



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# ELEKTIIVISTEN AIKUISPOTILAIDEN

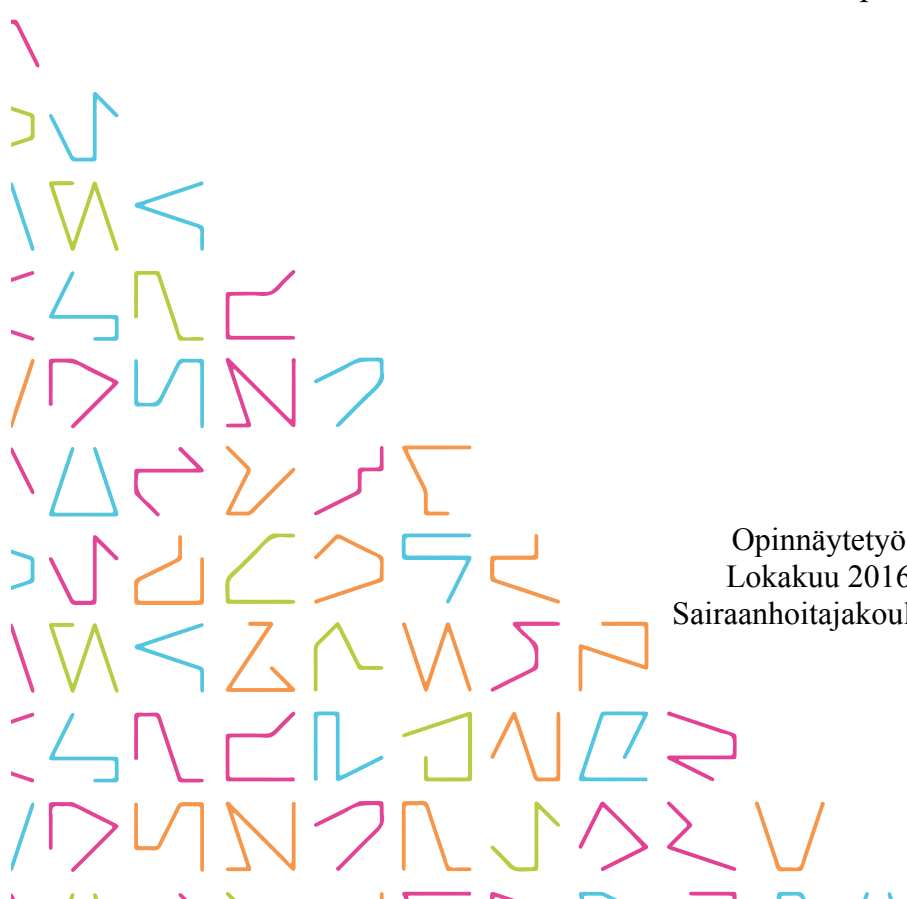
## LEIKKAUSPELOT

Oppimateriaalia Tampereen ammattikorkeakoululle

Noora Kylkilahti

Pauliina Lopenen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2016  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

NOORA KYLKILAHTI & PAULIINA LOPONEN:

Elektiivisten aikuispotilaiden leikkauspelot – oppimateriaalia Tampereen ammattikorkeakoululle

Opinnäytetyö 32 sivua, joista liitteitä 0 sivua  
Lokakuu 2016

---

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa ja tarkoituksena oli tuottaa oppimateriaalina luentotalenne Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön ammattiopintoja opiskeleville oppilaille. Aihe rajattiin koskemaan aikuispotilaita, jotka ovat menossa elektiiviseen eli suunniteltuun leikkaukseen. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mitä tarkoittaa elektiivinen leikkaus, mitä leikkauspelolla tarkoitetaan, mitkä ovat yleisimmät leikkauspelot, kuinka pelko ilmenee ja mitkä ovat sairaanhoitajan auttamiskeinot. Opinnäytetyön teoriaosassa syvennyttiin näihin tehtäviin ja oppimateriaalin kriteereihin. Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitotyön kehittäminen sekä sairaanhoitajien vuorovaikutustaitojen parantaminen leikkauspeleista kärsivien potilaiden kohtaamisessa.

Tulokset osoittivat, että suurin osa suunniteltuun leikkaukseen menevistä potilaista kokee leikkauspelkoa hoitoprosessin aikana. Opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajan merkittävimpiä auttamiskeinoja pelon ilmetessä ovat vuorovaikutuksellinen ohjaus, rehellinen tiedonanto, kivunhoito ja potilaan empaattinen tukeminen. Tärkeimmiksi oppimateriaalin laatukriteereiksi osoittautuivat pedagoginen laatu, esteettömyys, käytettävyys ja tuotannon laatu, joista on huomioitu tuotoksen kannalta oleelliset piirteet.

Opinnäytetyötä ja luentotalennetta voidaan hyödyntää kirurgisen potilaan hoitotyössä ja opetuskäytössä, kun opetetaan hoitajille auttamiskeinoja pelkojen lievittämiseksi. Kehitysehdotuksena on, että aiheesta tehtäisiin jatkotutkimus hyvin toteutetun ohjauksen vaikutuksista potilaan pelkoihin ja esilääkityksen tarpeeseen.

---

Avainsanat: pelko, leikkauspelko, elektiivinen leikkaus, sairaanhoitaja

**ABSTRACT**

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme of Nursing and Health care  
Option of Nursing

KYLKILAHTI NOORA & LOPONEN PAULIINA:  
Surgical Fears in Adults Undergoing Elective Surgery – Teaching material for Tampere  
University of Applied Sciences

Bachelor's thesis 32 pages, appendices 0 pages  
October 2016

---

The thesis was conducted in cooperation with Tampere University of Applied Sciences. The purpose of this output oriented thesis was to produce a lecture-recording as teaching material for nursing students at Tampere University of Applied Sciences of nursing. The subject was limited to adult patients, who are going to a planned or an elective surgery. The task of this thesis was to find out what elective surgery means, what surgical fear is, and which are the most common ones, as well as various helping methods for nurses. In its theory part the thesis goes deeper into these themes, and gets familiar with criteria for good learning material. The aim of this thesis was to develop nursing and improve nurses interaction skills with patients, whom are suffering surgical fears.

Based on this thesis it can be concluded that the most significant event of the nurse-effective fear interventions are responsive steering, honest communication, pain management, and empathetic support for the patient. The thesis and the lecture-recording can be utilized in surgical nursing as well as in teaching nursing students of various ways to reduce surgical fears. A suggestion for development is that the subject would get further research about how successful guidance affects the patients fears and needs for premedication.

---

Key words: fear, surgical fear, elective surgery, nurse

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
3.1	Elektiivinen leikkaus .....	7
3.2	Leikkauspelot, ahdistus .....	9
3.3	Sairaanhoidajan auttamismenetelmät .....	10
4	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ .....	11
4.1	Oppimateriaali ja e-oppimateriaali .....	11
4.1.1	E-oppimateriaalin etuja.....	12
4.1.2	E-oppimateriaalin laatuksiteerit .....	13
4.1.3	Luentotalenne oppimateriaalina.....	15
4.2	Tuotoksen sisältö ja ulkoasu .....	16
4.3	Tiedonhaku .....	16
5	ELEKTIIVISTEN AIKUISPOTILAIDEN LEIKKAUSPELOT.....	19
5.1	Leikkauspelkoja aiheuttavat tekijät .....	19
5.2	Leikkauspelkojen ilmeneminen .....	20
5.3	Leikkauspelkojen tunnistaminen ja arviointi.....	21
5.4	Leikkauspelkopotilaan kohtaaminen ja hoitaminen .....	22
5.4.1	Preoperatiivinen ohjaus.....	22
5.4.2	Vuorovaikutus ohjaustilanteissa .....	23
5.4.3	Viestintä ja ympäristö ohjaustilanteessa .....	23
5.4.4	Tiedonanto ohjaustilanteessa .....	24
5.4.5	Kivunhoidon ohjaus .....	25
6	POHDINTA .....	26
6.1	Luotettavuus ja eettisyys .....	26
6.2	Tulosten ja tuotoksen tarkastelua.....	27
6.3	Jatkotutkimus- ja kehittämisasiheet .....	29
	LÄHTEET.....	30

## 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa oppimateriaalina luentotalenne Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön ammattiopintoja opiskeleville oppilaille. Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitotyön kehittäminen sekä sairaanhoitajien vuorovaikutustaitojen parantaminen leikkauspeloista kärsivien potilaiden kohtaamisessa.

Leikkaus merkitsee potilaalle elämänmuutosta, johon liittyy useasti monenlaisia leikkauspelkoja. Niiden tunnistaminen voi olla sairaanhoitajalle haasteellista, sillä pelot ilmenevät hyvin yksilöllisesti. Pelot voivat liittyä esimerkiksi kipuun, hoitohenkilökuntaan tai selviytymiseen leikkauksen jälkeen (Koivula 2002; Laitinen 2003; Theunissen ym. 2014).

