

# LEIKKAUSPELKO-OPPAAN LAATIMINEN HOITOTYÖNTEKIJÄLLE

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön Koulutusohjelma  
Hoitotyön Suuntautumisvaihtoehto  
Opinnäytetyö  
Syksy 2008  
Reetta Nihtilä

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysalan laitos  
Hoitotyön Koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

REETTA NIHTILÄ: Leikkauspelko-oppaan laatiminen hoitotyöntekijälle

Opinnäytetyö, 37 sivua, 7 liitesivua

Syksy 2008

## TIIVISTELMÄ

---

Tämän projektiluonteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallinen opasvihko leikkauspelkojen luonteesta sekä niiden tunnistamisesta ja hoitamisesta. Opas on suunnattu hoitotyöntekijöille.

Projektiin sisältyi pienimuotoinen tutkimusosa, jossa kartoitettiin hoitotyöntekijöiden tämänhetkistä osaamista leikkauspelkojen suhteen. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisesti. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitotyöntekijät kokevat omat valmiutensa hoitaa ja tunnistaa leikkauspelkoja pääosin hyviksi. Lisää koulutusta leikkauspelkojen suhteen kuitenkin toivottiin.

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli tuottaa opas, joka palvelee hoitajaa käytännönläheisesti jokapäiväisessä hoitotyössä. Oppaan avulla hoitotyöntekijä saa uutta tietoa leikkauspeloista, oppii tunnistamaan niitä ja saa uusia näkökulmia leikkauspelkojen ja ahdistuksen lievittämiseen. Tuotos on suunniteltu niin, että se on helppolukuinen ja selkeä, jotta siihen on helppo perehtyä lyhyessäkin ajassa.

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Heinolan kaupunginsairaalan kirurgisen vuodeosaston 31 kanssa.

Avainsanat: leikkauspelko, leikkauspelkojen tunnistaminen, leikkauspelkojen hoitaminen

Lahti University of Applied Sciences  
Faculty of Social and Health Care  
Degree program in Health Care and Social Services in Nursing

NIHTILÄ, REETTA: Composing a guide for nurses on surgical fears

Bachelor's thesis in Social and Health Care, 37 pages, 7 appendices

Autumn 2008

## ABSTRACT

---

The purpose of this thesis was to create a written guide on surgical fears and recognition and nursing of those fears. The guide is directed to nurses.

The thesis included a small study which surveyed nurses' current knowledge about surgical fears. The study was conducted using quantitative methods. The results of the study showed that nurses consider their own capabilities to care and recognize surgical fears as being fairly good. More education about surgical fears was hoped though.

The aim of this thesis was to create a guide which helps a nurse practically in everyday nursing. The guide gives the nurse new information about surgical fears, teaches nurses to recognize them and get new aspects to alleviate surgical fears and anxiety. The product is planned to be short and distinct, so that it is easy to read up in a short time.

The thesis is made in co-operation with the surgical ward 31 of Heinola city hospital.

Keywords: surgical fear, the recognition of surgical fears, the nursing of surgical fears.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PROJEKTIN MÄÄRITTELY	3
	2.1 Projektin tarkoitus ja tavoite	3
	2.2 Projektin vaiheet	4
3	PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	5
	3.1 Leikkauspelko	5
	3.2 Leikkauspelkojen tunnistaminen	8
	3.3 Leikkauspelkojen hoitaminen	9
	3.4 Leikkauspelot erityiskysymyksissä	12
	3.5 Aikaisempia tutkimuksia leikkauspeloista	15
4	PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	17
	4.1 Projektin tutkimusosan toteutus	18
	4.2 Projektin kyselytutkimuksen tulokset	21
	4.3 Yhteenveto tuloksista	26
	4.4 Kirjallisen ohjeistuksen toteutus projektityönä	27
5	PROJEKTIN ARVIOINTI	28
	5.1 Itsearviointia	28
	5.2 Projektin eettisyys ja luotettavuus	31
6	POHDINTA	32
	LÄHTEET	34
	LIITTEET	38

## 1 JOHDANTO

Leikkaukseen joutuminen merkitsee potilaalle aina elämänmuutosta. Turvallisuuden, terveyskeskeisyyden ja hoidon jatkuvuuden periaatteet korostuvat leikkauspotilasta hoidettaessa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 17.) Potilaan selviytymisen tukeminen kaikilla hoitotyön osa-alueilla on hoitotyöntekijän tärkein tehtävä perioperatiivisessa hoitotyössä (Hankela 1999, 105).

Tämä opinnäytetyö tehdään projektina yhteistyössä Heinolan kaupunginsairaalan kirurgisen osaston 31 kanssa. Projektiluonteinen opinnäytetyö tuntui mielekkäältä, koska projektin tuloksena syntyvän kirjallisen ohjeistuksen ajateltiin hyödyttävän sekä potilaita että hoitajia käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kirjallinen ohjeistus potilaan leikkauspelkojen tunnistamisesta ja hoitamisesta Heinolan kaupunginsairaalan kirurgisen vuodeosaston hoitotyöntekijöille. Kirjallisen ohjeistuksen tavoitteena on toimia hoitotyöntekijän apuvälineenä jokapäiväisessä hoitotyössä. Ennen ohjeistuksen tekemistä on tehty pienimuotoinen kvantitatiivinen tutkimus, jossa tarkoituksena on ollut kartoittaa kirurgisen vuodeosaston ja leikkausosaston hoitajien valmiuksia hoitaa ja tunnistaa potilaiden leikkauspelkoja.

Potilaiden leikkauspelkojen määrä vaihtelee suuresti. Pelkoja on hyvin monenlaisia, eikä niiden tunnistaminen ole aina helppoa. (Kanto 1996, 1041.) Potilailla on pelkoja esimerkiksi kuolemasta, kivusta, puudutuksen epäonnistumisesta tai puudutuksen vaikutuksesta halvaantuu (Laitinen 2003, 22). Leikkauspelkoihin perehtyminen on tärkeää, koska preoperatiivinen hoitovaihe luo pohjan koko hoitotajaksolle. Jos leikkausta edeltävä vaihe sujuu hyvin, on potilaan toipuminenkin nopeampaa. Leikkauspelot voivat myös lisätä potilaan kipulääkkeiden tarvetta sekä vaarantaa anestesian kulun. Leikkauspelkojen lievittäminen on perusteltua tietenkin myös inhimillisyyden vuoksi. (Kettunen & Poskiparta 1998, 274.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuvat lääketieteellinen ja tekninen osaaminen. Näiden alojen hallitseminen ei kuitenkaan takaa potilaan hoidon laatua, jos hoitaja ei huomio potilaan yksilöllisiä tarpeita ja ei ota potilasta osalliseksi päätöksentekoon. Hoitaja inhimillisenä ja ystävällisenä hoitotyön osaajana auttaa potilasta joskus hyvin rankankin leikkausprosessin yli. (Laitinen 2003, 35.) Hoitotyöntekijöiden humaani toimintapa edesauttaa potilaiden selviytymiskokemusta ja turvallisuuden tuntemusta. Voidaan ajatella, että eettinen näkökulma hoitotyöhön edellyttää tämänkaltaista potilaan kunnioittamista ja että humanisuus hoitotyössä on itsestäänselvyys. Kuitenkin tutkimuksissa on todettu useita esimerkkejä ”huonosta hoidosta”. (Hankela 1999, 117.) Pelkojen lievittämisessä tärkeää on yksittäisen ihmisen toipuminen, mutta pelkojen lieventyessä komplikaatiot, lääkkeiden tarve ja sairaalassaolopäivät vähentyvät. Näin ollen kustannukset laskevat ja hoitotyöstä saadaan tehokkaampaa. (Laitinen 2003, 35.)

## 2 PROJEKTIN MÄÄRITTELY

Projekti eli hanke on tehtäväkokonaisuus, jonka tavoitteena on saavuttaa sille asetetut tulokset. Jokaisella projektilla on omat yksilölliset tavoitteensa. Kun tavoite on saavutettu, projekti päättyy. Vaikka projektin kesto onkin rajattu, sillä pyritään yleensä pitkäaikaiseen parannukseen ja kehitykseen esimerkiksi jonkin työyksikön toiminnassa. (Silfverberg 2007, 5.) Tätä projektia voidaan sanoa kehittämishankkeeksi, koska sillä pyritään kehittämään hoitotyötä ja lisäämään tietoisuutta leikkauspeloista.

Kehittämishankkeiden avulla voidaan muokata jo käytössä olevia toimintatapoja tai luoda kokonaan uusia menetelmiä. Hoitotyön edistäminen tapahtuu usein käytännön tarpeesta syntyvistä kehittämishankkeista. Hankkeiden laajuus vaihtelee, mutta yhteistä niille on selkeä aikataulu ja konkreettinen toimintasuunnitelma, jossa tuodaan esille hankkeen tavoitteet ja toimintatavat. Kehittämishanketta työstäessä ei välttämättä tehdä varsinaista tutkimusta. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2007, 102.) Tähän projektiin sisällytettiin pienimuotoinen tutkimus, joka oli pieni osa koko projektia.

### 2.1 Projektin tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyöprojektin tarkoituksena on ollut tuottaa kirjallinen opasvihko hoitohenkilökunnalle leikkauspelkojen tunnistamisesta ja hoitamisesta. Opasvihkossa on tekstiä ja kuvioita sekä tutkimuksista poimittuja sitaatteja. Erilaiset leikkauspelot esitellään, ja niiden tunnistamiseen ja hoitamiseen annetaan ohjeita. Projektin tavoitteena on, että opasvihko tulisi käyttöön käytännön hoitotyössä ja että siitä olisi todellista hyötyä potilaiden hoitamisessa. Leikkauspeloista kärsiviä potilaita on paljon, eikä niihin puuttuminen ole aina helppoa. Kirjallinen materiaali helpottaa leikkausta pelkäävän potilaan kohtaamista ja antaa hoitajalle uutta tietoa aiheeseen liittyen.

## 2.2 Projektin vaiheet

Projektin ensimmäisessä vaiheessa pyritään määrittelemään projektin tarve. On tärkeää miettiä, kenelle projekti tehdään ja millainen projekti tulee olemaan. (Virtanen, 2000, 74.) Aloite projektiin tulisi lähteä sen hyödynsaajilta ja perustua heidän omiin tarpeisiinsa ja valintoihinsa (Silfverberg, 2007, 7). Pelkästään leikkauspelkoihin liittyviä oppaita tai muita kirjallisia materiaaleja käytännön hoitotyöhön ei ollut tehty. Näin ollen leikkauspelkoja käsittelevä opas koettiin tarpeellisenä.

Projekti suunnitellaan huolellisesti ja realistisesti. Suunnitelmavaiheessa tulee pohtia projektin tavoitteita, aikataulua ja resursseja, jotta päästäisiin toivottuihin tuloksiin. Usein projektisuunnitelmaa joudutaan muuttamaan työn edetessä. (Silfverberg 2007, 5-7.) Projektin alussa tehtiin aikataulusuunnitelma. Työn edetessä pyrittiin toimimaan tehdyn opinnäytetyösuunnitelman mukaisesti. Suunnitelmia jouduttiin kuitenkin muokkaamaan moneen kertaan ja kaikkia suunnitelma ei ollutkaan mahdollisuus toteuttaa. Leikkauspelko-oppaan kohderyhmäksi rajattiin kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunta.

Suunnitelmavaiheen jälkeen projekti etenee toimeenpanovaiheeseen, jossa pyritään saavuttamaan projektin tavoitteet (Virtanen 2000, 75). Tässä opinnäytetyöprojektissa toteutettiin ensin pienimuotoinen kyselytutkimus ja analysoitiin sen tulokset. Toisena osana työstiin opasvihko hoitohenkilökunnalle.

Projekti tulee päättää asianmukaisesti. Päättämisessä keskeistä on projektin tulosten arviointi. (Virtanen 2000, 77.) Arvioinnin voi suorittaa ulkopuolinen tai sen voi tehdä myös itsearviointina. Tämä edellyttää avointa ja itsekriittistä asennetta sekä kykyä huomioida myös mahdolliset virheet ja ongelmakohdat. (Silfverberg 2007, 13.) Projektin edetessä pyrittiin hyödyntämään sekä opponijien että opinnäytetyön ohjaajan säännöllistä arviointia. Muilta henkilöiltä saatu palaute antoi uusia ideoita ja innostusta projektin työstimiseen.



### 3 PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1 Leikkauspelko

Pelko on usein reaktio välittömään uhkaan (Koivula 2002, 68). Yleensä pelko on normaali tunne, jota jokainen ihminen joskus tuntee. Pelkääminen onkin normaalia reagointia yksilön hyvinvointia uhkaaviin tilanteisiin. Jos pelko kuitenkin rajoittaa ihmisen normaalia elämää merkittävästi, voidaan puhua fobioista, kammoista tai neuroottisista häiriöistä. Ihminen voi pelätä myös aiheettomasti tietämättä pelkonsa syytä. Pelkotiiloja on erilaisia, ja ne ovat lievinä hyvin yleisiä. Pelot ovat yleisimpiä naisilla ja lapsilla. (Achté & Tamminen 1998, 19.) Pelon haitatessa liian paljon normaalia elämää, voidaan hoitokeinona käyttää psykiatrasta apua, esimerkiksi oppimisterapeuttista tai kognitiivista yksilöterapiää (Punkanen, 2001, 130).

