää kuinka kirurgiset potilaat kokevat perioperatiivisen hoidon laadun leikkausosastolla ja heräämössä</p>	<p>Strukturoidulla kyselylomakkeella, viidellä leik- kausosastolla, tiedonantajina olivat potilaat (n=874), joille oli tehty kirurginen toimenpide. Kvantitatiivinen.</p>	<p>Potilaat kokivat fyysiset toiminnot (kuten kivun hoito ja lämpötilan ylläpitäminen) erinomaiseksi, kuten myös henkilö- kunnan luonteen ja fyysisen ja sosiaalisen ympäristön. Kriittisimmät kommentit tulivat potilaan omaaloitteisuuden tukemattomuudesta, rohkaisemisesta ja ohjauksesta. Potilaat kokivat, että olisivat halunneet enemmän informaatiota ja rohkaisua kysyä epäselvissä tilanteissa. Jotkut potilaat kokivat, että heillä oli liian vähän vaikutusvaltaa omaan hoitoonsa. Kuitenkin potilaat olivat hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon heräämössä.</p>	<p>III(a)/3</p>
<p>Ming, J-L., Kuo, B., Lin, J-G. &amp; Lin, L-C 2002. Kiina Medline Ovid (08)</p>	<p>Tutkia kahden akupisteiden stimuloinnin vaikutusta estämään postoperatiivista pahoinvointia ja oksentelua.</p>	<p>150 aikuista FESS- potilasta osallistui tutkimukseen. Potilaat jaettiin kolmeen ryhmään, (jokaisessa 50 potilasta) joissa testattiin sormipainallustekniikkaa ja rannelenkkinuotoa, kolmas potilasryhmä oli kontrolliryhmä. Kyselylomake. Kvantitatiivinen.</p>	<p>Selviä eroja postoperatiivisen pahoinvoinnin ja oksentelun kokemisella löytyi eri ryhmien välillä. Postoperatiivinen pahoinvointi ja oksentelu väheni merkittävästi akupisteryhmässä. Myöskin oksennuksen määrä ja pahoinvoinnin aste pieneni.</p>	<p>III(b)/ 3</p>
<p>Myklejord, DJ., Yao, L., Liang, H. &amp; Glurich, I. 2012 USA Medline (24)</p>	<p>Tutkia postoperatiivisen pahoinvoinnin merkitystä heräämössä, sen aiheuttamaa potilastyytymättömyyttä, heräämöstä siirron viivästymistä ja leikkauksen jälkeisiä yhteydenottoja.</p>	<p>Retrospektiivinen, poikkileikkaustutkimus, johon osallistui 601 potilasta. Potilaat oli jaettu kahteen ryhmään, jossa toinen ryhmä sai PONVin hoitoprotokollan mukaisen hoidon ja toinen ei. Potilaiden pahoinvoinnin kokemukset kirjattiin kaavakkeelle, samoin heräämöaika, lääkehoito ja potilaan henkilökohtaiset riskitekijät PONV:iin. Kvantitatiivinen.</p>	<p>Heräämössä esiintyvä PONV väheni potilaiden saadessa hoitoprotokollan mukaisen PONVin ennaltaehkäisevän hoidon. Kaikki potilaat, jotka kärsivät PONVista omasivat vähintään 3 perinteistä riskitekijää ja tapausten väheneminen johtuu antiemeettien eneneväästä käytöstä. Heräämöaika kasvoi 15minuutilla, jos potilas kärsi pahoinvoinnista.</p>	<p>III(b)/ 3</p>
<p>Paavilainen, E., Seppänen, S. &amp; Åstedt-Kurki, P. 2001 Suomi Medline Ovid (11)</p>	<p>Kuvata kuinka aikuispotilaat, jotka olivat olleet hätäleikkauksessa, kokivat perhekeskeisyyden perioperatiivisessa hoidotyössä.</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselyllä hätäleikkaukspotilailta (n=112) viidestä aluesairaalaista. Kyselyssä oli sekä strukturoitu osuus, että avoin osuus. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen.</p>	<p>Potilaat kokivat tärkeänä, että heitä ja heidän perheitään kohdellaan yksilöllisesti. Selvitettäessä perhetilannetta, ja informoitaessa perheenjäseniä, jotka potilas oli valinnut, ei onnistuttu systemaattisesti.. Perhe-</p>	<p>III(b)/ 3</p>