Sairaanhoitajan tehtävänä preoperatiivisessa eli leikkausta edeltävässä vaiheessa on tunnistaa ja lievittää potilaan pelkoja. Preoperatiivinen vaihe on tärkeä leikkauksen kannalta, sillä hyvin sujunut leikkausta edeltävä vaihe nopeuttaa toipumista ja lisää esimerkiksi potilaan hoitoon tyytyväisyyttä (Kiviniemi 2006; Laitinen 2003; Lukkari ym. 2007, 32-33; Randell 2001). Leikkauksiin liittyvä pelko voi ilmetä fyysisesti tai psyykkisesti ja vaikuttaa esimerkiksi leikkauksen onnistumiseen ja koettuun kipuun (Laitinen 2003; Viars 2009).

Tämä opinnäytetyö selvittää, millaisia pelkoja elektiivisillä aikuispotilailla on ja mitä sairaanhoitaja voi tehdä pelkojen lievittämiseksi. Tärkeää on tunnistaa pelkoja ja osata hoitaa leikkaukseen meneviä potilaita yksilöllisesti. Tämän opinnäytetyön pohjalta hoitoalan opiskelijat tai työntekijät voivat syventää tietojaan aiheesta sekä saada toimivia käytännön työkaluja potilaiden leikkauspelkojen lievittämiseksi.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa oppimateriaalina luentotalenne Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön ammattiopintoja opiskeleville oppilaille.

Opinnäytetyömme tehtävinä on selvittää:

- 1) Mitä tarkoittaa elektiivinen leikkaus?
- 2) Mitä leikkauspelolla tarkoitetaan?
- 3) Mitkä ovat yleisimmät leikkauspelot?
- 4) Kuinka pelko ilmenee?
- 5) Mitkä ovat sairaanhoitajan auttamiskeinot?
- 6) Millainen on toimiva oppimateriaali?

Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitotyön kehittäminen sekä sairaanhoitajien vuorovaikutustaitojen parantaminen leikkauspeleista kärsivien potilaiden kohtaamisessa.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat elektiivinen leikkaus, leikkauspelot ja ahdistus sekä hoitajan auttamismenetelmät. Kuviossa 1. on kuvattu tämän opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

#### 3.1 Elektiivinen leikkaus

Elektiivinen leikkaus tarkoittaa etukäteen suunniteltua leikkausta, jossa potilaalle annetaan etukäteen tieto leikkausajasta sekä toimenpidepaikasta. Potilaan toimenpidepaikka hoitaa potilaan asettamisen leikkausjonoon. Leikkausjonoon asettaminen tapahtuu kahdessa osassa. Ensimmäisessä vaiheessa potilas saa diagnoosin sekä lähetteen ja toisessa vaiheessa tehdään leikkauspäätös sekä asetetaan potilas leikkausjonoon. Potilaan aset-

taminen leikkausjonoon on yhteistyötä eri sairaaloiden, perusterveydenhuollon sekä yksityisen sektorin kanssa. (Kallio, Korte, Lukkari & Rajamäki 2000.)

Potilaan lähetteen toimenpidesairaalaan tekee toisen sairaalan lääkäri, terveyskeskus- tai yksityislääkäri. Lääkäri tekee diagnoosin sekä määrittää potilaan leikkauksen kiireellisyyden eli kiireellisyysluokan. Mikäli lähete menee sellaiseen sairaalaan, jossa kyseistä toimenpidettä ei tehdä, voidaan lähete osoittaa uudelleen tämän alueen leikkauksia hoitavalle sairaalalle. Leikkauksen tarpeellisuus määritetään lähetteen perusteella. (Kallio ym. 2000.)

Toimenpidesairaalassa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta yksikköön. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä joko lähetteen perusteella tai kutsumalla potilas tutkimuksiin sairaalaan. Arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on tehtävä enintään kolmen kuukauden kuluttua lähetteen saapumisesta. Jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, on sairaalahoito aloitettava viimeistään kuuden kuukauden jälkeen hoidon tarpeen toteamisesta. (STM 2016.) Tarpeellisuuden arvioinnin tekee toimenpidesairaalan kirurgian ylilääkäri tai kyseessä olevan alan ylilääkäri. He myös uudelleen arvioivat kiireellisyysluokan sekä päättävät leikkausjonoon asettamisesta. Ylilääkärit määräävät myös poliklinikkakäynnin ajankohdan sekä siellä otettavia laboratorio- ja röntgentutkimuksia. (Kallio ym. 2000.)

Leikkaukseen/toimenpiteeseen pääsyn nopeus riippuu siis kyseessä olevan vaivan kiireellisyydestä. Toimenpidesairaalan ylilääkäri uudelleen arvioi kiireellisyyden, joka on luokiteltu kolmeen luokkaan. 1. kiireellisyysluokka tarkoittaa sitä, että potilas pääsee hoitoon alle viikossa tai viikon kuluessa. 2. kiireellisyysluokassa potilas pääsee hoitoon alle 30 vuorokauden kuluessa ja 3. kiireellisyysluokassa potilas pääsee leikkaukseen yli 30 vuorokauden kuluttua, ellei potilaan tila oleellisesti pahene leikkausta odottaessa. (Kallio ym. 2000.) Kiireellisyysluokituksilla pyritään takaamaan oikeiden potilaiden hoitoon pääsy nopeasti. Joissain tapauksissa potilaan tilanne voi muuttua jonotusaikana. Tällöin kiireellisyysluokituksen tulee olla joustava. (Ahonen ym. 2001.)

Potilasjonoja hoidetaan eri sairaaloissa eri tavalla. Usein kuitenkin tietyt kirurgiset vuodeosastot vastaavat tietyn lääketieteellisen vaivan hoidosta ja näiden osastojen vastuuhenkilöt potilasjonojen ajan tasalla pitämisestä ja potilaiden kutsumisesta sairaalaan.



Näitä vastuuhenkilöitä voidaan kutsua jonohoitajiksi. (Kallio ym. 2000.) Esimerkiksi Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (FSTKY) kertoo jonohoitajan tehtävänä olevan tiedon antamisen potilaille, sekä potilaiden ohjaamisen leikkauksiin liittyvissä asioissa. FSTKY kertoo jonohoitajan lähettävän kutsun leikkaukseen/ toimenpiteeseen noin neljä viikkoa ennen toimenpidettä. FSTKY:ssä leikkaukset on suunniteltu vähintään kuukaudeksi eteenpäin, jotta potilaat saavat leikkauskutsun ajoissa. Säännöllinen yhteydenpito potilaan ja jonohoitajan välillä lisää potilaan ja hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä ja on siksi erittäin tärkeää (Kallio ym. 2000).

### 3.2 Leikkauspelot, ahdistus

Pelolla tarkoitetaan reaktiota välittömään uhkaan ja se voi olla suojaava tunne uhkaavassa tilanteessa. Pelkääminen on normaalia reagointia tilanteisiin, jotka uhkaavat yksilön hyvinvointia. Pelkoja on sekä tiedostettuja, että tiedostamattomia. Pelon syntymiseen vaikuttavat omat kokemukset, perimä ja oppiminen. (Laitinen 2003, 10.) Leikkauspelko on ihmisen subjektiivista kokemusta pelosta kohdistuen leikkaukseen tai toimenpiteeseen. Pelkääminen on yksilöllistä ja sitä voidaan mitata ja arvioida esimerkiksi erilaisten mittareiden avulla. (Ahonen ym. 2001; Laitinen 2003, 12.)

Ahdistus on tunnetila, joka liittyy oleellisesti pelkoon. Englannin kielen sana ”anxiety” tarkoittaa pelkoa, tuskaa ja huolta. Sana ”anxious” taas tarkoittaa ahdistunutta, huolestunutta ja levotonta. Pelko ja ahdistus ovat käsitteinä lähellä toisiaan, joita kumpaakin käytetään tässä opinnäytetyössä. Ahdistuneisuudella tarkoitetaan tunnetilaa, jossa ihminen kokee tulevaisuuteen kohdistuvaa huolta ja pelkoa. (Koivula 2002, 16.)

Ahdistukseen liittyy kohde, jonka määrittäminen on usein hankalaa. Ahdistus voi olla eriasteista ja ilmetä eri muodoissa. Lievä ahdistus ei liity mihinkään tiettyyn tilanteeseen, kun taas vaikea ahdistus voi ilmetä spontaanina paniikkikohtauksena. Näiden kahden ero voidaan määrittää esiintyneiden oireiden perusteella, joita ovat esimerkiksi täriinä, vapina, sydämen tiheälyöntisyys, pahoinvointi, kuoleman pelko ja hulluksi tulemisen pelko. Jos oireista esiintyy vähintään neljä, on kyseessä paniikkikohtaus. (Laitinen 2003, 12-13.)

Turvallisuuden tunteen tiedetään vähentävän potilaan kokemaa stressiä, leikkauspelkoja sekä se edistää potilaan toipumista (Heino 2005). Leikkauspelko saattaa lisätä anesteettien eli nukutusaineiden sekä kipulääkkeiden tarvetta. Leikkauspelolla on myös yhteys voimakkaampaan leikkauksen jälkeiseen koettuun kipuun, toipumisen pitkittymiseen ja hoidon tyytymättömyyteen. (Kiviniemi 2006; Randell 2001.)

