



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Heräämöstä siirrettävän kolekystektomia-asiakkaan vastaanoton sujuvuus kirurgiselle vuodeosastolle

Katriina Kalliokoski  
Satu Lappalainen

2019 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

**Heräämöstä siirrettävän kolekystektomia-  
asiakkaan vastaanoton sujuvuus kirurgiselle  
vuodeosastolle**

Katriina Kalliokoski  
Satu Lappalainen  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2019

**Heräämöstä siirrettävän kolekystektomia-asiakkaan vastaanoton sujuvuus kirurgiselle vuodeosastolle**

Vuosi 2019 Sivumäärä 47

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, kuinka hoitotyön toiminnot ja vuorovaikutus toteutuivat sappirakon poistoleikkauksesta eli kolekystektomiasta tulleiden asiakkaiden hoidossa siirtovaiheessa heräämöstä vuodeosastolle. Tarkoituksena oli tutkia hoitotyön toimintojen ja vuorovaikutuksen eri osioita ja eroavaisuuksia jokaisen asiakkaan kohdalla. Havainnoinnin kohteena olivat sekä hoitajat että asiakkaat. Tavoitteena oli antaa osastolle tietoa siirtovaiheen sujuvuudesta ja yhdenmukaisuudesta. Tutkimuksen toimeksiantaja oli HUS Hyvinkään kirurginen vuodeosasto 4A. Osastolla hoidetaan useita erilaisia kirurgisia asiakkaita ja se on jaettu neljään eri soluun. Osastolle tulee usein monia asiakkaita samanaikaisesti ja sen vuoksi asiakkaan vastaanottotilanne voi olla kiireinen.

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus, jonka aineistokeruumenetelmänä oli havainnointi ilman osallistumista. Havainnointi toteutettiin, kun asiakas siirrettiin heräämöstä kirurgiselle vuodeosastolle. Havainnoinnin aikana kirjoitettiin muistiinpanoja valmiille kaavakkeelle, jotta havainnointi kohdistui ennalta suunniteltuihin asioihin. Havainnoitavat asiat on käyty kirjallisessa työssä läpi tutkittua ja tuoretta teorian tietoa käyttäen. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimuksessa selvisi, että vuorovaikutus asiakkaan kanssa toteutui rutiininomaisesti osaston tapojen mukaan. Hoitotyön toiminnoissa, kuten asiakkaan leikkauksen jälkeisessä tarkkailussa ja ohjauksessa havaittiin muutamia puutteita ja vaihtelevuutta hoitajien kesken. Tulosten perusteella suunniteltiin ohjelista vuodeosaston hoitajille, jotta kaikki vaaditut hoitotyön toiminnot tulisivat toteutettua asiakkaan vastaanottotilanteessa.

Asiasanat: hoitotyön toiminnot, vuorovaikutus, kolekystektomia, sappikivitauti, kolekystiitti

Kalliokoski Katriina, Lappalainen Satu

**Cholecystectomy customers transfer fluency from the recovery room to the surgical ward**

Year	2019	Pages	47
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to find out how nursing functions and interactions were implemented in the treatment of cholecystectomy clients during the transfer phase from the recovery room to the surgical ward. The aim was to observe the different parts and differences in nursing functions and interactions for each client. Both nurses and clients were observed. The purpose was to provide the department with information on the fluency and consistency of the transfer phase. The principal of this thesis was HUS Hyvinkää Surgical Ward 4A. Many customers come to the ward simultaneously and therefore the customer's reception situation can be busy. Several different surgical clients are treated in the ward and the ward is divided into four different sections.

This thesis was a qualitative research and used a method of observation without participation. The observations were carried out when the customer was transferred from the recovery room to the surgical ward. During the observations, notes were written on the completed form in order to target the pre-planned matters. The matters that were discovered have been studied in the thesis using researched and recent theoretical literature.

The research revealed that the interaction with the client was routinely handled according to the ward's habits. In nursing functions such as post-operative monitoring and guidance there were found few shortcomings and variations among nurses. Based on the results, a set of instructions were designed for the nurses in order to implement all the required nursing functions in the client's reception situation.

Keywords: nursing functions, interaction, cholecystectomy, cholelithiasis, cholecystitis

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Tutkimuksen tarve, tavoite ja hyödynsaajat .....	6
3	Tutkimuskysymykset .....	7
4	Tietoperusta.....	7
4.1	Sappikivitauti .....	8
4.2	Sappirakontulehdus.....	10
4.3	Kolekystektomia.....	11
4.4	Hoitotyön toiminnot .....	12
4.5	Vuorovaikutus.....	15
5	Laadullinen tutkimus .....	17
5.1	Aineistonkeruumenetelmä .....	18
5.2	Sisällönanalyysi .....	20
6	Tulokset .....	20
6.1	Vuorovaikutus.....	21
6.2	Hoitotyön toiminnot .....	22
7	Pohdinta.....	23
7.1	Johtopäätökset .....	25
7.1.1	Vuorovaikutus.....	25
7.1.2	Hoitotyön toiminnot .....	26
7.2	Kehittämisideat .....	29
7.3	Ohje osastolle .....	30
7.4	Palaute osastolta.....	30
7.5	Etiikka ja luotettavuus.....	32
	Lähteet .....	35
	Kuvat .....	37
	Taulukot .....	37
	Liitteet.....	38

## 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli havainnoida tuoreen ja tutkitun teorian pohjalta kolekystektomia eli sappirakon poistoleikkaus asiakkaan postoperatiivisen hoidon sujuvuutta. Postoperatiivinen hoito tarkoittaa leikkauksen jälkeen tapahtuvaa ja leikkaukseen liittyvää hoitoa. Havainnoinnin kohteena olivat kirurgisen vuodeosaston hoitajat ja asiakkaat. Havainnoitavat aihealueet olivat vuorovaikutus, hoitotyön toiminnot ja kolekystektomia-asiakkaan erityispiirteet. Myös yleisiä kolekystektomiaan johtaneita syitä, sappikivitautia ja sappirakon tulehdusta eli kolekystiittiä, on käsitelty työssä. Aihealueet on avattu tarkemmin tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa. Havainnointitilanne alkoi, kun kirurgisen vuodeosaston hoitaja lähti hakemaan asiakasta heräämöstä vuodeosastolle. Havainnointitilanne päättyi kirurgisen vuodeosaston potilashuoneeseen.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi HUS Hyvinkään sairaalan kirurginen vuodeosasto 4A, jossa havainnointitilanne toteutettiin. Yhteyshenkilönä osastolle toimi osastonhoitaja Seija Rajala. Hyvinkään kirurgisella osastolla hoidetaan urologisia, gastrokirurgisia, korva-, nenä- ja kurkkutautisia ja yleiskirurgisia potilaita sekä naistentautien syöpäpotilaita. Osastolla työskentelee sairaala-apulaisia, lähihoitajia, sairaanhoitajia sekä erikoistuvia että erikoistuneita lääkäreitä. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on neljä vuorokautta ja potilaspaiikkoja on 29.

Tarve opinnäytetyölle oli lähtöisin osaston henkilökunnalta, sillä osastolla asiakkaiden vastaanottotilanteet koettiin ajoittain kiireisiksi. Kiireen aiheuttajaksi koettiin muun muassa se, että useita asiakkaita saattoi siirtyä osastolle samanaikaisesti. Valitsimme havainnoitavan asiakasryhmän, eli kolekystektomia-asiakkaat, osaston asiakasprofiilista oman kiinnostuksemme pohjalta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli etsiä keinoja siihen, kuinka asiakas saisi hyvän kokemuksen siirtotilanteesta heräämöstä vuodeosastolle. Keinoja etsittiin havainnoimalla vuorovaikutusta, hoitotyön toimintojen toteutumista ja asiakkaan omaan sairauteen tai toimenpiteeseen liittyvien erityispiirteiden toteutumista ja huomioimista. Analysoinnissa pohdittiin myös yhdenmukaisuutta eri hoitajien välillä samaa asiakasryhmää hoidettaessa. Kirurgiselle vuodeosastolle annettiin analysoinnin tulokset ja kehittämisehdotukset. Osasto saa hyödyntää annettuja tuloksia haluamallaan tavalla.

## 2 Tutkimuksen tarve, tavoite ja hyödynsaajat

Hyvinkään kirurginen vuodeosasto 4A esitti tarpeensa opinnäytetyölle. Asiakkaita voi tulla samanaikaisesti useampia ja tilanne voi olla kiireinen. Asiakas ei välttämättä saa kaikkea tarvitsemaansa tietoa ja tukea osastolle siirrettäessä. Emme tarkkaan tiedä, mikä oli vastaanot-

totilanteen suurin ongelma, mutta rajasimme tutkimustyömme tarkastelemaan kolme vastaanottotilanteessa ilmenevää asiaa; hoitotyön toimintojen toteutuminen, hyvä vuorovaikutus ja kolekystektomia-asiakkaan erityispiirteet.

Opinnäytetyön tavoite oli saada tietoa asiakkaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta ja hoitoprosessiin kuuluvien hoitotoimintojen täyttymisestä. Tutkimuksella ei haettu tarkkoja lukuja, vaan tarkoituksena oli havainnoida hoitajan suhtautumista asiakkaaseen ja seurata, toteutuvatko kaikki vaadittavat hoitotoimenpiteet. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen tutkimus, koska työssä haluttiin saada asiakkaan siirtotilanteesta mahdollisimman kokonaisvaltainen ymmärrys.