Leikkauspelko on ihmisen subjektiivinen kokemus, jossa pelko kohdistuu toimenpiteeseen tai siihen liittyviin asioihin. Pelkääminen on siis hyvin yksilöllistä ja sen mittaaminenkin voi olla hankalaa. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 63.) Kirurgiset toimenpiteet saavat potilaan yleensä ainakin huolestumaan, joskus jopa pelkäämään. Ennen leikkausta koettava pelko lisää potilaan turvattomuuden tunnetta ja vähentää itsehallinnan tunnetta. (Heino 2005, 33.)

Leikkauspelon määrästä on monenlaista tutkimustietoa, mutta noin 11–18 prosenttia potilaista kokee sitä. Leikkauspelkoa koetaan usein koko hoitoprosessin ajan, ja usein leikkauspelko on pahimmillaan viidestä kuuteen vuorokautta ennen leikkausta. Leikkauspelko ei ole kuitenkaan pelkästään preoperatiivinen ilmiö, vaan joskus leikkauspelkoa voi ilmetä myös leikkauksen jälkeen. Voidaan puhua preoperatiivisesta ahdistusoireyhtymästä, jossa voi olla erilaisia tuntemuksia. (Kanto 1996, 1041.) Pelko voi siis ilmetä fyysisinä tai psyykkisinä reaktioina (Eilittä & Gardin 1999, 18).

Koivulan (2002, 60, 62) tutkimuksessa tutkittiin erilaisten taustamuuttujien

vaikutusta leikkauspelkoihin. Ilmeni, että naispuolinen potilas, jolla ei ole ammatillista koulutusta, parisuhdetta ja ei ole vielä eläkeikäinen, kokee keskimääräistä voimakkaampaa ahdistuneisuutta leikkausta edeltävänä päivänä. Myös kivut ennen leikkausta ja taipumus depressiivisyyteen vaikuttavat leikkauspelon määrään.

#### *Anestesiaan ja toimenpiteeseen liittyvät pelot*

Potilaiden leikkauspelot voivat olla anestesiaan liittyviä, eli potilaat saattavat pelätä nukutusta tai puudutusta. Pelkoa voi herättää ajatus siitä, että herää kesken nukutuksen tai ei herää enää ollenkaan. Potilailla saattaa olla esimerkiksi pelkoa puudutuksen sattumisesta, tai ettei puudu täydellisesti. Voidaan pelätä, että puudutuksen yhteydessä halvaantuu tai tulee epämiellyttävää oloa. (Laitinen 2003, 20-21.) Puudutukseen liittyvä hereillä olo saatetaan kokea ahdistavaksi, koska silloin on koko ajan mahdollisuus kuulla, nähdä ja tuntea leikkauksen tapahtumat (Hankela 1999, 51). Potilailla ei aina ole tarpeeksi tietoa anestesiasta, ja tämä saattaa lisätä pelon määrää (Eilittä & Gardin 1999, 21).

Potilaalla voi olla pelkoja leikkaukseen tai toimenpiteeseen liittyen. Näitä pelkoja voivat olla esimerkiksi pelko kivusta, pahoinvoinnista, komplikaatioista tai leikkauksen löydöksestä. Kipua saatetaan pelätä sekä toimenpiteen jälkeen että toimenpiteen aikana. Potilas voi pelätä myös sitä, ettei leikkaus tuota toivottua tulosta. (Laitinen 2003, 21.) Potilaan mahdollinen vakava sairaus tai epäselvät asiat hoidossa voivat aiheuttaa potilaalle turvattomuuden tunnetta. Aikaisemmat kipukokemukset saattavat myös lisätä pelkäämistä. (Eilittä & Gardin. 1999, 20-21.) Komplikaatiot, esimerkiksi veren menetys voivat aiheuttaa pelkoa. Pelkoa voi myös esiintyä, jos potilas on kuullut kuolemantapauksista vastaavissa leikkauksissa. (Hankela 1999, 52–53.)

#### *Hoitoympäristöön ja henkilökuntaan liittyvät pelot*

Vieras hoitoympäristö tai henkilökunta saattavat myös aiheuttaa potilaalle pelkoa. Tällaiset pelot voivat liittyä esimerkiksi leikkaussalin laitteisiin, ääniin tai hoitajien käyttämään ammattikieleen. (Laitinen 2003, 21-22.) Leikkaukseen

liittyvät äänet ovat hyvin merkityksellisiä potilaille, joille leikkaus tehdään puudutuksessa. Sahaaminen, poraaminen, hÄlinÄ tai metallin kilinä saattavat tuntua potilaasta epämiellyttäviltÄ. Leikkauksen odottaminen tai tietoisuus leikkauksen pitkÄstä kestosta saattavat myÖs aiheuttaa potilaalle pelkoa. PitkÄän paikallaan olominen voi tuntua puuduttavalta ja leikkaussalin tilat voivat aiheuttaa jopa ahtaan paikan kammoa. Erilaiset hajut, leikkaussalin viileys ja mahdollinen kolkkous voivat omalta osaltaan vaikuttaa potilaan rauhallisuuteen. (Hankela 1999, 58-60.)

Hoito henkilÖkunnan ajan puute tai outo pukeutuminen voivat myÖs aiheuttaa pelkoa. LisÄksi potilailla voi olla pelkoja siitÄ, etteivät hoitajat olekaan ammattitaitoisia. (Laitinen 2003, 23.)

#### *Psykososiaaliset ja selviytymiseen liittyvät pelot*

Potilailla voi ilmetÄ erilaisia psykososiaalisia tai selviytymiseen liittyviä pelkoja. Psykososiaaliset pelot voivat olla läheisistä eroon joutumisen pelkoa, sairaudesta johtuva epävarmuutta, sukupuolielÄmän ongelmiin liittyvÄÄ pelkoa, tai pelko henkilÖkunnan avun varaan joutumisen pelkoa. Potilaan selviytymiseen liittyvät pelot voivat puolestaan olla taloudellisiin ongelmiin tai leikkauksesta toipumiseen liittyviä. (Koivula 2002, 49-51.) Potilaan turvallisuuden tunne ja selviytyminen ovat käsitteinÄ yhteydessÄ toisiinsa. Potilaan henkilökohtaiset selviytymiskeinot, itsemäärÄÄmisöikeus, hoitoympÄristö ja hoitotyöntekijöiden toimintatavat vaikuttavat aina potilaan turvallisuuden tunteeseen leikkausprosessin aikana. (Hankela 1999, 68.)

PÄivÄkirurgiseen toimenpiteeseen tuleva potilas saattaa tuntea olonsa turvattomaksi joutuessaan kotiutumaan sairaalasta samana päivänä kuin toimenpide tehdÄän. Postoperatiivinen kivun ja haavan hoito sekä kotona selviytyminen voivat huolestuttaa potilasta. Yhteydenottaminen sairaalaan leikkauksen jÄlkeen voi tuntua ahdistavalta, eikÄ potilas vÄlttÄmättÄ osaa tunnistaa tilannetta, jolloin neuvoa sairaalasta pitäisi kysyä. (Heino 2005, 86-90, 103.)

Potilaalla voi olla pelkoa siitä, ettei hänellä ole mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja tehdä omia ratkaisuja siinä. Monet potilaat haluaisivat itse päättää, ottavatko anestesianuodoksi puudutuksen vai nukutuksen. Potilaat kokisivat hallitsevansa tilanteen leikkauksen aikana, jos heillä olisi mahdollisuus osallistua enemmän omaan hoitoonsa. Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa lisääntyy, kun potilaalle kerrotaan, mitä leikkauksen aikana tapahtuu tai jos potilaalla on mahdollisuus seurata leikkauksen tapahtumia. (Hankela 1999, 55-57.) Potilailla voi olla pelkoa siitä, ettei heidän yksilöllisyyttään kunnioiteta, vaan että ollaan vain tapaus muiden joukossa (Eilittä & Gardin 1999,21).

### 3.2 Leikkauspelkojen tunnistaminen

Usein leikkauspelon ilmeneminen voidaan jakaa erilaisiin somaattisiin ja kognitiivisiin tuntemuksiin. (Kanto 1996, 1041.) Jokainen potilas reagoi leikkaukseen liittyvään pelkoon hänelle luonteenomaisella tavalla. Toiset potilaat kokevat pelätessään fyysiset muutokset voimakkaampina, toisille keskeisimpiä ovat psyykkiset oireet. (Eilittä & Gardin 1999, 18.)

Laitisen mukaan leikkauspelkoja ja potilaan ahdistusta voidaan tunnistaa esimerkiksi muutoksista potilaan mielentilassa ja käyttäytymisessä, fysiologisista muutoksista, fyysisen ja psyykkisen olemuksen muutoksista tai potilaan kertomista pelon tai ahdistuksen tuntemuksista. Mielentilan ja käyttäytymisen muutoksia voivat olla esimerkiksi potilaan hermostuneisuus, puheliaisuus, itkuisuus tai yliaktiivisuus. Fysiologiset muutokset, jotka voivat kertoa potilaan pelosta voivat olla verenpaineen tai pulssin kohoaminen sekä hikoilu. Potilas voi myös valittaa erilaisia kipuja tai sydämen tykyttelyä. (Laitinen 2003, 27.) Ripulia, ummetusta, ruokahaluttomuutta tai suun kuivumista saattaa myös esiintyä (Koivula 2002, 18). Pelokkaan potilaan psyykkisillä muutoksilla tarkoitetaan esimerkiksi jännittyneisyyttä tai sulkeutuneisuutta. Lisäksi potilaan ulkoinen olemus voi olla kumara ja lysähtänyt. Joskus potilaat kertovat spontaanisti tai kysyttäessä leikkaukseen liittyvistä peloistaan. Silloin potilaat usein ilmaisevat huolensa, kyselevät tai epäilevät. (Laitinen 2003, 27.)

Usein potilaat eivät kuitenkaan kerro pelkoaan suoraan ja pelon mittaaminen saattaa olla hankalaa (Kanto 1996, 1042). Riittävä tiedonanto voi auttaa potilasta jännittyneessä tilanteessa ja useat potilaat haluavatkin tavata esimerkiksi anestesiahoitajan ennen leikkausta. Preoperatiivisen haastattelun tarkoituksena on ohjata potilasta leikkaukseen ja anestesiaan liittyvissä asioissa ja saada tietoa potilaasta turvallisen ja yksilöllisen hoitotyön toteuttamiseksi (Lukkari ym. 2007, 129). Kettusen ja Poskiparran (1998, 274-275) tutkimuksen mukaan jännittyneisyyden ja pelon käsitteleminen potilaan kanssa tulisi olla hienovaraista, tunnustelevaa ja vuorovaikutusta rakentavaa. Jos hoitaja tarjoaa potilaalle epäsuorasti mahdollisuutta leikkauspelkojen käsittelemiseen, potilaalle jää mahdollisuus myös olla käsittelemättä asiaa niin halutessaan. Parhaimmillaan keskustelutilanne rohkaisee potilasta aktiivisempaan ja osallistuvampaan rooliin.

Hoitaja voi kommunikoinnillaan joko edistää tai ehkäistä hoidollisen potilas-hoitaja suhteen luomista ja potilaan osallistumista hoitotyöhön. Hoitajan vuorovaikutustaidoilla onkin merkitystä, koska jokainen puheenvuoro voi olla merkityksellinen potilaalle. (Pöllänen 2006, 74.)

### 3.3 Leikkauspelkojen hoitaminen

Potilaan kannalta paras keino lievittää leikkauspelkoja on asianmukainen ja potilaan vastaanottokyvyn rajoissa annettu informaatio. Tiedottamisen on oltava rehellistä ja potilaan omaiset tulisi myös huomioda. (Kanto 1996, 1043.) Vuorovaikutus ja luottamuksellinen hoitosuhde voivat parhaassa tapauksessa antaa potilaalle mahdollisuuden käydä läpi vaikeitakin pelkotuntemuksia. Luottamukselliseen hoitosuhteeseen liittyy keskeisesti potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen ja asiantunteva hoitohenkilökunta. (Eilittä & Gardin 1999, 22.)

Laitinen (2003, 30) jakaa tutkimuksessaan leikkauspelkojen lievittämiskeinot viiteen kategoriaan. Tiedon antaminen ja vastaanottaminen-kategoria sisälsi toimenpiteestä kertomisen, tiedon välittämisen, keskustelun, kuuntelun, kysymisen, vastaamisen ja ohjauksen. Monet hoitajat rohkaisevatkin potilasta kyselemään ja antavat paljon informaatiota tulevasta toimenpiteestä. Potilaan

tukeminen-kategoria piti sisällään potilaan rauhoittelun, lohdutuksen, kannustuksen, rohkaisun, läsnäolon ja ajan antamisen. Potilasta huomioiva käyttäytyminen-kategoria tarkoitti hoitajan rauhallista käyttäytymistä ja puhumista, lempeyttä, luottamusta herättävää käyttäytymistä, katsekontaktia ja lähellä oloa. Hoitajat pyrkivät siis omalla positiivisella käyttäytymisellään lievittämään potilaan leikkauspelkoja. Hoitotyön auttamiskeinot-kategoria sisälsi potilaan asennon parantamista, kosketusta, kädestä pitämistä, lämpimien peittojen tarjoamista, rauhallista hoitoympäristöä, lääkehoitoa tai soittamista potilaan omaisille. Huumori-kategoria tarkoitti huumorin käyttöä leikkauspelkojen lievittämiskeinona.