### **3.3 Sairaanhoidajan auttamismenetelmät**

Sairaanhoidajan auttamismenetelmiä leikkauspelkojen ehkäisyssä ovat ohjaus, tukeminen ja tiedon antaminen (Kanto 1996). Potilaan ohjaus tulisi aloittaa heti potilaan tullessa hoitoon, sillä asianmukaisella ja oikein kohdennetulla tiedolla voidaan auttaa potilasta orientoitumaan ja ennakoimaan tulevia tilanteita. Sairaanhoidaja suunnittelee ja toteuttaa ohjauksen potilaan tarpeiden, tilan ja resurssien mukaan. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006, 16.)

Ohjaus tulee ajankohtaiseksi, kun potilas saa päätöksen elektiiviseen leikkaukseen tuloista. Ohjaus on pohjana postoperatiivisen hoidon eli leikkauksen jälkeisen hoidon onnistumiselle. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008.) Ohjaus on potilaalle tärkeää leikkaukseen valmistautuessa ja siitä toipuessa. Ohjauksella selvitetään potilaalle itsehoidon merkitys hoidon eri vaiheissa. (Lukkari ym. 2007, 32-33.)

Jokaisen potilaan ohjauksen tulee olla oikeanlaista ja yksilöllistä. Onnistunut potilasohjaus vaatii hoitotyön ammattilaisilta omien tietojen jatkuvaa päivittämistä ja opiskelua, sillä sairaanhoidajan taidoilla on vaikutusta potilasohjauksen laatuun (Kyngäs ym. 2006, 16).

## 4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö kuuluu toiminnallisiin opinnäytetöihin. Toiminnallisessa opinnäytetyön työprosessissa kehittyä opinnäytetyöraportti. Toiminnallisen opinnäytetyön raportti on teksti, josta selviää miksi, mitä ja miten on tehty ja millainen työprosessi on ollut. Se kertoo myös millaisiin tuloksiin ja millaisiin johtopäätöksiin on päästy. Toiminnallisiin opinnäytetöihin kuuluu produktio eli tuotos opinnäytetyö raportin lisäksi. Usein tuotos on kirjallinen. (Vilka & Airaksinen 2003.)

Koska opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa e-oppimateriaalia Tampereen ammattikorkeakoululle, on opinnäytetyön menetelmä toiminnallinen. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista. Se voi olla alasta riippuen ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opas. Toteutustapa voi olla kirja, kansio, vihko, opas tai tässä opinnäytetyössä sähköinen luentotalenne. (Vilka & Airaksinen 2003.)

### 4.1 Oppimateriaali ja e-oppimateriaali

Oppimateriaalit voidaan jakaa digitaalisiin oppimateriaaleihin sekä muihin oppimateriaaleihin. Muita oppimateriaaleja ovat esimerkiksi oppikirjat. Digitaaliset oppimateriaalit voidaan taas edelleen jakaa verkko-oppimateriaaleihin ja muihin digitaalisiin oppimateriaaleihin. Digitaalisiksi oppimateriaaleiksi voidaan luetella esimerkiksi cd-rom muotoiset materiaalit, audio- ja videoklipit sekä sähköisessä muodossa olevat tekstit. (Karjalainen 2005, 2.)

Verkossa olevasta oppimiseen tarkoitettua aineistosta voidaan käyttää monia eri termejä. Toiset käyttävät kaikesta verkossa olevasta oppimateriaalista nimitystä digitaalinen oppimateriaali, kun taas esimerkiksi opetushallitus on valinnut termikseen e-oppimateriaalin. E-oppimateriaalilla ja digitaalisella verkko-oppimateriaaleilla tarkoitetaan kaikkea verkossa saatavilla olevaa oppimateriaaliksi tarkoitettua sisältöä. (Ilomäki 2012, 5.; EDU.fi 2012.) Tässä opinnäytetyössä käytetään opetushallituksen mukaista e-oppimateriaali termiä ajatuksella, että tuotoksemme tulee olemaan verkossa opiskelijoiden saatavilla. Oppimateriaaliosio on rajattu käsittelemään vain e-oppimateriaalia.

### 4.1.1 E-oppimateriaalin etuja

E-oppimateriaalien käyttäminen opetuksessa on luonnollisesti lisääntynyt digitaalisen teknologian kehityksen myötä ja se tarjoaa monia uudenlaisia mahdollisuuksia oppimiskulttuurin kehittämisessä. (Ilomäki 2012, 5, 44). E-oppimateriaali lisää opiskelun ja oppimisen joustavuutta. Tällainen oppimateriaali voi osaltaan lisätä oppimisen riippumattomuutta paikasta ja ajasta. Ne voivat myös tukea yksilöllisen opetuksen sekä oppimiskokemusten järjestämistä oppijan tarpeiden mukaisesti. E-oppimateriaalilla voidaan rikastaa opetuksen toteutustapoja. (Ilomäki 2008.) Teknologiaa hyödyntämällä opetuksessa voidaan muuttaa luokkatyöskentelyä sosiaalisemmaksi ja rennommaksi (Ilomäki 2012, 77).

Digitaalinen teknologia ja e-oppimateriaali mahdollistavat vuorovaikutuksen ja toiminnallisia mahdollisuuksia painettua oppimateriaalia enemmän. Näihin vaikuttavat myös oppimisalusta, jonka olisi tarkoituksena tukea yhteistä työskentelyä. Vaikkei yksittäinen e-oppimateriaali voi samanaikaisesti tarjota kaikkia ihanteellisen pedagogiikan piirteitä, on kuitenkin oleellista, että e-oppimateriaali suosii pedagogiikan parhaita piirteitä. (EDU.fi 2012.) E-oppimateriaalin muita etuja vanhanaikaiseen oppimateriaaliin nähden ovat tiedon ajankohtaisuus, tiedon sosiaalinen jakaminen ja tuottaminen, sekä nopea virheisiin puuttuminen. (Ilomäki 2012, 46.)

Parhaimmillaan e-oppimateriaalin käyttö opetuksessa voi tarjota opettajalle monipuolisia välineitä herättämään oppilaiden motivaatiota ja kiinnostusta. Tutkimusten mukaan teknologian hyödyntäminen opetuksessa ei itsessään herätä tarpeeksi kiinnostusta tai motivaatiota tietyn sisällön oppimiseen. Oppilaiden mielestä tavallisesta eroava toiminta on ainakin jonkin aikaa kiinnostavaa. Oppimisen kannalta olennaista olisi saada oppilas sitoutumaan tehtävän loppuun saattamiseen alkuinnostuksen jälkeenkin. (Ilomäki 2012, 74.)

Oppilaiden kiinnostuksen herättämä oppimateriaali sisältää usein konkreettisia, humoristisia, yllätyksellisiä ja uusia elementtejä. Esimerkiksi multimedian käytössä näitä asioita voidaan sisällyttää erilaisiin tiedonesittämistapoihin ja siten se voi tehokkaasti viritellä oppilaiden kiinnostuksen työskentelyn alkuvaiheessa. Muita e-oppimateriaalien sisältämiä kiinnostusta herättäviä elementtejä ovat esteettisyys, värit ja pelimäiset piirteet. Näillä yksityiskohdilla, esimerkiksi värien käytöllä pyritään edistämään oppimista. Eri-

ikäiset oppilaat kokevat multimedian käytön kiinnostavaksi tavaksi oppia, erityisesti työskentelyn alussa. (Ilomäki 2012, 75-76.)

Laadukas e-oppimateriaali on sellaista materiaalia, jota voidaan käyttää joustavasti oppilaan osaamisen tason, tarpeiden ja kiinnostuksen mukaan. Se tukee pitkäkestoista yhteisöllistä työskentelyä sekä aktivoi oppijan ajattelua. Se keskittyy myös opittavan asian ydinasioihin ja tukee oppimisen taitojen kehittymistä. Laadukkaana oppimateriaalin on oltava teknisesti helppokäyttöinen ja ulkomuodoltaan pedagogisia ja sisällöllisiä tavoitteita tukeva. (Ilomäki 2012, 11.) On tärkeää, ettei oppimateriaali edellytä vaativia teknisiä järjestelyjä ja se on sovellettavissa tavanomaisissa opetustilanteissa. Toimivassa e-oppimateriaalissa yhdistyvät mielekkäät tehtävät ja keskeiset asiat visuaalisesti esitettynä teknisesti toimivassa kokonaisuudessa. (EDU.fi 2012.) Hyvä oppimateriaali mahdollistaa yksilöllisen etenemisen kiinnostuksen kohteiden ja tiedon tarpeiden mukaan. Omaehtoisuus, valinnanmahdollisuudet sekä kontrolli tukevat oppilaan motivaatiota ja uskoa omiin kykyihin edellyttäen, että tarvittaessa opettajalta saa tukea. Opettajan tuen lisäksi hyvä e-oppimateriaali voi sisältää työkaluja, jotka tukevat itsenäistä työskentelyä ja motivaatiota. (Ilomäki 2012, 79.)