Opinnäytetyön hyödynsaajat olivat kirurgisen vuodeosaston ammattilaiset, joille haluttiin viestiä siirtotilanteen sujuvuudesta ulkopuolisten havainnoitsijoiden näkökulmasta. Lopullisena hyödynsaajana toivotaan olevan asiakkaat, joiden hoidon laatua pyrittiin parantamaan osoittamalla ammattilaisille kehittämiskohteita. Koemme myös itse olevamme hyödynsaajia opinnäytetyön tekijöinä lisääntyneen teoretiedon oppimisen ja käytännön toiminnan näkemisen kautta.

Tärkein oma oppimistavoitteemme tässä opinnäytetyössä oli asettua asiakkaan rooliin ulkopuolisena henkilönä pyrkien kokemaan asioita asiakkaan näkökulmasta. Teoreettisia tavoitteita oli lisätä tietämystä asiakkaan postoperatiivisesta tarkkailusta ja siitä, mitä asioita kuuluu hyvään vuorovaikutukseen. Valitsimme juuri kolekystektomia-asiakkaat, sillä olimme kiinnostuneita kyseisestä operaatiosta ja siihen johtavista sairauksista. Kolekystektomia oli meille entuudestaan hieman vieraampi operaatio indikaatioineen ja koimme sen myös siksi oppimisen kannalta hyväksi vaihtoehdoksi.

### 3 Tutkimuskysymykset

Tässä opinnäytetyössä etsimme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Saako asiakas kaiken tarvitsemansa tiedon siirtotilanteessa?

Miten hoitaja huomioi asiakkaan psyykkisen tukemisen?

Toteutuvatko kaikki vaadittavat hoitotyön toiminnot?

Minkälaista on asiakkaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus?

### 4 Tietoperusta

Tämän opinnäytetyön keskeisimmät pääkäsitteet ovat vuorovaikutus, hoitotyön toiminnot ja kolekystektomia. Myös kolekystektomian yleisiä syitä, sappikivitautia ja sappirakontulehdusta

on käsitelty työssä. Vuorovaikutuksella tarkoitetaan hoitajan ja asiakkaan välistä kommunikointia ja toimintaa. Hoitotyön toiminnoilla tarkoitetaan kaikkia vaadittavia toimenpiteitä, jotka hoitajan täytyy tehdä asiakkaan siirtotilanteessa heräämöstä vuodeosastolle. Sappikivitauti on yleinen sairaus, jossa sappirakkoon muodostuu kiviä. Kolekystiitti on sappirakontulehdus, joka hoidetaan useimmiten joko laparoskooppisesti eli tähystysleikkauksella tai avoleikkauksella. Kolekystektomia on sappirakon poistoleikkaus, joka tehdään joko laparoskooppisesti tai avoleikkauksena. Muita käsitteitä, joita käytetään ovat asiakas ja hoitaja. Asiakkailta tarkoitetaan henkilöitä, jotka osallistuvat tutkimukseen ja asioivat kirurgian vuodeosastolla 4. Hoitajalla viitataan osastolla työskentelevään lähi- tai sairaanhoitajaan. Opinnäytetyön teoriatieto on kerätty muun muassa alan kirjallisuudesta, Käypä hoito -suosituksista, Terveyskirjastosta ja Hoitotyön tutkimussäätiöstä. Teoriatieto on alle 10 vuotta vanhaa ja se on pyritty yhdistämään eri lähteistä.

#### 4.1 Sappikivitauti

Länsimaissa sappikivitauti on yleinen sairaus ja sen esiintyvyys lisääntyy iän myötä, 75-vuotiaista miehistä 20 %:lla ja naisista jopa 35 %:lla on sappikiviä. Sappikivitauti aiheuttaa diagnostisesti kolmanneksi eniten äkillistä vatsakipua. Suomessa tehdään noin 10 000 operaatiota vuosittain sappikivitaudin vuoksi. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2016, 575; Mustajoki 2019.)

Sappikivi muodostuu sappirakossa, kun sapen ainesosat kiteytyvät seisovassa sappinesteessä. Sappinesteen ainesosien suhteiden muuttuminen ja sappirakon tyhjenemishäiriöt altistavat sappikivien synnylle. Sappikivien syntymiseen vaikuttavat myös muun muassa perimä ja ympäristötekijät. 25-30 % sappikivistä johtuu perimästä, henkilöllä on tällöin kivenmuodostustaipumukseen liittyvä geeni. (Ahonen ym. 2016, 574-575; Mustajoki 2019.)

Sappikivet voidaan jakaa kahteen ryhmään niiden koostumuksen perusteella, yli 80 % on kolesterolikiviä ja loput pigmenttikiviä. Kolesterolikivien syntymiseen altistaa runsasenerginen, runsaasti hiilihydraatteja, tyydyttyneitä rasvahappoja ja sokeria sisältävä ruokavalio ja vähäinen hedelmien, kalan kuidun, magnesiumin ja foolihapon saanti. Naisilla myös vähäinen c-vitamiinin ja kalsiumin saanti altistaa sappikivien syntyyn. Ikä ja estrogeeni lisäävät kolesterolin erittymistä sappiin. Muita sappikiville altistavia tekijöitä ovat vähäinen liikunta, ummetus, sappihapon imeytymishäiriö johtuen esimerkiksi tulehduksellisesta suolistosairaudesta, sapenvirtauksen estyminen, diabetes, raskaus, hormonikorvaushoito, keskivartalolihavuus, suurentunut BMI ja nopea laihtuminen. (Ahonen ym. 2016, 575.)

Pigmenttikiviä on mustia ja ruskeita. Mustat pigmenttikivet syntyvät, jos sapessa on liikaa bilirubiinia. Bilirubiinin kertyminen sappiin voi olla seurausta esimerkiksi kroonisesta hemolyyisistä. Ruskeat pigmenttikivet syntyvät, jos sappirakon supistuminen on vähentynyt tai sappi-

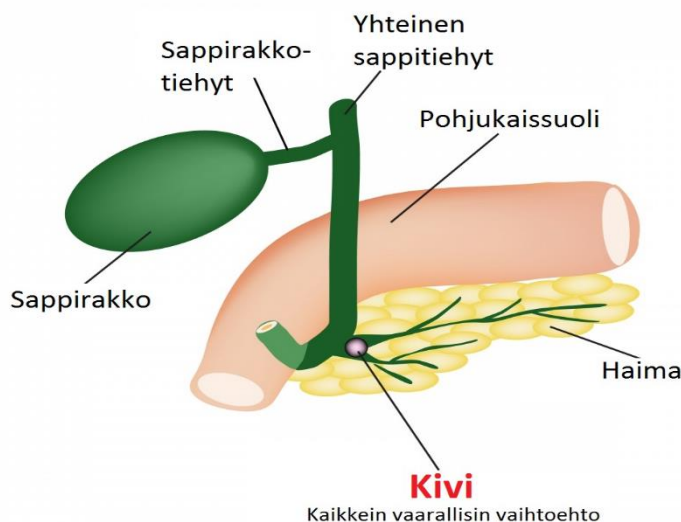


tiehyet ovat tukossa. Tällöin pohjukaissuolesta voi nousta bakteereita sappirakkoon. Molemmissa pigmenttikivissä bilirubiini sitoutuu muihin sapen ainesosiiniin muuttuen lopulta joko mustaksi tai ruskeaksi kiveksi, riippuen aiheuttajasta. (Portincasa, Molina-Molina, Garruti & Wang 2019; Marks 2018.)

Sappikivet eivät aiheuta oireita suurimmalle osalle ja yli puolet sappikivitaudeista diagnosoidaankin muiden sairauksien selvitysten yhteydessä sattumalta. Sappikivet aiheuttavat joskus lieviä ruoansulatusvaivoja tai kipua rasvaisen ruoan jälkeen. Myös äkillisesti alkanut oikean kylkikaaren tai keskiylävatsan kipu, joka säteilee hartiaan tai selkään, on oireilevan sappikivitaudin tyypillinen oire. Kipu yltyy yleensä puolella tunnissa kestäen minuuteista tunteihin ja voi joskus olla niin kovaa, että se on samankaltaista kuin sydäninfarktikipu. Myös pahoinvointia ja oksentelua voi esiintyä. Ensimmäisen sappikivien aiheuttaman kipukohtauksen jälkeen se uusiutuu noin puolella henkilöistä vuoden sisällä. Sappikivet todetaan ultraäänitutkimuksella. (Ahonen ym. 2016, 575; Kellokumpu 2016.)

Sappikivitautia sairastava tavataan usein päivystyksessä, johon hän on hakeutunut kovien kipujen vuoksi. Kipua voidaan hoitaa tulehduskipulääkkeillä ja kouristuksia laukaisevilla eli spasmolyttisillä lääkkeillä. Hoitajan tehtävänä on ohjata asiakasta välttämään oireita aiheuttavia ruoka-aineita ja pyrkimään normaalipainoisuuteen. Jos tilanne ei ole komplisoitunut, sappirakkoa ei ole välttämätöntä poistaa, mutta toistuvissa sappikivikohtauksissa leikkaus tulisi tapahtua muutaman kuukauden kuluessa. Komplisoituneessa sappikivitaudissa esiintyy lämmönnousua, pahoinvointia, pitkittynyt kipukohtaus ja kipukohtauksen jälkeen oikealla kylkikaaren alla jatkuva kipu. Komplisoitunutta sappikivitautia sairastavaa hoidetaan sairaalassa antibiootein ja kipulääkkein. Laparoskooppinen kolekystektomia tehdään kahdesta seitsemään vuorokauden kuluessa oireiden alkamisesta, jos sappitiehytkiviä ei ole. (Ahonen ym. 2016, 575-576.)

