



PUUDUTETUN POTILAAN KOKE- MUKSIA LEIKKAUSSALISSA

Anni Salminen

Janika Sulin

Opinnäytetyö
Lokakuu 2014
Hoitotyönkoulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ANNI SALMINEN & JANIKA SULIN
Puudutetun potilaan kokemukset leikkaussalissa

Opinnäytetyö 44 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Lokakuu 2014

Opinnäytetyön aihe oli lähtöisin työelämästä ja sen tarkoituksena oli kartoittaa puudutettujen potilaiden kokemuksia leikkaussalissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa tietoa Hatanpään sairaalan leikkausosastolla työskenteleville sairaanhoitajille puudutettujen potilaiden kokemasta hoidosta leikkaussalissa. Potilaiden kokemusten avulla voitaisiin kehittää jo työssä olevien sairaanhoitajien koulutuksia sekä antaa työkaluja uusien sairaanhoitajien perehdytykseen. Opinnäytetyö tehtiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen ja aineisto kerättiin teemahaastattelulla haastatteleamalla kuutta (N=6) puudutettua potilasta.

Haastatteluissa nousi esille henkilökunnan ystävällisyys, leikkaussalin ilmapiiri sekä potilaan tiedottamisen tärkeys. Leikkausosastolla puudutettujen potilaiden mielestä yksi tärkeimmistä tekijöistä oli luottamus henkilökunnan ammattitaitoon. Yhtäläillä korostuivat myös potilaan intymiteetin kunnioittaminen, potilaan kuunteleminen ja sairaanhoitajan fyysinen läsnäolo. Leikkaussalin iloinen ja avoin ilmapiiri tuo potilaalle turvallisuudentunnetta ja lievittää potilaan pelkoja. Haastateltavat korostivat hoidon laatua ja kokivat hoitonsa olleen hyvää.

Haastateltavat korostivat kokemuksensa ainutlaatuisuutta ja hyvää hoidon laatua, mutta potilaan tiedottamista joissakin leikkauksen vaiheissa voisi parantaa. Tämä on tullut esille myös muissa tutkimuksissa. Ennalta odottamattomat tilanteet huonontavat tiedottamisen määrää, joka saattaa huonontaa potilaan kokemusta toimenpiteestä.

Opinnäytetyön aihetta voisi tulevaisuudessa tarkastella myös kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Olisi myös mielenkiintoista tietää, mitkä tekijät vähentävät potilaiden pelkoa ja jännitystä leikkaussalissa.

ABSTRACT

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

ANNI SALMINEN & JANIKA SULIN:
Anesthetized patients experiences in the operating room

Bachelor's thesis 44 pages, appendices 5 pages
October 2014

The subject for this study came from working life and its purpose was to identify experiences that anaesthetic patients had in the operating room. The aim was to provide information Hatanpää hospital surgical ward nurses working in the anesthetic management of patients experiencing the operating room. Patients experience would give extra knowledge for nurses, as well as to provide the tools of new nurse orientation. This thesis was a qualitative research method and the data was collected by interviewing six (N = 6) patients with a theme interview.

The interviews raised friendliness of the staff, operating room atmosphere as well as the importance of the patient's information. Anesthetic patients think that one of the most important factors is trust in the competence of personnel. Similarly, also highlighted is respect for patient's intimacy, listening of the patient and the nurse's physical presence. Operating rooms cheerful and open atmosphere brings the patient a sense of security and alleviate the patient's fears. The participants emphasized the quality of care and felt that their care was good.

The participants emphasized the uniqueness of the experience and the good quality of care, but the patient's information in some stages of the surgery could be improved. This has been demonstrated in other studies. Unexpected situations degrade the amount of information, which may impair the patient's experience.

Thesis topics in the future could also look to explore quantitative-methods in. It would also be interesting to know what factors reduce patients' fear and tension in the operating room.

Key words: operating room, local anaesthesia, experience, patient

SISÄLLYS

1	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1	Intraoperatiivinen hoitotyö	9
2.2	Puudutus.....	10
2.2.1	Spinaalipuudutus	10
2.2.2	Plexuspuudutus	11
2.3	Leikkauspotilaan pelot ja niiden lievittäminen	12
2.4	Potilaan oikeudet.....	12
2.5	Potilasturvallisuus	14
3	KVALITATIIVINEN TUTKIMUSMENETELMÄ	16
3.1	Aineiston keruu.....	17
3.2	Sisällönanalyysi	18
3.2.1	Redusointi	18
3.2.2	Klusterointi.....	19
3.2.3	Abstrahointi.....	20
4	TULOKSET	21
4.1	Potilaan tunnetilojen käsittely leikkaussalissa	21
4.2	Potilaan kokemus leikkaussalissa tapahtuvasta toiminnasta toimenpiteen aikana	22
4.3	Potilaan kokemukset heidän hoitoonsa vaikuttavista inhimillisistä tekijöistä.....	23
4.4	Potilaiden kokemus sairaanhoitajien ammattitaidosta	24
4.5	Puudutuksen laittaminen potilaan kokemana	25
4.6	Potilaiden näkemyksiä heidän oikeuksiensa ilmenemisestä leikkaussalissa	26
5	TULOSTEN TARKASTELU	28
6	LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN TARKASTELUA	31
6.1	Luotettavuus.....	31
6.2	Eettisyys.....	32
7	LOPUKSI	34
	LÄHTEET	35
	LIITTEET	37
	Liite 1. Taulukko aihetta käsittelevistä tutkimuksista.	37
	Liite 2. Taulukko tuloksista.	40
	Liite 3. Teemahaastattelurunko	41
	Liite 4. Haastateltaville annettava saatekirje	43
	Liite 5. Haastateltaville annettava suostumuslomake.....	44

JOHDANTO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittää, että potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito on järjestettävä siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja hänen yksilölliset tarpeet otetaan huomioon. (17.8.1992/785.) Tämän vuoksi puudutetun ja tajuissaan olevan potilaan leikkaussalikoemus tulee olla lain mukaan mahdollisimman miellyttävä ja potilaan huomioon ottava.

Puudutetuille potilaille leikkausosasto ympäristönä on merkityksellinen, koska he aistivat ympäristön (Pattison & Robertson 1996, 820–826, Hankelan 1999, 59 mukaan). Potilaat kokevat ympäristön jännittävänä, vieraana ja outona. Joillekin potilaille se saattaa aiheuttaa ahtaan paikan kammoa. Hoitohenkilökunnan inhimilliset ominaisuudet sekä vuorovaikutustaidot ovat pohjana hyvän hoitotyön toteuttamiselle. (Hankela 1999, 59–61.)

Potilaat kokevat tiedonsaannin toimenpiteen aikana tärkeäksi, mutta se harvoin toteutuu täysin. Samaa mieltä potilaat ovat myös omatoimisuuden tukemisesta, mielipiteiden huomioimisesta ja jännittämisen helpottamisesta. Potilaat kokevat, että erityisesti intraoperatiivisessa hoitovaiheessa hoitajien hyväntahtoisuus ja ystävällisyys lisää potilaiden turvallisuudentunnetta. (Hankela 1994, 64; Terijoki 2008, 51–52.)

Hatanpään sairaala haluaa tarjota potilailleen turvallista ja laadukasta hoitoa. Hatanpään sairaalan toimintaperiaatteet, joka sisältää asiakaslähtöisyyden sekä palveluiden oikea aikaisuuden. Yhdessä tekeminen, jolla tarkoitetaan henkilökunnan osaamisen arvostamista, yhteystyötä sekä moniammatillista työskentelyä. Vastuullisuus näkyy työntekijöiden kantamassa vastuussa sekä kestävässä kehityksessä. Aloitteellisuus tarkoittaa oman toiminnan jatkuvaa arviointia, kehittämistä ja tehostamista. Hatanpään sairaalan palveluiden laadullisuus perustuu jatkuvaan kehitykseen. Yksi tällainen tekijä on potilaiden kokemuksista saatu palaute. (Hyvän hoidon Hatanpää 2013.)

Opinnäytetyön aihe on lähtenyt työelämästä. Tutkimusmenetelmä opinnäytetyössä on laadullinen ja tarkoituksena on selvittää puudutettujen potilaiden kokemuksia Hatanpään sairaalan leikkausosastolla. Opinnäytetyön aihe valittiin opinnäytetyön tekijöiden

oman kiinnostuksen sekä työelämän tarpeen vuoksi. Tavoitteena on selvittää hereillä olevien potilaiden kokemuksia leikkaussalissa, jotta leikkaussalin hoitohenkilökunta voi kehittää omaa toimintaansa puudutettujen potilaiden kanssa. Opinnäytetyön avulla leikkaussaloston esimiehellä on mahdollisuus järjestää koulutuksia ja siten parantaa hoitohenkilökunnan osaamista puudutettujen potilaiden hoitamisessa. Lisäksi tämä työ tarjoaa valmistuville sairaanhoitajille ja työhön perehtyville sairaanhoitajille työkalut puudutettujen potilaiden hoitoon.

1 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää puudutetun potilaan kokemuksia leikkaussalissa tapahtuvan hoidon aikana Hatanpään leikkausosastolla.

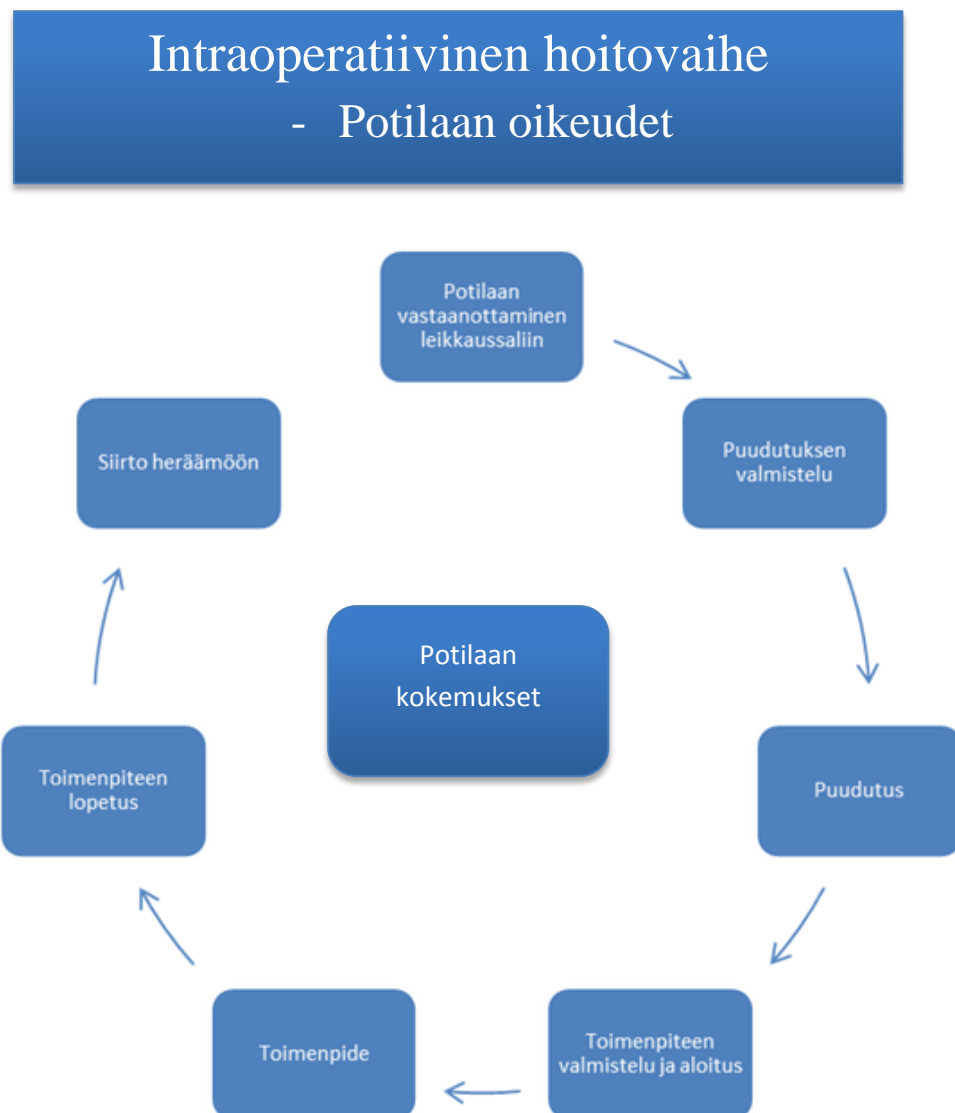
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä kokemuksia puudutetuilla potilailla on puudutuksesta ja leikkauksesta Hatanpään sairaalan leikkaussalissa?
2. Miten potilaan yksilöllisyys otetaan huomioon leikkaussalissa?
3. Miten potilas kokee hoitohenkilökunnan toiminnan leikkaussalissa?