#### **4.1.2 E-oppimateriaalin laatukriteerit**

Opetushallituksen asettamassa työryhmässä on laadittu verkko-oppimateriaalin laatukriteerit, jotka on jaettu neljään osaan: pedagoginen laatu, käytettävyys, esteettömyys ja tuotannon laatu. Verkosta saatavat oppimateriaalit ovat moninaisia, eikä sen vuoksi kaikkiin ole tarkoituksenmukaista soveltaa kaikkia määriteltyjä kriteereitä. (Högman 2006, 3.)

Pedagoginen laatu tarkoittaa e-oppimateriaalin oppimista tukevia ominaisuuksia ja materiaalin sopivuutta opetus- ja opiskelukäytössä. Keskeisiä piirteitä ovat oppijan oppimisen taitojen merkityksellisyys, aktiivisuus, avoimuus ja oppimisen yhteisöllisyys. E-oppimateriaalissa tulee käyttää uusimpia tutkimustuloksia, eikä vain soveltaa uudella teknologialla vanhentuneita pedagogisia malleja. E-oppimateriaalista tulee pedagogisen laadun kriteerien mukaan näkyä, millaisia asioita oppija voi opiskella materiaalin avulla, ja siinä ilmenee, millaiseen käyttöön ja kohderyhmälle se on suunniteltu. E-oppimateriaalin kesto kerrotaan, mikäli se sisältää esimerkiksi videon tai äänitteen.

(Högman 2006, 3, 14.) E-oppimateriaali sallii sisällön rajauksen ja syventämisen. E-oppimateriaalissa käytettävä tieto on perusteltu oppijalle lähtein, ja tieto on ajantasaista. Tieto esitetään materiaalissa niin, että kohderyhmän taso huomioidaan. Oppimateriaalissa keskitytään vain ydinasioihin, mikä auttaa erottamaan olennaiset asiat epäolennaisista. (Högman 2006, 14-17.)

Käytettävyys liittyy tekniseen toteutukseen, käytön helppouteen ja sujuvuuteen. Yleensä yksi asia tai kokonaisuus sijoitetaan yhdelle sivulle, jotta käyttäjä voi jaksottaa toimintansa. Ulkoasun on oltava selkeä. Visuaalisen ilmeen tulee olla tarkoituksenmukainen ja tukea hahmottamista. Esimerkiksi erilaisin esitystavoin on mahdollista yhdistää, erittää ja nostaa esiin tietoja ja toimintoja. Erilaisilla esitystavoilla taas voidaan tukea erilaisia omaksumistapoja. E-oppimateriaalin rakenne, tyyli, värit ja toiminnot pyritään pitämään yhtenäisinä. Ulkoasu suunnitellaan kohderyhmän mukaan ja visuaalisuudella pyritään herättämään oppijan mielenkiinto. (Högman 2006, 18-21.)

Esteettömyys tarkoittaa, että e-oppimateriaali on käyttäjän saavutettavissa fyysisistä ja psyykkisistä ominaisuuksista, vammoista ja terveydentilasta riippumatta. (Högman 2006, 3.) Esteettömyyskriteerit ovat samansuuntaisia monessa suhteessa käytettävyyskriteerien kanssa. Esteettömyys on hyvin laaja tavoite, koska sillä tarkoitetaan käytettävyyttä, saavutettavuutta ja ymmärrettävyyttä kaikille ihmisille. Esteettömyyskriteereitä voidaan soveltaa ottaen huomioon oppimateriaalin tavoitteet, kohderyhmä ja käytettävissä olevat voimavarat. Laatukriteerien mukaan tekstimuotoiselle esitystavalle olisi vaihtoehtoinen esitystapa, esimerkiksi kaavakuvat. Esimerkiksi luentotalenne mahdollistaa oppimisen joko näkö- tai kuulovammaiselle. E-oppimateriaalin kontrasti ja värimaailma pidetään mahdollisimman neutraalina ja sen on oltava helposti luettavissa. Esityksessä käytetyn kielen on oltava ymmärrettävää ja selkeää. (Högman 2006, 22-24.)

E-oppimateriaalin tuotanto on laadukasta toteutuksen ollessa hallittua, dokumentoitua ja sen perustuessa tiedollisiin, taidollisiin sekä oppimista ohjaaviin tavoitteisiin. Tuotannon laatukriteerit edellyttävät, että e-oppimateriaali toteutetaan suunnitelmallisesti ja dokumentoituna projektina. Projektin tavoitteet, oikeudet, aikataulu ja budjetti määritellään ja dokumentoidaan. Oppimateriaalin tavoite on tukea opiskelua, oppimista ja opetusta. Oppimateriaalissa määritellään tiedollisten ja taidollisten tavoitteiden lisäksi se, miten e-oppimateriaali tukee oppimaan oppimista. Sisältö ja materiaalin toiminnallisuus määritellään oppimisen ja opittavan sisällön ehdoin. E-oppimateriaali tulee suunnitella

niin, että se soveltuu sekä itseopiskeluun, että opetustilanteisiin. Sisältö esitetään loogisessa järjestyksessä ja oppijoille mielekkäänä. E-oppimateriaalin sisällöstä pyydetään vertaisarviointi ja kommentteja käyttökokemuksista. E-oppimateriaalin käytettävyyttä ja esteettömyyttä on tärkeää arvioida eri näkökulmista ja erilaisissa käyttöympäristöissä. E-oppimateriaalin aineistossa noudatetaan tietosuojaa ja tekijänoikeuksia. Tekijä määrittää käyttöehdot selkeästi materiaalin käyttäjälle. E-oppimateriaaleissa voi olla palautteenantomahdollisuus, jolla käyttöä seurataan ja sisältöä voidaan uudistaa ja kehittää. (Högman 2006, 25-28.)

#### **4.1.3 Luentotalenne oppimateriaalina**

Luentotalenne on digitaalinen oppimateriaali. Luentotalenteella on positiivinen vaikutus oppilaan tyytyväisyyteen ja se saattaa johtaa parempiin oppilassaavutuksiin. Luentotalenteen hyviin puoliin lukeutuu se, että se sopii hyvin erityyppisille oppijille. Verkosta löytyvä luentotalenne mahdollistaa myös oppilaan opiskelun henkilökohtaiseen tahtiin, eikä se ole sidonnainen tiettyyn aikaan. Näin ollen luentotalenne vapauttaa aikaa luennoilta, sillä tallenteen voi katsoa rauhassa kotona. (Anon 2015, Pitkänen 2014.) Luentotalenne palvelee monella tapaa, sillä sitä voi uudelleen katsoa, pysäyttää ja siitä on helppo kerrata koetta varten. (Anon 2015.)

Luentotalennus järjestelmiä on monenlaisia ja ne ovat usein erityissovelluksia. Niiden päämäärä on tukea etäoppimista ja ne voivat tukea luentojen automaattista tallentamista ja välittämistä opiskelijoille. Erityispiirteenä luentotalennusjärjestelmissä on kuvan ja äänen lisäksi mahdollisuus välittää luentomateriaalia. Luentomateriaaleja voi liittää nauhoitteeseen joko tietokoneen näytöltä, älytaululta tai dokumentti kamerasta. Tallenne voidaan automaattisesti siirtää oppimisympäristöön. (Ranta 2012.)

Luentotalennetta voidaan käyttää tilanteissa, jossa opetus ei vaadi vuorovaikutusta. Luentotalenteen tulee olla yksiselitteinen, jotta vältetään väärinymmärryksiä. (Saukoriipi & Rousu 2015.)

## 4.2 Tuotoksen sisältö ja ulkoasu

Opinnäytetyö toteutettiin yhdessä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Tuotos on luentotalenne elektiivisten aikuispotilaiden leikkauspeloista. Tuotosprosessin alkuvaiheessa päätettiin, mitä kohtia raportista otetaan luentotalenteeseen. Päätöksen jälkeen tehtiin alustava runko Word- ohjelmalla. Runkoon koottiin aluksi runsaasti asiaa, jonka jälkeen tietoa karsittiin. Luentotalenteen pituudeksi päätettiin noin 8-10 minuuttia. Rungon valmistuttua valittiin siitä vielä pääkohdat PowerPoint dioihin, jossa ne toimivat äänitallenteen pohjana. Tuotos tehtiin QuickTime Playerin avulla, jossa on mahdollista saada tietokoneen näytöltä tallennettua kuvaa ääniraidan kera.

Tuotokseen otettiin raportin pohjalta pääaiheiksi leikkauspelkojen ilmenemisen ja tunnistamisen sekä sairaanhoitajan auttamismenetelmät. Näihin pääaiheisiin sisällytettiin tiivistäen aiheisiin liittyvät tärkeimmät seikat. Tuotokseen sijoitettiin asiat niin, että leikkauspelkojen ilmenemiseen ja tunnistamiseen liitettiin leikkauspelkojen arviointia eri mittareiden avulla sekä kerrottiin, mistä muutoksista leikkauspelkoja voi havaita potilailla. Sairaanhoitajan auttamismenetelmiin sisällytettiin laajemmin asiaa. Tähän osioon sisällytettiin ohjauksen tavoitteita ja vaikutuksia, ohjauksen vuorovaikutusta, ohjauksen viestintää ja ympäristöä sekä kivun huomiointia ohjauksessa.