Sappirakkokivet voivat siirtyä sappirakosta sapenjohtimeen estäen sapen virtauksen maksasta pohjukaissuoleen. Sappitiehytkiviä epäillään, jos ultraäänitutkimuksessa havaitaan sappiteiden laajentuma. Tilanne voidaan varmistaa sappiteiden magneettikuvauksella. Mikäli sappitiehytkiviä on ja ne ovat oireettomia, tehdään ensin sappitiehytkivien poisto ERCP-tähystyksessä ja myöhemmin sappirakko poistetaan laparoskooppisesti. ERCP-tähystys tehdään suun kautta. Tähystin viedään suusta maksan kautta pohjukaissuoleen. Sapenjohtimen sulkijalihas avataan ja sappitiehytkivet nuohotaan pois. Sappirakko ja sappitiehytkivet voidaan myös poistaa samassa leikkauksessa. Leikkaushoitoa ei kuitenkaan suositella akuutissa sappitiehyttulehduksessa, sillä leikkauskuolleisuus on jopa 20-60 %. Sappitiehyttulehduksessa esiintyy usein septinen kuume, ihon keltaisuus johtuen bilirubiinin kertymisestä verenkiertoon ja kipuja keski- ja ylävatsalla. Sappitiehyttulehduksessa sappirakko tuntuu ihon läpi palpoidessa. Sappitiehyttulehdusta sairastavaa hoidetaan nesteyttämällä, kipulääkkeillä ja suonensisäisillä antibiooteilla. (Ahonen ym. 2016, 575-577; Sappivaivat 2019.)



Kuva 1: Sappirakon rakenne (Sappivaivat 2019).

#### 4.2 Sappirakontulehdus

Sappirakontulehdusta eli kolekystiittiä on sekä akuuttia että kroonista. Yleisin sappikivitaudin komplikaatio on akuutti kolekystiitti. Akuuttia kolekystiittiä sairastava henkilö on usein levoton ja valittaa kipua keskivatsalla tai oikealla kylkikaaren alapuolella. Leukosyyttiarvot ja P-CRP nousevat akuutissa kolekystiitissä. Ylävatsalle tehdään ultraäänitutkimus, josta nähdään sappikivet, sappirakon seinämän paksuus ja sappiteiden laajentuma. Sappitietukoksen tasoa ja aiheuttajaa voidaan tarvittaessa arvioida magneettikuvauksella. Laboratoriotutkimuksista otetaan myös haimanesteen virtausestettä kuvaava P-AMYL, maksan toimintaa kuvaava P-ALAT ja sapen virtauksen häiriötä kuvaavat P-AFOS ja P-BIL. INR tutkimus tehdään, jos asiakas on keltainen. INR tutkimuksella saadaan tietoa mahdollisesta hyytymishäiriöstä. Yleistilaa voidaan arvioida ottamalla nestetasapainoarvot ja infektiopotilaalta otetaan myös veriviljelyt. Akuutissa kolekystiitissä veriarvot voivat kuitenkin olla normaaleja, mutta yleensä etenkin leukosyytit ovat koholla. (Ahonen ym. 2016, 576; Jones & O'Rourke 2019.)

Akuutin kolekystiitin aiheuttaja on yleisimmin sappikiven kiilautuminen sappirakon kaulaan tai sen tiehyeen. Sappikivi aiheuttaa sappistaasin, eikä sappineste pääse poistumaan sappirakosta, jolloin syntyy akuutti tai krooninen sappirakontulehdus. Akuutti sappirakontulehdus voi

johtaa märkäisen sappirakon kehittymiseen, sappirakon seinämän kuolioon tai jopa sappirakon puhkeamiseen. Jos sappirakko puhkeaa, se aiheuttaa vatsakalvotulehduksen. (Ahonen ym. 2016, 575-576.)

Krooninen kolekystiitti on pitkäaikainen, ”puoliäkillisesti” alkanut tila. Se johtuu joko sappirakon tyhjenemisen häiriöstä tai toiminnallisesta häiriöstä. Kroonisessa kolekystiitissä ei välttämättä esiinny sappikiviä. Krooninen kolekystiitti voi johtaa akuuttiin kolekystiittiin. Kroonista kolekystiittiä sairastavalla henkilöllä on usein tylppästä kipua keskivatsalla ja se liittyy yleensä rasvaisen ruoan nauttimiseen. Muina oireina voi esiintyä oksentelua, pahoinvointia, turvotusta ja ilmavaivoja. Oireet tulevat usein ilta-aikaan. Vitaalielintoiminnot ovat usein normaalit eivätkä tulehdusarvot ole välttämättä koholla. Kroonista kolekystiittiä voidaan hoitaa oireiden mukaisesti lääkkeillä ilman kirurgiaa, mutta se vaatii henkilöltä etenkin ruokailuun liittyviä elämäntapamuutoksia. (Jones & Ferguson 2019; Jones & O'Rourke 2019.) Jos kroonisessa kolekystiitissä havaitaan kookkaita sappikiviä tai polyyppejä, voi sappirakonpoisto olla aiheellista syöpäriskin vuoksi (Sallinen, Mentula & Scheinin 2019).

### 4.3 Kolekystektomia

Oireisen sappikivitaudin ja akuutin kolekystiitin yleisin hoitomuoto on sappirakon poisto eli kolekystektomia, joka tehdään joko laparoskooppisesti tai avoleikkauksella. Laparoskooppista sappirakon poistoa pidetään parempana akuutin kolekystiitin leikkausmuotona, sillä siihen liittyy vähemmän leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita ja kotiutuminen on nopeampaa avoleikkaukseen verrattuna. Laparoskooppinen leikkaus tapahtuu vatsaan tehtävien neljän ihoviillon kautta. Viilloista leikkausinstrumentit viedään vatsaonteloon ja vatsaontelo täytetään hiilidioksidilla, jotta saadaan hyvä näkyvyys. Leikkauksessa poistetaan sappirakko ja mahdolliset sappirakon kivet. Jos kivet ovat suuria, niitä voidaan pienentää ultraäänellä tai mekaanisesti ennen kuin sappirakko poistetaan napaviillon kautta vatsaontelosta. (Ahonen ym. 2016, 576-577.)

Laparoskooppinen kolekystektomia saatetaan muuttaa avoleikkaukseksi, jos tulehdus on muuttanut sappirakon ja sen ympäröivien kudosten rakenteita. Avoleikkauksen viilto tehdään oikeaan ylävatsaan poikittain vinosti ja leikkauksessa sappitiehyn ja sappirakon tiehyt katkaistaan ja sappirakko poistetaan. Samalla mahdolliset sappitiehytkivet poistetaan. Jotta varmistetaan sappinesteen poistuminen tiehyestä, asetetaan asiakkaalle noin viikoksi T-dreeni. T-dreenin avulla sappitiehyyteen ei synny painetta ja näin ollen leikkausalueen paraneminen on varmempaa. Varjoainekuvaus tehdään ennen T-dreenin poistoa, jotta nähdään virtaako sappineste esteettömästi pohjukaissuoleen. (Ahonen ym. 2016, 577.)

Suunnitelluissa leikkauksissa asiakas käy joko tulotarkastuksessa tai poliklinikka käynnillä, jossa käydään läpi leikkaukseen liittyvä valmistautuminen. Laboratoriotutkimuksia otetaan ainakin B-PVK, P-Na, P-K, S-Krea, S-ALAT, S-ASAT, S-AFOS, S-BIL, sopivuuskoe ja veriryhmä.

Terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on kertoa muun muassa ravintoon, peseytymiseen ja lääkehoitoon liittyvät käytännöt, jotka asiakkaan tulee huomioida ennen leikkauspäivää. (Ahonen ym. 2016, 577.)

Sappirakon leikkauksen jälkeen asiakkaalla on usein pahoinvointia ja oksentelua, joka aiheutuu sappirakon käsittelyn vuoksi mahalaukkuun virranneesta sapesta. Vatsaontelo täytetään leikkauksessa kaasulla, joka aiheuttaa palleahermon venytystä ja kaasu voi aiheuttaa myös hartiasärkyä kahden tai kolmen päivän ajaksi. Terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on postoperatiivinen tarkkailu sekä pahoinvoinnin ja kivun seuranta ja hoito. Kolekystektomian jälkeen vuoteesta nousun tulisi tapahtua kyljen kautta, sillä se aiheuttaa leikkausalueelle vähiten kipua ja venytystä. Se tapahtuu viemällä jalat koukkuun selinmakuulla ja kääntymällä siitä kyljelle. Sen jälkeen jalat viedään vuoteen reunan yli ja käsillä avustetaan istuma-asento. Syödä ja juoda voi leikkauksen jälkeen heti, kun anestesia-aineiden jälkeinen väsymys ja pahoinvointi sen sallivat. Sappivaivoja aiheuttaneita ruoka-aineita kannattaa kokeilla pikkuhiljaa. Täyhystysleikkaus on usein kivuttomampi, toipuminen on nopeampaa ja kotiutuminen saattaa tapahtua jo samana päivänä. Avoleikkaus taas aiheuttaa enemmän kipuja, pidemmän toipumisajan ja asiakas joutuu olemaan sairaalassa noin viisi päivää. (Ahonen ym. 2016, 577-578; Potilasohje päiväkirurgiseen sappirakon poistoleikkaukseen tulevalle 2015.)

#### 4.4 Hoitotyön toiminnot

Asiakkaan siirtäminen heräämöstä vuodeosastolle on kriittinen vaihe ja sen tulee tapahtua turvallisesti ja oikein ajoitetusti. Asiakkaan hakee vastaanottavan osaston hoitaja, kun heräämöstä ilmoitetaan asiakkaan olevan valmis siirtoon. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 194.)