Opinnäytetyömme tavoitteena on, että Hatanpään sairaalan henkilökunta voi kehittää hoitotyön laatua. Opinnäytetyöstä saadun potilaspalautteen kautta esimiehet voivat järjestää työntekijöille koulutuksia hoidon laadun varmistamiseksi, sekä käyttää opinnäytetyöstä esiin nousseita asioita osana perehdytystä. Tavoitteena on myös, että me ja vasta valmistuneet sairaanhoitajat saavat keinoja oman ammatillisen kasvun kehittämiseen.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme teoreettiset lähtökohdat ja opinnäytetyömme aihe liittyvät puudutetun potilaan kokemuksiin leikkaussalissa. Teoreettisen lähtökohdan osa-alueet valitsimme perustuen tutkimuksiin ja intraoperatiivisen hoitotyön käsitteisiin. Alla olevassa kuviossa esitellään opinnäytetyömme teoreettiset lähtökohdat (KUVIO 1).



KUVIO 1. Potilaan hoitovaiheet intraoperatiivisessa hoitotyössä.

2.1 Intraoperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivinen hoitotyö kattaa preoperatiivisen hoitotyön, intraoperatiivisen hoitotyön ja postoperatiivisen hoitotyön (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 99). Parhaan hoitotuloksen saavuttamiseksi vaaditaan jokaisessa hoitotyön vaiheessa saumatonta moniammatillista yhteistyötä. Perioperatiivisen sairaanhoitajan rooli korostuu intraoperatiivisessa hoitovaiheessa, mutta onnistuneen hoitotuloksen saavuttamiseksi pre- ja postoperatiivisella hoidolla on suuri merkitys. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 20.) Opinnäytetyössämme keskitymme intraoperatiiviseen hoitotyöhön.

Intraoperatiivinen hoitotyö alkaa, kun potilas vastaanotetaan leikkaussaliin. Tähän vaiheeseen kuuluu leikkaussalihoitajalle annettava raportti, jossa selviää potilaan yleistila, sairaudet ja leikkaukseen vaikuttavat tekijät. Leikkaussalin sairaanhoitaja on tutustunut potilaaseen jo etukäteen. (Ahonen ym. 2012, 103–104.) Intraoperatiivinen hoitotyö on intensiivistä tiimityöskentelyä, johon liittyy moniammatillinen yhteistyö. Intraoperatiiviseen hoitotyöhön liittyy myös potilaan elintoimintojen tarkkailu ja paljon teknistä suorittamista. Tärkein osa hoitotyötä kuitenkin on potilaan henkinen tukeminen ja potilaan oikeuksien sekä turvallisuuden toteutuminen. (Ahonen ym. 2012, 103–104; Groah 1996, 43-44.)

Sirpa Hankelan (1999) tutkimuksen mukaan intraoperatiivisen hoitotyön tehtävänä on tukea potilaiden selviytymistä. Tämä saavutettiin, kun sairaanhoitaja tuki potilaan hallinnan ja selviytymisen tunnetta ja mahdollisti potilaalle kokemuksen kestämisestä, pärjäämisestä ja jaksamisesta leikkauksen aikana. Tutkimuksesta ilmeni, että kun leikkaussalihenkilökunta otti huomioon potilaan, juttelivat hänelle, kuuntelivat hänen mielipiteitään ja leikkaussalin ilmapiiri oli positiivinen, myös potilaan kokemukset leikkaussalista olivat positiivisia, pelko sekä jännitys vähenivät. (Hankela 1999, 116-120.)

2.2 Puudutus

2.2.1 Spinaalipuudutus

Spinaalipuudutusta käytetään erityisesti alaraajojen leikkauksissa, mutta myös alavatsan leikkaukset, esimerkiksi elektiivinen sektio, voidaan tehdä spinaalipuudutuksessa. Spinaalipuudutuksen etuina pidetään nopeasti yhdellä injeksiolla saatavaa tehokasta puudutusta ja lihasrelaksaatiota. (Korkeila, Haapaniemi, Kanto, Kokki, Pihlajamäki & Pitkänen 1990, 58.)

Spinaalipuudutuksen laitossa asento on tärkeä. Potilaan tulee maata kyljellään, selkä mahdollisimman pyöristettynä. Selän tulee olla lähellä leikkaustason reunaa. Potilas vetää parhaansa mukaan polviaan ja leukaansa kohti rintaa jolloin selkä pyöristyy mahdollisimman paljon. Hoitaja tukee potilaan asentoa mahdollisimman hyvin, jotta se ei käy potilaalle liian raskaaksi pitää ja samalla huolehtii potilaan voinnista. Pistokohdan iho pestään huoneenlämpöisellä desinfektioaineella, tämä voi kuitenkin tuntua potilaasta kylmältä hänen lämmintä ihoaan vasten. Pesun ja puudutuksen laitton jokainen vaihe tulee kertoa potilaalle etukäteen. (Korte ym. 1996, 362–363; Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 271–275.)

Spinaalipuudutuksessa puuduteaine laitetaan ohuella neulalla spinaalikanavaan. Spinaalikanava sijaitsee potilaan selkärangassa. Puuduteaine sekoittuu selkäydinnesteeseen ja kiinnittyy siellä hermojuuriin. Puuduteaineen vaikutuksen vuoksi potilaan lihakset relaxoituvat. Potilaan alavartalo puutuu, jonka hän tuntee kylmäntunteena ja puutumisena. Tällöin hän ei myöskään tunne kipua. Puutuminen alkaa heti puuduteaineen päästyä spinaalikanavaan, tällöin potilas tuntee jalkoihinsa leviävän lämmöntunteen ja hänen jalkansa alkavat tuntua raskailta. Potilaan alavartalon täydellinen tunnottomuus saavutetaan 5-10 minuutin kuluttua. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 1996, 361–362.)

Puuduteaineen ruiskuttamisen yhteydessä ja hieman sen jälkeen potilaan verenpaine saattaa laskea, tämän potilas kokee huononolon tunteena ja mahdollisena huimaamisena. Alhaista verenpainetta eli hypotensiota anestesiahoitaja voi ehkäistä riittävällä nesteytyksellä sekä oikealla i.v. lääkityksellä. Pistoalueella voi esiintyä selkäsärkyä etenkin

ristiselän alueella. Leikkaustasolle on hyvä laittaa tyyny potilaan selän alle leikkauksen ajaksi. (Korkeila ym. 1990, 63–64.)

2.2.2 Plexuspuudutus

Plexuspuudutuksia eli kaula- ja hartiapunoksen puudutuksia on monia erilaisia. Tässä opinnäytetyössä plexuspuudutuksella tarkoitetaan interskaleenista plexuspuudutusta. Interskaleenista plexuspuudutusta käytetään hartian, olkavarren ja kyynärpään leikkauksissa. Muita käytettyjä lähestymistapoja ovat supraklavikulaarinen, infraklavikulaarinen ja aksillaarinen tekniikka. (Kuusela 2008, 16.)

Interskaleenista plexuspuudutusta laitettaessa potilas on selällään pää kallistettuna vastakkaiseen suuntaan. Puudutuspaikka on sklanusvaossa skalenuslihasten välissä sijaitseva hartiapunus. Hartiapunosta etsittäessä voidaan apuna käyttää myös ultraäänilaitetta. Plexuspuudutus voi olla kestopuudutus tai kertaluontoinen puudutus. Tekniikka on molemmilla sama. (Kuusela 2008, 16–17.) Ultraääntä apuna käytettäessä voidaan tehokkaasti seurata puudutteen leviämistä hermojen ympärille. Tällöin myös potilasturvallisuus parantuu, sillä näin voidaan välttää hermonsisäiset pistokset sekä puuduteaineen ruiskutus suoraan hermoon. (Nieminen 2009, 7.)

Puudutusta laitettaessa potilas tuntee lievää ja hieman polttavaa kipua, se menee kuitenkin ohi nopeasti. Muuta kipua potilaan ei tulisi tuntea puudutuksen laiton aikana. Puudutus on optimaalisinta laittaa potilaalle heräämössä ennen leikkaussaliin menoa. Potilaalle heräämö on rauhallisempi ja turvallisempi paikka kuin itse leikkaussali ja lisäksi potilaan oma sänky on leikkaustasoa huomattavasti tilavampi sekä mukavampi. Tilanne on luonnollisesti potilaalle jännittävä ja puudutteen laitto heräämössä vähentää potilaan pelkoa ja jännitystä ennen leikkausta. (Nieminen 2009, 5-6.)

Interskaleeninen plexuspuudutus laitetaan potilaan kaulalle ja vaarana on, että kyseinen hermo puutuu ja potilaalle aiheutuu äänen käheytymistä tai jopa toispuoleista pareesia. Tätä anestesiahoitajan tulee tarkkailla potilaan hoidon aikana. Potilailla voi esiintyä myös hengitysvaikeuksia, jotka ovat toispuoleisena usein vaarattomia. Mahdollisista komplikaatioista tulee potilasta tiedottaa etukäteen. (Korkeila ym. 1990, 38–39.)

2.3 Leikkauspotilaan pelot ja niiden lievittäminen

Ennen leikkausta potilaat tuntevat usein pelkoa ja jännitystä. Pelko on ihmisen subjektiivinen kokemus ja leikkauksen pelko kohdistuu juuri itse leikkaukseen tai toimenpiteeseen sekä siihen liittyviin asioihin. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 63.)

Eniten pelkoa potilaille ennen leikkausta aiheuttaa hoitoprosessiin antautuminen, leikkauksen odottaminen, leikkauksen seuraukset ja tulevaisuudessa selviytyminen. Usein potilaita pelottaakin se, mitä leikkauksessa tai tutkimuksissa mahdollisesti selviää sekä sitä mihin se johtaa. Hoitoprosessiin antautumisella tarkoitetaan sitä, että leikkaushoito tulee ajankohtaiseksi ja myös leikkauksen ajankohta saadaan usein tietoon. Tällöin ihminen alkaa jännittää jo valmiiksi tulevaisuudessa olevaa leikkauspäivää. (Koivula & Åstedt-Kurki 2004, 53–54.)