Tuotoksen visuaalinen ilme on neutraali. Liian voimakkaita väriyhdistelmiä vältettiin ja tekstimäärä pidettiin melko suppeana. Puhe on tallenteen pääosassa, jolloin luentotalennetta on mahdollista toistaa myös vain auditiivisesti. Luentotalenne tehtiin e-oppimateriaalin laatukriteereiden avulla ja tuotoksessa pyrittiin käyttämään mahdollisimman monta verkko-oppimateriaalin laatukriteeriä.

## 4.3 Tiedonhaku

Opinnäytetyön prosessi sujui pitkälti suunnitelman mukaan. Alkuperäiseen suunnitelmaan tuli joitakin muutoksia ohjausaikojen ja opponoijalta saadun palautteen myötä. Aihe oli tarkoitus rajata aluksi 18-30-vuotiaisiin nuoriin aikuisiin, mutta lähteiden vähäisyyden vuoksi aihe laajennettiin koskemaan yleisesti elektiivisiin leikkauksiin meneviä aikuispotilaita. Raportin teoriaosaan etsittiin lähteitä internetistä luotettavien tietokantojen ja sivustojen kautta, sekä lainattiin oppikirjoja ja pro-gradu tutkielmia.



Tiedonhaussa apuna käytettiin hoitotyön tietokantoja joita ovat Arto, Aleksis Medica ja Melinda. Tiedonhaussa apuna käytettiin tiedonhaunkurssilla opittuja taitoja. Hakulauseilla ja asetetuilla aineiston rajauksilla hakutuloksia löytyi yhteensä 45 osumaa. Taulukossa 1 on kuvattu tiedonhakua sekä tiedonhaun osumia. Vaikka tiedonhaussa löytyi 45 osumaa, niistä vain kahta on käytetty tässä opinnäytetyössä. Toinen näistä tietokannoista valittu lähde on Laitisen vuonna 2003 tekemä Pro-gradu tutkielma, joka käsittelee potilaan pelkoja ja pelkojen tunnistamista. Toinen lähteistä on Kannon vuonna 1996 kirjoittama artikkeli, joka käsittelee anestesiaa ja leikkaukseen liittyvää pelkoa.

Tietokanta	Hakulauseen kuvaus	Hakutyyppi / muut hakuehdot	Hakutulosten lukumäärä
Melinda	leikkaus (asiasana) AND pelko(asiasana)  leikkaus (asiasana) AND preoperatiivinen (asiasana)	Teokset vuosilta 2002 ja 2003	5  (opinnäytetyö ja tekstiaineisto)  5 osumaa
Medic	Leikkaus AND Pelko  Preoperative AND anxiety  ”elektiiviset leikkaukset”  "Leikkausta edeltävä hoito" "Preoperative Care" preoperat* AND pelko fear pelo* anxiet*	1995-2004  (ei uudempaa tietoa)  2006-  -	6 osumaa    18 osumaa    9 osumaa
Alexi	Leikkaus (hakusana) AND pelko (asiasana)	2002 ja 2010	2 osumaa
Arto	Leikkaus AND pelko AND Elektiivinen  Leikkaus AND preoperatiivinen	-    -	0 osumaa      0 osumaa

TAULUKKO 1. Tiedonhaku

## 5 ELEKTIIVISTEN AIKUISPOTILAIDEN LEIKKAUSPELOT

### 5.1 Leikkauspelkoja aiheuttavat tekijät

Leikkauspelot ovat yleisiä kirurgisilla potilailla ja jopa 85% leikkaukseen menevistä potilaista kokee jonkinlaista ahdistusta leikkauspäivänä (Mitchell 2010). Eniten leikkauspelkoa koetaan noin viisi vuorokautta ennen leikkausta, mutta pelkoa voi kokea kuitenkin koko hoitoprosessin ajan (Laitinen 2003). Leikkauspelkoa koetaan voimakkaana myös välittömästi ennen leikkausta sekä sairaalaan saapuessa. Potilas joka on pelokas toimenpidettä ennen, on pelokas myös sen jälkeen. (Kiviniemi 2006.)

Leikkauspelko on yhteydessä potilaan taustatekijöihin, esimerkiksi ikään, sukupuoleen, koulutustasoon sekä taloudelliseen tilanteeseen. Myös aiemmilla leikkauskokemuksilla, ahdistustaipumuksella, tupakoinnilla, nykyisellä toimenpiteellä ja psyykkisillä häiriöillä on merkitystä. Kuitenkaan leikkauspelon yhteys taustatekijöihin ei ole yksiselitteinen. (Kiviniemi 2006; Randell 2001.)

Yhden määritelmän mukaan leikkauspelot voidaan jakaa anestesiaan ja toimenpiteisiin, hoitoympäristöön ja hoitohenkilökuntaan sekä psykososiaalisiin ja selviytymiseen liittyviin pelkoihin. Kipu on yleisin pelkoa aiheuttava tekijä. (Laitinen 2003.) Nimenomaan postoperatiivisen kivun pelko on peloista kaikkein suurin. Toiseksi suurin pelko liittyy yleisanestesiaan ja siihen, että anestesia jää liian heikoksi. Toimenpiteen odotus lisää myös pelkoa. Muita pelkoja, jotka liittyvät toimenpiteeseen ovat muun muassa pahoinvointi ja injektiot sekä leikkausta edeltävä yö. Hoitoympäristöön ja henkilökuntaan liittyvä pelko voi olla itsensä häpäiseminen hoitohenkilökunnan silmissä, joka liittyy mahdolliseen sekavuuteen anesteettien alaisena. Tällainen pelko liittyy yleensä heräämisvaiheeseen. (McClane, GJ & Cooper 1990, 153-155.) Pelkoa voi aiheuttaa epävarmuus leikkauksesta ja sen kulusta. Selviytymiseen liittyviä asioita, joita ovat mahdolliset fyysiset rajoitteet ja unihäiriöt leikkauksen jälkeen aiheuttavat pelkoja. On kuitenkin täysin mahdollista, että osalla potilaista ei ole minkäänlaisia pelkoja. (Feuchtinger ym. 2014.) Leikkauspelon määrään vaikuttavia tekijöitä ovat puolestaan leikkauksen luonne, odotusaika leikkaukseen sekä ennen leikkausta tapahtuva tiedonanto (Theunissen ym. 2014).

## 5.2 Leikkauspelkojen ilmeneminen

Leikkauspelot ja niiden ilmeneminen ovat jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisiä. Ilmeneminen voidaan jakaa neljään eri ryhmään jotka ovat: fysiologiset muutokset, mielentilan ja käyttäytymisen muutokset, fyysinen ja psyykinen olemus sekä sanallinen viestintä. (Laitinen 2003, 27.)

Potilaan fysiologisen muutoksen merkkejä ovat esimerkiksi kohonnut hengitystaajuus ja kohonnut verenpaine. Myös rintakipu, hikoilu, huimaus sekä sydämentykytys ovat mahdollisia pelosta aiheutuvia fysiologisia muutoksia. (Laitinen 2003, 14, 27; Viars 2009.) Mielentilan ja käyttäytymisen muutokset voivat ilmetä muun muassa levottomuutena, pelokkuutena ja keskittymiskyvyn puutteena. Ahdistus saattaa aiheuttaa muutoksia, jotka haittaavat arjessa selviytymistä ja toimintakykyä. (Koivula 2002, 16; Laitinen 2003, 12.) Muita potilaan käytöksen ja mielentilan muutoksia voivat olla hiljaisuus, puheliaisuus, rauhattomuus, itkuisuus tai huonotuulisuus. Kumaruus, sulkeutuneisuus ja jännittyneisyys taas puolestaan liittyvät fyysiseen ja psyykkiseen olemukseen ja ne ovat ulkoisesti havaittavissa. Sanallinen viestintä voi ilmentyä niin, että potilas kertoo itse peloistaan. (Laitinen 2003, 27.)

Leikkauspelkojen ja kivun oireet ovat samankaltaisia, jonka vuoksi on tärkeää selvittää mistä oireet johtuvat, jotta potilasta osataan hoitaa oikein. Kipukäyttäytyminen voi ilmetä esimerkiksi pelkona, valittamisena, levottomuutena sekä fysiologisina muutoksina, kuten verenpaineen nousuna ja hengitystoiminnan muutoksina. Esimerkiksi kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kohdalla ilmeiden, eleiden ja kehonkielen viestintä on tärkeä huomioida kipua arvioitaessa. (Salanterä ym. 2013, 12-15.)



KUVIO 2. Leikkauspelkojen ilmeneminen

### 5.3 Leikkauspelkojen tunnistaminen ja arviointi

Koska potilaan kokemana pelko ja ahdistus vaikuttavat leikkauksen jälkeiseen kivun kokemiseen ja arviointiin, on kivun huomioiminen ja tunnistaminen tärkeää. Potilaan kipua arvioitaessa kysytään potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta ja mittauksessa käytetään ensisijaisesti potilaan valitsemaa kipumittaria tai –asteikkoa. Samaa kipumittaria käytetään koko hoitojakson ajan ja saadut tiedot mittarista kirjataan potilasasiakirjoihin. Kipua arvioidaan säännöllisesti ja tarvittaessa erilaisissa tilanteissa. (Salanterä ym. 2013, 12-13.)