Hoitotyön tutkimussäätiö on laatinut käsikirjan asiakkaan tarkkailusta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Kirjassa on määritelty tietyt kriteerit, joiden perusteella asiakas voidaan siirtää heräämöstä vuodeosastolle. Jos siirtokriteerit eivät täyty, ei asiakasta voida siirtää vuodeosastolle, ellei anestesia lääkäri erikseen toteaa asiakasta siirtokelpoiseksi. Kuitenkin siirtokriteerien täytyessäkin lääkäri vielä toteaa siirtokelpoisuuden. Samat kriteerit ohjaavat myös sairaanhoitajia vuodeosastolla. Järjestelmällinen siirtokriteerien käyttö mahdollistaa haittatapahtumien ja erilaisten komplikaatioiden varhaisen toteamisen. Mahdollinen yleisanestesia voi lisätä asiakkaan postoperatiivisia komplikaatioita verrattuna puudutettuihin asiakkaisiin. (Karma ym. 2016, 194.)

Siirtokriteerit ennen asiakkaan siirtoa heräämöstä vuodeosastolle
HENGITYS Asiakkaan hengittämisen tulee olla vaivatonta. Happisaturaation tulee olla yli 95% lisähapella. Hengitystaajuuden tulee olla yhdeksästä kahteenkymmeneen kertaa minuutissa. Asiakkaalla ei tule olla hiilidioksidin kertymistä elimistöön.
VERENKIERTO Keskiverenpaineen tulee olla 65-120 välillä ja sykkeen 50-100 välillä, rytmin tulee olla sinusrytmi tai asiakkaalle tyypillinen muu rytmi.
TAJUNTA Asiakkaan tulee herätä puheeseen ja vastata puhutteluun.
RUUMIINLÄMPÖ Asiakkaan ruumiinlämmön tulee olla 36c-38c. Asiakas, jonka ruumiinlämpö on 35c-35.9c tai 38.1c-38.5c voidaan siirtää, jos ali- tai yllämpö on huomioitu hoidossa.
VIRTSANERITYS Jos asiakas ei ole virtsannut heräämössä, katetroimattoman asiakkaan rakkon tilavuus tulee tarkastaa ultraäänilaitteella tai käsin. Jos asiakas on katetroitu, virtsämäärän tulee olla yli 0.5ml/kg/h.
LIIKE Jos asiakas on puudutettu, jalkojen liikkeiden ja tunnon tulisi olla lähes palautuneet. Asiakkaan tulee kyetä kannattelemaan päätään tai hänen motoriikan tulee olla ennen leikkausta vastaava.
HAAVAERITYS Asiakkaan leikkaushaavan tai dreenin erityis tulee olla korkeintaan vähäistä.
PAHOINVOINTI Asiakkaalla saa olla vain lievää pahoinvointia.
KIPU Asiakkaan kipu saa olla vain lievää tai hoidettavissa lääkityksellä.

Taulukko 1: Siirtokriteerit ennen asiakkaan siirtoa heräämöstä vuodeosastolle (mukailen Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 32-33).

Kun asiakas siirretään vuodeosastolle sekä vastaanottava sairaanhoitaja että heräämön sairaanhoitaja allekirjoittavat nimensä anestesiakertomukseen vastuun siirtymisen merkiksi. Anestesiakertomuksessa tulee olla myös merkittynä asiakkaan luovutusaika, päivämäärä ja osasto, jolle asiakas siirtyy. Heräämön hoitaja raportoi asiakkaasta vastaanottavalle hoitajalle. Raportointiin voidaan käyttää yhdenmukaista ja selkeää tiedotuksen apuvälinettä eli IS-BAR-menetelmää. Vastaanottavan sairaanhoitajan vastuulla on ratkaista asiakkaasta saatavan

informaation määrä, mitään turvalliseen hoitoon liittyvää asiaa ei saa jäädä epäselväksi. (Ahonen ym. 2016, 109-110.)

ISBAR
Identify eli tunnista. Asiakkaan nimi, ikä ja henkilötunnus.
Situation eli tilanne. Miksi annetaan raportti.
Background eli tausta. Asiakkaan nykyiset ja aiemmat sairaudet, allergiat, tehty toimenpide.
Assessment eli nykytilanne. Asiakkaan tila, esimerkiksi vitaalielintoiminnot, virtsamäärä ja dreeneritys.
Recommendation eli toimintaehdotukset. Huomioitavia asioita asiakkaan tarkkailussa, nestehoidossa ja otettavissa laboratoriotutkimuksissa.

Taulukko 2: ISBAR (mukaiillen Ahonen ym. 2016, 110).

ISBAR-menetelmässä esiin tulevien asioiden lisäksi raportissa tulee ilmetä leikkauksiin, anestesia- ja leikkauksessa käytetyt lääkkeet, leikkauksen kulku ja siinä mahdollisesti ilmenneet ongelmat ja huomioitavat asiat, muun muassa kipulääkkeiden anto, verenpaineen lasku, vuoto ja verensiirto. Raportista tulee ilmetä myös leikkauksessa ja heräämössä annettu nestehoito ja ohje parenteraaliseen nesteytykseen osastolla. Haava-alueen kunto ja vuoto heräämössä, virtsan väri ja virtsaamisen onnistuminen heräämössä, kipu heräämössä ja sen lääkintä, pahoinvointi heräämössä ja sen lääkintä, otetut verikokeet, lääkehoidon ohje osastolle ja mahdollisen ravinnon ja ruokavalion ohje osastolle ovat myös raportoitavia asioita. (Ahonen ym. 2016, 109.)

Heräämöstä asiakas viedään vuodeosastolle omaan huoneeseen, jossa tulisi olla varattuna verenpainemittari, hapenanto- ja imuvälineet, sekuntikello, kaarimalja, pulssioksimetri, vanua, sitruunatikkuja ja raikasta vettä suun kostuttamiseen. Heti osastolle tullessa asiakkaalta tulisi mitata verenpaine, syke, happisaturaatio ja hengitysfrekvenssi. Jos lisähappea on määrätty, on hapenanto aloitettava. Haavasidokset ja mahdolliset dreeneritykset ja virtsamäärät on tarkastettava. Lääkinnälliset asiat kuten infuusionesteet, laskimonväläinen tai epiduraalilaan annettava kipulääkitys on myös tarkastettava. Asiakas tulee avustaa ja tukea sellaiseen asentoon, jossa on huomioitu leikkauksen tuomat rajoitukset ja määräykset. Asiakkaalta tulee

myös kysyä hänen omia tuntemuksiaan ja vointiaan. Soittokello on sijoitettava asiakkaan lähelle ja hänen on tarvittaessa kyettävä kutsumaan sen avulla hoitaja luokseen. Kaikki mahdolliset huomiot asiakkaan voinnista ja tilasta on kirjattava asiakastietojärjestelmään. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 110.)

Postoperatiivista tarkkailua vuodeosastolla tulee jatkaa intensiivisesti ainakin seuraavaan aamuun saakka, riippuen leikkauksesta. Asiakkaan vointia tulee seurata aluksi 15-30 minuutin välein, mutta jos asiakkaan vointi on hyvä tarkkailun aikaväliä voi pidentää 1-2 tuntiin. Tarkkailtavia asioita ovat hengitys, verenkierto, ruumiinlämpö, tajunnan taso ja lihastoiminta. Verenkiertoa tarkkaillaan verenpaineen ja sykkeen mittauksella ja hengitystä muun muassa hengitystyötä tarkkailemalla ja mittaamalla happisaturaatio. Ruumiinlämpöä mitataan, tajunnan tasoa seurataan ja lihastoimintaa seuraamalla arvioidaan esimerkiksi puudutusten katoamista. Ravitsemuksesta ja nestetasapainosta huolehtiminen ovat tärkeitä asioita leikkauksen jälkeen ja häiriöt nestetasapainossa voivat johtaa nopeasti tilan heikkenemiseen. (Ahonen ym. 2016, 110-121.) Ensimmäistä kertaa noustessa voi huimata. Huimaus johtuu nukutuksesta ja mahdollisesta nestetasapainohäiriöstä. (Weatherspoon 2018.) Virtsaamisen ja ulostamisen ongelmat ovat tyypillisiä leikkauksen jälkeen, joten niiden seuraaminen on tärkeää. Jos asiakkaan haavasidokset joudutaan vaihtamaan, se täytyy tehdä steriilein käsin ja sidoksin ensimmäiset 24 tuntia. Postoperatiivisen tarkkailun tarkoituksena on ennakoida kliinisen tilan huononeminen. Tarkkailun avulla pyritään tunnistamaan asiakkaan voinnissa tapahtuvat muutokset mahdollisimman aikaisin. (Ahonen ym. 2016, 110-121.)

#### 4.5 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus on vastavuoroisuutta, jossa kaksi tai useampi osapuoli ovat aktiivisia toimijoita ja vaikuttavat toisiinsa. Vuorovaikutuksessa molemmilla osapuolilla on mahdollisuus vaikuttaa. Ihmisten välinen vuorovaikutus on prosessi, joka muodostuu eleen tai puheen vastareaktiosta. Jos vuorovaikutuksessa vain yksi osapuoli puhuu tai toimii, voidaan puhua yksisuuntaisesta vuorovaikuttamisesta. Tällaisessa tapauksessa vetäytyvä osapuoli ei anna palautetta tai reagoi toisen osapuolen sanomaan. Sanoman kertoja ei voi olla varma, onko vastaanottaja ymmärtänyt asian. (Rantala 2012, 29-30.) Jokaisella on erilaiset tavat tehdä, puhua ja ilmaista itseään vuorovaikutuksessa. Yksittäiset tekemiset eivät kuitenkaan ole niin tärkeitä, kuin asenne, jolla asiakas kohdataan. (Mönkkönen 2018, 17.)