Leikkaukseen tulevat potilaat voivat ilmaista pelkoaan kolmella tavalla. He voivat myöntää pelon, kieltää tai verhota sen. Harvoin pelkoa myönnetään suoraan hoitajille tai lääkäreille. Usein potilaat voivat puhua esimerkiksi jännityksestä ja kieltää pelon sitä kysyttäessä. (Koivula ym. 2004, 54–56.)

2.4 Potilaan oikeudet

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittää hyvän hoidon kriteerit ja potilaan oikeudet. Jokaisella potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon. Osa tätä hoitoa on potilaan kohtelu yksilönä ja siten ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Myös potilaan yksilölliset tarpeet tulee ottaa huomioon. Kaiken tämän lisäksi potilaan tulee saada selvitys omasta terveydentilastaan siten, että hän sen ymmärtää. (17.8.1992/785.)

Intraoperatiivisen hoitotyön tehtävä on potilaiden selviytymisen tukeminen. Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee huomioida potilaan elämänhistoria, aikaisemmat kokemukset ja pyrkiä saavuttamaan turvallisuuden tunne potilaassa. Potilaiden odotukset ja tunteet intraoperatiivisesta hoitovaiheesta ovat hyvinkin vaihtelevia. Potilaat ovat kuvanneet ahdistusta, pelkoa ja huolta leikkauksen aikaisesta toiminnasta, kivusta ja äänis-

tä. Potilaiden selviytymiskeinoiksi nousi luottamus itseen, henkilökunnan ammattitaitoon, hoitotulokseen, hengellinen usko, toivo elämänlaadun paranemisesta sekä alistuminen. (Hankela 1999, 49–68.)

Itsemääräämisoikeus toteutui tutkimuksessa mukana olleilla potilailla vain jos potilas itse oli aktiivinen ja päättäväinen. Useampi potilas koki, että heitä oli kuulusteltu tai puhuteltu hoitohenkilökunnan puolesta ja mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa jäi toteutumatta. Myös tiedonsaannin puute ja sen vuoksi mahdottomuus toteuttaa itsemääräämisoikeutta nousivat esiin. Tieto leikkauksen aikaisesta toiminnasta edisti potilaan koherenssin tunnetta ja kykyä hallita leikkauksen aikaista tilannetta ja tunteita, jotka heräsivät leikkauksen aikana. (Hankela 1999, 49–68.)

Toisessa tutkimuksessa nousi esiin potilaiden turvattomuuden tunne ja odotukset toimenpiteen onnistumisesta. Potilaat mainitsivat myös vieraan hoitoympäristön aiheuttavan epävarmuutta. Vieraassa ympäristössä korostuu hoitajan ja potilaan välinen suhde sekä hoitajan tiedottaminen potilaalle salin tapahtumista. Tutkimuksessa potilaan tiedonsaanti nousi vahvasti esiin. Oikea-aikainen ja oikein kerrottu tieto edisti potilaan selviytymisen tunnetta ja kykyä käsitellä tapahtumia. Tämä tuo lisähaastetta sairaanhoitajan työhön ja korostaa inhimillistä otetta työhön. Vaikka leikkaussalitoiminta teknillisyy jatkuvasti, on sairaanhoitajan tärkein työkalu oma intuitio ja kyky kommunikoida erilaisten potilaiden kanssa. (Hankela 1994, 1-144.)

Tutkimuksessaan Intraoperatiivinen hoitotyö Sirpa Hankela (1999, 49–68) toteaa tiedonsaannin olevan perusedellytys potilaalle, jotta itsemääräämisoikeus voi toteutua. Oikealla tiedonsaannilla leikkauksen aikaisesta toiminnasta, anestesiamuodoista sekä mahdollisista riskeistä, potilas pystyy hallitsemaan leikkauksen aikaisen tilanteen ja leikkauksen aikana heräävät tunteet. (Hankela, 1999. 49–68.) Toisin sanoen, itsemääräämisoikeus ei voi toteutua missään muodossa leikkauspotilaan hoidossa jos potilaalle ei ole tiedotettu ennen intraoperatiivista hoitovaihetta ja siten potilaan oikeudet eivät toteudu.

Intraoperatiivinen hoitovaihe on potilaalle hyvin tärkeä, koska sillä on merkityksellinen yhteys elämänlaatuun. Intraoperatiivisessa hoitovaiheessa tapahtuneet turvallisuutta tai turvattomuutta aiheuttaneet tekijät jäävät mieleen vuosien ajaksi. Näitä tekijöitä olivat leikattavana oleminen, hereilläolo, puudutus, äännet ja vuorovaikutus sairaanhoitajien kanssa. Intraoperatiivisesta hoitovaiheesta selviytyminen potilaan näkökulmasta riippui

sairaanhoitajan antaman tuen määrästä ja laadusta sekä potilaan tiedon saamisesta. Potilaan oma henkilöhistoria, aikaisemmat kokemukset, tunteiden hallinta ja käyttäytyminen vaikuttivat myös sairaanhoitajan antamaan tukeen. (Hankela 1999, 49–87.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) toteaa, että potilaalla on oikeus itsemääräämisoikeuteen (17.8.1992/785).

2.5 Potilasturvallisuus

Kirurgisten toimenpiteiden tarkoitus on helpottaa potilaan elämää tai parhaimmillaan pelastaa potilaan henki. Valitettavasti ei ole olemassa riskitöntä kirurgiaa. Kirurgian riskejä voidaan pienentää ja osittain ehkäistä. Aina ennen leikkausta lääkäri arvioi leikkauksen tarpeen punnitien sen hyötyjä sekä haittoja. Riskejä kirurgiassa hallitaan tiedostamalla ongelmakohtat, riskit ja mahdolliset vaaratilanteet. Kirurgisella osastolla ihmiset ovat töissä ihmisille, joka johtaa inhimillisiin virheisiin. Näitä virheitä voidaan ehkäistä tarkistuslistan avulla. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 37–47.)

Vuosina 2007 ja 2008 kahdeksan sairaalaa kahdeksassa eri kaupungissa otti käyttöön WHO:n määrittämän leikkaussalin tarkistuslistan. Lista on jaettu kolmeen eri osaan: ennen anestesian alkua, ennen toimenpiteen alkua ja ennen potilaan lähtöä salista. Listan tarkoitus on vähentää leikkauksen riskejä eli leikkauskomplikaatioita ja kuolemia. Kokeilun jälkeen komplikaatioiden määrä laski 4% ja kuolemien määrä 0,7%. Lasku on huomattava ja säästöt yhteiskunnalle isot. WHO:n tarkistuslista on pohja, jota jokainen leikkausosasto voi muokata omakseen ja vastaamaan paremmin omiin tarpeisiin. (Haynes, Weiser, Berry, Lipsitz, Breizat, Dellinger, Herbosa, Joseph, Kibatala, Lapitan, Merry, Moorthy, Reznick, Taylor & Gawande 2009, 491-499.) Hatanpään sairaalassa leikkauslista otettiin käyttöön vuoden 2014 alussa. Myös potilasvakuutuskeskus edellyttää tarkistuslistan käyttöä jokaisessa leikkaustoimintaa harjoittavassa yksikössä. Vain siten leikkauksessa on noudatettu hyväksyttävää turvallisuustasoa. (Potilasvakuutuskeskus 2012.)

Leikkausasennon turvallisuus potilaalle ja potilasturvallisen asennon saavuttaminen sekä ylläpito on koko moniammatillisen tiimin yhteistyötä. Asennon oikeellisuus on osa potilaan perusoikeuksia. Potilas ei välttämättä kykene ilmaisemaan itseään ja kertomaan huonosta asennosta. Potilaan hyvä leikkausasento on elintärkeä kun pyritään minimoii-

maan asentoon liittyvät intra- ja postoperatiiviset komplikaatiot. Potilasta tulee tiedottaa preoperatiivisesti leikkausasennosta ja kerrottava asennon laitosta, kun potilas on hereillä ja puudutettuna. Potilaan preoperatiivisen tapaamisen tarkoitus on kartoittaa mahdolliset komplikaatiot liittyen toimenpiteeseen ja anestesiaan, mutta myös leikkausasentoon liittyen. Potilaan toimintarajoitteet, synnynnäiset epämuodostumat ja muut asennon laittoon liittyvät rajoitteet tulee huomioida. Leikkausasennon laitossa potilaan tiedottaminen ja kuuleminen on perusta turvalliselle asennolle ja sen purkamiselle. (Aho-Konttinen & Haavisto 2006, 21–23.)

3 KVALITATIIVINEN TUTKIMUSMENETELMÄ

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus eroaa määrällisestä eli kvantitatiivisesta tutkimuksesta sen erilaisten tiedonkeruumenetelmien kautta. Laadullisessa tutkimuksessa tiedonkeruuseen voidaan käyttää myös ihmisten haastatteluja. Haastatteluissa voi olla esimerkiksi ennalta päätetyt kysymykset tai voidaan myös käyttää niin sanottua teema-haastattelua. Haastateltavat on usein valittu huolellisesti ennalta tutkimukseen sopiviksi (Alasuutari 2007, 31–33.) Tärkeää laadullisessa tutkimuksessa on erityisesti huomioida tutkittavien näkökulma aiheeseen. Tutkimuksessa halutaan selvittää, kohdejoukon kokemukset, näkökulmat ja ajatukset liittyen tutkittavaan asiaan. (Eskola & Suoranta 2003, 17–19.)

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehtyyn tutkimukseen sisältyy kysymys siitä, millaisia kokemuksia tutkimuksessa tutkitaan. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekijöiden täytyy täsmentää tutkitaanko kokemuksiin vai käsityksiin liittyviä merkityksiä. Kokemus on aina ihmisen omakohtainen, kun taas käsitys kertoo enemmän tyypillisistä tavoista ajatella yhteisössä. (Vilka 2005, 97.) Opinnäytetyössä haluttiin tutkia puudutettujen potilaiden omakohtaisia ja siten ainutlaatuisia kokemuksia leikkaussalissa.

Tutkimusmenetelmää valittaessa tutkittiin vaihtoehtoja kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen välillä. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä ei tullut kyseeseen, koska odotettavien vastausten lukumäärä olisi melko pieni, eikä täyttäisi ehtoja kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän otoksen koosta. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmään päädyttiin, koska tässä opinnäytetyössä haluttiin nostaa esiin potilaiden kokemuksia leikkaussalissa. Otokseksi tässä opinnäytetyössä muodostui kuusi (N=6) haastateltavaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia puudutettujen potilaiden kokemuksia leikkaussalissa, jolloin kvalitatiivinen menetelmä sopi työhön parhaiten.

Opinnäytetyön haastattelun menetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska siten pystyttiin valitsemaan haastatteluihin tietyt teemat joiden perusteella potilaiden kokemuksia kartoitettiin. Yksilöhaastattelu soveltuu parhaiten potilaiden omakohtaisten kokemusten tutkimiseen. Teemahaastattelun ideana on, että tutkimuskysymyksistä poimitaan keskeiset teemat, joita tutkimushaastattelussa on välttämätöntä käsitellä, jotta tutkimuskysymyksiin voidaan vastata. (Vilka 2009, 101–102.)

3.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyötä varten haastateltiin kuusi Hatanpään sairaalan leikkausosastolla keväällä 2014 leikattua potilasta, joilla oli käytetty anestesiamenetelmänä puudutusta. Hatanpään sairaalan leikkausosaston osastonhoitaja valitsi haastateltavat potilaat satunnaisesti ja siten, että he täyttivät haastateltavan kriteerit. Tässä opinnäytetyössä haastateltavien valintaan on käytetty yksinkertaista satunnaisotantaa. Tällöin jokaisella perusjoukon yksilöllä on yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi. Tätä menetelmää voidaan käyttää kun perusjoukon tiedetään olevan tasavertainen. (Vilka 2007, 79.)