Leikkauspelkoja kartoittaessa on tärkeää kuunnella potilaiden kokemuksia myös esimerkiksi aiemmista leikkauksista. Sairaanhoidaja voi arvioida pelkoja käyttäen fysiologisia mittareita, visuaalisia arviointiasteikkoja sekä erilaisia ahdistus- ja pelkomittareita. Yleinen pelon ja kivun voimakkuuden määrittäjä on VAS mittari (Visual Analog Scale), jonka avulla potilas saa arvioida kivun ja pelon voimakkuutta asteikolla. VAS on helpokäyttöinen ja nopea pelon/kivun mittari, jolla voidaan todeta muutoksia kivun ja pelon tuntemuksissa hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. (Laitinen 2003, 14; Salanterä ym. 2013, 12.) Perinteinen VAS mittari on sata millimetriä pitkä jana, jonka toisessa päässä on kivuttomuus ja toisessa päässä sietämätön kipu. Mittarin avulla voidaan arvi-

oida tarkasti kivun voimakkuutta ja sen vaihtelua esimerkiksi leikkauksen jälkeen. VAS on todettu luotettavaksi, tutkimuskäyttöön hyvin soveltuvaksi ja potilaan kannalta hyväksi kipumittariksi. Kipumittarilla voidaan arvioida myös kivunlievittymistä kipulääkkeen avulla. (Salanterä ym. 2013, 12.) VAS mittaria, jolla mitataan nimenomaan ahdistuneisuutta, kutsutaan VAS-A:ksi (Visual Analogue Scale for Anxiety). Se toimii samalla periaatteella, kuin perinteinen VAS mittari. (Facco ym. 2013.)

Kipua voidaan arvioida myös erilaisten havainnointimittareiden avulla kommunikoidaan kykenemättömien potilaiden kohdalla. Eri mittareissa kivun arviointi perustuu samoihin kriteereihin, jolloin yksittäiset arviointikerrat ovat verrannollisia keskenään. Mittarit kohdistuvat kasvojen ilmeisiin, ääntelyyn, tuen tarpeeseen, levottomuuteen ja kipualueen hieromiseen. Esimerkiksi CNPI (The Checklist of Nonverbal Pain Indicators) on ainoa mittari, jota on testattu iäkkäillä dementoituneilla potilailla. (Salanterä ym. 2013, 15.)

#### **5.4 Leikkauspelkopotilaan kohtaaminen ja hoitaminen**

Sairaanhoitajan auttamismenetelmiin kuuluu vuorovaikutuksellinen ohjaus, tukeminen ja tiedonanto (Kanto 1996). Ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja lähteä potilaan tarpeista (Kynäs ym. 2006, 16).

##### **5.4.1 Preoperatiivinen ohjaus**

Ohjauksen tavoitteena on vähentää ahdistusta ja leikkauspelkoja, vähentää kipua ja postoperatiivisia komplikaatioita sekä lyhentää toipumisaikaa (Lukkari 2007, 32-33). Preoperatiivisella ohjauksella on myönteisiä vaikutuksia potilaiden toipumiseen, sillä hyvää ohjausta saaneet potilaat pelkäävät vähemmän leikkausta, muihin vähemmän ohjausta saaneisiin verrattuna. Heillä on lisäksi todettu olevan vähemmän leikkauskomplikaatioita ja pahoinvointia, sekä kotiutuminen on ollut nopeampaa. (Lukkari ym. 2007; Ahonen ym. 2012.)

Potilaan mielenkiinto ohjaukseen liittyen saattaa laskea, jos ohjaus on hoitopolun kaikissa vaiheissa samanlaista. Potilas saattaa esimerkiksi tuntea, että hänen oppimiskyky-

ään tai älykkyyttään aliarvioidaan. Tämän vuoksi sairaanhoitajan tulee kirjata tarkasti potilaan saama ohjaus hoitosuunnitelmiin. (Kyngäs ym. 2006, 16.) Sairaanhoitajan tulee myös varmistaa, ymmärtääkö potilas ohjauksen ja osaako hän toimia ohjeiden mukaisesti (Lukkari ym. 2007, 33).

#### **5.4.2 Vuorovaikutus ohjaustilanteissa**

Jotta ohjaus onnistuisi toivotulla tavalla on muistettava hyvä vuorovaikutus. Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytyksiä ovat sairaanhoitajan ja potilaan välinen kunnioitus, luottamus, ammatillisuus sekä kiinnostus potilaan asioita kohtaan. Myös kuuntelutaito ja kyky havainnoida edistävät onnistunutta vuorovaikutusta. Tärkeää on huomioida potilaan tavoitteet sekä odotukset ja huomioida ne omassa käyttäytymisessään esimerkiksi antamalla potilaalle mahdollisuus kysymyksille. (Kyngäs ym. 2006.) Hoitoympäristön tekijät, esimerkiksi fyysinen ympäristö ja kulttuuri voivat vaikuttaa vuorovaikutussuhteeseen tukien tai heikentäen sitä (Kyngäs ym. 2006, 26).

Tutkimuksessa ohjaustilanteista ohjattavan ja hoitajan keskinäinen kunnioitus ilmeni hoitajan ammattitaitoisena ja ystävällisenä käyttäytymisenä sekä hoitajan valmistautumisena ohjaustapahtumaan. Vastavuoroisuus taas antoi potilaalle tilaa tuoda esiin omia kysymyksiä ja mielipiteitä aiheesta. Hoitaja kohtasi ohjattavan yksilöllisesti kiinnittäen huomiota ohjattavan ikään, vastaanottokykyyn ja ohjauksen sisältöön. Luottamuksellista ohjaussuhdetta tukivat myös ammatillisuus ja rehellisyys, esimerkiksi sairauden kulusta ja tutkimustuloksista kertominen. (Kyngäs ym. 2006, 24-28.)

#### **5.4.3 Viestintä ja ympäristö ohjaustilanteessa**

Sujuva viestintä on yksi merkittävä tekijä vuorovaikutuksessa. Tärkeää on, että sairaanhoitaja ja potilas puhuvat samaa kieltä sekä ovat yhteisymmärryksessä myös tunteen tasolla. Viestintään vaikuttaa osallistujien mielikuvat, kokemukset ja tunteet. Viestintä voi olla sanallista tai sanatonta. (Kristoffersen ym. 2006, 457-459.)

Sairaanhoitajan on tärkeää kiinnittää huomiota potilaan sanavalintoihin ja tapaan ilmaista asioita saadakseen selville tarpeita, joita potilaan on vaikea kertoa. Sairaanhoitajan

tehtävänä on myös selkiyttää ja tarkentaa potilaan sanomaa, sekä kannustaa potilasta ilmaisemaan itseään. Sairaanhoidajan aito kiinnostus ja kuunteleminen auttavat potilasta muuttamaan ajatukset sanoiksi. (Kristoffersen ym. 2006, 457-459.)

Sairaanhoidajan tulee kiinnittää huomiota siihen, että sanallinen viestintä on selkeää ja yhdenmukaista sanattoman viestinnän kanssa. Tutkimusten mukaan hoitaja ilmaisee yhdenmukaisuudellaan ohjattavalleen läsnäoloa ja kiinnostusta asiaa kohtaan. Jos sanallinen ja sanaton viestintä ovat keskenään ristiriidassa vie se uskottavuutta sisällöstä ja saattaa haitata vuorovaikutustilanteen onnistumista. (Kygäs ym. 2006, 26.)

Sairaanhoidajan on tärkeää istua samalla tasolla ohjattavan kanssa ja pitää sopiva fyysinen distanssi eli välimatka potilaaseen. Ympäristöllä ja sairaanhoidajan asenteella voidaan vaikuttaa potilaan myönteiseen hoitokokemukseen. Fyysisessä ympäristössä sairaanhoidajan tulee huomioida tila, jonka olisi oltava kiireetön ja rauhallinen tunnelmaltaan. (Kygäs ym. 2006, 26.)

#### **5.4.4 Tiedonanto ohjaustilanteessa**

Pelon lievittämiseksi sairaanhoitaja antaa potilaille tietoa toimenpiteestä, sillä useasti pelko johtuu tiedon puutteesta (Kanto 1996). Potilaan tiedon tarpeeseen vaikuttavat potilaan aikaisemmat leikkaukokemukset (Lukkari ym. 2007, 32). Annetun tiedon tulee olla asianmukaista ja potilaan vastaanottokyky tulee huomioida (Kanto 1996). Hoitajan tehtävänä onkin toimia niin, että hän ei omalla käytöksellään tai antamallaan tiedolla lisää potilaiden pelkoja. Usein potilaat haluavat saada tietoa leikkauksestaan ja joskus hyvin yksityiskohtaisiakin tietoja. Toiset potilaat taas voivat haluta olla mahdollisimman tietämättömiä tulevasta. Hoitajan on osattava vetää raja tiedottamiseen potilaskohteisesti. Liika tieto tulevasta leikkauksesta saattaa aiheuttaa tai lisätä pelkoja ja ahdistusta. Toisaalta taas niukka ohjaus ja etukäteistieto leikkauksesta voivat aiheuttaa ylimääräistä ahdistusta (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 468; Nursing Time 2012, 14-16; Nykopp 2014). Näistä syistä sairaanhoitajan on varmistettava, että potilas on saanut riittävästi tietoa tulevasta leikkauksestaan/toimenpiteestä (Nursing Time 2012, 14-16; Nykopp 2014).