Vuorovaikutuksessa on kaksi erilaista muotoa, sanaton ja sanallinen viestintä. Sanattoman viestinnän ilmaismuotoja ovat ilmeet, eleet, katseet tai asennot. Oheisviestinnäksi sanotaan äänenkäyttöön liittyviä keinoja, kuten äänensävyä, -korkeutta tai äänenpainoa. Puheen sanattoman oheisviestinnän kautta vaikutetaan kuulijaan puhetta enemmän. Ilmeet ja katseet voivat synnyttää kuulijassa enemmän tunnetta. Kasvojen ilmeet myös havaitaan huomattavasti nopeammin kuin puhe. Ilmeillä tai eleillä voi kuitenkin tulla virheellisiä tulkintoja, koska ilmeilläkin voi olla useampi tarkoitus. (Rantala 2012, 34.)

Vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä osassa hoitajien ammattitaitoa. Vuorovaikutustaidot luovat perustan yhteistyölle ja ilman niitä ei toisiin ihmisiin voi vaikuttaa myönteisellä tai tuloksellisella tavalla. Vuorovaikutus hoitotyössä käsittää tietyt lainalaisuudet ja säännöt. (Rantala 2012, 31.) Liike-elämän toimintatavat ovat myös rantautuneet sosiaali- ja terveysalalle, mikä on aiheuttanut huolta, että asiakkaan auttaminen muuttuu taktiseksi. Tehokkuusvaatimus muuttaa kohtaavaa läsnäoloa ja hoitamista liian tekniseksi ja rutiinien suorittamiseksi. (Mönkönen 2018, 17.) Taloudelliset ja hallinnolliset vaatimukset kaventavat usein työn puitteita niin, että ihmisestä välittäminen voi olla jopa mahdotonta. Yhteiskunnan rakenteet tai ammatilliset rajoitteet aiheuttavat työntekijöille voimattomuutta ja työn suorittamista vaatimusten ehdoilla. Asiakkaiden on taas mahdotonta tulkita, johtuuko palvelun takkuilu työntekijän ammattitaidottomuudesta vaiko järjestelmän säännöistä. (Molander 2014, 37-38.)

Hoitotyö on ikään kuin ongelmanratkaisuprosessi, jossa hoitaja vuorovaikutuksen kautta pyrkii täyttämään hoidon tavoitteet jokaisen kohdalla systemaattisesti ja yksilöllisesti. Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde tulisi olla heidän välistään yhteistoimintaa. Hoitajan kunnioitus asiakasta kohtaan tulisi näkyä siinä, että auttaminen tapahtuu asiakkaan omista voimavaroista ja lähtökohdista käsin. Asiakasta tulisi kunnioittaa ainutlaatuisena yksilönä. Asiakasta voidaan ohjata avoimilla kysymyksillä vastavuoroisuuteen, jolloin hänen on helpompaa tuoda esille omia mielipiteitään, tunteitaan tai ajatuksiaan. (Rantala 2012, 36.)

Asiakkaalle on annettava tietoa sekä sairaudesta että lääketieteellisistä asioista. Asiakkaat toivovat, että he voivat puhua hoitajan kanssa terveyteen ja sairauteen liittyvistä mieltetystään niin, että heidän tunteensa otetaan huomioon. Asiakkaat toivovat lisäksi, että psykologiset ja sosiaaliset asiat otetaan hoitotilanteessa huomioon. Asiakasta tulisi siis huomioida kokonaisuutena eikä vain sairauteen tai sen oireisiin peilaten. Hoitohenkilöstön tulisi huomioida asiakkaan uskomukset, tuntemukset, asenteet ja elämäntilanne. Lääketieteellisen ammattisanaston ymmärtäminen voi asiakkaille olla myöskin vaikeaa, hoitohenkilöstön tulisikin puhua niin, ettei väärinymmärryksen vaaraa tulisi asiakkaalle. (Rantala 2012, 39.)

Hoitotyön ammattihenkilöiltä vaaditaan työtettä, jolla asiakas tulee kuulluksi persoonana, ei tapauksena tai rasitteena. Asiakas tulisi kohdata yksilönä ja hänen elämäntilanteensa ja taustansa huomioon ottaen. Taustatiedon ymmärtäminen luo tilanteeseen yksilöllistä kohtaamista ja uudenlaisia näkökulmia vuorovaikutukseen. Hoitotyön vuorovaikutustilanteissa ovat mukana palvelujärjestelmän luomat vaatimukset, lainsäädäntö, ohjeet, normit sekä työn tekemisen rakenteelliset ehdot. Kuitenkin hoitaja viime kädessä luo tilanteen asiakkaan kohtaamisessa. Kuinka hän kohtaa asiakkaan, mitkä ovat hänen asenteensa asiakasta kohtaan. Jokainen hoitotyöntekijä vastaa henkilökohtaisesta vuorovaikutuksesta asiakkaan kanssa. Oman työn ja vuorovaikutustaitojen jatkuvaa reflektointia tulisi tehdä säännöllisin ajoin. Vain omia toimintatapoja ja asennoitumista voi muuttaa. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 35-37.)



Hoitotyössä asiakasta ei tulisi nähdä vain potilaana, vaan yksilöllisenä ihmisenä, jolla on omat tarpeensa ja toiveensa. Hoitosuunnitelmaan kirjattavat tavoitteet ja tarpeet määrittelevät hoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Kirjattavat tavoitteet määritellään yhdessä potilaan omista tarpeista ja voimavaroista käsin. (Rantala 2012, 36.) Asiakas voi olla hyvin haavoittuvainen hoitaja-potilassuhteessa. Hoitajalla on tilanteessa suurempi valta. Hänellä on ammattitaidon ja tiedon kautta suurempi mahdollisuus vaikuttaa. (Boundaries in Nurse-Client Relationship 2019.) Hoitajan osaamiseen kuuluu suunnitelmallinen voimavarojen arviointi. Asiakas ei itse välttämättä tunnista omia voimavarojaan. Näiden voimavarojen kertominen asiakkaalle on todella tärkeää. (Rantala 2012, 36.)

Hoitajan suhtautuminen itseensä välittyy hänen suhtautumisessaan toisiin ja sitä kautta myös potilaisiin. Jos hoitaja itse on väsynyt, kyllästynyt, kiireinen tai kadottanut itsensä ei hän kykene kohtaamaan asiakasta yksilönä. Henkilökohtainen itsetutkistelu ja itsensä kohtaaminen, millainen itse olen, edesauttaa sitä, että voi kohdata toisen ihmisen yksilönä arvostaen. (Haho 2014.)

Vuorovaikutustaitoja voi oppia kohtaamalla toisia ihmisiä ja oppimalla omista epäonnistumisista ja onnistumisista. Tärkeä ja tavoitteellinen taito hoitotyössä on tavoitteellinen vuorovaikutus. Sanallisten ja sanattomien viestien ymmärtäminen ja kuunteleminen on erityisen tärkeää. Hoitajan on osattava eläytyä asiakkaan tilanteeseen, jotta hän ymmärtää asiakkaan viestit. Hoitajan tulisi myös pyrkiä näkemään asiakkaan näkyvän käyttäytymisen taakse, todelliseen tunteeseen tai tarpeeseen. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 167-168.)

Asiakastyytyväisyys muodostuu hyvästä ilmapiiristä. Hyvän ilmapiirin luomiseen tarvitaan myönteistä puhetta, hoitohenkilöstön ystävällisyys ja se, että asiakas otetaan huomioon tasa-vertaisena toimijana. Asiakkaan kokemaan hyvään ilmapiiriin vaikuttaa myös se, että hoitaja paneutuu hänen huoliinsa ja ilmaisee välittämisen tunnetta äänensävyjen kautta. Jokaisen asiakkaan kohdalla tulisi myös lukea hänen nonverbaaliset viestinsä ja ottaa hänet huomioon toivomallaan tavalla. Luottamuksen rakentamiseksi hoitajan tulisi kuunnella jokaista asiakasta aktiivisesti, osoittaa huolta ja lämpöä hänen asiaansa kohtaan. (Rantala 2012, 35.)

## 5 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on yksi nimitys tieteellisestä tutkimuksesta. Laadullinen tutkimus tutkii ihmistä tai elinympäristöä ja pyrkii selittämään tutkittavan kohteen ominaisuuksia ja merkityksiä. (Laadullinen tutkimus 2015.) Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ja selittää tutkittavaa ilmiötä tai tapahtumaa ja antaa sille teoreettinen tulkinta. Tilastollisiin yleistyksiin tutkimuksella ei pyritä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Tutkimuksessa on eläydyttävä tietyllä tavalla tutkittavan kohteen ympäristöön, ilmapiiriin ja motiiveihin, jotta tutkittavasta saa kokonaisvaltaisen käsityksen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28). On

tärkeää, että tutkimuksessa olevilla tai havainnoitavilla henkilöillä on kokemusta tutkittavasta tilanteesta tai mahdollisimman paljon tietoa siitä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Laadullisessa tutkimuksessa on monia erilaisia strategioita, aineistokeruu- ja analyysimenetelmiä (Laadullinen tutkimus 2015).