Haastateltavista suljettiin pois urologiset potilaat, muistisairaat potilaat ja vakavasti sairaat potilaat. Urologiset toimenpiteet ovat hyvin intiimejä ja muistisairailta kokemusten kerääminen on eettisesti kyseenalaista. Vakavasti sairaiden potilaiden toimenpiteet ovat henkisesti hyvin raskaita heille. Opinnäytetyöstä on rajattu pois itse puudutustilanne, mikäli se tapahtuu heräämössä ennen leikkaussaliin tuloa. Haastatteluissa pyrittiin siis keskittymään vain leikkaussalin tapahtumiin. Haastattelut toteutettiin keväällä 2014 Hatanpään sairaalan leikkausosastolla potilaiden huoneissa heidän saavuttuaan heräämöstä vuodeosastolle.

Ennen haastatteluja opinnäytetyöntekijät kävivät tutustumassa Hatanpään sairaalan leikkausosastolla potilaiden eri vaiheisiin ja tapahtumiin leikkaussalissa. Vierailulla seurattiin plexuspuudutuksen laittoa heräämössä sekä tutustuttiin leikkaussaleihin. Seuraavalla tutustumiskerralla tekijät seurasivat leikkausta saadakseen paremman näkemyksen leikkaussalista potilaan kokemana.

Haastattelut toteutettiin valmiiksi suunniteltujen teemojen pohjalta (Liite 3). Teema-haastattelun runkoa ei lähetetty potilaille etukäteen, mutta haastattelun aluksi jokaiselle potilaalle kerrottiin yksilöllisesti haastattelun painottuvan heidän saamiinsa kokemuksiin leikkaussalissa. Haastattelujen arvioitiin etukäteen kestävän 30–45 minuuttia, mutta todellisuudessa ne kestivät kymmenestä viiteentoista minuuttiin. Haastattelut nauhoitettiin ääninauhureilla. Jokainen haastattelu tallentui kahdelle eri nauhurille varmuuden vuoksi. Tämän jälkeen haastattelut kuunneltiin moneen kertaan ja kirjoitettiin auki eli litteroitiin.

3.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tarkkaan ottaen kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen metodi, jossa tulokset ovat sanallisina tulkintoina eivätkä numeerisina tuloksina. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston kuvaamista sanallisesti, eli sen kvantifioimista ei katsota mahdolliseksi. (Vilkkä 2007, 139–140.)

Sisällönanalyysissä aineisto luetaan läpi useaan kertaan ja etsitään niistä tutkimuskysymyksiin vastaavia yhtäläisyyksiä. Teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan jatkuvasti alkupe-
räisaineistoon kun uutta teoriaa muodostetaan. Johtopäätöksissä pyritään ymmärtämään, mitä asiat merkitsevät haastateltavalle eli tutkittavalle. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112–113.) Sisällönanalyysi voidaan karkeasti jaotella kolmeen eri vaiheeseen ja sitä voidaan kutsua kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäisenä aineiston redusointi eli pelkistäminen, toisena aineiston klusterointi eli ryhmittely ja kolmantena abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi ym. 2013, 108.)

3.2.1 Redusointi

Redusointi eli pelkistäminen tarkoittaa aukikirjoitetun haastatteluaineiston läpikäymistä, jolloin aineistosta karsitaan kaikki tutkimukselle epäolennainen pois. Teemahaastattelurunkoa voi hyödyntää aineiston koodauksessa. Aineistosta seulotaan teemahaastattelurungon avulla sellaisia kohtia, jotka kertovat tutkimuskysymyksiin liittyvistä asioista. Pelkistäessä aukikirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimuskysymyksiin liittyviä ilmaisuja, jotka voidaan esimerkiksi alleviivata erivärisillä kynillä ja sitten listata peräkkäin eri papereille. (Tuomi ym. 2009, 107; Eskola & Suoranta 2005, 152.)

Litteroidut tekstit alleviivattiin eri väreillä teemoittain. Ilmaisut pelkistettiin eli ne kirjoitettiin yksinkertaisempaan muotoon. Taulukossa 1. on esimerkkejä opinnäytetyön sisällönanalyysin redusoinnista.

TAULUKKO 1. Esimerkkejä opinnäytetyön redusoinnista

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
”Kyllä mun mielestä, ja vedettiin verhot eteen ja sitten just se, että sen verran vaan laskettiin tätä paitaa kun tarvis”	Intimiteetin kunnioittaminen
”Sydämen sivistystä ja semmosta inhimillisyyttä, ja semmosta tiettyä lämpöä ja läheisyyttä”	Henkilökunnan lämminhenkisyys Henkilökunnan inhimillisyys
”Oli äärettömän hyvää, siis tosi hyvää, henkilökuntaa ja asiantuntevaa, et tuntu et on tosi hyvissä käsissä ja koko ajan sanottiin mitä tehtiin”	Potilaan luottamus henkilökuntaan

3.2.2 Klusterointi

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta löydetyt alkuperäisilmaukset käydään läpi huolellisesti ja etsitään samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Luokittelussa aineisto tiivistyy, koska samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään alaluokiksi. (Tuomi ym. 2009, 110.)

Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin samankaltaisuuksien mukaan ryhmiksi, joille annettiin ryhmän sisältöä kuvaava yhteisnimike eli alaluokka. Taulukossa 2. on esimerkkejä tämän opinnäytetyön sisällönanalyysin klusteroinnista.

TAULUKKO 2. Esimerkkejä opinnäytetyön käsitteiden ryhmittelystä.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Hoitajien hyväntahtoinen toiminta leikkaussalissa Potilaan huomioiminen Henkilökunnan lämminhenkisyys Henkilökunnan inhimillisyys	Inhimillisyys
Potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen Potilaan yksilöllinen kohtelu	Yksilöllinen kohtelu
Toimenpiteen jännittäminen Kokemuksen ainutlaatuisuus Pelkojen poistuminen Potilaan pelkojen huomioiminen	Pelkojen käsittely

3.2.3 Abstrahointi

Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edetään alkuperäisinformaation käyttämistä ilmauksista uusiin johtopäätöksiin. Abstrahointi ei ole vain yksittäinen prosessi, vaan klusteroinnin katsotaan olevan osa sitä. Abstrahointia jatketaan niin kauan kun se on mahdollista ja työn kannalta oleellista. (Tuomi ym. 2009, 111–112.)

Tässä opinnäytetyössä alaluokista muodostettiin yläluokkia yhdistelemällä niitä. Monista alaluokista muodostettiin yläluokkia, joille annettiin yhteinen mahdollisimman kuvaava nimitys. Tässä opinnäytetyössä yläluokat järjestäytyvät yhden pääluokan alle joka on puudutettujen potilaiden kokemukset leikkaussalissa. Taulukossa 3. on esimerkkejä alaluokkien ryhmittelystä yläluokiksi. Yläluokat muodostavat pääluokan, joka on puudutetun potilaan kokemukset leikkaussalissa. (Liite 2.)

TAULUKKO 3. Esimerkkejä opinnäytetyön käsitteellistämisestä.

Alaluokka	Yläluokka
Hoitohenkilökunnan ammattitaito Hoitohenkilökunnan epäammattillisuus Leikkausasento Tarkistuslistan käyttäminen	Kokemus sairaanhoitajien ammattitaidosta
Intimiteetin kunnioittaminen Yksilöllinen kohtelu Voinnista huolehtiminen Inhimillisuus	Potilaan hoitoon vaikuttavat inhimilliset tekijät
Pelkojen käsittely Turvallisuuden tunne	Potilaan tunnetilojen käsittely leikkaussalissa

4 TULOKSET

4.1 Potilaan tunnetilojen käsittely leikkaussalissa

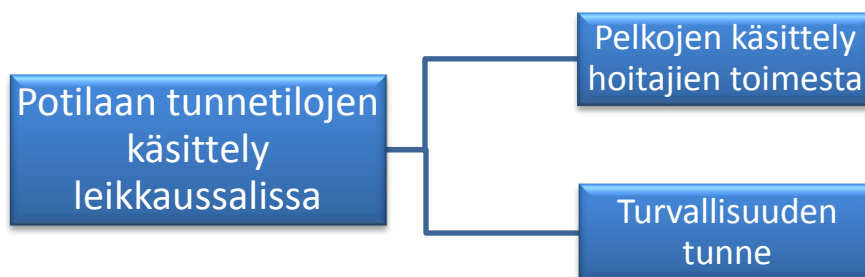
Haastateltavat toivat esille pelon ja jännittämisen kokemisen leikkaussalissa. Tilanne koettiin etukäteen jännittävänä ja tilannetta pahensi kokemuksen ainutlaatuisuus. Jännittäminen ja pelko purkautuivat pääosin leikkaussaliin mentäessä. Potilaiden mielestä pelkoa ja jännittämistä käsiteltiin hoitajien toimesta hyvin potilaan tunnetilat huomioiden. Osalla potilaista pelot hävisivät leikkaussaliin saavuttuaan hyvän ilmapiirin ansiosta ja osalla pelkojen lievittämiseksi annettiin rauhoittavaa lääkitystä. Kaikilla potilaila turvallisuuden tunne säilyi koko toimenpiteen ajan, se koettiin pelkoja lievittävänä asiana.

No tietysti mua jännitti ihan hirveästi, sain jotain rauhoittavaa siinä.

Mutta se on aika semmonen jännä tilanne, että vaikka tietää mitä tapahtuu. Niin se oli jännä sit kun sitä sen verran jännitti, se on vähän niin kun hämärän peitossa.

Piti ihanasti vähän kädestä kiinni

Kuviossa (KUVIO 2.) on esitelty potilaan tunnetilojen käsittelyyn liittyviä asioita.



KUVIO 2. Potilaan tunnetilojen käsittely leikkaussalissa

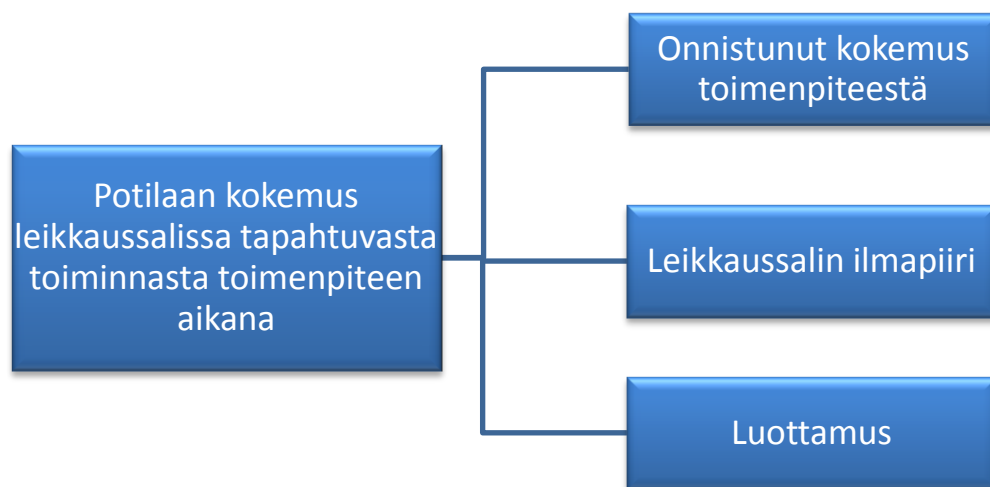
4.2 Potilaan kokemus leikkaussalissa tapahtuvasta toiminnasta toimenpiteen aikana

Haastateltavat nostivat esille erityisesti leikkaussalin ilmapiirin ja onnistuneen kokemuksen toimenpiteestä. Kaikki haastateltavat potilaat korostivat hoitohenkilökunnan synnyttämää luottamusta tärkeänä osana onnistunutta kokemusta. Erityisesti leikkaussalin ilmapiiristä nousi esille leikkaussalin rento tunnelma, ystävällinen ilmapiiri sekä hyväntahtoinen toiminta. Luottamusta loi hoitohenkilökuntaa kohtaan heidän ystävällisyytensä, lämminhenkisyytensä ja positiivinen energia. Onnistuneen toimenpiteen kokemuksen haastateltavien mielestä loi toimenpiteen nopea suorittaminen ja kivuttomuus. Kaikkien haastateltavien mielestä toimenpiteen aikainen toiminta oli erittäin onnistunutta.