Hankela (1999, 61-65) kartoitti tutkimuksessaan potilaan turvallisuutta leikkausprosessin aikana. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan toimintatavoilla oli suuri merkitys potilaan turvallisuudentunteeseen. Potilaan kunnioittaminen, inhimillinen asennoituminen, ystävällisyys ja kiireettömyys olivat potilaiden mielestä turvallisuuden kokemusta edistäviä asioita. Potilaat arvostivat sairaanhoitajien teknistä osaamista ja turvallisuutta lisäsi tietoisuus, että potilaan elintoimintoja tarkkaillaan jatkuvasti. Myös valmius mahdollisten komplikaatioiden hoitamiseen toi varmuuden tunnetta. Sairanhoitajien tekninen ammattitaito lisäsi potilaiden turvallisuuden kokemusta. Potilaiden mukaan leikkauksen aikainen tiedottaminen ja ajan tasalla pitäminen sekä myös epävirallinen kommunikaatio auttoivat laukaisemaan jännitystä.

Monien pelkäävien potilaiden kohdalla kannattaa antaa informaatiota leikkauksesta myös potilaan omaisille. Perheenjäsenen mukaan ottaminen leikkausta edeltävään ohjaukseen saattaa vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta. Joskus omainenkin saattaa pelätä tulevaa toimenpidettä. Erityisesti päiväkirurgisen leikkauksen yhteydessä omaisen pelkoon tulee reagoida, jotta potilaasta huolehtiminen kotona leikkauksen jälkeen onnistuisi. (Heino 2005, 33.)

Päiväkirurgisten toimenpiteiden yhteydessä tiedottamisen merkitys korostuu. Päiväkirurginen potilas tarvitsee sekä suullista että kirjallista tietoa, sekä selkeät kotihoito-ohjeet myös kirjallisena. Potilaalle annettavan ohjauksen tulisi olla

potilaan omia voimavaroja vahvistavaa ja sen tulisi lisätä potilaan kokemusta tilanteensa hallitsemisesta. (Heino 2005, 107.)

Norred (2000, 838) kertoo artikkelissaan vaihtoehtoisista hoitokeinoista leikkauspelkojen lievittämiseksi. Vaihtoehtoisina hoitokeinoina voidaan pitää hypnoosia, taideterapiaa, mielikuvaharjoittelua, aromaterapiaa, musiikkiterapiaa, kosketusterapiaa ja hierontaa, sekä potilaan uskonnollisten ja psykologisten tarpeiden huomioimista. Norred korostaa kuitenkin, että paras lopputulos saavutetaan yhdistämällä sekä vaihtoehtoisia hoitokeinoja, että perinteisempiä hoitotyön keinoja potilaan turvallisuuden ja hyvinvoinnin saavuttamiseksi.

Leikkauspelon lääkehoidon eli esilääkityksen tavoitteena on potilaan anestesiaa ja toimenpidettä kohtaan tuntemaan pelon ja ahdistuksen lievittäminen ja potilaan rauhoittaminen. Esilääkitys ja psyykkinen valmennus yhdessä takaavat parhaan mahdollisen hoidon leikkauspelkojen lievittämiseen. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 1996, 239-240.) Pelon lievittämisen ohella esilääkityksellä voi olla kipua lievittävä ja syljen erityystä vähentävä vaikutus. Esilääkityksen valintaan vaikuttavat potilas itse, suunniteltu toimenpide sekä käytettävät anestesia-aineet. Tärkeässä asemassa on esilääkityksen antotapa ja ajoitus. (Nurminen 2006, 263.)

Bentsodiatsepiinit ovat käytetyimpiä esilääkkeitä. Niillä on tehokas pelkoa ja ahdistusta lievittävä vaikutus. Hyvä puoli on, että bentsodiatsepiinin annon jälkeen potilas ei yleensä muista leikkausvalmisteluihin liittyviä tapahtumia. Bentsodiatsepiinit myös ehkäisevät kouristuksia, rentouttavat lihaksia, eivätkä yleensä aiheuta pahoinvointia. Käytetyimpiä bentsodiatsepiineja ovat diatsepaami ja loratsepaami, jotka useimmiten annostellaan potilaalle suun kautta 60 – 90 minuuttia ennen toimenpidettä. (Korte ym. 1996, 300.) Jos potilaalla on runsaasti pelkoja jo kotona ennen leikkausta, voi hän ottaa rauhoittavaa lääkitystä pienen annoksen muutamana iltana ennen leikkauspäivää (Kanto 1996, 1043). Bentsodiatsepiini auttaa potilasta myös nukahtamaan helpommin. (Nurminen 2006, 263).

Jos esilääkkeen tarkoituksena on myös potilaan kivun lievittäminen, voidaan esilääkkeenä antaa myös opioideja. Kivun lievittämisen lisäksi opioidit rauhoittavat

potilasta sekä aiheuttavat hyvän olon tunnetta eli euforiaa (Nurminen 2006, 263.)  
 Haittavaikutuksina opioideilla on pahoinvointi sekä hengityslaman mahdollisuus.  
 Käytetyimpiä opioideja ovat morfiini, petidiini sekä oksikodoni. Lisäksi  
 esilääkkeenä voidaan käyttää antikolinergejä tai antihistamiineja. (Korte ym.  
 1996, 300- 301.)

### 3.4 Leikkauspelot erityiskysymyksissä

#### *Leikkauspelot tekonivelleikkauksen yhteydessä*

Tekonivelleikkauksia voidaan tehdä esimerkiksi nivelrikon tai lonkkamurtuman  
 hoitamiseksi (Ukkola ym. 2001, 257, 289). Myös reuman hoidossa voidaan  
 hyödyntää tekonivelkirurgiaa (Moilanen, Honkanen, Korpela & Lehto, 2006,  
 3097).

Tekonivel on mahdollista laittaa potilaalle esimerkiksi lonkkaan tai polveen.  
 Nykyään tekonivelet on tehty aina metallista tai ruostumattomasta teräksestä.  
 Nivelen toinen liukupinta on useimmiten muovia. Proteesi liitetään luuhun  
 yleensä akryylisementin avulla. Tekonivelen tarkoituksena on helpottaa kipua,  
 korjata nivelen liikkuvuutta, tukevuutta tai väärää asentoa. (Ukkola ym. 2001,  
 289-292.)

Hankelan (1999, 50, 52 83) mukaan tekonivelleikkaus on potilaalle usein sekä  
 henkisesti että fyysisesti raskas prosessi. Toimenpiteeseen liittyy merkittäviä  
 kehollisia muutoksia. Potilaasta voi tuntua, että häneen asetetaan vieras esine,  
 varaosa, jota elimistö voi hylkiä. Tekonivelleikkaus tehdään usein puudutuksessa,  
 jolloin potilaalla on mahdollisuus kuulla ja joskus myös nähdä poraamista,  
 sahaamista ja hakkaamista. Oman jalan tai käden näkeminen epäluonnollisessa  
 asennossa voi ihmetyttää potilasta. Leikkauksen aikaiset äänet ja tietoisuus  
 raskaasta itseän kohdistuvasta leikkauksesta ovat keskeisimpiä  
 tekonivelleikkausten aiheuttamia pelkoja.



*Leikkauspelot tyräleikkauksen yhteydessä*

Tyrällä tarkoitetaan pullistumaa vatsakalvosta vatsaontelon ulkopuolelle. Se syntyy useimmiten vatsanseinämän aukkoon tai heikkoon kohtaan. Pullistuma on yleensä suolta tai vatsapaitaa. Tyrä voi muodostua keskiylävatsalle, navan seudulle, laparotomiahaavaan, palleaan, reiteen tai nivusiin. Usein pullistuneen tyrän saa painettua takaisin. Joskus tyräportti on kuitenkin niin ahdas, ettei tyräpussin sisältö mahdukaan palautumaan. Tällöin on kyseessä kuroutunut eli inkarsenoitunut tyrä. Kuroutunut tyrä tulee leikata nopeasti, koska se voi aiheuttaa suolitukoksen. (Ukkola ym. 2001, 124-125.)

Tyrät hoidetaan useimmiten kirurgisesti. Tyrä voidaan hoitaa esimerkiksi tekemällä hernioplastia eli tyräportin sulku tai kuollut suolen osa voidaan poistaa. Nykyään tyrä hoidetaan usein laparoskooppisesti asettamalla verkko tukemaan suolta ja vatsapaitaa. Verkkoja käytetään erityisesti nivustyrän hoitamisessa. (Ukkola ym. 2001, 126.) On mahdollista, että tukiverkon asennuksen jälkeen alueelle ei voida enää suorittaa muita kirurgisia toimenpiteitä tai että niistä voi tulla hyvin hankalia toimenpiteen jälkeen. Tukiverkko saattaa vaikeuttaa esimerkiksi virtsarakon kirurgiaa tai vatsan alueen syöpäleikkauksia. (Tuuliranta 2007, 1004-1005.)

Airon & Tuulirannan (2002, 1445-1456) mukaan tyrät paranevat leikkauksella usein hyvin, mutta leikkauksen jälkeiset kiputilat ovat kuitenkin mahdollisia. Kiputiloja etenkin liikunnan tai erektion yhteydessä esiintyy. Potilaalle onkin kerrottava tarkasti näistä leikkauksen jälkeisistä ongelmista. Potilasta on myös informoitava kureutumisen mahdollisuudesta.

*Leikkauspelot kohdunpoistoleikkauksen yhteydessä*

Kohdunpoisto eli hysterektomia on yleisin gynekologisista leikkauksista. Kohdun poistamiseen johtavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi kohdun liikakasvaimet, vuotohäiriöt, endometrioosi tai laskeumat. Kohdunpoisto voidaan suorittaa emättimen kautta eli vaginaalisesti, laparotomiateitse eli abdominaalisesti tai laparoskooppisesti eli tähystystekniikalla vaginan kautta. Joskus kohdun poisto

voidaan tehdä vain osittain ja joskus kohdun poiston yhteydessä voidaan poistaa myös munasarjat lähinnä munasarjasyövän ehkäisemiseksi. Hysterektomian yhteydessä ilmeneviä komplikaatioita voivat olla esimerkiksi tulehdukset ja verenvuodot. (Ylikorkala & Kauppila, 2006, 282-286.)

Saranpään, Uusiheimalan ja Vartiaisen (1997, 57 - 59) tutkimuksen mukaan kohtu merkitsee monille naisille tärkeää, naisellisuuteen liittyvää ruumiinosaa. Usein kohtuun liitetään lasten saamisen mahdollisuus ja äitiys, mutta joskus myös kohtu aiheuttaa kipuja ja vaivoja. Kohdun merkitys lasten saamisen jälkeen voi muuttua, eikä kohtu ole aina keskeinen asia naisellisuudessa, vaan ainoastaan osa naista.

Kohtu käsitetään osaksi omaa itseä. Tällaisesta osasta ei ole helppo luopua, ja elämäntilanteen muutokseen sopeutuminen voi viedä aikaa. Joillekin naisille muutos ei ole merkittävä, mutta jotkut naiset ovat kokeneet joutuneensa todistamaan itselleen naisellisuuttaan kohdunpoiston jälkeen. Jotkut naiset ovat myös tunteneet syyllisyyttä. Omia tunteita ei ole välttämättä uskallettu sanoa ääneen, koska niiden on pelätty loukkaavan etenkin lapsettomia naisia. Kohdunpoiston muutokset naisen seksuaalisuuteen voivat olla sekä positiivisia että negatiivisia. (Saranpää ym. 1997, 66-67, 71, 74.) Joskus ennen kohdunpoistotoimenpidettä potilas voi kärsiä runsaista kuukautisista. Tämän vuoksi operaatio voi tuoda sukupuolielämään merkittävän parannuksen. Toisaalta kaikki intiimielämän ongelmat voivat myös pahentua toimenpiteen jälkeen, jos sukupuolielämän parantumiselle asetetaan liikaa toiveita. Ennen kohdunpoistoleikkausta potilaan olisikin hyvä käydä läpi seksuaalisuuteen liittyviä asioita läpi esimerkiksi kumppanin tai lääkärin kanssa. (Vuorma 2004, 121.)

Kohdunpoistoleikkaukseen, niin kuin muihinkin kirurgisiin toimenpiteisiin liittyy aina riskejä. Kohdunpoistoon liittyvät komplikaatiot, kuten verenvuodot, tulehdukset, tai laparoskooppisten toimenpiteiden jälkeen mahdollisesti esiintyvät virtsatie- ja suolivauriot, on selvitettävä potilaalle etukäteen. (Härkki, 2006, 431-432.)