			tilanne otettiin huomioon vain harvoin intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa, vaikkakin se on tärkeä osa leikkauksesta toipumisessa, etenkin kotihoidossa.	
Persson, K. & Östman M. 2004. Sweden. Cinahl (01)	Testata ruotsalaisen mittarin käyttöä, mikä mittasi heräämökäyttäytymistä postoperatiivisilla aikuispotilailla.	Havainnoimalla yli 18 –vuotiaita potilaita, jotka toipuivat gynekologisista, ortopedisistä tai yleiskirurgisista toimenpiteistä ja anestesiasta. Havainnointitapaukset tapahtuivat heti kun potilas tuli heräämöhön ja 10 min sen jälkeen. Jokainen havainnointi kesti 3 min. Havainnoitiin mm. levottomuutta, lihasjännittyneisyyttä, kasvojen ilmeitä ja sitä, miltä puhe kuulosti. Kvalitatiivinen.	Potilaat ilmaisivat kipuaan levottomuutena, lihasjännittyneisyytenä, kasvojen ilmeillä ja ääntelynä. Potilaat heräämössä eivät ole täysin tietoisia siitä, että heidän pitää ilmaista tarpeensa, kun haluavat lievitystä kipuihinsa. Uusi ruotsalainen mittari ottaa potilaat mukaan kivunhoitoon paremmin.	III(c)/ 2
Sauaia, A., Min, S., Leber, C., Erbacher, K. Abrams, F. & Fink, R. 2005. USA Medline Ovid (12)	Arvioida, miten iäkkäät potilaat kokevat kivunhoidon leikkauksen jälkeen. Määritellä dokumentoitavat kivunhoitostrategiat, jotka ennustavat potilaiden tyytyväisyyttä.	Toteutettiin kyselylomakkeella 65v ja yli elektiivisiltä avoleikkaukspotilailta (n=322) kahdeksassa eri sairaalassa. Kvantitatiivinen.	Suurin osa potilaista koki todella pahaa postoperatiivista kipua. Kuitenkin näistä potilaista suurin osa koki olevansa tyytyväinen hoitoon. Pahin kivun intensiteetti ensimmäisen 24h aikana oli voimakkain tekijä, joka ennusti potilaan tyytyväisyyttä/tyytymättömyyttä. Muut tekijät, jotka vaikuttivat potilaiden suurempaan tyytyväisyyteen olivat nuori ikä, miessukupuoli, preoperatiivinen ohjaus, tehty toimenpide, lyhyempi heräämöhoidoaika, p.o. kipulääke ja morfiini (verrattuna muihin opiaatteihin).	III(b)/ 2
Thorgaard, P., Ertmann, E., Hansen, V., Noerregaard, A. & Spanggaard, L. 2005 Tanska Medline Ovid (22)	Kuvata potilaiden ja henkilökunnan mielipiteitä erityisesti suunnittelusta musiikkiympäristöstä heräämössä.	Monikeskustutkimus tehtiin 5 heräämössä. Potilaat (n= 325) ja hoitohenkilökunta (n=91) kuvailivat mielipiteitään kyselylomakkeessa. Kvantitatiivinen.	Suurin osa (83%) potilaista koki musiikin positiivisena, vain 6 prosenttia ei pitänyt musiikista, 11 prosentilla ei ollut mielipidettä ollenkaan. Potilaiden mielipide ei muuttunut eri heräämöiden välillä. Vahva korrelaatio positiiviseen asenteeseen heräämön musiikkiympäristöä kohtaan ja rentoutumisen ja tyytyväisyydellä löydettiin. Potilaiden sukupuolella, iällä tai anestesia- muodolla ei ollut vaikutusta mielipiteeseen. Äänen-	III(a)/2