Hyvin sellanen vapaa ilmapiiri, rento tunnelma.

Et ei mua itse asiassa jännittäny yhtään. Ja sitten kun näki sen porukan ja sen semmosen hyväntahtosen härdelein ja se kun ne otti mut vastaan sinne ja sit se jatku sen koko homman ajan.

Kuviossa (KUVIO 3.) on esitelty potilaan kokemuksia leikkaussalissa tapahtuvasta toiminnasta toimenpiteen aikana.



KUVIO 3. Potilaan kokemus leikkaussalissa tapahtuvasta toiminnasta toimenpiteen aikana

4.3 Potilaan kokemukset heidän hoitoonsa vaikuttavista inhimillisistä tekijöistä

Haastateltavat kokivat, että heidän intimitteetistään huolehdittiin hyvin koko toimenpiteen ajan. Leikkausalueen ihodesinfektiota ja steriilin alueen luomista varten potilaiden ihoa ei paljastettu tarpeettomasti. Haastateltavat kokivat tämän positiiviseksi asiaksi. Pääasiassa potilaiden yksilöllinen kohtelu toteutui ja he kokivat, että hoitohenkilökunta otti huomioon yksilöllisesti juuri heidän tarpeensa. Haastatteluissa nousi esiin, että potilaiden hyvinvoinnista huolehdittiin kysymällä koko ajan vointia, kiputilannetta ja asennon mukavuutta. Potilaat kokivat hoitohenkilökunnan toiminnan leikkaussalissa erinomaiseksi. Hoitohenkilökunnan inhimilliset tekijät tulivat esille lämminhenkisyytenä, ystävällisyytenä sekä fyysisenä läsnäolona. Hoitohenkilökunnan fyysinen läsnäolo koettiin tärkeäksi tekijäksi myös jännityksen lievittämisessä. Hoitohenkilökunnan ystävällinen juttelu potilaille toimenpiteen aikana nousi positiivisena asiana esille haastatteluista.

Kyllä mun mielestä ja vedettiin verhot eteen ja sitten just se, että sen veran vaan laskettiin tätä paitaa kun tarvis.

Onko hyvä ja tarvitko peittoa. Ihan koko ajan pidettiin niinkun ja käsien asentoo.

Piti ihanasti vähän kädestä kiinni.

Seuraavassa kuvioissa (KUVIO 4.) on esitelty potilaan kokemuksia heidän hoitoonsa vaikuttavista inhimillisistä tekijöistä.



KUVIO 4. Potilaan kokemukset heidän hoitoonsa vaikuttavista inhimillisistä tekijöistä.

4.4 Potilaiden kokemus sairaanhoitajien ammattitaidosta

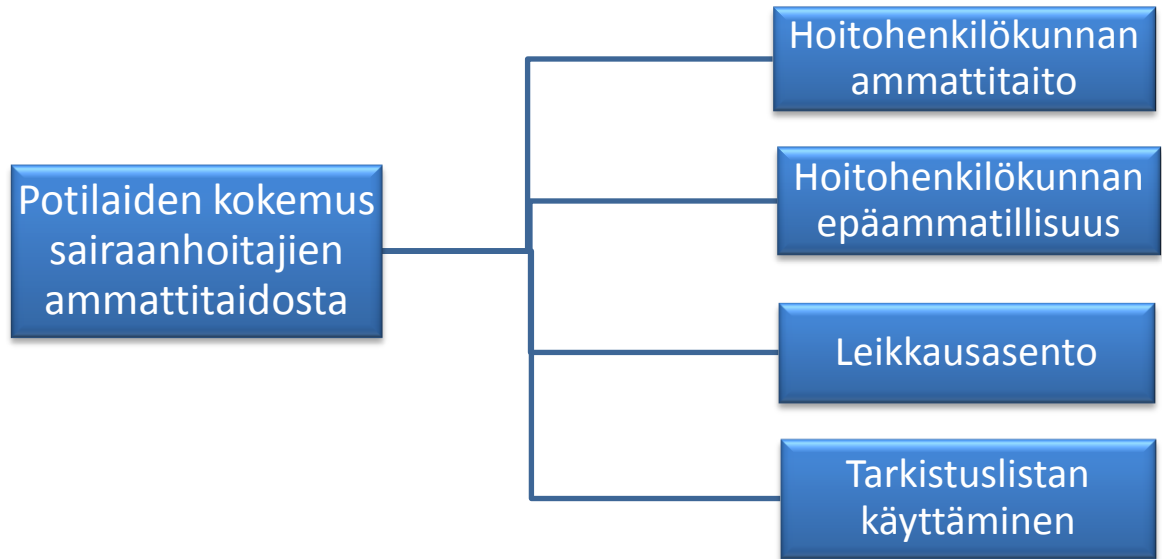
Leikkausasentoon laitto koettiin pääasiassa turvalliseksi ja miellyttäväksi kokemukseksi. Haastateltavat kokivat, että hoitohenkilökunta onnistui asentoon laitossa ja potilaan siirroissa hyvin. Muutama haastateltava toi haastattelussa esille asennonlaiton kaosmaisuuksien ja kokivat tällöin olevansa vaivaksi hoitohenkilökunnalle. Suurimmassa osassa toimenpiteistä tarkistettiin vähintään potilaan henkilöllisyys ennen leikkauksen alkua. Potilaat jätettiin kuitenkin ulkopuolelle tarkistuslistan läpikäynnistä ja tarkistuslista käytiin vain osittain läpi. Kaikissa haastatteluissa haastateltavat korostivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. Ammattitaito näkyi rutiineissa, voimien kyselemisessä sekä potilaan huomioimisena leikkauksen aikana. Epäammattillisuus näkyi haastateltavien mielestä tilanteissa joissa sairaanhoitajat keskustelivat omista henkilökohtaisista asioistaan. Osa potilaista koki jääneensä ulkopuolelle leikkauksesta ja sen kulusta.

Tuli vaan semmonen, et musta on hirveesti vaivaa kun mä en pysty liikkuun ja ne joutuu mun kroppaa kääntään ja vääntään.

Kyllä he puhuivat keskenään kovasti, tuskin kaikki oli ihan siihen leikkaukseen liittyvää.

Kaikki tuntu hyvin turvalliselta. Henkilökunta oli ammattitaitosen tuntu-
ta.

Seuraavassa kuviossa (KUVIO 5.) on esitelty potilaan kokemus sairaanhoitajien ammattitaidosta.



KUVIO 5. Potilaiden kokemus sairaanhoitajien ammattitaidosta

4.5 Puudutuksen laittaminen potilaan kokemana

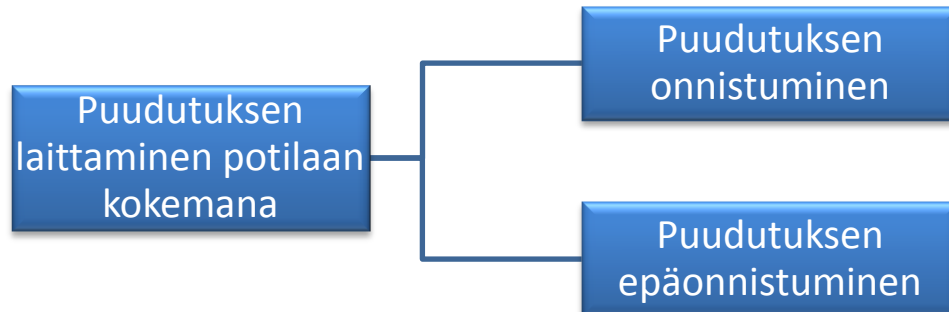
Suurimmassa osassa haastatteluita puudutuskokemus koettiin miellyttävänä ja onnistuneena osana leikkausta. Muutama haastateltava ilmaisi puudutuksen epäonnistuneen ensimmäisellä laittokerralla, mutta ei kokenut sitä epämiellyttävänä eikä nähnyt sen haittaavan toimenpiteen kulkua. Osassa haastatteluista kävi ilmi, että puudutuksen vaiheita ei selostettu potilaalle kunnolla ennen puudutuksen laittoa eikä sen aikana.

Kävi hyvin nopeesti ja hyvin kivuttomasti.

Hyvin meni se puudutus, ei tuntunut mitenkään pahalta.

Eikai siinä sitä koko toimenpidettä koko ajan selostettu, mutta se kävi hyvin nopeesti ja hyvin kivuttomasti mä muistelen.

Kuviossa (KUVIO 6.) on esitelty potilaan kokemus puudutuksen laittamisesta.



KUVIO 6. Puudutuksen laittaminen potilaan kokemana

4.6 Potilaiden näkemyksiä heidän oikeuksiensa ilmenemisestä leikkaussalissa

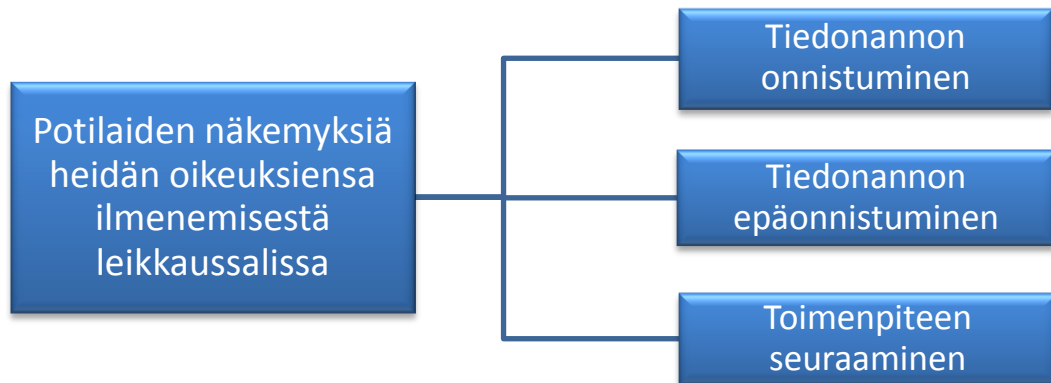
Potilaille kerrottiin toimenpiteen eri vaiheista hyvin ja heille kerrottiin kuka teki mitäkin. Haastateltavat kokivat tämän tärkeänä osana toimenpidettä, se lisäsi heidän luottamustaan henkilökuntaan sekä toi potilaille hallinnantunnetta. Osa haastateltavista toi ilmi, että he saivat seurata toimenpidettä monitoreista ja samalla heille selitettiin leikkauksen kulkua. Osa haastateltavista ei saanut yhtä kattavaa selostusta toimenpiteen vaiheista vaan tyytyivät ennalta kerrottuun tietoon. Tämä ei välttämättä ollut haastateltavien mielestä huono asia, vaan päinvastoin. Tieto annettiin potilaille niin, että he ymmärsivät sen.