Annettavan tiedon tulee olla rehellistä ja lisäksi potilaan omaiset tulee ottaa huomioon. Omaisille tulee kertoa, kuinka he voivat halutessaan olla mukana hoitoprosessissa. On myös tärkeää kertoa omaisille, että heidän osallistumisestaan hoitoon arvostetaan ja että osallistuminen on merkittävää potilaan hyvinvoinnin kannalta. (Liimatainen 2007, 16.) Tärkeää on kuunnella potilasta ja antaa hänelle aikaa kysymyksille. Potilaalta kannattaa kysyä, miten hän itse haluaa pelkoa käsitellä (Nykopp 2014). Avoin ja rauhallinen ilmapiiri on tärkeä, jotta sairaanhoitaja voi rauhassa keskustella potilaan kanssa pelon ja ahdistuksen tuntemuksista. Hoitajan pitäisi ottaa potilaita mahdollisimman paljon mukaan päätöksentekoon. Jo pienetkin päätökset voivat vaikuttaa positiivisesti potilaan itsekontrollin tunteeseen ja näin ollen myös pelkoihin ja ahdistukseen. (Nursing Time 2012, 14-16; Laitinen 2003.) Huumori voi olla myös yksi sairaanhoitajan työkalu. Huumorin käyttöä tulee kuitenkin tarkkaan harkita tilanteen mukaan. (Laitinen 2003.)

Hoitajan pitäisi pyrkiä kultaiseen keskitiehen ja suunnitella etukäteen, mitä tietoja hän potilaalle toimenpiteestä aikoo kertoa. Kohdatessaan potilaan sairaanhoitajan pitäisi pysyä etukäteissuunnitelmassaan. Suullisesti kerrottavan tiedon lisäksi pitäisi tieto antaa myös kirjallisena. Kaikille potilaille kerrottavia asioita ovat tieto leikkauksesta sekä anestesiasta, että postoperatiivisen vaiheen tapahtumista. (Nursing Time 2012, 14-16.)

#### **5.4.5 Kivunhoidon ohjaus**

Peloista on tärkeää kysyä myös kivunhoidon kannalta, sillä pelokkaiden, ahdistuneiden ja masentuneiden leikkauspotilaiden arviot toimenpiteen jälkeisestä kivusta ovat voimakkaampia muihin potilaisiin verrattuna. Kivunhoidon ohjauksella voidaan lievittää potilaiden ahdistusta ja pelkoa. Ohjauksen avulla voidaan myös löytää uusia kivunhallintakeinoja ja näin edistää potilaiden paranemista. Sairaanhoitajan tehtävänä on kertoa potilaille erilaisista kivunhoidon keinoista sekä kannustaa potilaita kertomaan hoitajille kivun ilmetessä. Leikkauspelkojen hoitamiseen vaikuttavat sairaanhoitajan kyky tunnistaa potilaiden pelkoja ja kipua. Lääkehoitotaidot sekä tiedonkulku eri ammattiryhmien välillä vaikuttavat osaltaan myös leikkauspelkojen hoitamiseen. (Salanterä ym. 2013, 8-11.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessä on oltava kriittinen lähteiden suhteen. Pohdittavaksi tulee, mistä lähde on hankittu ja miten tiedon luotettavuuden voi varmistaa. Tietolähteiden luotettavuutta voi arvioida julkaisujen lähdeluetteloiden ja lähdeviitteiden avulla. Tutkittaessa kirjoja ja artikkeleita voi artikkelin antama uusi tieto kumota vanhan tiedon. Kaikki saatava tieto ei ole oikeellista ja ajanmukaista, siksi hyvä lähde on tuore ja tunnetulta, asiantuntijaksi tunnustetun henkilön tekemä. (Vilkkä & Airaksinen 2003.)

Opinnäytetyömme tuotosta ja teoriaosaa varten keräsimme kirjallisuutta, jotka käsittelevät yleisesti pelkoa, sekä erityisesti preoperatiivista pelkoa tai ahdistusta. Etsimme myös kirjallisuutta, joka käsittelee pelkojen ilmenemistä leikkauksien yhteydessä sekä sairaanhoitajan auttamismenetelmiä potilaan pelätessä. Arvioimme lähteiden luotettavuutta sillä, mistä löysimme lähteitä. Löytämämme kirjallisuuden luotettavuutta päätelimme sillä, että ne löytyivät luotettavista tietokannoista. Opinnäytetyön teoriaosaa tehdessä pyrimme jatkuvasti käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä ja vertailemaan lähteitä keskenään, sillä tuoreet lähteet tuovat lisää luotettavuutta opinnäytetyölle. Myöskin se, että opinnäytetyö tehtiin kahden tekijän toimesta lisää luotettavuutta, sillä kaksi kriittistä lukijaa ja tiedon etsijää on parempi, kuin yksi.

Tuoreiden lähteiden lisäksi opinnäytetyössä on käytetty kuitenkin myös joitakin vanhempia pro-gradu tutkielmia, jotka heikentävät työn luotettavuutta. Toisen käden lähteissä on kuitenkin kiinnitetty huomiota alkuperäisiin lähteisiin. Lähteiden alkuperää on osittain tarkistettu. Toisen käden lähteiden käyttöä perustellaan tuoreiden lähteiden vähäisyyden sekä tiedon ajattomuuden kannalta. Toisen käden lähteitä ei ole käytetty yksistään esimerkiksi sairaanhoitajan toimintatapojen kohdalla, joihin on voinut tulla muu-  
tosta. Leikkauspelko aiheena on kuitenkin ajaton, joten lähdetiedoissa sellaiset, jotka käsittelevät vain leikkauspelkoa sisältävät vanhempiakin lähteitä.

## 6.2 Tulosten ja tuotoksen tarkastelua

Opinnäytetyön raporttiosuuden pyrimme rakentamaan selkeisiin, helppolukuisiin ja sopivan mittaisiin kappaleisiin, jotka on otsikoitu ytimekkäästi. Kirjallisessa ilmaisussa on pyritty oikeakielisyyteen ja ammatillisuuteen. Tekstin tuottaminen sujui suunnitelman jälkeen hyvin ja tekstiä on muokattu ja tarkistettu koko prosessin ajan. Opinnäytetyön suunnitelma valmistui aikataulussa, mutta teoriaosan toteutus vei suunniteltua enemmän aikaa, mikä pitkitti tuotoksen tekemistä ja työn valmistumista.

Luentotalenne oli mahdollista tehdä vasta teoriaosan valmistuttua. Tuotoksen oli tarkoitus olla lyhyehkö ja tarkoituksenamme olikin koota siihen vain ydinasiat teorian pohjalta. Halusimme tuotoksen pysyvän mahdollisimman mielekkäänä tulevia käyttäjiä ajatellen. Tuotoksesta tulikin mielestämme sopivan pituinen ja lopullinen pituus on hieman yli 8 minuuttia. Tuotoksen tekeminen oli mielekästä ja se valmistui loppulta nopeasti. QuickTime Player videoformaatti, jolla luentotalenne nauhoitettiin, oli helpokäyttöinen. Harjoittelimme tallenteen tekoa muutamia kertoja ennen nauhoitusta puhumalla tuotoksen läpi yhdessä diaesityksen kanssa. Samalla otimme aikaa kestosta ja totesimme sen olevan sopiva. Luentotalenteen saimme lopulta tehtyä yhdellä nauhoituskerralla. Opinnäytetyön liitteisiin on lisätty luentotalenteen pohjana olevat PowerPoint diat.

Luentotalenne olisi voitu jaotella hieman selkeämmäksi. Pitkään kestänyt opinnäytetyön prosessi ja lukuisat luetut lähteet aiheuttavat sen, että opinnäytetyön aihe ja siihen kuuluva sisältö on meille tekijöille hyvin selkeä. Aihetta on tekijänä vaikea lähestyä ensikertalaisen silmin, jolloin ongelmaksi voi muodostua se, että kuulijat kokevat luentotalenteen sekavaksi tai liian pelkistetyksi. Toisaalta, jotta kuulijoiden mielenkiinto pysyisi yllä on luentotalenteen oltava riittävän lyhytkestoinen. Tällöin nauhoitteen on sisällöltään oltava tiivistetty ja suppea.