Kohdunpoistoleikkaus voidaan tehdä joko päiväkirurgisesti tai niin että potilas on yhden yön osastolla toimenpiteen jälkeen. Thure-Toivanen (2001, 7, 12, 27) on tutkinut pro gradu-tutkielmassaan päiväkirurgisen gynekologisen potilaan yksityisyyttä, eli potilaan odotuksia, kokemuksia ja toimintaa yksityisyyden toteutumisesta päiväkirurgiassa. Kohdunpoistoleikkaus, niin kuin kaikki muutkin gynekologiset toimenpiteet, ovat potilaalle aina hyvin intiimi tapahtuma, jonka merkitystä ei saa unohtaa. Etenkin naiset kokevat yksityisyyden säilyttämisen sairaalassa erittäin tärkeäksi. Gynekologisten toimenpiteiden yhteydessä on tärkeää huomioida potilaan fyysinen, tiedollinen, sosiaalinen ja psyykkinen yksityisyys laadukkaimman hoitotuloksen saavuttamiseksi.

### 3.5 Aikaisempia tutkimuksia leikkauspeloista

Hankela on tutkinut useampaan otteeseen potilaan turvallisuuteen ja selviytymiseen liittyviä kokemuksia leikkauksen yhteydessä. Ensimmäiset tutkimukset ovat vuosilta 1992 ja 1994. Väitöskirjassaan Hankelan (1999) tarkoituksena oli kehittää empiiriseen aineistoon perustuvaa intraoperatiivista hoitotyön teoriaa. Hankela käytti tutkimusmenetelmänään grounded theory-menetelmää. Tutkimukseen osallistui potilaita, joille oli tehty lonkan tekonivelleikkaus. Tutkimusaineisto koostui haastatteluista (n 40) ja videoaineistosta (6 h). Tulosten mukaan potilaiden uhan ja turvattomuuden kokemuksen määrä vaihtelivat hyvin yksilöllisesti. Potilaan omalla käyttäytymisellä ja asenteilla oli vaikutusta hänen kokemukseensa selviytymisestä. Turvallisuuden ja turvattomuuden kokemuksiin vaikutti potilaiden aikaisemmat leikkauskokemukset, elämäkokemuksen määrä, yksilölliset ominaisuudet ja läheisten sosiaalinen tuki. Leikkauksen aikana potilaiden turvallisuuden kannalta merkittävää oli hoitajan antama emotionaalinen ja tiedollinen tuki. Tutkimuksesta ilmeni, että leikkaustapahtuma jää potilaalle lähtemättömästi mieleen. (Hankela 1999, 37, 87.)

Laitinen (2003, 15, 21, 33-35) on selvittänyt pro gradu-tutkielmassaan potilaiden pelkoja, ahdistusta sekä niiden tunnistamista ja lievittämistä ennen leikkausta. Laitisen tutkimuksen menetelmänä oli kvantitatiivinen tutkimus, jossa muutama avoin kysymys analysoitiin kvalitatiivista menetelmää hyödyntäen. Kyselyyn vastasi hoitajia kirurgisilta vuodeosastoilta, leikkaus- ja anestesiaosastolta sekä päiväkirurgiselta osastolta (n 84). Laitisen tutkimuksen mukaan potilailla oli vähän pelkoja henkilökuntaa tai ympäristöä kohtaan. Potilaita kuitenkin ahdisti epävarmuus sairaudesta ja elämästä leikkauksen jälkeen ja puudutuksen sattumista. Myös postoperatiivista kipua pelättiin. Hoitajien oma aktiivisuus ja työkokemus edistivät leikkauspelkojen tunnistamista. Laitisen tutkimuksessa hoitajat kertoivat käyttäneensä lähinnä huumoria leikkauspelkojen lievittämiskeinona.

Kettunen ja Poskiparta (1998, 271, 273, 277) kartoittivat tutkimuksessaan anestesiahoitajien mahdollisuutta tukea potilasta leikkaukseen valmistautumisessa. Tutkimuksessa perehdyttiin anestesiahoitajan ja potilaan väliseen haastattelutilanteeseen leikkausta edeltävänä päivänä ja tutkimusmenetelmänä käytettiin keskustelun analyysiä. Tutkimus tulosten mukaan potilaan tarpeista lähtevä ohjaus ja vastavuoroinen keskustelu voivat vahvistaa potilaan myönteistä kuvaa itsestään viestijänä. Potilaalla tulee olla mahdollisuus kysyä mieltään askarruttavia asioita. Monet potilaat toivovat anestesiahoitajan tapaamista ennen leikkausta ja potilaalle tulisi pystyä tarjoamaan aktiivisempi rooli potilaana.

Koivula on väitöskirjassaan tutkinut ohitusleikkauspotilaan pelkoja, ahdistuneisuutta ja sosiaalista tukea. Koivulan tutkimus oli kvantitatiivinen ja se tehtiin kolmessa osassa. Ensimmäisen kerran kysely tehtiin ennen leikkausta kun potilas oli vielä kotona, sitten ennen leikkausta sairaalassa ja vielä viimeisen kerran kolme kuukautta leikkauksen jälkeen potilaan ollessa kotona (n 240). Apuna pelon ja ahdistuksen mittaamisessa Koivula käytti tilanneahdistuksen, luonteenpiirreahdistuksen ja sairaalahoitoon liittyvän ahdistuksen ja depressiivisyyden mittareita. Tulosten mukaan potilailla oli eniten pelkoa heidän ollessaan vielä kotona ennen leikkausta. Leikkauspelko väheni hiljalleen ennen leikkausta sairaalassa, ja kolme kuukautta leikkauksen jälkeen pelko oli samaa

tasoa kuin se oli ollut sairaalassa. Yleisimmät pelot ennen leikkausta olivat kivun ja sydäninfarktin pelko sekä voinnin pysyvän huononemisen pelko. Psykososiaalisista peloista ennen leikkausta pelättiin läheisistä eroon joutumista. Leikkauksen jälkeen potilailla lisääntyi pelko hoitohenkilökunnan avun varassa olemisesta. Potilailla oli myös pelkoja arjessa selviytymisestä, esimerkiksi taloudellisista asioista ja työhön paluusta. Eniten sosiaalista tukea potilaat saivat puolisoilta tai muulta perheenjäseneltä. Myös moniammatillinen ohjaus sairaalassa koettiin hyödylliseksi. (Koivula 2002, 48-51, 69-70, 77.)

Ervasti on pro gradu-tutkimuksessaan kuvannut perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiuksia ohjata potilaita. Tämä oli kvantitatiivinen tutkimus, jossa vastaajat olivat erilaisten leikkausosastojen sairaanhoitajia (n 283). Tutkimusten tuloksista käy ilmi, että hoitajilla on mielestään hyvät tiedolliset valmiudet potilaiden ohjaukseen. Taidolliset valmiudet puolestaan arvioitiin melko hyviksi. Tutkimukseen tai toimenpiteeseen valmistelu oli hoitajien mielestä hyvää tasoa. Itsehoidon ohjaus kuitenkin koettiin hankalana. Hoitajien asenteet ohjausta kohtaan olivat Ervastin tutkimuksen mukaan ristiriitaiset. Kolmasosa vastaajista ilmaisi negatiivisen asenteensa ohjaamista kohtaan, eikä esimerkiksi ajatellut ohjaamisen kuuluvan myös leikkausosastolle. Puitteet ohjaukselle perioperatiivisessa hoitotyössä koettiin huonoiksi. (Ervasti 2004, 17-18, 36-39.)

#### 4 PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Projektin suunnittelu aloitettiin syksyllä 2007. Työn idea sai alkunsa tekijän omasta kiinnostuksesta kirurgista hoitotyötä kohtaan sekä osastolta esiin tulleesta kirjallisen ohjeistuksen tarpeesta. Syksyllä 2007 työtä ideoitiin aluksi yhdessä opinnäytetyön ohjaajan TtM Maria Tuomisen kanssa ja alustava idea esiteltiin ideaseminaarissa elokuussa 2007. Ideaseminaarin jälkeen yhteistyö Heinolan kaupunginsairaalan kirurgisen vuodeosaston 31 osastonhoitajan Marjatta Lahden kanssa alkoi. Hänen kanssaan keskusteltiin vielä projektin tarpeellisuudesta ja suunniteltiin sen toteutusta. Alustavien suunnitelmien pohjalta laadittiin opinnäytetyön hankesuunnitelman (LIITE 1), jossa käsiteltiin lyhyesti opinnäytetyön aihe, yhteistyön periaatteet ja alustava suunnitelma aikataulusta.

Aiheeseen liittyvää teorial tietoa löytyi runsaasti. Teorial tietojen ja ideoiden perusteella tehtiin opinnäytetyön suunnitelma, joka esiteltiin suunnitelmaseminaarissa 28.11.2007. Seminaarissa suunnitelma esiteltiin muulle ryhmälle ja ohjaava opettaja sekä opponentit pääsivät kommentoimaan työtä. Opponenteilta saatiin uusia ideoita ja näkökulmia, joiden pohjalta opinnäytetyön suunnitelmaa tarkennettiin. Tämän jälkeen valmis suunnitelma sekä tutkimuslupa-anomus (LIITE 2) lähetettiin Heinolan kaupunginsairaalan ylihoitajalle Riitta Westille. Lupa myönnettiin joulukuussa 2007.

#### 4.1 Projektin tutkimusosan toteutus

Projekti toteutettiin yhteistyössä Heinolan kaupunginsairaalan kirurgisen vuodeosaston 31 kanssa. Yhteyshenkilönä osastolta toimi osastonhoitaja. Yhteyshenkilön tehtävänä oli antaa käytännön osastotyön näkökulmia projektiin. Lisäksi yhteyshenkilön tehtävänä oli antaa lisätietoa leikkauksista, joita osastolla usein tehdään.

Projektin toteuttamista varten haluttiin kartoittaa kirurgisen vuodeosaston ja leikkausosaston hoitajien valmiuksia hoitaa ja tunnistaa potilaiden leikkauksipelkoja. Pienimuotoinen tutkimus tehtiin nopeasti suunnitelmaseminaarin jälkeen, jotta aikaa leikkauksipelko-oppaan tekemiselle olisi jäänyt runsaasti. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa hoitajien valmiuksien nykytilanteesta ja varmistaa näin kirjallisen ohjeistuksen tarpeellisuus.

#### *Tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmä*

Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa Heinolan kaupunginsairaalan kirurgisen vuodeosaston ja leikkausosaston hoitajilta heidän valmiuksistaan hoitaa ja tunnistaa potilaiden leikkauksipelkoja. Tieto kerättiin oppaan tekemistä varten. Tavoitteena oli selvittää, minkälaisiksi osastojen hoitajat kokivat omat valmiutensa leikkauksipelkojen tunnistamisen ja hoitamisen suhteen ja oliko leikkaussalin hoitajien ja vuodeosaston hoitajien valmiuksissa hoitaa ja tunnistaa potilaiden leikkauksipelkoja eroavaisuuksia.

Tutkimusosassa pyrittiin löytämään vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisiksi leikkaus- ja kirurgisten osastojen hoitajat kokevat omat valmiutensa hoitaa ja tunnistaa potilaiden leikkauspelkoja?
2. Miten leikkaussalissa ja kirurgisella vuodeosastolla työskentelevien hoitajien valmiudet hoitaa ja tunnistaa potilaiden leikkauspelkoja eroavat toisistaan?

Tutkimus toteutettiin pienimuotoisena kvantitatiivisena tutkimuksena. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa keskeistä ovat johtopäätökset ja teoriat aikaisemmista tutkimuksista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 136).

Krausen ja Kiikkalan (1996, 76-77) mukaan ennen tutkimuksen tekemistä on tarkkaan mietittävä tutkimusongelmat. Tutkittavien henkilöiden valinta on keskeistä, ensiksi määritellään perusjoukko, josta otetaan otos, joille varsinaisen tutkimus tehdään. Tutkimustulosten tulisi olla yleistettävissä perusjoukkoon.

Määrällisessä tutkimuksessa hankitaan aineisto, joka soveltuu määrälliseen eli numeerisen mittaamiseen. Aineistosta kerätään muuttujat, jotka muodostetaan taulukkomuotoon ja käsitellään tilastollisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 136.)

Menetelmän valintaan vaikutti se, että tutkittavasta ilmiöstä, leikkauspeloista, on mahdollista erottaa mitattavia tekijöitä. Leikkauspelkojen tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyvää kirjallisuutta on myös runsaasti, mikä mahdollistaa osaltaan kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän käyttämisen. Määrällistä tutkimusmenetelmää käyttämällä aineisto voidaan kerätä suuremmalta ryhmältä vastaajia, kuin jos olisi käytetty kvalitatiivista tutkimusmenetelmää.

#### *Kohderyhmä ja aineiston keruu*

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Heinolan kaupunginsairaalan kirurgisen vuodeosaston ja leikkausosaston hoitotyöntekijät. Näiden osastojen hoitajat valittiin kohderyhmäksi, koska kaikilla heillä on kokemusta leikkauspeloista

kärsivistä potilaista. Lisäksi haluttiin vertailla kahden eri osaston hoitajien valmiuksia leikkauspelkojen suhteen. Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 20 hoitajaa. Vastausprosentti tutkimuksessa oli 100.

Aineisto kerättiin lyhyellä kyselylomakkeella. Kyselylomake (LIITE 4) on tehty itse hyödyntäen teoreettista viitekehystä. Valmista mittaria tällaisen kyselyn suorittamiseen ei ollut saatavilla. Ennen kyselyn suorittamista kyselylomake esiteltiin Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Esitestauksen tarkoituksena oli testata, oliko kyselylomake pätevä eli validi. Vastausten perusteella voitiinkin todeta kyselylomakkeen toimivuus. Ennen varsinaista kyselyä oli saatekirje (LIITE 3), jossa oli lyhyt tutkijan ja tutkimuksen tarkoituksen esittely. Saatekirjeessä käsiteltiin tutkimuksen luotettavuuteen ja vapaaehtoisuuteen liittyvät seikat. Vastaajille kerrottiin myös, että kyselyyn on haettu lupa ylihoitajalta. Lisäksi kerrottiin, missä valmista tutkimusta tullaan säilyttämään.