Nyt laitetaan nämä mittarit ja nyt lisätään tätä lääkettä ja ortopedi selittää, että nyt hän menee tästä reiästä tällä instrumentilla.

Ja nyt teen näin. Koko ajan tiesi tavallaan et mihinkä ollaan menossa ja mitä tehdään, että oli turvallinen olo.

Olis ollu mukava nähdä mitä siellä puuhataan, mutta ei mitenkään epämiellyttävää ollut.

Seuraavassa kuviossa (KUVIO 7.) on esitetty potilaiden näkemyksiä heidän oikeuksien-
sa ilmenemisestä leikkaussalissa.



KUVIO 7. Potilaiden näkemyksiä heidän oikeuksiensa ilmenemisestä leikkaussalissa

5 TULOSTEN TARKASTELU

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää puudutettujen potilaiden kokemukset puudutuksesta ja leikkauksesta sekä selvittää, miten potilaan yksilöllisyys otetaan huomioon ja, miten potilas kokee hoitohenkilökunnan toiminnanleikkaussalissa.

Haastateltavat toivat esiin pelon ja jännityksen tunteen leikkaussalissa liittyviin tapahtumiin. Sairaanhoitajien toiminta ja hyvä ilmapiiri auttoivat kuitenkin tunteiden käsittelyssä. Useassa potilaan leikkaussalikokemuksia käsittelevässä tutkimuksessa mainitaan potilaiden pelko ennen toimenpidettä ja sen aikana. Usein pelkoa koetaan anestesian epäonnistumiseen liittyen. Myös puudutettujen potilaiden pelkoa äänistä ja leikkaussalin tapahtumista korostetaan. Potilaiden pelot kohdentuivat etenkin leikkauksen onnistumiseen ja elämänlaadun palaamiseen. (Leinonen, Leino-Kilpi & Katajisto 1994, 26–27; Hankela 1994, 48–49; Teerijoki 2008, 34–36.) Sairaanhoitajien onkin syytä huomioida leikkauspotilaan mahdolliset pelot ja pyrkiä ylläpitämään rentoa ja potilaan huomioon ottavaa ilmapiiriä leikkaussalissa. Näin voidaan edistää potilaiden pelkojen vähentymistä liittyen leikkaussalin tapahtumiin.

Haastatteluissa nousi esille leikkaussalin rento ilmapiiri, hoitohenkilökunnan luottamusta herättävä toiminta sekä onnistunut toimenpide. Varsinkin leikkaussalin ilmapiiri ja luottamus hoitohenkilökuntaan koettiin tärkeinä tekijöinä. Myös Sirpa Hankelan (1999) tutkimuksessa potilaat korostivat myös sairaanhoitajien teknistä toimintatapaa, joka ilmeni vastuuntuntoisena toimintana. Tutkimuksessa tuli ilmi myös, että haastateltavat kokivat sairaanhoitajiin luottamusta heidän osatessaan toimia myös ilman lääkärin ohjeita. (Hankela 1999, 62.) Muissa tutkimuksissa tulokset ovat olleet samansuuntaisia. Hoitohenkilökunta on koettu siis ammattitaitoiseksi, ystävälliseksi ja helposti lähestyttäväksi. (Leinonen ym. 1994, 33–34; Teerijoki 2008, 34–36.) Luottamusta sairaanhoitajiin herättää heidän kykynsä toimia oma-aloitteisesti hoitaessaan potilaita. Puudutettujen potilaiden hoidossa myös sairaanhoitajien ystävällisyys, lämminhenkisyys ja helposti lähestyttävä olemus korostuvat.

Haastatteluissa potilaat kertoivat, että heidän intimizeettiään kunnioitettiin koko leikkauksen ajan. Potilaiden mielestä heitä ei paljastettu liikaa. Yksilöllisyyden huomiointi näkyi suurimmassa osassa asioista, joita potilaat haastatteluissa toivat ilmi. Potilaiden

mielestä heitä kohdeltiin inhimillisesti ja kunnioittavasti. Leinosen ym. (1994) mukaan suurin osa potilaista koki, ettei heitä oltu paljastettu liikaa missään vaiheessa toimenpidettä (Leinonen ym. 1994, 57). Hoitohenkilökunnan luoma ilmapiiri oli joko salliva tai ei-salliva, sairaanhoitajien ystävällisyys ja inhimillisuus loivat pohjaa potilaan hyvälle leikkauskokemukselle. Kohtelu koettiin epäinhimilliseksi kun hoitohenkilökunta jätti reagoimatta potilaan verbaaliseen ja non-verbaaliseen kommunikointiin. (Hankela 1994, 102–103.) Potilaan intimitetin kunnioittaminen on tärkeä osa leikkaussalin toimintaa, vaikka toimenpide itsessään vaatii potilaan laajan paljastamisen, voi sen tehdä myös hienovaraisesti. Sairaanhoitajien tulee kiinnittää erityisesti huomiota leikkaussalin ilmapiiriin ja huomioida sen vaikutus potilaan kokemukseen saamastaan hoidosta.

Haastateltavien mielestä hoitohenkilökunta oli ammattitaitoista. Epäammattillisuus näkyi henkilökohtaisten asioiden jutteluna leikkauksen aikana potilaan ollessa hereillä. Leikkausasentoon laitto oli suurimmaksi osaksi onnistunutta, ja potilaat kokivat sen turvallisiksi. Tarkistuslistan käyttö leikkaussalissa oli vaillinaista, koska potilailta kysyttiin pääasiassa vain henkilöllisyys ennen toimenpiteen alkua. Tutkimuksissa tuotiin esille henkilökunnan ammattitaidon tärkeyttä. Yhdestä näkökulmasta tämä näkyi sairaanhoitajan kykyä tarkkailla ja toimia huolellisesti, toisaalta taas potilaiden mielestä sairaanhoitajien inhimilliset toimintatavat olivat paljon merkityksellisempiä kuin tekniset taidot. Tarkistuslistan käytöllä minimoidaan inhimilliset virheet sekä parannetaan potilas-turvallisuutta. (Hankela 1994, 65–66; Hankela 1999, 62; Aaltonen & Rosenberg 2013, 37–46.) Tarkistuslistan läpikäyminen potilaan kanssa on tärkeä osa onnistunutta kokemusta leikkausta. Ei vain potilaan hoidon kannalta vaan myös hoitohenkilökunnan ammattitaidon kehittämiseksi. Henkilökohtaisten omien asioiden keskustelu leikkaussalissa tuo potilaalle huonon kokemuksen toimenpiteestä.

Puudutuksen laittaminen haastateltavien mielestä oli kokemuksena onnistunut. Potilaiden tiedottaminen puudutuksen laitosta oli puutteellista, sillä heille ei kerrottu tarpeeksi selvästi eri vaiheita puudutuksen laittoon liittyen. Kirjallisuudessa tuodaan esille, että potilaiden mielestä oli mielenkiintoista ja osittain miellyttävääkin, että leikkaus tehtiin puudutuksessa, koska se mahdollisti toimenpiteen seuraamisen monitorista. Toisaalta osa potilaista koki tilanteen epämiellyttävänä ja leikkaussalin äänet epämiellyttävinä. Leikkaussalin äänet ja yleinen hälinä saattoivat lisätä potilaan pelkoa. Anestesia-sairaanhoitajan läsnäolo korostuu erityisesti puudutettujen potilaiden hoidossa. Sairaanhoitajan fyysinen läsnäolo helpottaa puudutetun potilaan epämurkavaa oloa ja tuo turvallisuuden

tunnetta. (Hankela 1994, 56–63; Leinonen ym. 1994, 41–42; Hankela 1999, 51–53.) Sairaanhoidajan rooli puudutuksen laittamisen yhteydessä tapahtuvassa tiedonannosta on tärkeä. Näin potilas saa tarvitsemansa tuen leikkaussalissa toimenpiteen aikana. Puudutettujen potilaiden hoidossa sairaanhoidajan fyysinen läsnäolo helpottaa potilaiden ahdistuksen tunnetta.

Potilaat toivat haastatteluissa esille toimenpiteen vaiheista tiedottamisen ja sen tärkeyden heille. Osalla potilaista tiedon saanti oli liian vähäistä mutta pääosin se oli kuitenkin riittävää. Suurin osa potilaista sai halutessaan seurata toimenpidettä monitorista ja heillä erityisesti toimenpiteen kulku ja tapahtumat selitettiin tarkasti. Osa potilaista koki liiallisen tiedonannon ahdistavaksi eivätkä halunneet siksi seurata toimenpidettä monitorista. Tutkimuksissa tuodaan esille, että tiedonanto on pääosin riittävää. Osa potilaista toi tutkimuksissa esille, että liian laaja tieto toimenpiteestä tai puudutuksesta olisi hermostuttanut heitä lisää. Aktiivisimmat potilaat olivat hakeneet tietoa toimenpiteestä etukäteen ja kyselivät toimenpiteen aikana paljon. Passiiviseen rooliin vetäytyneet potilaat eivät aktiivisesti kyselleet toimenpiteeseen liittyvistä vaiheista. Tämä ei johtunut potilaan haluttomuudesta tietää, vaan ennemminkin potilaan luonteesta. (Leinonen ym. 1994, 55; Hankela 1999, 51–57; Teerijoki 2008, 36–37.) Potilaalla on oikeus saada tietoa toimenpiteestään pre-, intra- ja postoperatiivisesti. Potilaan ei itse kuulu olla oman asiansa ajaja leikkaussalissa, vaan sairaanhoidajan ammatillisiin osaamisvaatimuksiin kuuluu kyky toimia potilaan asianajajana. Sairaanhoidajien on myös huomioitava potilaan mahdollinen haluttomuus saada tietoa toimenpiteestä.

Opinnäytetyön aihetta olisi mielenkiintoista lähestyä myös kvantitatiivisesta lähtökohdasta. Tällöin potilasotos voisi olla suurempi ja saataisiin esille paremmin syyseuraussuhteita. Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi potilaan pelkojen ja jännityksen käsittely ja lievittäminen sairaanhoidajan näkökulmasta. Aiheesta oli vähän tutkimustietoa, vaikka aihe on tärkeä potilaan kannalta.

6 LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN TARKASTELUA

6.1 Luotettavuus

Sanalla luotettavuus viitataan tutkimuksen reliabiliteettiin, joka tarkoittaa tulosten tarkkuutta. Toistettaessa tutkimus saman henkilön kohdalla, saadaan täsmälleen sama tulos. Tulosten tulee olla riippumattomia tutkijasta. Kysyttävien kysymysten tulee olla laadittu tai esitetty siten, että tutkittavat ymmärtävät kysymyksen samalla tavalla. Tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää monet asiat. Esimerkkejä tulosta heikentävistä tekijöistä on vastaajan väärin muistaminen, haastattelijan virheellinen merkintä tai tutkijan virheet tallentaessaan tuloksia. Satunnaisvirheillä ei ole välttämättä suuria seuraamuksia tutkimuksen tulosten kannalta ja tärkeintä onkin, että tutkija ottaa kantaa tutkimuksessa ilmenneisiin virheisiin. (Vilka 2007, 161–162.)

Arvioidessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, ei ole olemassa minkäänlaisia yksiselitteisiä ohjeita, tutkimusta arvioidaan kuitenkin kokonaisuutena (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Jotta tutkimus on luotettava, tulee sen täyttää kaikki edellä mainitut kriteerit. Kriteerien tulee olla mukana tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksen laatua ja uskottavuutta parantaa se, että tutkija perehtyy aiheeseen etukäteen ja hänellä on tarpeeksi aikaa toteuttaa tutkimus. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.)

Opinnäytetyön otanta oli kuusi (6) potilasta. Haastateltavien valinnan perusta oli kriteerien täytyminen ja vapaaehtoisuus. Poissulkevia tekijöitä olivat urologiset potilaat, muistisairaat potilaat sekä vakavasti sairaat potilaat. Hatanpään leikkausosaston osastonhoitaja valitsi asetettuihin kriteereihin sopivat potilaat leikkausosaston puudutettujen potilaiden joukosta.

Opinnäytetyössä näkyy tutkimusprosessin eri vaiheet, joka mahdollistaa opinnäytetyön kriittisen tarkastelun. Luotettavuutta olisi lisännyt suurempi otanta, joka olisi mahdollistanut vastausten paremman analysoinnin ja tulkinnan. Haastateltavien vastaukset jäivät myös valitettavan lyhyiksi, tämän olisi voinut välttää antamalla haastateltaville kysymykset etukäteen pohdittaviksi. Olisimme myös voineet johdatella potilaita enemmän asian sisälle, jotta he olisivat osanneet kertoa kokemuksestaan syvällisemmin.

Haastattelut pyrittiin toteuttamaan siten, että haastattelijat eivät vaikuttaneet potilaan vastauksiin millään lailla. Haastateltavat saivat kertoa vapaasti kokemuksistaan, tämä kerrottiin jo ennen haastattelun alkua jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelurungon pohjalta ja asiat pyrittiin käymään järjestyksessä läpi jokaisen potilaan kohdalla.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös tekijöiden perehtyminen aiheeseen ennen työn aloitusta ja haastatteluiden toteuttamista. Käytetyt lähteet olivat osittain jopa 20 vuotta vanhoja, mutta kuvaavat edelleen potilaan kokemusta. Ennen haastatteluja tekijät työstivät teemahaastattelu runkoa, jonka pohjana käytettiin teorian tietoa. Teemahaastattelun rungossa ei ollut suoria kysymyksiä, vaan haastattelijat johdattivat potilaat kertomaan vapaasti vaiheistaan leikkaussalissa. Toisaalta tulokset olisivat olleet luotettavampia, jos haastateltavat olisivat vastanneet suoriin kysymyksiin. Kyseessä oli tekijöiden ensimmäinen tutkimusmenetelmällä toteutettu opinnäytetyö, tämä tulee huomioida pohdittaessa opinnäytetyön luotettavuutta.

6.2 Eettisyys

Opinnäytetyön tekemisessä on tärkeää huomioida eettiset seikat, joiden epäonnistuminen saattaa viedä pohjan koko työltä. Tutkimusprosessin eri vaiheissa tekijän on ratkaistava lukuisia valinta- ja päätöksentekotilanteita, jotka ovat eettisesti merkittäviä. Laadullisessa tutkimuksessa haasteet syntyvät vaikutuksista, joita tutkimuksella voi olla siihen osallistuvien henkilöiden elämään. On huomioitava myös, että jo aiheen valinta ja tutkimuskysymysten muodostaminen ovat merkittäviä eettisiä tekijöitä. (Kylmä ym. 2007, 137–145.) Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyön tekijät noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Tämä tarkoittaa, että tekijät käyttävät sellaisia tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. (Vilka 2007, 30.)

Opinnäytetyön eettisyyttä mietittäessä on huomioitava kaikki siihen vaikuttavat tekijät ja tekijöillä on tarvittavat resurssit työn toteuttamiseen eettisesti oikein (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 53–54). Ihmisoikeudet muodostavat eettisen pohjan ihmisiin kohdistuvalle tutkimukselle. Tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet, mene-

telmät ja mahdolliset riskit. Tutkijan tulee myös ilmoittaa tutkittaville osallistumisen vapaaehtoisuudesta, oikeudesta kieltäytyä tutkimuksesta, mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus ja oikeudesta kieltää häneltä saadun tutkimusmateriaalin käyttö. Kaikkien osallistujien on jäätävä nimettömiksi ja saatu tieto tulee käsitellä siten, että siitä ei tutkittavaa tunnista. (Tuomi ym. 2009, 131–132.)

Tässä opinnäytetyössä haastateltaville kerrottiin työn tarkoitus ja haastattelun luonne ennen suostumuksen allekirjoittamista. Suostumuksessa kerrottiin työn tarkoitus, haastattelumenetelmä, tietojen tallennusmuoto, tietosuoja sekä haastattelijoiden yhteystiedot. Haastattelut toteutettiin suljetussa tilassa, jossa paikalla oli vain haastattelijat ja haastateltava. Haastattelut käytiin litteroinnin jälkeen läpi objektiivisesti ja haastateltavia kunnioittaen. Tulokset raportoitiin kunnioittaen potilasta. Eettisyys oli jatkuvasti opinnäytetyöprosessissa mukana ja tiedollisina lähteinä käytettiin vain tutkittua tietoa.

Haastattelut toteutettiin hyvin pian potilaan saavuttua heräämöstä takaisin osastolle. Eettisesti ihanteellinen tilanne olisi ollut se jos potilaat olisivat saaneet toipua leikkauksesta toimenpidepäivän ja haastattelut olisi toteutettu vasta esimerkiksi seuraavana päivänä. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista. Tämä olisi kuitenkin voinut muuttaa haastateltavien antaman tiedon oikeellisuutta, sillä muistikuvat muuttuvat ajan kuluessa. Ennen haastattelua kerroimme potilaille, että he voivat keskeyttää haastattelun missä vaiheessa vain ja he saavat kertoa asiat juuri niin laajasti tai suppeasti kuin haluavat.

7 LOPUKSI

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2013, jolloin otimme yhteyttä Hatanpään sairaalan työelämäyhdyshenkilöön. Hatanpään sairaalasta tarjottiin puudutettuihin potilaisiin liittyvää aihetta, jonka valitsimme oman kiinnostuksen perusteella ja lähdimmekin työstämään sitä innolla. Työelämäpalaverin jälkeen alkoi opinnäytetyön teorian läpikäynti ja opinnäytetyön työstäminen. Aluksi mietimme olisiko opinnäytetyömme tutkimusmenetelmä kvantitatiivinen vai kvalitatiivinen, päädyimme valitsemaan laadullisen tutkimusmenetelmän, koska se tarjosi paremman näkökulman potilaan kokemuksista.

Hahmottelimme aluksi opinnäytetyön aikataulun ja teoreettisen viitekehyksen yhdessä opettajan ja työelämäyhdyshenkilön kanssa. Tutkimusluvan haimme tammikuussa ja saimmekin luvan opinnäytetyön tekemiseen hyvin pian. Tämän jälkeen teorian koostaminen sekä teemahaastattelurungon hahmottelu. Kävimme Hatanpään sairaalan leikkausosastolla tutustumassa tiloihin ja potilaan polkuun leikkaussalissa. Haastattelut toteutettiin suunnitelman mukaisesti ja sen jälkeen aloitettiin aineiston analyysi sekä tulosten kokoaminen.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa sekä runsaasti aikaa vievää. Potilaiden haastattelu jännitti meitä aluksi, mutta lopulta haastattelutilanteet osoittautuivat kuitenkin mukaviksi ja rennoiksi tilanteiksi. Oli mukava huomata potilaiden halukkuus osallistua tutkimukseen ja kuinka avoimesti he keskustelivat kanssamme. Mielestämme haastattelut menivät hyvin, täytyy kuitenkin muistaa, että tämä oli molemmille ensimmäinen opinnäytetyö. Prosessin aikana olemme oppineet tarkastelemaan erilaisia lähteitä kriittisesti sekä kirjoittamaan tieteellistä tekstiä. Olemme pohtineet myös mitä olisimme voineet parantaa työssämme. Totesimme, että haastattelijoina taitomme ovat vielä ruosteessa.

Yhteistyömme koko opinnäytetyöprosessin ajan on ollut sujuvaa ja meillä molemmilla on ollut koko ajan samanlaiset tavoitteet opinnäytetyön laadusta ja aikataulusta. Olemme myös molemmat olleet sitoutuneita tähän prosessiin. Olemme erityisen kiitollisia saamastamme ohjauksesta sekä opettajalta että työelämäyhteydeltä. Opinnäytetyön tekeminen on ollut meille aivan uusi avartava kokemus ja koemme tästä olleen hyötyä valmistuessamme perioperatiivisiksi sairaanhoitajiksi.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. 1. Painos. Helsinki: Duodecim.
- Aho-Konttinen, A. & Haavisto, S. 2006. Leikkausasennot ja potilasturvallisuus. *Spirium* vol. 41 (2), 21-23.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma pro.
- Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. 6. Painos. Vaajakoski: Vastapaino.
- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikkaa. Tallinna: Vastapaino.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. Painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Groah, L. 1996. Perioperative nursing. 3. painos. Connecticut: Appleton & Lange.
- Hankela, S. 1994. Intraoperatiivinen hoitotyö leikkauspotilaiden kokemana. Tampereen yliopisto. Lisensiaatintutkimus. Hoitotieteen laitos.
- Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A.-H., Dellinger, P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M., Merry, A., Moorthy, K., Reznick, R., Taylor, B. & Gawande, A. 2009. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The new England journal of medicine* vol. 360. nro. 5. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>
- Holmberg, M., Inkinen, R. & Volmanen, P. 2013. Kyselytutkimus leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä Suomessa, tilanne keväällä 2013 (verkkodokumentti). Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (viitattu 7.7.2014).
- Koivula, M. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lieventäminen hoitotyössä. *Hoitotiede* vol. 16. nro 2.
- Kokki, H. & Pitkänen, M. 2006. Puudutusopas 2006. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Korhonen, M. 1994. Anestesia 3. Painos. Helsinki: WSOY.
- Korkeila, J. (toim.) 1990. Puudutus ja kivun hoito. Helsinki: Suomen Astra Oy.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito. 1.-2. Painos. Porvoo: WSOY.
- Kuusela, J. 2008. Interskaleeninen plexuspuudutus. *Spirium* vol. 43. nro 2.

- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. Painos. Helsinki: Edita.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
- Latosinsky, S., Thirlby, R. & Urbach, D. 2010. Use of a surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality. CAGS and ACE evidence based reviews in surgery. Vol. 53 (1).
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 1994. Leikkaus- ja anestesiahoidon laatu. Mitä potilaat sanovat. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A:10 1994.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-3. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- National Health Service. 2013. Local anesthetic. Päivitetty 11.11.2013. Luettu 28.11.2013. <http://www.nhs.uk/conditions/Anaesthetic-local/Pages/Introduction.aspx>.
- Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. (toim.) 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. 1. Painos. Helsinki: Duodecim.
- Nieminen, K. 2009. Olkapääleikkauspotilaan anestesia. Spirium vol. 44. nro 4.
- Pattison, H. & Robertson, C. 1996. The effect of ward design on the well-being of post-operative patients. Journal of Advanced Nursing 23: 820-826.
- Potilasvakuutuskeskus. 2012. Potilasvakuutuskeskus edellyttää leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä. Luettu 19.7.2014. <http://www.pvk.fi/fi/terveydenhuollolle/Potilasvakuutuskeskuksen-tiedotteet/Potilasvakuutuskeskus-edellyttaa-leikkaustiimin-tarkistuslistan-kayttoa/>.
- Rummukainen, T. 1996. Puudutetun potilaan ja anestesiahoitajan vuorovaikutus intraoperatiivisessa hoitotyössä. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Tampereen kaupunki. 2013. Hyvän hoidon Hatanpää. Erikoissairaanhoidon strategia 2014. Luettu 3.12.2013. http://www.tampere.fi/material/attachments/e/67pBxwZcS/ESHn_strategia.pdf
- Teerijoki, J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu poilaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

Liite 1. Taulukko aihetta käsittelevistä tutkimuksista.