Laadullisessa tutkimuksessa on oltava teoria eli viitekehys. Viitekehys ohjaa tutkimusta hahmottaen tutkimuskokonaisuuden, metodit ja tutkimuksen luotettavuuden ja etiikan. Viitekehys koostuu teoriasta, eli se mitä tutkittavasta jo tiedetään, teorian sisältämistä käsitteistä ja metodologiasta, mitkä ohjaavat tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18-19.) Laadullisen tutkimuksen viitekehys on oleellisessa asemassa, koska tutkimusmenetelmä ja yksilön käsitys tutkittavasta ilmiöstä vaikuttavat tutkimuksen tuloksiin. Tutkija myös itse päättää oman ymmärryksensä varassa tutkimusasetelmasta. Tämän vuoksi laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on teoriapitoisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 20.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusotetta. Opinnäytetyössä verrattiin kerättyä teorian tietoa konkreettiseen toimintaan, josta kerättiin tietoa havainnoimalla. Havainnoinnin kohteena olivat hoitajat ja asiakkaat. Hoitajat olivat koulutuksen myötä tietoisia vuorovaikutuksen merkityksestä hoitotyössä ja hoitotyön toiminnoista kolekystektomia-asiakkaita hoidettaessa. Havainnoitava ilmiö oli hoitotyön toimintojen ja vuorovaikutuksen toteutuminen kolekystektomia-asiakkaiden kohdalla hoitajien siirtäessä heitä heräämöstä vuodeosastolle.

### 5.1 Aineistonkeruumenetelmä

Havainnointi on toiseksi yleisin aineistokeruumenetelmä laadullisessa tutkimuksessa. Havainnointi on hyvä menetelmä, jos ilmiöstä tai asiasta tiedetään todella vähän tai ei ollenkaan. Havainnoinnin avulla tutkittavat asiat nähdään konkreettisesti ja oikeissa yhteyksissään. Havainnointi on myös aineistokeruumenetelmä, joka monipuolistaa ilmiöstä saatavaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 81.)

Havainnointia on neljää erilaista; piilohavainnointi, havainnointi ilman osallistumista, osallistava havainnointi ja osallistuva havainnointi. Piilohavainnointi on eettisesti ongelmallista, koska siinä tutkittavat eivät tiedä tutkijan olemassaolosta eikä tutkimuksen tarkoituksesta. Havainnointi ilman osallistumista tarkoittaa, että tutkija on tilanteessa ulkopuolinen ja voi esimerkiksi katsoa havainnoitavia tilanteita videolta. Osallistavassa havainnoinnissa tutkija pyrkii osallistumisen kautta vaikuttamaan tarvittavaan muutokseen. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija on aktiivisesti mukana tutkittavien kanssa. Sosiaaliset vuorovaikutustilanteet ovat tärkeitä tiedonhankintakeinoja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 81-82.)

Havainnoitaessa tutkija on läsnä tilanteessa, josta hän haluaa saada lisää ymmärrystä ja omaa kokemusta. Havainnointi on hyvä vaihtoehto silloin, kun esimerkiksi haastatteleamalla ei saada

haluttua tietoa. ”Havainnoinnin etuna on tilanteen aitous”. (Kananen 2014, 78.) Suorassa havainnoinnissa havainnoitavat henkilöt huomaavat havainnoitsijan läsnäolon, mutta tilanteeseen ei muuten osallistuta eikä suoran havainnoinnin katsota vaikuttavan tutkittavien toimintaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 81-82; Kananen 2014, 81).

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin havainnointia ilman osallistumista, koska halusimme nähdä konkreettista toimintaa. Havainnoitua toimintaa verrattiin tutkimuksen viitekehukseen. Havainnointi oli tässä tutkimuksessa ainut toimiva aineistonkeruumenetelmä. Tutkijoina emme osallistuneet hoitotilanteeseen, teimme muistiinpanoja ennalta suunnitellulle kaavakkeelle, keskustelimme tarvittaessa ja kerroimme kiitokset tutkimukseen osallistuneille.

Havainnointi alkoi kirurgiselta vuodeosastolta. Hoitaja haki meidät odotustilasta, kun heräämöstä oli soitettu ja ilmoitettu asiakkaan olevan siirtovalmis osastolle. Lähdimme hoitajan mukaan heräämään, jossa hoitaja otti raportin vastaan heräämön hoitajalta. Raportin jälkeen hoitaja kuljetti asiakkaan sairaalasängyllä osastolle ennalta suunniteltuun huoneeseen. Havainnointi päättyi, kun hoitaja oli tehnyt huoneessa kaikki tarpeelliseksi katsomansa hoitotyön toiminnot. Tämän jälkeen hoitaja meni kirjaamaan asiakkaan tietoja tietokoneelle.

Havainnoinnissa käytimme itse tekemiämme havainnointilomakkeita, joihin kirjoitimme vapaata tekstiä (Liite 1 & 2). Havainnointilomakkeita oli kaksi; vuorovaikutus ja hoitotyön toiminnot. Molemmissa lomakkeissa oli apukysymyksiä tai apuotsakkeita, jotka suunniteltiin tutkimuskysymysten pohjalta. Toinen havainnoitsija täytti vuorovaikutus lomaketta ja toinen hoitotyön toiminnot lomaketta.

Havainnointikertoja oli suunniteltu aluksi kahdeksan, mutta otannaksi saatiin vain viisi. Syitä otannan vähäisyyteen on kerrottu tarkemmin pohdinta kappaleessa. Aikatauluongelmien vuoksi kaksi havainnoinneista tehtiin niin, että vain toinen tutkijoista oli paikalla. Havainnointilomakkeet saatiin kuitenkin täytettyä huolellisesti myös edellä mainituissa havainnoinneissa.

Havainnointitutkimukselle haettiin HUS virallinen tutkimuslupa (Liite 4-7). Tutkimusluvalla haettiin kolmesti jatkoa. Tutkimuslupaprosessia on kuvattu tarkemmin pohdinta kappaleessa. Kaikki viisi hoitajaa ja asiakasta allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (Liite 3). Kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat ja asiakkaat olivat eri henkilöitä ja jokaiseen havainnointikertaan osallistui yksi hoitaja ja yksi asiakas. Eri hoitajat havainnoinneissa koettiin tutkimustuloksia vahvistavaksi asiaksi, sillä sama hoitaja olisi saattanut toimia identtisesti havainnointitilanteissa. Kaikille asiakkaille oli tehty kolekystektomia laparoskooppisesti nukutuksessa. Tutkimukseen osallistuvien hoitajien ja asiakkaiden muita taustatietoja ei tuotu tässä työssä esille. Otanta oli pieni ja tutkimukseen osallistuvien anonyymiyttä haluttiin suojata.

## 5.2 Sisällönanalyysi

Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysissä ensimmäinen työvaihe on päättää, mikä saadussa aineistossa kiinnostaa. Toisessa työvaiheessa toteutetaan aineiston koodaaminen eli litteointi, joka tapahtuu tutkijan parhaiten näkemällä tavalla. Koodaaminen perustuu muistiinpanoihin ja ne jäsennellään sisällön mukaan. Kolmas työvaihe on aineiston luokittelu, teemoittelu tai tyypittely. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-93.)

Teemoittelulle oleellista on painottaa eri teemojen sisältöä. Lukumääriä voidaan käyttää teemoittelussa apuna. Tavoitteena teemoittelussa on aineiston pilkkominen ja ryhmittely aihepiireittäin. Aihepiirien jaottelun avulla on mahdollista vertailla eri teemojen esiintymistä. Aineistosta tulee etsiä tulkintoja, jotka kuvaavat teemoja. Teemoittelun jälkeen tulisi päättää, haetaanko analysoinnissa erilaisuutta vai samanlaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Laadullinen analyysi jaetaan usein deduktiiviseen ja induktiiviseen analyysiin. Deduktiivisessa päättelyssä on kyse yleisen tiedon yksilöllistämisestä ja induktiivisessa päättelyssä yksittäisen tiedon yleistämisestä. Nimityksiä käytetään tutkimuksen tulkinnan päättelytavoista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Sisällönanalyysin voi toteuttaa myös aineistolähtöisenä, teoriasidonnaisena tai teorialähtöisenä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Teorialähtöinen analyysi perustuu tiettyyn teoriaan tai luotuun malliin. Teoria esitellään tutkimuksessa, minkä mukaan tutkimukselle luodaan kiinnostavat käsitteet. Käsitteiden myötä tutkittava ilmiö tulee määriteltyksi. Ennalta määritelty teoriakehys ja tutkimuskysymykset ohjaavat teorialähtöistä tutkimusta. Tutkimusaineisto nojaa tietynlaisella teoriaperustalla, tutkimustulokset ovat joko yhtäläisiä jo olemassa olevan teorian kanssa tai uudistavat jo tiedettyä käsitystä. Teorialähtöisessä analyysissä päättelyn logiikka on usein deduktiivista. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 97-98.)

Teorialähtöinen sisällönanalyysi alkaa analyysirungon laatimisella. Analyysirungon sisälle kerätään luokituksia aineistosta induktiivisen sisällönanalyysin tekniikkaa käyttäen. Analyysi perustuu aikaisemmin muodostettuun teoriapohjaan. Aineistosta erotellaan rungon sisälle kuuluvat ja sen ulkopuolelle jäävät luokat. Ulkopuolelle jääneistä asioista voidaan muodostaa uusia luokkia. Aineiston pelkistäminen tapahtuu luokittelun avulla siten, että aineistosta kerätään ilmiöitä, jotka vastaavat rungon sisällä kirjattuja asioita. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 113-114.)

## 6 Tulokset

Tämä opinnäytetyö analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä analyysirungon avulla. Tutkimuksessa kirjattiin muistiinpanoja jokaisen viiden havainnointitilanteen aikana. Muistiinpanot kirjattiin vuorovaikutus- ja hoitotyön toiminnot lomakkeille kysymysten ja apuotsakkeiden alle. Lomakkeet suunniteltiin jo ennen havainnointien alkua havainnoitavien asioiden rajamiseksi. Lomakkeiden kysymykset ja apuotsakkeet luotiin tutkimuskysymysten pohjalta.