Aineisto kerättiin 13.12.2007. Leikkausosastolla kysely suoritettiin normaalin osastokokouksen yhteydessä ja kirurgisella vuodeosastolla laajennetun osastokokouksen yhteydessä. Lisäksi kaksi hoitajaa vastasi kyselyyn kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimuksen tekijä oli henkilökohtaisesti paikalla jakamassa ja keräämässä kyselylomakkeet vastaajilta.

Kysely oli pienimuotoinen, kysymyksiä oli ainoastaan kymmenen. Kysymyksen 1-4 käsittelivät vastaajien taustaa. Niissä kysyttiin vastaajien työkokemusta hoitotyössä, terveydenhuollon tutkintoa, työpaikkaa ja ikää. Taustatietojen avulla saatiin muodostettua kuvaus kohderyhmästä. Kysymyksessä 5 hoitajilta kysyttiin heidän hoitamillaan potilailla ollutta leikkauspelkojen määrää. Vastausvaihtoehtoina olivat: ei lainkaan / melko vähän / melko paljon / paljon. Kysymykset 6 ja 8 käsittelivät hoitajien kokemusta omista valmiuksistaan hoitaa ja tunnistaa potilaiden leikkauspelkoja. Näissä kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat: huonot / melko huonot / melko hyvät / hyvät. Kysymykset 7 ja 10 käsittelivät hoitajien saamaa koulutusta leikkauspeloista ja lisäkoulutuksen tarvetta. Vastausvaihtoehdot olivat: ei lainkaan / melko vähän / melko paljon / paljon. Kysymyksessä 9 kysyttiin, kuinka helppoa hoitajien oli puuttua



leikkauspeloista kärsivän potilaan tilanteeseen. Vastausvaihtoehtoina olivat: vaikeaa / melko vaikeaa / melko helppoa / helppoa.

### *Tutkimusaineiston analysointi*

Kyselylomakkeilla kerätty aineisto analysoitiin SPSS 15,0 for Windows- tilasto-ohjelmalla, eli kaikki saatu tieto on muutettu numeeriseksi aineistoksi. Ohjelman avulla saatiin suuntaa antavia vastauksia, jotka olivat riittäviä pienimuotoisen tutkimuksen tekemiseen. Menetelmänä käytettiin lähinnä frekvenssi- ja prosenttijakaumaa sekä ristiintaulukointia. Ristiintaulukoinnin avulla voitiin parhaiten vertailla leikkausosaston ja kirurgisen vuodeosaston hoitajien vastauksia. Tutkimusraporttiin on liitetty taulukoita havainnollistamaan kerättyä aineistoa.

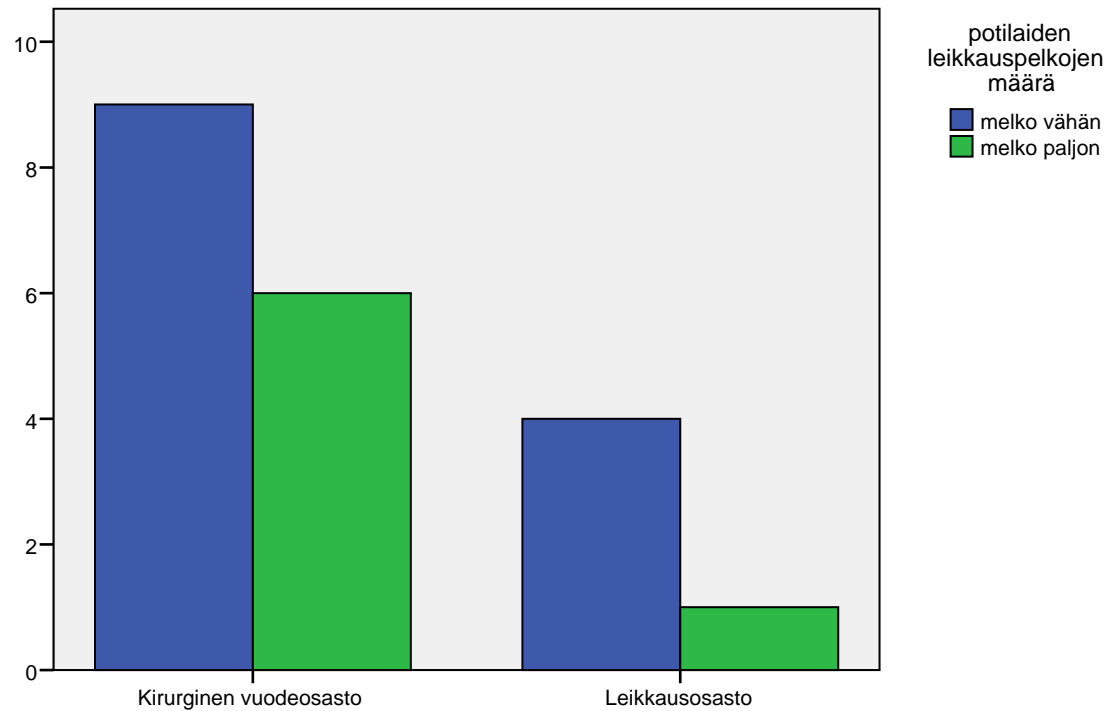
## 4.2 Projektin kyselytutkimuksen tulokset

Kyselyyn vastanneilla hoitajilla oli työkokemusta hoitotyöstä lyhyestä 1-5 vuodesta pitkään yli 20 vuoden työkokemukseen. Eniten eli 40 % (n 8) oli vastaajia, joilla oli työkokemusta hoitotyöstä yli 20 vuotta.

Vastaajat olivat perushoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia tai erikoissairaanhoitajia. Suurin osa eli 45 % prosenttia oli sairaanhoitajia (n 9) ja 35 % oli erikoissairaanhoitajia (n 7). Kyselyyn vastasi 20 hoitajaa (n 20). 75 % (n 15) vastaajista oli kirurgiselta vuodeosastolta ja 25 % (n 5) leikkausosastolta.

Vastaajien ikä vaihteli välillä 18- 25 ja 56- 65. Suurin osa vastaajista eli 50 % (n 10) oli iältään 46- 55 vuotta.

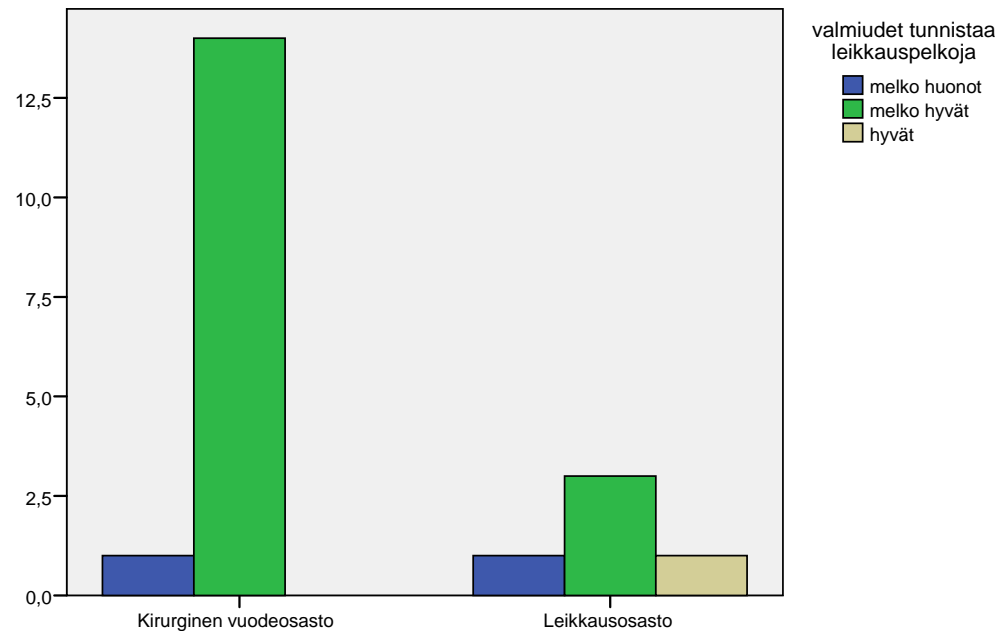
*Potilaiden leikkauspelkojen määrä*



KUVIO 1. Potilaiden leikkauspelkojen määrä

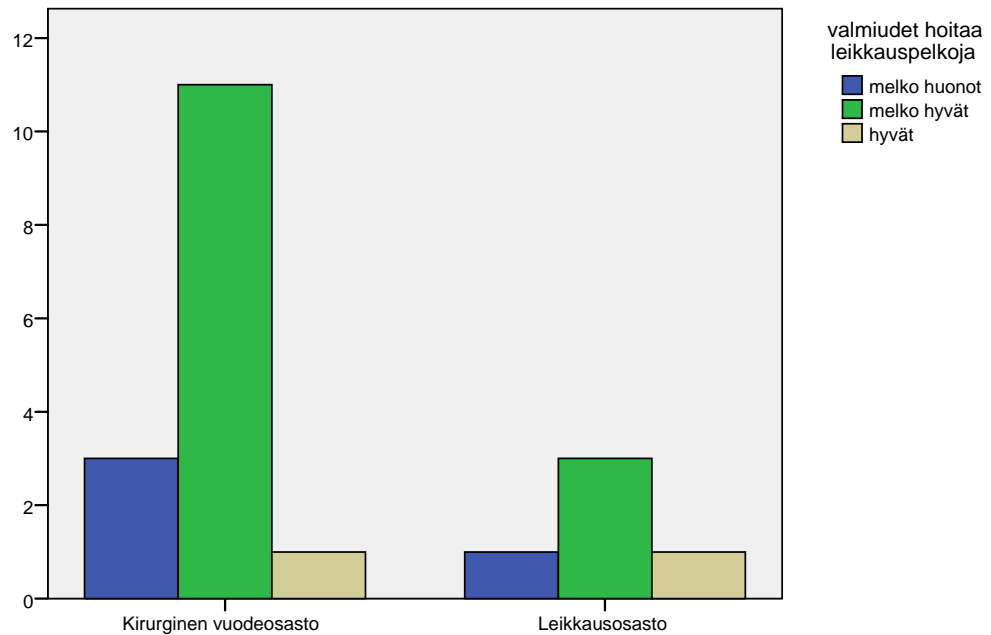
Kaikista kyselyyn vastanneista 65 % (n 13) ajatteli, että potilailla on leikkauspelkoja melko vähän. Kummallakin osastolla ajateltiin, että leikkauspelkoja on enimmäkseen melko vähän. Kirurgisen vuodeosaston hoitajista 40 % (n 6) vastasi, että potilailla on melko paljon leikkauspelkoja kun taas leikkausosastolla vain 20 % (n 1) vastasi, että potilailla on paljon leikkauspelkoja. Kukaan vastanneista ei vastannut, että potilailla olisi paljon tai ei lainkaan leikkauspelkoja. (KUVIO 1)

*Hoitajien valmiudet tunnistaa ja hoitaa potilaiden leikkauspelkoja*



KUVIO 2. Hoitajien valmiudet tunnistaa potilaiden leikkauspelkoja

Yhdessä kysymyksessä hoitajat arvioivat omia valmiuksiaan tunnistaa potilaiden leikkauspelkoja. Suurin osa eli 85 % vastaajista (n 17) vastasi, että heidän valmiutensa hoitaa potilaiden leikkauspelkoja ovat hyvät. Kummallakin osastolla vain yksi hoitaja ilmoitti omat valmiutensa hoitaa potilaan leikkauspelkoja melko huonoiksi. Kuitenkin vain yksi kaikista hoitajista arvioi, että hänen valmiutensa hoitaa potilaan leikkauspelkoja ovat hyvät. (KUVIO 2)



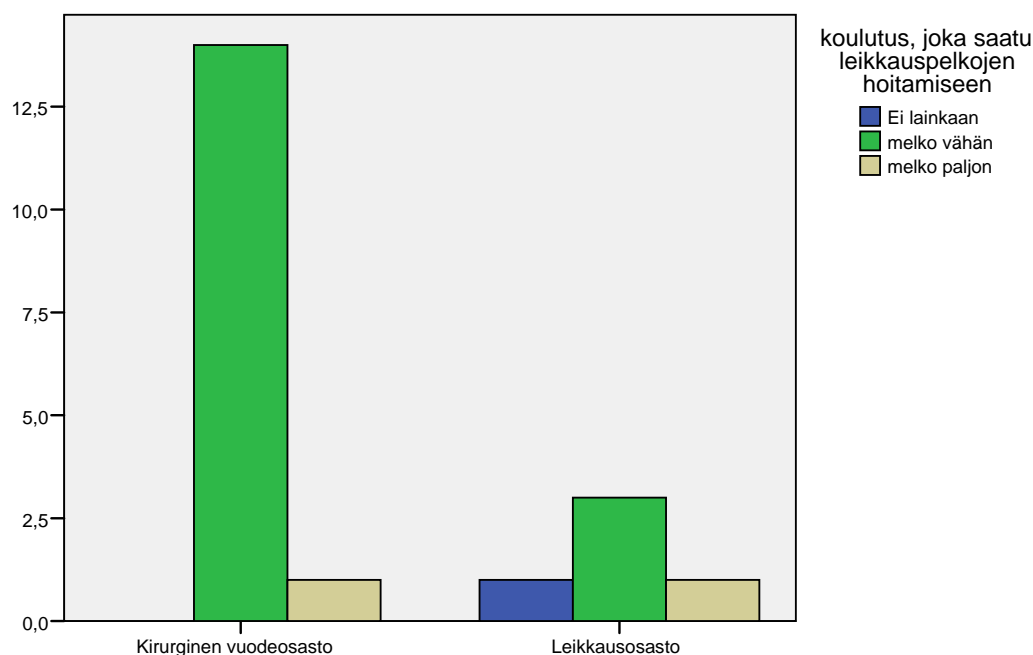
KUVIO 3. Hoitajien valmiudet hoitaa potilaiden leikkauspelkoja