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Hankela, Sirpa 1994</p> <p>Perioperatiivinen hoitotyö leikkauspotilaiden kokemana</p> <p>Lisensiaatintutkimus</p>	<p>Tarkoituksena kuvata, minkälaisia odotuksia ja kokemuksia leikkauspotilailla liittyy leikkauksen aikaiseen hoitotyöhön</p> <p>1.Mitä leikkauspotilaat odottavat intraoperatiiviselta hoitotyöltä?</p> <p>2.Miten leikkauspotilaat kokevat intraoperatiivisen hoitotyön?</p> <p>3.Miten leikkauspotilaiden kokemus intraoperatiivisesta hoitotyöstä vastaa heidän odotuksiaan?</p> <p>Tavoitteena on käyttää tutkimustuloksia apuna leikkaus- ja anestesiasairaanhoitajien koulutuksessa sekä käytännön hoitotyön kehittämisessä</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Tampereen yliopistollinen keskussairaala</p> <p>Potilaat N=20</p> <p>Teema- ja mallianalyysi</p>	<p>Potilaiden leikkauksenaikainen selviytyminen perustuu turvallisuuden ja turvattomuuden tunteisiin</p> <p>Leikkausosaston hoitotyöntekijöiden ihmiseen suuntautuneet humanit toimintatavat ja toiminnot edistivät turvallisuuden kokemista ja tukivat potilaan leikkauksenaikaista selviytymistä</p>
<p>Leinonen, Tuija, Leino-Kilpi, Helena, Katajisto, Jouko 1994</p> <p>Leikkaus- ja anestesiahoitoon laatu, mitä potilaat sanovat?</p> <p>Hoitotyön julkaisusarja A:10</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa potilaiden käsityksiä ja kokemuksia leikkaus- ja anestesiahoitosta ja sitä, mikä heidän mielestään on hoidossaan parasta ja mikä huonointa</p> <p>1.Millaisia käsityksiä ja kokemuksia potilailla on omasta toteutuneesta leikkaus- ja</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Turun yliopistollinen keskussairaala</p> <p>Vuodeosastolla ennen kotiuttamista N=246, toinen kysely kotona N=208 (n=158)</p> <p>Statistica ohjel-</p>	<p>Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä leikkaus- ja anestesiahoitoonsa. Eryistä tyytyväisyyttä koettiin biologisfysiologiseen laatuunäkölmaan</p> <p>Tiedolliseen ja kokeukselliseen laatuunäkölmaan sisältyvä hoitotyö näyttää vaativan ensisijaisesti kehittämistä</p>

	<p>anestesiahoitostaan?</p> <p>2. Muuttuvatko potilaiden käsitykset leikkaus- ja anestesiahoitosta, kun he saavat ajallista etäisyyttä leikkauskokemuksiensa?</p> <p>3. Miten laadittu LEAN-mittari toimii leikkaus- ja anestesiahoitotyön arvioinnissa?</p>	misto.	<p>Potilaiden kriittisyyden taso nousi evaluoitaessa hoitoa jonkin ajan kuluttua kotona</p>
<p>Hankela, Sirpa 1999</p> <p>Intraoperatiivinen hoitotyö - Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen</p> <p>Akateeminen väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena oli muodostaa induktiivisesti empiiriseen aineistoon perustuva substantiivinen intraoperatiivisen hoitotyön teoria, jonka avulla jäsenetään, määritellään ja selkiytetään intraoperatiivisen hoitotyön lähtökohtaa, päämäärää ja tehtävää</p> <p>1. Mitkä ovat intraoperatiivista hoitotyötä kuvaavat käsitteet?</p> <p>2. Minkälaisia ovat intraoperatiivista hoitotyötä kuvaavien käsitteiden väliset suhteet?</p> <p>3. Minkälaisia sosiaalisia prosesseja, vaihteluita ja ajallisia muutoksia liittyy potilaiden kokemuksiin intraoperatiivisesta hoitotyöstä ja minkälaiset tekijät selittävät näitä vaihteluita?</p> <p>4. Minkälainen intraoperatiivista hoitotyö-</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Tampereen yliopistollinen keskussairaala</p> <p>Potilaat N=40</p> <p>Grounded theory - menetelmä</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan perioperatiivisten sairaanhoitajien tuki identifioitui myös potilaiden selviytymisvoimavaraksi</p> <p>Perioperatiivisten sairaanhoitajien oli tunnistettava potilaalle turvattomuutta aiheuttavat tekijät sekä heidän yksilöllisen elämänhistoriansa että henkilökohtaiset selviytymisvoimavaransa</p> <p>Intraoperatiivisen hoitotyön tehtävä oli potilaiden selviytymisen tukeminen</p>

	tä kuvaava kokonaisrakenne muodostuu potilaiden leikkauksen aikaisista kokemuksista ja niihin liittyvistä merkityksistä?		
Teerijoki, Jaana 2008 Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana Pro gradu- tutkielma	Tarkoituksena on kuvata hoidon laatua perioperatiivisten potilaiden arvioimana. 1.Millaiseksi potilaat arvioivat hoidon laadun leikkausosastolla ja heräämössä? 2.Miten taustamuuttujat ovat yhteydessä potilaiden arviointeihin perioperatiivisen hoidon laadusta? 3.Mitkä ovat perioperatiivisen hoidon laadun kehittämistarpeet?	Kvantitatiivinen Kuusi Keski-Suomen keskussairaalan vuodeosastoa Potilaat N=180 (n=99) SPSS – tilasto-ohjelma, avoimet kysymykset sisällönanalyysillä	Potilaat arvioivat perioperatiivisen hoidon laadun erittäin hyväksi. Henkilökunnan ominaisuudet arvioitiin parhaiten toteutuneeksi osa-alueeksi. Henkilökuntaa pidettiin erittäin ammattitaitoisena ja tekninen osaaminen ja hoidon vaikuttavuus olivat erittäin hyviä Omatoimisuuden tukeminen arvioitiin huonoimmin toteutuneeksi osa-alueeksi ja tiedonsaanti arvioitiin toiseksi huonoimmaksi osa-alueeksi

Liite 2. Taulukko tuloksista.

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Pelkojen käsittely Turvallisuuden tunne	Potilaan tunnetilojen käsittely leikkaussalissa	Potilaan kokemuksia leikkaussalissa
Onnistunut kokemus toimenpiteestä Leikkaussalin ilmapiiri Luottamus	Potilaan kokemus leikkaussalissa tapahtuvasta toiminnasta toimenpiteen aikana	
Intimiteetin kunnioittaminen Yksilöllinen kohtelu Voinnista huolehtiminen Inhimillisyys	Potilaan hoitoon vaikuttavat inhimilliset tekijät	
Hoitohenkilökunnan ammattitaito Hoitohenkilökunnan epäammattillisuus Leikkausasento Tarkistuslistan käyttäminen	Kokemus sairaanhoitajien ammattitaidosta	
Puudutuksen onnistuminen Puudutuksen epäonnistuminen	Puudutus potilaan kokemana	
Informoinnin onnistuminen Informoinnin epäonnistuminen Toimenpiteen seuraaminen	Potilaan oikeuksien täyttyminen leikkaussalissa	

Liite 3. Teemahaastattelurunko

VASTAANOTTO LEIKKAUSSALIIN

Potilaan kokemus leikkaussaliin hakemisesta.

Potilaan kokemus leikkaussaliin siirtymisestä ja ilmapiiristä siellä.

Potilaan kokemus tarkistuslista läpikäynnistä ja saman asian kysymisestä useampaan kertaan.

PUUDUTUKSEN VALMISTELU

Potilaan kokemus seurantalaitteiden kytkennästä.

Potilaan kokemus puudutusasennon laitosta ja siihen ohjeistamisesta, ihon desinfektios-
ta ja puudutuksen laitosta.

Potilaan kokemus intymiteetin suojelusta ja yksityisyyden kunnioittamisesta.

PUUDUTUS

Potilaan kokemus puudutuksen leviämisestä ja puudutuksesta yleensä.

TOIMENPITEEN VALMISTELU JA SEN ALOITUS

Potilaan kokemus leikkausasentoon laittamisesta.

Potilaan kokemus leikkausalueen valmistelusta.

Potilaan kokemus toimenpiteen aloituksesta.

TOIMENPITEEN AIKAINEN TOIMINTA

Potilaan kokemus toimenpiteen aikana voinnista, olotilasta tai tuntemuksista.

Potilaan kokemus tuen saannista leikkauksen aikana hoitajilta.

Potilaan kokemukset äänistä ja henkilökunnan toiminnasta.

Potilaan kokemus yksilöllisyyden huomioon ottamisesta.

TOIMENPITEEN LOPETUS

Potilaan kokemus leikkauksen kulun kertomisesta leikkauksen jälkeen.

Potilaan kokemus leikkauksen päättymisestä.

SIIRTO HERÄÄMÖÖN

Potilaan kokemus siirrosta leikkaustasolta sängylle.

Potilaan kokemus heräämöhoitajan ja anestesiahoitajan raportista.

YHTEENVETO

Potilaan saama yleinen kuva leikkauksesta.

Liite 4. Haastateltaville annettava saatekirje

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Koulutuksemme loppuvaiheeseen kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Meidän opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää puudutettujen potilaiden kokemuksia leikkaussalissa. Tutkimus toteutetaan Hatanpään sairaalan leikkausosastolla. Tutkimuksella pyritään kehittämään hoitotyön laatua potilaspalautteen avulla.

Pyrimme selvittämään potilaiden kokemuksia haastattelun avulla. Haastattelu suoritetaan teidän ollessanne vielä sairaalassa. Haastattelu nauhoitetaan ja keskusteluun tulisi varata aikaa noin tunti. Henkilöllisyytenne pysyy salassa, emmekä julkaise henkilötietojanne missään asiakirjoissa. Käsittelemme tietoja luottamuksellisesti ja työmme valmistuttua haastattelut hävitetään asianmukaisesti.

Haastattelu on täysin vapaaehtoinen ja tutkimukseen osallistumisen voitte halutessanne keskeyttää. Olisimme kiitollisia, jos voisitte osallistua tutkimuksemme, sillä teidän kokemuksenne ovat meille arvokkaita.

Kiitos etukäteen yhteistyöstä!

Anni Salminen
anni.salminen@health.tamk.fi

Janika Sulin
janika.sulin@health.tamk.fi



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

Liite 5. Haastateltaville annettava suostumuslomake

SUOSTUMUS HAASTATELTAVAKSI

Suostun haastateltavaksi opinnäytetyöhön, joka käsittelee puudutettujen potilaiden kokemuksia leikkaussalissa. Olen tietoinen, että haastattelu nauhoitetaan opinnäytetyön analysointia varten. Olen saanut saatekirjeen ja tutustunut sen sisältöön.

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