			voimakkuus heräämössä kasvoi selkeästi musiikkiympäristön myötä. Jos henkilökunta koki musiikkiympäristön negatiivisena, se ei vaikuttanut potilaiden positiivisen mielikuvan syntyyn. Erityisesti sävelletty musiikki oli käytössä ja se oli suunniteltu heräämöpotilaille.	
Tuller, S., McCabe, L., Gronenwett, L., Hastings, D., Shaheen, M., Daley – Faulkner, C., & Wheeler, K. 1997 USA Medline Ovid (18)	Kuvata minkälaista hyötyä ja haittaa aikuiset postoperatiiviset potilaat ja heidän vieraansa kokevat heräämövierailuista. Kuvata hoitajien kokemia epäkohtia ja ongelmia heräämövierailuissa.	Avoimet kyselylomakkeet, haastattelu. Tutkimukseen osallistui 171 perhettä (eli potilasta). Joukko edusti tyypillisiä heräämöpotilaita ko. sairaalassa, suurin osa oli saanut yleisanestesian. Kvalitatiivinen.	Potilaat eivät kokeneet heräämön vierailurajoituksia suurina ongelmina. Vaikkakin jotkut heräämövierailut olivat häiritseviä, potilaat ja perheet ilmaisivat halunsa vierailuihin. Osa potilaista ei muistanut vierailua, mutta silti he kokivat sen olleen avuksi. Suurin osa potilaista koki, että heräämövierailu oli hyväksi perheenjäsenille, koska omaisilla oli vähemmän huolta ja ahdistusta, kun he pystyivät näkemään rakkaansa nopeasti. Potilaat jotka eivät muistaneet vierailua, kokivat helpotusta jo pelkästä tiedosta, että heillä oli käynyt vieras.	III(c)/3
Wong, F. & Arthur, D. 2000 Kiina Medline Ovid (07)	Kuvailla potilaiden elettyjä kokemuksia elekttiivisen leikkauksen jälkeensä välittömästi postoperatiivisesti.	Fenomenologinen, struktuuroimaton haastattelu tehtiin kymmenelle hoitajalle ja kymmenelle potilaalle, käytettiin temaattista datan analyysiä. Kvalitatiivinen.	Potilaat muistivat ainakin joitain kokemuksia välittömästi leikkauksen jälkeen. Kaksi pääkategoriaa, jotka nousivat potilaiden vastauksista, olivat koetut tunteet ja erilaiset tarpeet. Potilaat muistivat kokeneensa ahdistuneisuutta siitä, miksi olivat hoidossa ja tunsivat olevansa turvassa välittömässä postoperatiivisessa hoitopaikassa. Osa potilaista kärsi kovasta kivusta, osa nukkumisongelmista. Myös perheen vierailu koettiin tärkeänä.	III(a)/ 3
Yauger, Y., Bryngelson, J., Donohue, K. Lori A. Lawhorn, L. Brian M., Pitcher, B.,	Verrata potilaiden kokemuksia pelkän yleisanestesian ja yleisanestesian + paikallisspuudutuksen välillä heräämössä	Aineisto kerättiin potilaspareista heräämössä. Postoperatiiviset aikuispotilaat (n=342), ASA 1-2, olkapää- tai polvitähystys jaettiin kahteen ryhmään, joista toinen sai pelkän yleisanestesian(=161) ja toinen sen	Potilaat, jotka saivat paikallisspuudutuksen, kokivat olonsa heräämössä vähemmän kipeäksi, ja saivat vähemmän kipulääkettä ilman lisääntynyttä postopera-	III(a)/ 2



<p>Schoneboom, B. &amp; Watts, D. 2010 USA Medline Ovid (16)</p>		<p>lisäksi paikallispuudutuksen(=181). Kvantitatiivinen.</p>	<p>tiivista pahoinvointia ja oksentelua, lisääntyttä heräämössä-oloaika, tai anestesiaan yhdistettyjä komplikaatioita. Selkeimmät erot verrokkiryhmillä olivat kipulääkityksen määrä ja kivun kokemisen määrä. Yleisanestesiaryhmä sai huomattavasti enemmän opiaatteja postoperatiivisesti, ja kuitenkin he kokivat paljon enemmän kipua. Tämä on merkityksellistä potilaan mukavuuden kokemisen kannalta. Postoperatiivinen kipu ja PONV voivat lisätä heräämöaika. Potilaat, jotka saivat puudutuksen, olivat tyytyväisempiä, kivuttomampia, ja kokivat vähemmän PONV:ia.</p>	
--	--	--	--	--

Laadunarviointina on käytetty Hoitotyön tutkimussäätöön laadun arviointilomaketta (kts. liite 3)

## Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi

**Tutkimuskysymys:**

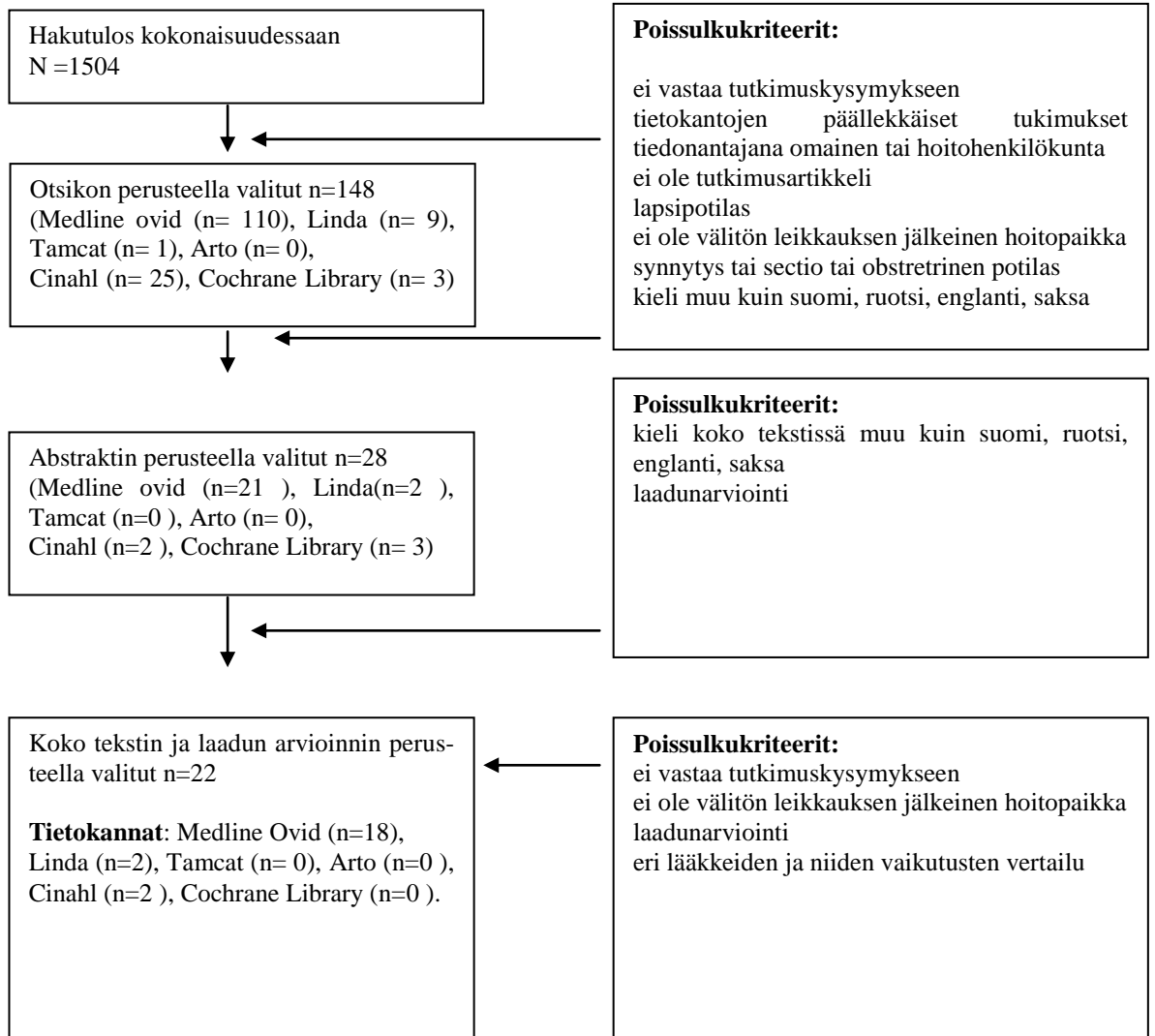
1. Millaisia kokemuksia postoperatiivisilla aikuispotilailla on heräämöhoidosta?