Hoitajat arvioivat omia valmiuksiaan hoitaa potilaan leikkauspelkoja. Kaikista vastaajista 70 % (n 14) vastasi, että heidän valmiutensa leikkauspelkojen hoitamiseen ovat melko hyvät. 20 % (n 4) puolestaan arvioi, että heidän valmiutensa ovat melko huonot. Kummallakin osastolla hoitajat arvioivat valmiutensa leikkauspelkojen hoitamiseen melko hyviksi. Kummallakin osastolla oli niitä, jotka arvioivat valmiutensa melko huonoiksi, mutta kukaan vastaajista ei uskonut valmiuksiensa olevan huonot. (KUVIO 3)

Vastaajilta kysyttiin heidän mielipidettään, kuinka helppoa heidän on puuttua potilaan leikkauspelkoihin, jos sellaisen tilanteen tunnistaa. 65 % (n 13) vastasi, että puuttuminen on melko helppoa. 20 % (n 4) ajatteli puuttumisen olevan helppoa. Leikkausosastolla kukaan vastaajista ei pitänyt leikkauspelkoihin puuttumista melko vaikeana tai vaikeana, mutta kirurgisen vuodeosaston hoitajista

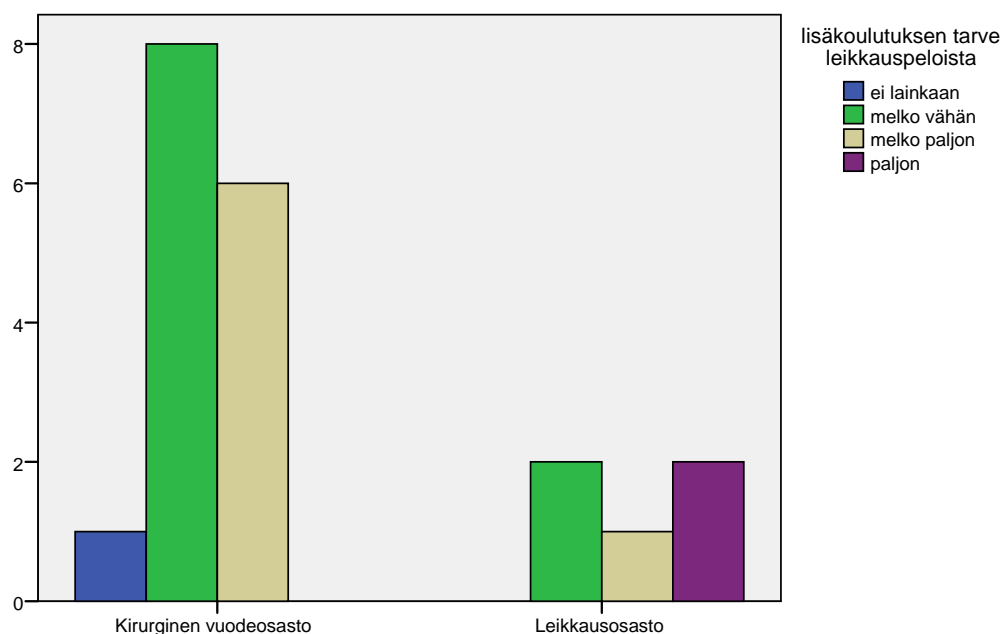
15 % (n 3) piti puuttumista melko vaikeana. Muuten osastojen hoitajien vastauksilla ei ollut merkittäviä eroavaisuuksia.

#### *Leikkauspelkoihin liittyvä koulutus*



KUVIO 4. Koulutus, jonka hoitajat ovat saaneet leikkauspelkojen hoitamiseen

Kaikista kyselyyn vastanneista hoitajista 85 % (n 17) ilmoitti, että he ovat saaneet melko vähän koulutusta leikkauspelkojen hoitamiseen. Vain 10 % vastanneista vastasi, että he ovat saaneet leikkauspelkojen hoitamista koskevaa koulutusta melko paljon. Vain 5 % (n 1) vastaajista ilmoitti, että ei ole saanut lainkaan koulutusta leikkauspeloista kärsivän potilaan hoitamiseen. Eroja leikkausosaston ja kirurgisen vuodeosaston hoitajien välillä ei ollut merkittävästi. (KUVIO 4)



KUVIO 5. Hoitajien lisäkoulutuksen tarve leikkauspelkoihin liittyen

Kaikista kyselyyn vastanneista 50 % (n 10) arvioi, että tarvitsi melko vähän lisäkoulutusta leikkauspelkoihin liittyen. 35 % (n 7) vastasi, että tarvitsi lisäkoulutusta melko paljon. Kirurgisella vuodeosastolla 6,7 % (n 1) vastasi, ettei tarvinnut lainkaan lisäkoulutusta leikkauspeloista. Leikkausosastolla puolestaan 10 % (n 2) ilmoitti, että tarvitsisi paljon lisäkoulutusta. (KUVIO 5)

#### 4.3 Yhteenveto tuloksista

Suurin osa kyselyyn vastanneista hoitajista ajatteli, että heidän valmiutensa hoitaa ja tunnistaa potilaiden leikkauspelkoja ovat pääosin melko hyvät tai hyvät. Kuitenkin hoitajat kokivat, ettei leikkauspeloista ole saatu kovinkaan paljon koulutusta. Suurin osa hoitajista ajattelikin, että lisää koulutusta leikkauspelkojen tunnistamisesta ja hoitamisesta olisi hyvä saada.

Leikkausosaston ja kirurgisen vuodeosaston hoitajien vastaukset olivat hyvin samansuuntaiset. Yhteenvedona voidaan todeta, että osastojen välillä vastauksilla ei ollut merkittäviä eroavaisuuksia.

#### 4.4 Kirjallisen ohjeistuksen toteutus projektityönä

Oppaan laatimisen taustatyönä suoritettiin siis pienimuotoinen tutkimus Heinolan kaupunginsairaalan kirurgisen osaston 31 ja leikkausosaston hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksen tulokset tukivat ajatusta, että leikkauspelkojen kohtaamisesta tarvitaan lisää tietoa.

Taustatyönä selvitettiin myös, mitä olemassa olevan teorian tiedon mukaan leikkauspelko-oppaassa tulisi olla. Opasta varten hankittiin siis laajasti tietoa leikkauspelkojen luonteesta, leikkauspelkojen tunnistamisesta sekä leikkauspelkojen hoitokeinoista. Hoitohenkilökunnan ajatuksia tulevan oppaan sisällöstä kartoitettiin osastonhoitajan kanssa käydyissä keskusteluissa. Keskustelussa oli alkuvaiheessa mukana myös yksi sairaanhoitaja, jolla oli runsaasti kokemusta kirurgisten potilaiden hoitamisesta. Taustatyön tekemisen jälkeen ryhdyttiin tekemään opasta. Hoitohenkilökunnalle tarkoitettu opas koostuu teorian tiedosta sekä havainnollistavista potilaiden kommentteista, joita kerättiin aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista.

Keskusteluissa osastonhoitajan kanssa selvitettiin, minkälaisia toimenpiteitä Heinolan kaupunginsairaalan leikkausyksikössä tehdään. Tekonivelleikkaukset, tyräleikkaukset ja kohdunpoistoleikkaukset olivat yleisimpiä toimenpiteitä joita sairaalassa suoritetaan. Näihin leikkauksiin liittyviä pelkoja päädyttiin tarkastelemaan lähemmin tulevassa oppaassa. Koska Heinolan kaupunginsairaalassa tehdään toimenpiteitä ainoastaan aikuispotilaille, päädyttiin oppaassa käsittelemään vain aikuisen potilaan leikkauspelkoja.

Alkukartoituksen ja taustatyön jälkeen ryhdyttiin tekemään opasta. Hoitohenkilökunnalle suunnattu opas haluttiin tehdä helppolukuiseksi ja yksinkertaiseksi. Tavoitteena oli, että oppaan lukeminen on helppoa ja nopeaa

kiireisenkin työpäivän lomassa. Opas koostuu mind map-tyylisistä kuvioista, teorialiedosta sekä havainnollistavista kommentteista.

Leikkauspelko-oppaan kanteen haluttiin liittää kuva, joka muokattiin itse kuvankäsittelyohjelmalla. Myös muualle tekstin lomaan sijoiteltiin pieniä kuvia. Tekstinkäsittelyohjelman avulla tekstit, mind mapit ja sitaattit yhdistettiin sopivaksi kokonaisuudeksi ja muokattiin ulkoasua.

Leikkauspelkoihin liittyy niin paljon materiaalia, että kaikkea informaatiota ei voinut mitenkään sisällyttää oppaaseen. Opas haluttiin säilyttää yksinkertaisena, eikä siitä ollut tarkoitus tehdä liian pitkää. Teoriatietojen pohjalta oppaaseen valittiin tärkeimmäksi katsotut tekstit.

## 5 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin haasteena oli tuottaa oppaasta sellainen, että se vastaa kunnolla työelämän tarpeisiin. Hoitotyö on nykyisin kovin kiireistä, ja hoitajat saattavat kokea, ettei heillä ole aikaa uuden tiedon opiskelemiseen muiden töiden ohella. Haasteena oli myös tuottaa oppaasta ajankohtainen ja sopiva juuri valitun osaston henkilökunnalle. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin kartoittamaan osastojen henkilökunnan tämänhetkisiä valmiuksia leikkauspelkojen suhteen. Tällä vahvistettiin käsitystä oppaan hyödyllisyydestä työelämässä.

### 5.1 Itsearviointia

Oppaan itsearvioinnissa käytettiin apuna Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatimia terveysaineiston laatukriteerejä (LIITE 5). Kriteerit voidaan jakaa neljään pääryhmään, jotka ovat sisältö, kieliasu, ulkoasu ja kokonaisuus. (Parkkunen, Verto & Koskinen-Ollonqvist 2001, 10.)

Sisältöön liittyviin laatukriteereihin kuuluu keskeisesti oikean ja virheettömän tiedon esille tuominen. Tiedon tulee olla objektiivista ja ajan tasalla olevaa.



Luotettavuus täytyy pystyä myös osoittamaan riittävin lähdemerkinnöin. Tietoa tulee olla myös sopivan verran, eli teoksesta riippuen joko mahdollisimman kattavasti tai ytimekkäästi perusasiat esittäen. Teoksella tulee olla myös konkreettinen terveystavoite, esimerkiksi lukijan valistuminen. (Parkkunen ym. 2001, 11-12.) Opinnäytetyön tuotoksena syntyneessä oppaassa pyrittiin käyttämään luotettavaa lähdekirjallisuutta, joka on peräisin hoitotyön ammattilaisilta. Oppaassa on kerrottu, mistä tekstiin liitetyt sitaatit ovat peräisin. Näin on pyritty tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tieto pyrittiin esittämään mahdollisimman ytimekkäästi, jotta vastaanottajan on helppo omaksua lukemansa. Liian suuresta tietomäärästä ei välttämättä jää kovin paljon mieleen.

Kieliasuun liittyvistä laatukriteereistä tärkeimpiä ovat helppolukuisuus ja kohderyhmän huomiointi. Vaikeat sanat ja lauserakenteet hankaloittavat lukemista, jolloin tekstin ymmärtäminen ja omaksuminen huonontuvat. Kieliasun kannalta on järkevää käyttää myös mahdollisimman havainnollistavaa kirjoitustapaa. Selkokielineen teksti ja lyhyet lauseet jäävät paremmin lukijan mieleen. Mitä mielenkiintoisempi ja hyödyllisemmäksi koettu teksti on, sitä paremmin se omaksutaan. (Parkkunen ym. 2001, 13-14.) Oppaan kohderyhmänä olivat hoitotyön ammattilaiset. Oppaassa pyrittiin siihen, että oppaaseen voisi perehtyä tarvittaessa lyhyessäkin ajassa. Mind-map-tyylisistä kuvioista saa selvän jo pikaisellakin vilkaisulla. Tekstin lomaan liitetyt sitaatit tuovat tekstiin lisää mielenkiintoa ja elävyyttä. Vaikka lukijat ovatkin hoitoalan ammattilaisia, teksti pyrittiin pitämään mahdollisimman selkeänä ja vieraita sanoja yritettiin välttää.