Luentotalenteessa pyrimme huomioimaan siihen soveltuvia laatukriteereitä. Verkkooppimateriaalin kriteerit pedagoginen laatu, käytettävyys, esteettömyys sekä tuotannon laatu on huomioitu tuotoksen suunnittelussa sekä toteutuksessa. Esimerkiksi pedagoginen laatu näkyy tuotoksessa ydinasioihin keskittymisenä, kohderyhmän huomioimisena sekä ajantasaisena tietona. Käytettävyys välittyy sujuvana ja selkeänä teknisenä toteutuksena sekä tarkoituksenmukaisella visuaalisella ilmeellä. Valitsimme oppimateriaalik-

si luentonauhoituksen esteettömyyden vuoksi, jotta se olisi jokaisen saatavilla fyysisistä ja psyykkisistä ominaisuuksista riippumatta. Luentotalenne mahdollistaa oppimisen näkö- tai kuulovammaiselle. Luentonauhoituksen puheessa pyrittiin selkeään ilmaisuun ja rauhalliseen äänensävyyn. Oppimateriaalissa tuotannon laatu huomioitiin esimerkiksi siinä, että materiaalia on mahdollista käyttää sekä itseopiskelussa että opetustilanteissa. Tuotannon laadukkuudessa huomioimme lisäksi dokumentoinnin ja oppimista ohjaavat tavoitteet.

Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitotyön kehittäminen sekä sairaanhoitajien vuorovaikutustaitojen parantaminen leikkauspeloista kärsivien potilaiden kohtaamisessa. Sairaanhoitajan auttamiskeinoista löysimme monipuolisesti tietoa ja tähän aihealueeseen pyrimmekin ensisijaisesti keskittymään opinnäytetyössämme. Aihealueestamme ja erityisesti ajankohtaista tietoa leikkauspeloista löytyi niukasti. Työn kokonaisuuden ja luotettavuuden kannalta oli kuitenkin oleellista, että sairaanhoitajan toimintaa koskevat tiedot olivat ajan tasalla, sillä esimerkiksi leikkauspelon arvioinnissa käytettävät kipu/ahdistus mittarit kehittyvät jatkuvasti.

Raporttiosuudessa selvisi, että lähes kaikki elektiiviset leikkauspotilaat kokevat pelkoa jossain vaiheessa hoitoprosessia. Tämän vuoksi hoitajan on todella tärkeää kysyä potilaan peloista ja huomioda pelot jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Potilaan pelkoihin tulee kiinnittää huomiota jo heti hoidon alussa. Potilaan hoito ja ohjaus lähtevät potilaan tarpeista, mutta myös sairaanhoitajan omalla asenteella ja käyttäytymisellä on suuri merkitys onnistuneen ohjauksen kannalta. Potilaalle välittyy herkästi, onko sairaanhoitaja tilanteessa aidosti mukana. Jos esimerkiksi sairaanhoitajan sanallinen ja sanaton viestintä eivät kohtaa, saattaa vuorovaikutustilanne vaikeutua. Myös se nousi esille työtä tehdessämme, että potilaan tietoihin on syytä perehtyä etukäteen. On oleellista tietää, mikäli potilaalla on esimerkiksi aiempia negatiivisia leikkauskokemuksia. Näistä potilaalta olisi tietysti hyvä kysyä. Kaikki potilaat eivät välttämättä halua puhua pelostaan, mutta kaikille tulee antaa mahdollisuus keskustella.

Raportista selviää, kuinka sairaanhoitajan tulisi ohjata potilaita ja kuinka moni asia vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. Sairaanhoitajan tulee varmistaa, että jokainen potilas saa leikkauksesta tarpeeksi informaatiota ja tietoa on hyvä antaa sekä suullisesti, että kirjallisesti. Esimerkiksi pelokkaan potilaan tiedon vastaanottokyky saattaa jossakin tilanteissa olla rajallinen, jonka takia on tärkeää, että tieto on myös kirjallisena. Tärkeä-

nä muistutuksena nousi taas esille myös se, kuinka omaisten hoitoon osallistumiseen tulisi kiinnittää huomiota ja hyödyntää omaisten tietoa ja apua. Omaisten mukanaolo hoidossa vaikuttaa positiivisesti potilaiden kokemuksiin, sillä potilaan tukeminen on yksi tärkeimmistä keinoista leikkauspelkojen lievittämiseksi.

Mielenkiintoista oli se, että kipu on yleisin pelko. Voisi olettaa, että voimakkain pelko olisi leikkauksen aikana tapahtuvat tapahtumat tai leikkauksen mahdolliset virheet. Kivusta kysymiseen ja kivun hoitoon onkin siis kiinnitettävä huomiota. Kivun kokeminen vaikuttaa myös leikkauksesta toipumiseen. Jos kivunhoitoon ja ohjaukseen panostettaisiin enemmän, voisi mahdollisesti potilaan sairaalassaoloaikakin lyhentyä. Sairaanhoidajan ammattitaito on tärkeää, sillä sairaanhoitajan kyky tunnistaa potilaiden pelkoja ja kipua vaikuttaa potilaan hoitoon. Onkin hyvä muistaa, että leikkauspelon ja kivun oireet saattavat olla samankaltaisia.

### **6.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisasiheet**

Jatkoehdotuksemme on, että leikkauspeloista voisi tehdä jatkotutkimuksia. Tällainen voisi olla esimerkiksi tutkimus hyvin toteutetun ohjauksen vaikutuksista potilaan pelkoihin ja esilääkityksen tarpeeseen. Tutkimuksissa voitaisiin selvittää, vähenisikö potilaiden esilääkityksen tai leikkauksen jälkeisen kipulääkityksen tarve, jos sairaanhoitaja on toteuttanut potilaan preoperatiivisen ohjauksen hyvin.

## LÄHTEET

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

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallgvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Anon. 2015. The state of video in education. A Kaltura Report.

EDU.fi. 2012. E-oppimateriaalin laatukriteerit. Päivitetty 30.11.2012.

Facco, E., Stellini, E., Bacci, C., Manani, G., Pavan, C., Cavallin, F. & Zanette, G. 2013. Validation of visual analogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation. *Minerva Anestesiologica*; 79: 12.

Feuchtinger, J., Burbaum, C., Heilmann, C., Imbery, C., Siepe M., Stotz, U., Fritzsche, K. & Beyersdorf F. 2014. *Journal of clinical nursing*. Anxiety and fear in patients with short waiting times before coronary artery bypass surgery – a qualitative study.

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

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Högman, E. 2006. Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. Työryhmän raportti. 16.12.2005. Helsinki: Edita Prima Oy

Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä. Terveyspalvelut. Jonohoitaja. 2016.

Ilomäki, L. 2008. Sähköä opetukseen. Digitaaliset oppimateriaalit osana oppimisympäristöä. Opetushallitus ja tekijät: Vammala.

Ilomäki, L. (toim.) 2012. Laatu e-oppimateriaaleihin. E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Opetushallitus. Oppaat ja käsikirjat 2012

Kallio, A., Korte, R., Lukkari, L. & Rajamäki, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. Painos. Porvoo: WSOY.

Kanto, J. 1996. Anestesiaan ja leikkaukseen liittyvä pelko ja jännitys. *Suomen Lääkärilehti*; 10: 51.

Karjalainen, K. 2005. Laadukasta verkko-oppimateriaalia tuottamassa. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto, oppimiskeskus.

Kiviniemi, K. 2006. Pelokkaan potilaan kohtaaminen – tutkitun tiedon hyödyntäminen pelokkaan potilaan hoidossa. VSSHP – TYKS. Turun yliopisto – hoitotieteen laitos.

- Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Tampere: Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. 2006. Hoitotyön perusteet. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H., Kääriäinen M. & Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto.
- Laitinen, R. 2003. Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Liimatainen, T. 2007. Avanneleikatun potilaan ja läheisen tuensaanti ja selviytyminen hoitajakson aikana läheisen kuvaamana. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY
- McClane, G.J. & Cooper, R. 1990. The nature of pre-operative anxiety. *Anaesthesia*; 45, 153-155.
- Mitchell, M. 2010. General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*; 66: 5, 1059-1071.
- Nursing Times. 2012. Anxiety management in minimal stay surgery. 108: 48, 14-16.
- Nykopp, J. 2014. Mitä kysyä ennen leikkausta? Potilaan lääkirlehti. Julkaistu 21.5.2014.
- Pitkänen, S. 2014. Videotallenteen teko ja käyttö oppimateriaalina. Avoimet verkot!. Helsingin yliopisto.
- Randell, T. 2001. Mikä vaikuttaa leikkausta edeltävään ahdistukseen? *Suomen Lääkärelehti*; 9: 117.
- Ranta, P. 2012. Millaisia järjestelmiä on käytössä luentotallenteiden tekoon? Itä-Suomen yliopisto: Oppitupa.
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L. & Siltanen, H. 2013. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö.
- Saukkoriipi, S. & Rousu, S. 2015. Opetä etänä. Vinkkejä ammattikorkeakoulun etäopetus pohjaiseen toteutukseen. Lapin amkin julkaisu 2/2015.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2016. Hoitoon pääsy (hoitotakuu).
- Theunissen, M., Peters, M., Schouten, E., Fiddlers, A., Willemsen, M., Pinto, P., Gramke, H-F & Marcus, M. 2014. Validation of the Surgical Fear Questionnaire in Adult Patients Waiting for Elective Surgery.

Viars, J. 2009. Anxiety and open heart surgery. *MEDSURG Nursing*; 18: 5, 283-5, 291.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Tammi: Jyväskylä.