**Hakusanat:** heräämö tai recovery room tai post anesthesia care unit tai postoperative room tai postoperative unit tai postanesthesia nursing & potilas tai patient & kokemus tai tyytyväisyys tai experience tai satisfaction

**Tietokannat:** Medline Ovid (n=996 ), Linda (n=89 ), Tamcat (n=27 ), Arto (n= 1), Cinahl (n=269) ja Cochrane Library (n= 122)

**Sisäänottokriteerit:**

- tutkimusjulkaisu tai katsausartikkeli, kieli suomi, ruotsi, englanti tai saksa
- julkaistu vuosina 1997-2012, tiivistelmä ja kokoteksti saatavilla, tai Tampereen seudun kirjastoissa
- vastaa asetettuun tutkimuskysymykseen
- postoperatiivisten aikuispotilaiden näkökulma
- cinahl: peer reviewed



## Liite 3. Hoitotyön tutkimussäätiön laadun arviointilomake

## LIITE 3

## Hoitotyön tutkimussäätiön laadun arviointilomake

Artikkelin nimi: \_\_\_\_\_ Arvioijan nimikirj. \_\_\_\_\_

Tekijät: \_\_\_\_\_

Lehden nimi, vuosi, vuosikerta, nro, sivunrot: \_\_\_\_\_

Onko tutkimuksen tarkastelu seuraavista asioista:	Korkeatasoinen 2 P	Keskinkertainen 1 P	Huono 0 P	Kriteerit:
<i>Tutkimuksen tausta, kirjallisuuskatsaus</i>	Systemaattinen	Alan keskeinen	Pinnallinen, Toteava, Ei kriittinen	
<i>Tutkimuksen tarkoitus ja ongelmat / tehtävät</i>	Selkeä	Pieniä puutteita	Selviä puutteita	
<i>Kohderyhmä</i>	Kuvattu otantamenetelmä ja edustavuus, kohderyhmä on suhteessa ongelmaan	Pieniä puutteita	Selviä puutteita	
<i>Tutkimusasetelma</i> <input type="checkbox"/> Katsausartikkeli <input type="checkbox"/> Kokeellinen <input type="checkbox"/> Kvasikokeellinen <input type="checkbox"/> Kuvaileva määrällinen <input type="checkbox"/> Kuvaileva laadullinen <input type="checkbox"/> Korrelatiivinen	Suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen	Osittain suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen	Ei ole suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen	
<i>Hoitotyön interventio ja sen tarkoitus</i>	Selkeä ja kuvattu, suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen	Pieniä puutteita ja osittain suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen	Selviä puutteita ja ei suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen	
<i>Tutkimuksessa käytetyt mittarit</i>	Aiemmin testattu, validi, reliabeeli, psykometriset ominaisuudet tiedossa	Pieniä puutteita, esim. itse kehitetty mittari	Selviä puutteita, pilottitutkimus	
<i>Aineistonkeruu</i>	Kuvattu selkeästi, soveltuu mitattavaan asiaan	Pieniä puutteita	Selviä puutteita	
<i>Analyysimenetelmät</i>	Kuvattu selkeästi, soveltuu tutkittavaan ilmiöön	Pieniä puutteita	Selviä puutteita	
<i>Luotettavuus (aineiston ja analyysin)</i>	Kuvattu: Sisäinen validiteetti, Ulkoinen validiteetti. Kato, Vahvistettavuus, Uskottavuus, Totuudenmukaisuus, Siirrettävyys	Pieniä puutteita	Selviä puutteita	
<i>Eettisyys</i>	On pohdittu, Jos tarpeen eettisen toiminunnan lupa	Vähän	Ei lainkaan	
<i>Keskeiset tulokset</i>	Siirrettävyys, Ristiriidattomuus, Vahvistettavuus, Uskottavuus	Pieniä puutteita	Selviä puutteita	
<i>Kliininen merkitys</i>	Selkeä	Pieniä puutteita	Selviä puutteita	
<i>Tulosten soveltavuus</i>	Selkeä	Pieniä puutteita	Selviä puutteita	