Ulkoasuun liittyvissä laatukriteereissä tarkennetaan tekstin kokoon, tyyliin ja sijoitteluun liittyviä asioita. Tarkasti harkitulla tekstin muokkaamisella voidaan selkiyttää sisältöä. Suositeltavin kirjasintyyppi on selkeä ja yksinkertainen. Otsikointi ja selkeä kappalejako rytmittävät tekstiä ja helpottavat lukemista. Myös tekstin ja taustan kontrastin tulee olla tasapainossa, jotta lukeminen on helppoa. (Parkkunen ym. 2001, 15-16.) Oppaaseen valittiin siistin ja yksinkertaisen näköinen kirjasintyyppi. Tekstin kokoa ja sijoittelua muokattiin moneen kertaan, jotta yhteen kuuluvat asiat saataisiin yhdistetyksi järkeväksi kokonaisuudeksi. Teksti päädyttiin pitämään tummana vaaleaa pohjaa vasten. Oppaat päädyttiin tulostamaan hieman paksummalle paperille, jotta sivut pysyisivät pitkään ehjänä.

Oppaan paperi on myös hieman kiiltävämpää kuin tavallinen paperi. Tekstin lomaan liitettiin muutama kuva tuomaan kiinnostavuutta ja keveyttä sisältöön.

Terveysaineiston kokonaisuuden laatukriteereissä korostuu kohderyhmän huomioiminen. Kohderyhmä kannattaa rajata aika tarkasti, jotta aineisto tavoittaisi lukijansa paremmin. Kohderyhmän kulttuuri tulee ottaa huomioon aineistoa valitessa. (Parkkunen ym. 2001, 18-19.) Osaston väki pyrittiin ottamaan mukaan oppaan suunniteluun. Oppaaseen liitettiin ohjeita juuri kyseisellä osastolla tehtävien leikkausten yhteydessä ilmeneviin leikkauspelkoihin. Kohderyhmä rajattiin koskemaan vain kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökuntaa, jotta se palvelisi paremmin lukijaansa. Oppaan tunnelma pyrittiin pitämään hyvänä, syyllistämistä ja liikaa yleistämistä yritettiin välttää.

Esitestaamalla valmis aineisto ja kartoittamalla kohderyhmän mielipiteitä aineiston sisällöstä saavutetaan paras lopputulos (Parkkunen ym. 2001, 8). Tässä työssä oppaan tekemisen eri vaiheissa osaston yhteyshenkilöltä pyydettiin mielipiteitä ja uusia vinkkejä oppaan sisällöstä. Yhteyshenkilön tietojen avulla valittiin oppaassa tarkemmin käsiteltävät toimenpiteet. Oppaan käyttöä ei esitestattu hoitajien käytössä, koska aikaa testaamiselle ei jäänyt tarpeeksi. Esitestaaminen käytännössä olisikin voinut tuoda arvokasta lisätietoa oppaan toimivuudesta käytännössä.

Oppaan ulkoasun toteuttamisessa olisi ollut järkevää hyödyntää grafiikan alan ammattilaisen tai graafisen alan opiskelijoiden tietoja ja taitoja. Oppaan tulostuksessa käytettiin ammattilaisen apua, jotta sivut saatiin helposti tulostettua vihkoksi. Varsinkin taittaminen ja kuvat olivat haasteellisia toteuttaa, joten apu olisi varmasti ollut tarpeen jo aikaisemmassa vaiheessa. Tämän tyyppinen projektityö voisi sopia hyvin moniammatilliseksi työksi muiden alojen opiskelijoiden kanssa.

## 5.2 Projektin eettisyys ja luotettavuus

Projektin tutkimusosaa tehdessä kiinnitettiin huomiota eettisesti oikeanlaisiin toimintatapoihin. Lähtökohta tutkimuksen tekemiseen tulee olla vastaajien ja heidän itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen (Hirsjärvi ym. 2007, 25). Tutkimukseen osallistujille on kerrottava tutkimusaineiston käsittelystä ja käyttötarkoituksesta sekä tutkimuksen aiheesta ja tiedollisista tavoitteista. Tutkijan tulee käsitellä tutkimusaineisto luottamuksellisesti. Luottamuksellisuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimukseen osallistujat voivat luottaa tutkijan antamaan lupaukseen aineiston käytöstä ja käyttötarkoituksesta. (Kuula 2006, 89, 99.)

Kyselytutkimusta tehdessä vastaajille korostettiin anonymiteettiä ja vapaaehtoisuutta tutkimukseen osallistumisesta. Tarvittavat lupa-asiat oli hoidettu asianmukaisesti ennen kyselytutkimuksen suorittamista. Kokeneempi tutkija olisi kenties hyödyntänyt tulosten analysoinnissa jotakin muuta menetelmää kuin SPSS-ohjelmaa. Ohjelma ristiintaulukointeineen olisi kaivannut hieman suuremman vastausten määrän kuin tähän opinnäytetyöhön lopulta saatiin. Toisaalta tässä työssä kyselytutkimus oli vain pieni osa, ja sen avulla saatiin riittävästi suuntaa antavaa tietoa valmiuksista leikkauspelkojen tunnistamiseen ja hoitamiseen. Tutkimusten tuloksien pohjalta oli myös helpompi etsiä lisää kirjallisuuslähteitä oppaan tekemisen avuksi.

Lähdemateriaalia hankittaessa tarvitaan harkintaa. Kriittisyys lähteiden valinnassa ja niiden tulkinnassa on tärkeää, jotta tietoa voidaan hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla. Luotettavimmat lähteet ovat tunnettujen ja arvostettujen tekijöiden kirjoittamia, alkuperäisistä teoksista löydettyjä, tuoreita sekä puolueettomia. (Hirsjärvi 2007, 109-110.) Internetin kautta on mahdollista löytää tietyllä hakusanalla satoja tai tuhansia tiedostoja. Internet-lähteiden suhteen on kuitenkin käytettävä tarkkaa harkintaa, jotta käytettävä tieto olisi tutkimuseettisesti ja luotettavuuden kannalta käyttökelpoista. (Kuula 2006, 169-170.) Teoriatietoa kerätessä pyrittiin hyödyntämään vain mahdollisimman tuoreita tutkimuksia, artikkeleja ja julkaisuja. Näin pyrittiin saamaan koko opinnäytetyöstä mahdollisimman luotettava ja laadukas.

Opasta varten hankittiin teorian tietoa aluksi kirurgisista toimenpiteistä. Tietoa haettiin erilaisista hoitotieteen tietokannoista, esimerkiksi Medic, Medline ja Cinahl. Lisäksi tietoa haettiin manuaalisesti käymällä läpi Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö-lehtien keskeisiä sisältöjä sisällysluetteloiden perusteella. Haut pyrittiin rajaamaan pääasiassa 1998-2008 välisenä aikana ilmestyneisiin teoksiin. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi ”leikkaus”, ”leikkauspelko”, ”jännitys” sekä englanninkielellä ”anxiety”, ”perioperative anxiety” ja ”surgical patient”. Pelkällä ”leikkaus” tai ”pelko” hakusanoilla haettaessa artikkeleita ja tutkimuksia tuli niin paljon, että hakua oli rajattava. Alun hankaluuksien jälkeen käyttökelpoista tietoa alkoi löytyä runsaasti. Erilaisista leikkauksiin liittyvistä teoksista tarkasteltiin lähemmin pääasiassa Heinolan kaupunginsairaalassa tehtäviin leikkauksiin liittyviä teoksia.

Projekti esiteltiin Heinolan kaupunginsairaalassa laajennetussa osastokokouksessa leikkausosaston ja kirurgisen vuodeosaston hoitajille 4.9.2008. Oppaan työstäminen oli aivan loppuvaiheessa, mutta hoitajilla oli vielä mahdollisuus kommentoida opasta ja antaa vielä parannusehdotuksia. Hoitajien toivomuksesta oppaan tekstikokoa suurennettiin, jotta ulkoasu olisi selkeämpi ja lukeminen helpottuisi. Oppaan sisältö oli hoitajien mielestä hyvä ja projekti kokonaisuudessaan oli antanut hoitajille runsaasti uutta tietoa.

## 6 POHDINTA

Projektimuotoisen opinnäytetyön tuotoksena syntyi hoitohenkilökunnalle suunnattu opas leikkauspelkojen luonteesta, tunnistamisesta ja hoitamisesta. Oppaan avulla hoitajat voivat kehittää tietämystään leikkauspeloista ja näin toteuttaa laadukkaampaa hoitotyötä. Oppaaseen koottu tieto on koottu lyhyeen ja ytimekkääseen muotoon, jotta siihen olisi vaivatonta perehtyä lyhyessäkin ajassa. Opasvihkon alussa kerrotaan lyhyesti ennen oppaan tekemistä suoritetusta pienimuotoisesta tutkimuksesta ja sen tuloksista.

Projektin tutkimusosassa kartoitettiin kahden eri osaston hoitajien valmiuksia leikkauspelkojen hoitamiseen ja tunnistamiseen. Kyselyssä haluttiin myös

selvittää hoitajien asenteellista valmiutta leikkauspelkojen suhteen. Ervastian tutkimuksen mukaan hoitajilla on hyvät tiedolliset ja taidolliset valmiudet potilaiden perioperatiiviseen hoitamiseen. Asenteissa perioperatiivista ohjaamista kohtaan oli kuitenkin parantamisen varaa. (Ervasti 2005, 40.) Tämän opinnäytetyön tutkimusosassa päädyttiin osin samansuuntaisiin tuloksiin. Hoitajat kokivat omat valmiutensa pääosin hyviksi. Asenteet leikkauspeloista saatavaan lisäkoulutukseen olivat kuitenkin positiiviset. Suurin osa hoitajista ajatteli, että lisäkoulutusta leikkauspelkojen hoitamisesta tarvittaisiin lisää.

Projektityön tekeminen loi hyvät edellytykset vuorovaikutteiselle opiskelijan ja käytännön hoitotyössä toimivien hoitajien väliselle suhteelle. Oli mukavaa huomata, kuinka myönteisesti hoitoyksikössä suhtauduttiin opiskelijan tekemään projektityöhön. Työn tekeminen oli myös mielekkäämpää, kun oppaan uskottiin tuovan hyötyä sekä hoitajille että potilaille. Alusta asti oppaasta pyrittiin saamaan mahdollisimman paljon osaston henkilökunnan tarpeita vastaava. Parhaimmillaan projektimuotoiset opinnäytetyöt säästävätkin hoitohenkilökunnan aikaa ja resursseja tuoden uutta näkökulmaa hoitotyöhön.

Projektimuotoisen opinnäytetyön tekeminen kehitti erityisesti yhteistyötaitoja sekä kirjallisen ilmaisun taitoja. Tiedonhaku oli varsinkin alussa haasteellista, mutta työn edetessä huomasi taitojen parantuvan. Kirurgisesta hoitotyöstä oli olemassa paljon tietoa, jonka soveltaminen juuri tähän opinnäytetyöhön sopivaksi oli välillä hankalaa. Ennen oppaan työstämistä tehdyn pienimuotoisen kyselyn tulokset toimivat kuitenkin ohjeena, joihin kerättyä materiaalia oli hyvä peilata.

Jatkotutkimusaiheena voisi ajatella laajemman tutkimuksen tekemistä hoitohenkilökunnalle. Esimerkiksi haastattelun avulla kokemuksia leikkauspelkojen kohtaamisesta voitaisiin saada reilusti lisää. Nykypäivänä ohjausmateriaalina käytetään yhä enemmän audiovisuaalisia menetelmiä, jotka varmasti tuovat lisää kiinnostusta uuden oppimiseen. Esimerkiksi opetus-DVD leikkauspelkojen hoitamisesta voisi olla hyödyllinen sekä potilaille että hoitohenkilökunnalle. Tämän projektin tutkimusosassa tarkasteltiin leikkauspelkojen tunnistamista ja hoitamista hoitajien näkökulmasta. Myös potilaiden mielipiteitä leikkauspelkojen hoitamisesta olisi mielenkiintoista tutkia.

## LÄHTEET

Achté, K. & Tamminen, T. 1998. Psykiatrian käsikirja. Jyväskylä:Gummerus.

Eilittä, K. & Gardin, S.1999. ”Sydän jyskyttää ja kädet hikoaa ja tulee semmonen erilainen tunne”. Päiväkirurgisen potilaan kokemuksia pelosta ja sen auttamiskeinoista hoidon preoperatiivisessa vaiheessa. Kemi: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY.

Ervasti, T-M. 2004. Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. Pro - gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto

Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Vammala: Vammalan kirjapaino,

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino OY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja Kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino OY.

Härkki, P. 2006. Gynekologisen laparoskopian komplikaatiot. Lääkärilehti vol. 5. nro 61.

Kanto, J. 1996. Anestesiaan ja leikkaukseen liittyvä pelko ja jännitys. Suomen Lääkärilehti vol. 10 nro 51.

- Kettunen, T. & Poskiparta, M. 1998. Preoperatiivinen haastattelu: Anestesiahoitajan mahdollisuus tukea potilaan leikkaukseen valmistautumista. *Hoitotiede* vol. 10. nro 5.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito. Helsinki: WSOY.
- Krause, K. & Kiikkala I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä OY.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.
- Laitinen, R., 2003. Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY
- Moilanen, T., Honkanen, P., Korpela, M. & Lehto, M. 2006. Kehittyvä tekonivelkirurgia reumapotilaan hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* vol. 61 nro 32.
- Nurminen, M-L. 2006. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.
- Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu 7/01. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. 2. painos. Tampere: Tammer-Paino OY.
- Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä – hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Opinnäytetutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Saranpää, V., Uusiheimala J. & Vartiainen, T. 1997. Naiseuden kokemus kohdupoiston jälkeen. Opinnäytetyö. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu.

Thure-Toivanen, T. 2001. Päiväkirurgisen gynekologisen potilaan yksityisyys – odotukset, kokemukset ja toiminta yksityisyyden toteutumisessa potilaan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Virtanen P. 2000. Projektityö. Porvoo: WSOY.

Vuorma, S. 2004. A Decision Aid and Choice of Treatment among Women with Heavy Menstrual Bleeding. Saarijärvi: Gummerus.

Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2006. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistetun painoksen (2004) muuttumaton jatkopainos. Keuruu: Otava.



Painamattomat lähteet:

Airo, I. & Tuuliranta M. 2002. Nivustyräleikkauksen tekniikat. [Verkkojulkaisu]. Aikakauskirja Duodecim.[Viitattu 7.4.2008.] Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p\\_ä](http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_ä)

Koivula, M., 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistus ja sosiaalinen tuki [Verkkojulkaisu]. Tampereen yliopisto [viitattu 7.4.08]. Saatavissa:

<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5377-8.pdf>

Norred, C. 2002. Minimizing Preoperative Anxiety with Alternative Caring-Healing Therapies [Verkkojulkaisu]. AORN journal. vol. 72. nro 5. [viitattu 10.04.2008]. Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi, projektinvetäjän käsikirja. [Verkkojulkaisu] Työministeriön julkaisu. [viitattu 28.08.2008] Saatavissa: <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Tuuliranta, M. 2007. Verkko estää nivustyrrien uusiutumista. [Verkkojulkaisu]. Aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 7.4.2008] Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96444.pdf>

# LIITTEET

## LIITE 1

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS

Tämä sopimus koskee HANKKEISTETTUA OPINNÄYTETYÖTÄ

**Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot**

Opiskelijan nimi	Reetta Nihtilä	Puh.	045-6383260	Sähköposti	reetta.nihtila@lpt.fi
Opiskelijan nimi		Puh.		Sähköposti	
Opiskelijan nimi		Puh.		Sähköposti	
Opiskelijan nimi		Puh.		Sähköposti	
Opiskelijan nimi		Puh.		Sähköposti	
Opiskelijan nimi		Puh.		Sähköposti	

**Opinnäytetyön tiedot**

Opinnäytetyön aihe	Opasvinko leikkauspeloista				
Opinnäytetyön suunniteltu valmistumisaika	(kk / vuosi)	09 / 2008			
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	Maria Tuominen	Puh.	044/7080325	Sähköposti	maria.tuominen@lank.fi

**Yhteistyökumppanin tiedot**

Organisaatio	Heinolan kaupunginsairaala, kirurgian osasto 31				
Osoite					
Yhteyshenkilön nimi	Marjatta Lahti	Puh.	0903233613	Sähköposti	

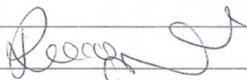
Opinnäytetyö on yhteistyökumppanin kannalta tarpeellinen ja työtä tai työyksikköä kehittävä.

Opinnäytetyön tekemisestä aiheutuvista kuluista on sovittu seuraavaa:

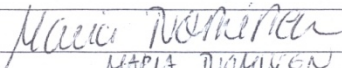
Opinnäytetyön tekijänoikeudet säilyvät tekijöillä, mutta muuten työn käytöstä sen valmistuttua on sovittu seuraavaa:

Tätä sopimusta on tehty kaksi kappaletta, toinen Lahden ammattikorkeakoululle ja toinen yhteistyökumppanille.

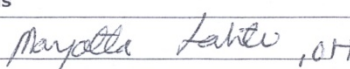
**Opiskelijoiden allekirjoitukset**

Päiväys	11.9.07		
		REETTA NIHTILÄ	(nimen selvennys)
			(nimen selvennys)
			(nimen selvennys)
			(nimen selvennys)

**Ohjaajan allekirjoitus**

Päiväys	11.9.2007		
		MARIA TUOMINEN	(nimen selvennys)

**Yhteistyökumppanin allekirjoitus**

Päiväys	24.9.07		
		MARJATTA LAHTI	(nimen selvennys)

## LIITE 2/1

Reetta Nihtilä  
045-6383260  
reetta.nihtila@lpt.fi

Lahden Ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitajankatu 3  
15850 Lahti

## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Olen sairaanhoitajaopiskelija Lahden ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötäni aiheesta potilaan leikkauspelot. Teen työni Heinolan kaupunginsairaalan kirurgiselle vuodeosastolle 31. Haen tutkimuslupaa opinnäytetyöni kvantitatiiviselle tutkimukselle.

Työssäni on kaksi osaa, kvantitatiivinen tutkimus ja kehittämistyö. Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa kirurgisen vuodeosaston ja leikkausosaston hoitajien valmiuksia tunnistaa ja hoitaa potilaan leikkauspelkoja. Tutkimus suoritetaan kyselylomakkeella.

Kehittämistyö tehdään tutkimuksen suorittamisen jälkeen ja se tulee olemaan varsinainen päätyö opinnäytetyössäni. Kehittämistyö tulee olemaan kirjallinen ohjeistus hoitotyöntekijälle potilaan leikkauspeloista. Opas tehdään kirurgiselle vuodeosastolle 31, ja siitä on tehty kirjallinen sopimus osastonhoitaja Marjatta Lahden kanssa.

Ohjaava opettajani oppilaitoksessa on Maria Tuominen puh. 044-7080325.

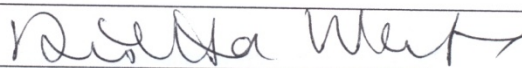
Kyselytutkimus suoritetaan 13.12.1007. Tutkimuksella saatu aineisto analysoidaan talvella 2007-2008. Kehittämistyötä työskennellään kevään 2008 aikana. Kesä 2008 kuluu opinnäytetyön raportointia tehdessä. Työn olisi tarkoitus olla valmiina syksyllä 2008, arvioitu valmistumisajankohta on lokakuu. Silloin myös esittelen työni kirurgiselle vuodeosastolle 31.

Heinolassa 8.12.07  
Kunnioittaen

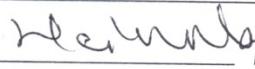
  
Reetta Nihtilä

Päätös	<input checked="" type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyöhön myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan koska
	<b>Sopimus opinnäytetyön raportoinnista</b> Raportti toimitetaan Heinolan kaupunginsairaalaan ylihoitajalle
	<b>Kustannukset</b> Opiskelija vastaa kustannuksista
<b>Yhdyshenkilön/ohjaajan nimi Heinolan kaupunginsairaalassa</b> Marjatta Lahti	

Luvan myöntäjän allekirjoitus



Pvm ja paikka

11/12-07 

## LIITE 2/2

HEINOLAN KAUPUNKI  
Perusturva / TerveyskeskusVIRANHALTIJAPÄÄTÖS  
Muu yleispäätös

Johtava hoitaja

17.12.2007

3 §

Dnro

1107/23/000/2007

Asia

**TUTKIMUSLUPA / POTILAAN LEIKKAUSPELOT /  
NIHTILÄ REETTA**

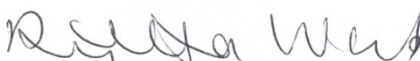
Perustelut

Lahden ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelija Reetta Nihtilä on anonut tutkimuslupaa opinnäytetyötänsä varten aiheesta "Potilaan leikkauspelot".

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa kirurgisen vuodeosaston ja leikkausosaston hoitajien valmiuksia tunnistaa ja hoitaa potilaan leikkauspelkoja. Tutkimus suoritetaan kyselylomakkeella.

Päätös

Tällä päätöksellä Reetta Nihtilälle myönnetään lupa tehdä kyselytutkimus osastojen 31 ja leikkausosaston hoitajille.



Riitta West  
Johtava hoitaja

LIITE

tutkimuslupahakemus

Tiedoksi

Reetta Nihtilä,  
Osastonhoitaja Marjatta Lahti.

Oikaisuvaatimusoikeus

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Tiedoksi asianosaiselle  
Oikaisuvaatimus-  
viranomaisen

Annettu postin / lähetin kuljetettavaksi 19.12.2007.

Terveyslautakunta, Torikatu 13, 18100 Heinola.

Oikaisuvaatimusaika ja  
sen alkaminen

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun päätös on asetettu yleisesti nähtäväksi.

Oikaisuvaatimuksen  
sisältö ja toimittaminen

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimustajan päättymistä.

Päätöksen nähtäväksi  
asettaminen

Tämä päätös on yleisesti nähtävänä 27.12.2007.

## LIITE 3

## Hyvä terveydenhuollon ammattilainen

Olen sairaanhoitajaopiskelija Lahden ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötäni aiheesta Leikkauspelot sekä niiden tunnistaminen ja hoitaminen. Pysin kartoittamaan Teidän valmiuksianne hoitaa ja tunnistaa leikkauspelkoja. Kerään aineistoni kyselyllä hoitajilta, jotka työskentelevät leikkausosastolla sekä kirurgisella vuodeosastolla.

Kysely suoritetaan nimettömänä, eikä kenenkään vastauksia ole mahdollista tunnistaa tutkimusraportista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Lupa kyselyn suorittamiseen on haettu sairaalanne johtavalta hoitajalta.

Tutkimuksella saatu aineisto analysoidaan talven 2008 aikana. Valmis tuotos esitellään syksyllä 2008. Tutkimus on saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun kirjastosta, sosiaali- ja terveystieteiden laitokselta.

Tämä kyselylomake on esitettävä Päijät-Hämeen keskussairaalassa kirurgisella osastolla 41-42. Esitestauksen perusteella voidaan sanoa, että vastaaminen vie Teiltä vain muutaman minuutin aikaa.

Pyydän Teitä vastaamaan jokaiseen kysymykseen oman kokemuksenne mukaan. Tutkimusten onnistumisen kannalta juuri Teidän vastauksenne on tärkeä ja olen erittäin kiitollinen osallistumisestanne. Osallistuminen on kuitenkin vapaaehtoista. Voitte keskeyttää kyselyyn vastaamiseen milloin tahansa ilmoittamatta siihen mitään syytä.

Vastauksistanne kiittäen

Reetta Nihtilä  
Sairaanhoitajaopiskelija  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos  
Lahden Ammattikorkeakoulu

LIITE 4/1  
Kyselylomake

Vastaa rengastamalla parhaiten oikeaa kuvaavan vastauksen numero

1. Työkokemus hoitotyössä

1. 1-5 vuotta
2. 6-10 vuotta
3. 11- 15 vuotta
4. 16- 20 vuotta
5. enemmän kuin 20 vuotta

2. Terveystenhuollon tutkinto

1. Lähihoitaja
2. Perushoitaja
3. Sairaanhoidaja
4. Erikoissairaanhoidaja

3. Työpaikka

1. Kirurginen vuodeosasto
2. Leikkausosasto

4. Ikä

1. 18- 25 vuotta
2. 26- 35 vuotta
3. 36- 45 vuotta
4. 46- 55 vuotta
5. 56- 65 vuotta

5. Minkä verran hoitamillasi potilailla on ollut tulevaan leikkaukseen liittyviä pelkoja?

1. Ei lainkaan
2. Melko vähän
3. Melko paljon
4. Paljon

6. Kuinka hyvät valmiudet sinulla on omasta mielestäsi tunnistaa potilaan leikkauspelkoja?

1. Huonot
2. Melko huonot
3. Melko hyvät
4. Hyvät

## LIITE 4/2

7. Minkä verran olet saanut potilaan leikkauspelkojen hoitamiseen liittyvää koulutusta?

1. Ei lainkaan
2. Melko vähän
3. Melko paljon
4. Paljon

8. Minkälaiset valmiudet sinulla on omasta mielestäsi hoitaa potilaan leikkauspelkoja?

1. Huonot
2. Melko huonot
3. Melko hyvät
4. Hyvät

9. Kuinka helppoa sinun on mielestäsi puuttua potilaiden leikkauspelkoihin sellaisen tilanteen tullessa eteen?

1. Vaikeaa
2. Melko vaikeaa
3. Melko helppoa
4. Helppoa

10. Kuinka paljon koet tarvitsevasi lisäkoulutusta potilaan leikkauspelkojen hoitamiseen?

1. Ei lainkaan
2. Melko vähän
3. Melko paljon
4. Paljon

## LIITE 5

Terveyden edistämisen keskus

### TERVEYSAINEISTON LAATUKRITEERIT

#### SISÄLTÖ

1. Konkreettinen terveystavoite
2. Oikeaa ja virheetöntä tietoa
3. Sopiva määrä tietoa

#### KIELIASU

1. Helppolukuisuus

#### ULKOASU

1. Sisältö selkeästi esillä
2. Helposti hahmoteltavissa
3. Kuvitus tukee tekstiä

#### KOKONAISUUS

1. Kohderyhmän tarkka määrittely
2. Kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen
3. Huomion herättäminen
4. Hyvän tunnelman luominen