Voidaanko käyttää suositusten perustana: Kyllä \_\_\_ Ei \_\_\_ Varauksin \_\_\_

Loppukommentti: \_\_\_\_\_

## Liite 4. Tietokantojen hakusanat, rajaukset ja tulokset ennen poissulku- ja sisäänottokriteerejä

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset
Medline Ovid	Recovery room Post anesthesia nursing Post anesthesia care unit or post anesthesia nursing Post anesthesia care unit or anesthesia recovery period Postoperative room and postoperative care Postoperative unit and post anesthesia nursing Recovery room and patient Recovery room and patient and experience Recovery room and patient and satisfaction Post anesthesia care unit and patient and experience Post anesthesia care unit and patient and satisfaction Postoperative room and patient Postoperative unit and patient Postoperative and nurse Recovery room and patient satisfaction Recovery room and patient Postoperative and nursing	1997-2012 full text + abstract  Focus: nursing  Multifield search	97 96 1 20  175 1 236 18 41 2 8 1 2 80 4 46 <b>168yht.996</b>
Linda	Herääm? And potil? And kokem? Postoper? And potil? And kokem? Herääm? And potil? Heräämö? Postoper? And potil? Recovery room Post anesthesia care unit Post anesthesia nursing Postoperative unit	1997-2012	2 15 4 6 44 11 0 0 7 <b>yht.99</b>
Tamcat	Herääm? And potil? And kokem? Herääm? And potil? Herääm? Recovery room Anesthesia nursing Postoperative room	1997-2012	0 0 25 2 0 0 <b>yht.27</b>
Arto	Herääm? + potil? + kokem? Herääm? + potil? Post anesthesia care unit+patient+experience Heräämö	1997-2012	0 1 0 0 <b>yht. 1</b>
Cinahl	Post anesthesia care unit + patient Post operative care unit+ patient Recovery room+ patient satisfaction Recovery room + patient Post anesthesia nursing + patient Post anesthesia nursing +patient + experience	1997-2012 peer reviewed full text +abstract	36 7 15 14 180 17 <b>yht. 269</b>
Cochrane Library	Post anesthesia care unit +patient Post operative room +patient Post anesthesia care unit+patient+experience Post anesthesia care unit +patient satisfaction Recovery room +patient + experience Recovery room +patient	1997-2012 full text +abstract	59 26 0 1 0 36 <b>yht. 122</b> <b>YHT 1504</b>

Liite 5. Tietokantojen hakusanat, rajaukset ja tulokset ennen poissulku- ja sisäänottokriteerejä (päivityshaku elokuu 2013)

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset
Medline Ovid	Recovery room Post anesthesia nursing Post anesthesia care unit or post anesthesia nursing Post anesthesia care unit or anesthesia recovery period Postoperative room and postoperative care Postoperative unit and post anesthesia nursing Recovery room and patient Recovery room and patient and experience Recovery room and patient and satisfaction Post anesthesia care unit and patient and experience Post anesthesia care unit and patient and satisfaction Postoperative room and patient Postoperative unit and patient Postoperative and nurse Recovery room and patient satisfaction Recovery room and patient Postoperative and nursing	2012-2013 full text + abstract  Focus: nursing  Multifield search	5 1 8 84 0 0 28  1 4 10 2 0 0 56 3 28 <b>168yht. 230</b>
Melinda	Herääm? And potil? And kokem? Postoper? And potil? And kokem? Herääm? And potil? Heräämö? Postoper? And potil? Recovery room Post anesthesia care unit Post anesthesia nursing Postoperative unit	2012-2013	1 3 1 2 12 6 0 0 2 <b>yht. 27</b>
Tamcat	Herääm? And potil? And kokem? Herääm? And potil? Herääm? Recovery room Anesthesia nursing Postoperative room	2012-2013	0 0 0 0 0 0 <b>yht.0</b>
Arto	Herääm? + potil? + kokem? Herääm? + potil? Post anesthesia care unit+patient+experience Heräämö	2012-2013	0 0 0 1 <b>yht. 1</b>
Cinahl	Post anesthesia care unit + patient Post operative care unit+ patient Recovery room+ patient satisfaction Recovery room + patient Post anesthesia nursing + patient Post anesthesia nursing +patient + experience	2012-2013 peer reviewed full text +abstract	1 40 0 1 29 2 <b>yht. 73</b>
Cochrane Library	Post anesthesia care unit +patient Post operative room +patient Post anesthesia care unit+patient+experience Post anesthesia care unit +patient satisfaction Recovery room +patient + experience Recovery room +patient	2012-2013 full text +abstract	1 1 1 1 0 0 <b>yht. 4</b>
			<b>YHT. 335</b>