Tutkimusaineisto jaettiin analyysirunkoon havainnointilomakkeiden pohjalta kahteen suureen luokkaan; vuorovaikutus ja hoitotyön toiminnot. Kysymyksiä ja apuotsakkeita ei liitetty analyysirunkoon. Analyysirunko tehtiin numeraalisia keinoja apuna käyttäen, jotta saatiin selville, minkä verran asioita toteutui muun muassa hoitotyön toimintojen mittauksissa ja missä asioissa olisi eniten kehitettävää.

### 6.1 Vuorovaikutus

Hoitajat vastaanottivat asiakkaat heräämössä ystävällisesti ja tervehtien. Hoitajista kolme esitteli itsensä asiakkaille, kaksi hoitajista ei kertonut nimeään. Hoitajat olivat rauhallisia kohdatessaan asiakkaat heräämössä. He ottivat asiakkaisiin katsekontaktin ja hymyilivät hyväntahtoisesti. He puhuivat tilanteeseen sopivalla tavalla, lempeästi ja kiireettömästi.

Tutkimuksessa olleista hoitajista jokainen kertoi siirron aikana asiakkaille, mille osastolle he ovat menossa. Jokainen hoitaja myös mainitsi asiakkaiden huoneen numeron. Yksi hoitajista kertoi, milloin lääkärin kierto on ja mihin aikaan päivällinen tullaan tarjoilemaan. Kaksi hoitajista kertoi tarkemmin osaston tavoista muun muassa osaston vierailuajat ja sen, että kännykän ja tietokoneen käyttö on sallittua. Kaikki hoitajat puhuivat asiakkaille lempeästi ja osoittivat huomaavaisuutta kuunnellen asiakkaiden puheet tarkasti ja ymmärtäväisesti. Hoitajat antoivat asiakkaille aikaa puhua omista tunteistaan ja asioistaan. Osa hoitajista kysyi siirron päätteeksi, onko asiakkailla mitään kysyttävää.

Kaikki hoitajat puhuivat asiakkaille katsoen heitä silmiin keskittyneesti ja tarkasti kuunnellen. Kaikkien hoitajien oheisviestintä asiakkaita kohtaan oli arvostavaa ja kunnioittavaa. He toimivat siirtotilanteissa rauhanomaisesti kuljettaen sänkyä käytävillä vakaasti ja turvallisesti. Rauhalliset eleet osoittivat asiakkaille myötätuntoa ja kunnioitusta heidän mahdollista epä-mukavaa ja kivuliasta oloaan kohtaan.

Siirtotilanteet heräämöstä osastolle menivät sujuvasti ja rutiininomaisesti. Hoitajat toimivat tilanteissa ripeästi, mutta kiire tai hätiköinti eivät näkyneet hoitajien käytöksessä tai toiminnassa. Jokaisella hoitajalla oli aikaa kuunnella asiakkaiden kysymykset ja huolet. Hoitajien käytös asiakkaita kohtaan oli kunnioittavaa ja asiallista. Yksi hoitajista kertoi olevansa asiakkaan omahoitaja ja tulevansa paikalle, jos hän soittaa soittokelloa.

Monet asiakkaista kokivat huolta henkilökohtaisista tavaroistaan, onnekseen kaikki viisi hoitajaa kertoivat, että kaikki tavarat ovat tallessa ja mukana matkassa. Kaikki hoitajista varmistiivat asiakkailta myös sen, onko sillä hetkellä tarvetta esimerkiksi silmälaseille tai muille henkilökohtaisille tavaroille. Jokaisella hoitajalla oli tapana asettaa asiakkaiden henkilökohtaiset tavarat sängyn jalkopäähän kuljetuksen ajaksi. Yksi hoitajista kysyi asiakkaalta painaako tavarat hänen jalkojaan. Kolme hoitajista kertoi kaapin numeron, jonne laittoivat asiakkaiden tavarat.

Eräs hoitajista kysyi asiakkaalta, pelottiko leikkaus ja oliko hän saanut nukuttua leikkausta edeltävänä yönä. Yksi hoitajista kysyi jo hissimatalla, mikä on asiakkaan vointi. Yli puolet hoitajista kysyivät, onko asiakas ollut kyseisellä osastolla koskaan aikaisemmin. Kaksi hoitajista kysyi asiakkaiden ruoka-aineallergiat. Eräs hoitajista kysyi asiakkaalta hänen iltapalatoiveitaan. Yksi hoitajista kysyi asiakkaalta, haluaako hän kuunnella radiota ja ohjeisti samalla asiakkaalle sen käytön.

Kaksi hoitajista kehotti asiakkaita pitämään silmät auki matkalla heräämöstä vuodeosastolle. Vain toinen hoitajista selitti, miksi on hyvä pitää silmät auki nukutuksen jälkeen. Syyksi hoitaja kertoi pahoinvoinnin ehkäisyn. Ainoastaan yksi hoitajista kertoi syyn, miksi ensimmäiselle wc käynnille tulee pyytää hoitaja mukaan. Ensimmäistä kertaa nukutuksen jälkeen ylös noustessa voi huimata. Tämän vuoksi yksi hoitajista kehotti pitämään sängyn laidat ylhäällä ensimmäiseen wc käyntiin saakka. Yksi hoitajista kehotti juomaan mehua alkuun varovasti, jottei pahaolo yllätä.

## 6.2 Hoitotyön toiminnot

Kaikki hoitajat ottivat heräämön hoitajilta raportit vastaan ja allekirjoittivat anestesiakertomukset kellonaikoinen vastuun siirtymisen merkiksi. Yksi hoitajista kertoi heräämön hoitajalle lukeneensa jo etukäteen asiakkaasta tietoja potilastietojärjestelmästä. Kaksi hoitajista varmistivat asiakkaiden jatkolääkitykset osastolle kysymällä niistä heräämön hoitajilta. Yksi hoitajista varmisti asiakkaan kotilääkityksen. Kaksi hoitajista ei kysynyt mitään lisätietoja raporttiin liittyen.

Vuodeosastolla huoneissa ei ollut mitään mittausvälineistöä. Soittokellot eli hoitajien kutsukellot ja seinähappi olivat jokaisella potilaspaikalla valmiina. Hoitajat ottivat tarvittavat mittausvälineet mukaansa osaston käytävän varastosta. Kaikki hoitajat näyttivät asiakkaille, missä soittokellot sijaitsevat. Osa hoitajista ohjasi asiakkaita soittamaan soittokelloa silloin kun tulee wc-hätä ja osa taas ohjasi soittamaan soittokelloa wc-hädän ja minkä tahansa muun tarpeen tullessa. Kaikki hoitajat kuitenkin mainitsivat, että soittokelloa pitää soittaa, kun on menossa ensimmäisen kerran wc:hen. Osa hoitajista neuvoi soittokellon käytön tarkemmin kuin toiset. Tämä liittyi luultavasti myös siihen, että osa asiakkaista oli ollut ennenkin sairaalassa. Kukaan hoitajista ei kuitenkaan teetättänyt asiakkailta niin sanottuja koesoittoja varmistukseksi, että asiakkaat osaavat käyttää soittokelloa.

Kaksi hoitajista mittasi asiakkailta happisaturaatioarvot ja aloittivat sen perusteella lisähapen antamisen. Yksi hoitaja aloitti lisähapen annon mittaamatta asiakkaan happisaturaatioarvoa. Kaikki hoitajat mittasivat asiakkailta verenpaineet, neljä hoitajista mittasi asiakkaiden sykkeet automaattisella verenpainemittarilla. Yksi hoitajista myös palpoi asiakkaan sykkeen ranteesta. Kolme hoitajista mittasi asiakkaiden ruumiinlämmöt korvakuumemittarilla.

Kaikki hoitajat tarkistivat asiakkaiden haavasidosten kunnon, kaksi hoitajista teki sen jo he-  
räämössä ennen siirtymistä vuodeosastolle. Kaksi hoitajista palpoo asiakkaiden vatsat ja toi-  
nen heistä kysyi asiakkaalta, aiheuttaako palpoiminen kipua. Yksi hoitajista kertoi asiak-  
kaalle, miten nousta istumaan oikein kolekystektomian jälkeen ja painotti, ettei yksin saa  
nousta. Yksi hoitaja neuvoi asiakasta kääntymään kyljen kautta, jotta haavat eivät repeä ja  
tule tyrää. Yksi hoitaja kertoi asiakkaalle neuvovansa oikean nousutekniikan ensimmäisen wc-  
käynnin yhteydessä. Kyseinen hoitaja kuitenkin mainitsi asiakkaalle oikean nousutekniikan ta-  
pahtuvan kyljen kautta, jottei vatsalihakset jännity eikä muodostu pullistumia tai tyriä. Kaksi  
hoitajista ei maininnut ylösnousutekniikasta mitään asiakkaille siirtotilanteissa.

Kaikki hoitajat kysyivät asiakkaiden kivuista. Yksi asiakas tarvitsi kipulääkettä. Hoitaja haki  
kipulääkkeen heti ja kertoi asiakkaalle lääkkeen nimen, vaikutusajan ja vahvuuden. Kolme  
hoitajista kysyi, onko asiakkailla pahoinvointia.

## 7 Pohdinta

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa oli selvää, että haluamme tehdä käytännönläheisen työn.  
Käytännönläheisellä työllä tarkoitamme sitä, että halusimme konkreettisesti olla terveyden-  
huollon ympäristössä mukana, ja nähdä itse mitä hoitotyössä tapahtuu. Tämän ajatuksen poh-  
jalta aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui havainnointi.

Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä ei ollutkaan niin yksinkertainen kuin aluksi ajatte-  
limme. Havainnointi osoittautui haasteelliseksi, koska monien epäonnien kautta saimme suun-  
nitellusta kahdeksasta havainnointimäärästä vain viisi havainnointitilannetta. Kolekystekto-  
mia-asiakkaita oli työmme aikana normaalia vähemmän, yhdestä neljään kuukaudessa. Joulun  
ja vuodenvaihteen aikana kolekystektomioita ei ollut yhtään. Emme luonnollisesti päässeet  
jokaiseen hoitotilanteeseen mukaan omien menojemme vuoksi. Havainnoinnit vähentyivät  
myös sen vuoksi, koska kolme asiakasta ei antanut tutkimuslupaa ja kahdessa tapauksessa asi-  
akkaat eivät siirtyneetkään osastolle. Yhden kerran tapahtui myös niin, että kaksi hoitajaa  
lähtivät samaan aikaan hakemaan kolekystektomia-asiakkaita, joten otannaksi saatiin vain yh-  
den asiakkaan siirtotilanne. Joitakin kertoja kävi niin, että asiakkaan leikkausajankohta myö-  
hästy usealla tunnilla ja hän olisi saapunut osastolle vasta yöaikaan. Autolla ajoa saattoi siis  
tulla tutkijoille yhteensä noin 300 kilometriä sairaalaan eikä yhtään otantaa välttämättä saatu  
edellä mainittujen syiden vuoksi.

Aloitimme havainnoinnit 2018 vuoden marraskuussa ja tavoitteena oli saada havainnoinnit  
tehtyä joulun mennessä. Tutkimusluvan kanssa tuli kuitenkin useasti ongelmia ja jouduimme  
hakemaan jatkoa tutkimuslualle yhteensä neljä kertaa. Ensimmäinen hakemus oli ajalle  
14.11-1.12.2018. Hakemuksen käsittelyyn kului lähes kuukausi. Toinen lupa haettiin 25.1.2019  
asti. Kolmas hakemus lähetettiin 4.2.2019 ja sen oli tarkoitus olla viimeinen. Osastonhoita-  
jalta kuulimme, että hakemus oli kuitenkin jäänyt tarkistamatta ja lupa hyväksyttiin vasta yli

kuukauden jälkeen, 12.3.2019. Asiasta laitettiin useita viestejä tutkimusluvan vastaanottajille, mutta vasta osastonhoitajan kautta asia selvisi. Neljäs hakemus tehtiin kolmannen hakemuksen käsittelyn viivästyessä 30.6.2019 asti. Tutkimuslupien hakuprosessin koimme työlääksi ja hankalaksi myös sen vuoksi, että lupiin tuli liittää useita erilaisia liitetiedostoja. Pitkät ja ennalta-arvaamattomat käsittelyajat tuottivat ongelmia.

Havainnoinnin rajaamisessa onnistuimme mielestämme hyvin. Havainnointilomakkeet olivat valmiina ennen havainnointien alkua eivätkä havainnointien sisällöt näin ollen laajenneet hallitsemattomasti. Tilannetta auttoi myös se, että havainnoitava tilanne kesti vain noin 15 minuuttia kerrallaan. Aikaa oli riittävästi saamaan vastaukset etsimiimme asioihin ja näin ollen koimme havainnointilomakkeiden suunnittelun onnistuneen. Ainoa asia, jossa koimme puutteita, oli havainnointilomakkeen raportointiosuus. Emme havainnoineet heräämön hoitajia, keskityimme ainoastaan siihen kuinka kirurgisen vuodeosaston hoitajat vastaanottavat raportin. Ymmärsimme vasta myöhemmin, että olisimme tarvinneet heräämön hoitajilta tutkimusluvat, jotta olisimme voineet havainnoida raportointia laajemmin.

Osastolla kului lähes kolmekymmentä tuntia havainnointien yhteydessä. Menimme osastolle odottamaan leikkauksesta saapuvaa asiakasta. Osastonhoitaja arvioi ajan, jolloin asiakas oli mahdollisesti siirrettävissä heräämöstä vuodeosastolle. Usein asiakkaat olivat heräämöstä siirtovalmiita vasta useamman tunnin kuluttua saapumisestamme. Saimme sairaalalta lainaksi työvaatteet, joita käytimme nimikylteillä varustettuina. Ilmapiiri osastolla oli hyvä ja meidät otettiin osastolla hyvin vastaan. Havainnointiin osallistuvat hoitajat ottivat meidän pääosin hyvin vastaan. Kaikki osaston hoitajat eivät tienneet etukäteen tutkimuksestamme, vaikka osastonhoitaja oli kertomansa mukaan heitä informoinut sähköpostitse. Kukaan hoitajista ei kieltäytynyt osallistumasta tutkimukseen. Kaikki asiakkaat ottivat meidät hyvin vastaan, eivätkä vaikuttaneet kiusaantuneilta läsnäolostamme. Kiitimme kaikkia tutkimukseen osallistuneita.

Yhteistyömme opinnäytetyötä tehdessä sujui hyvin. Jaoimme kirjoitettavia teoriaosuuksia, mutta täydensimme toistemme tekstiä tarvittaessa. Olimme molemmat alusta asti motivoituneita työn tekemiseen ja innoissamme tulevista havainnoinneista. Työmme aikana koimme, että havainnointien osalta olimme todella huono-onnisia. Tilanne turhautti meitä, sillä pelkäsimme, ettei opinnäytetyö etene vähäisen otannan vuoksi. Saimme vain viisi havainnointia toteutettua, mutta tulimme osastonhoitajan kanssa siihen lopputulokseen, että se on riittävä otanta. Päätökseen havainnointien riittävydestä vaikutti myös se, että isoimmat eroavaisuudet siirtotilanteista oli jo saatu ja ne esiintyivät pääasiassa hoitotyön toimintojen osa-alueilla. Havainnoinnit ja tulokset julkaisimme osaston solu 2:lle, josta pyysimme myös palautetta kyselylomakkeen kautta (Liite 9).



Työstä on pyydetty palautetta ohjaavalta opettajalta ja työtä on muokattu saadun palautteen perusteella. Myös toimeksiantajan kanssa on keskusteltu työstä sen eri vaiheissa. Aluksi suunnittelimme työlle nimeksi heräämöstä siirrettävän kolekystiitti asiakkaan vastaanoton sujuvuus kirurgiselle vuodeosastolle. Osastonhoitaja kuitenkin koki nimen huonoksi asiakasryhmälle, jota havainnoimme. Kolekystiitti muutettiin kolekystektomiaksi, sillä kaikki asiakkaat olivat olleet sappirakon poistoleikkauksessa.

## 7.1 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia havainnoinnin kautta, kuinka asiakas vastaanotetaan kirurgiselle vuodeosastolle ja saako hän kaiken tarvitsemansa tiedon siirtotilanteessa. Tarkoitus oli myös asettua asiakkaan rooliin pohtien, kuinka psyykinen tukeminen ja yksilöllinen huomiointi toteutuvat. Havainnoinnin kohteena olivat myös hoitotyön toiminnot siltä osin, kuinka vaaditut toimenpiteet toteutuvat.

Havainnoidessamme vuorovaikutusta pystyimme näkemään osaston tietyt rutiinit ja tavat, jotka toistuivat useimmissa siirtotilanteissa. Hoitotyön toimintojen osalta havaitsimme asiakkaan vastaanottotilanteessa muutamia puutteita. Koemme kuitenkin kyseisten puutteiden korjaamisen olevan helppoa yhtenäisillä käytännöillä.

### 7.1.1 Vuorovaikutus

Osaston hoitajien käytös ja kommunikointi olivat kunnioittavaa ja kohteliasta jokaista asiakasta kohtaan. Kiire tai hätiköinti eivät näkyneet hoitajien toiminnassa. Jokainen hoitaja loi rauhallisen ilmapiirin asiakkaat kohdatessaan puhuen heille verkkaisesti ja lempeästi. Asiakkaille välittyi hyvä ilmapiiri hoitajien äänensävyä kautta. Mielestämme asiakkaat saivat kokea, että heistä välitetään ja huolehditaan. Mäkisalo-Ropponen (2011, 167-168) kirjoittaa, että hoitajan on osattava eläytyä asiakkaan tilanteeseen ja tunteeseen. Saimme vaikutelman, että hoitajat huomioivat nukutuksesta heränneiden asiakkaiden tilan todella hyvin ja kunnioittavasti.

Lämpö ja huomioiminen välittyivät asiakkaille hoitajien hymyn ja eleiden kautta. Eleet, katseet ja ilmeet ovat sanaton viestintää, mitkä havaitaan nopeammin kuin puhe (Rantala 2012, 34). Hoitajien sanaton viestintä kertoi asiakkaille välittämisestä ja arvostuksesta. Hoitajat toimivat hienotunteisesti, kuljettivat sänkyä käytävillä rauhallisesti ja antoivat asiakkaille mahdollisuuden puhua ja kertoa tunteistaan. Hoitajat olivat tilanteessa läsnä asiakkaille.

Asiakkaat kohdatessaan osa hoitajista ei kertonut omaa nimeään. Asiakkaiden näkökulmasta kokisimme, että ainakin etunimen esittely luo turvallisuuden tunnetta. Asiakkaan olo voi olla epävarma, kivulias ja pahoinvoiva. Hoitaja, joka esittelee itsensä nimellä herättää luottamusta ja osoittaa kunnioitusta sekä itseään että asiakasta kohtaan. Heräämöstä asiakkaan haakeva hoitaja on usein myös asiakkaan omahoitaja osastolla. Olisikin tärkeää, että asiakkaalle

tulisi jo heti alussa tutuksi häntä hoitava henkilökunta. Luottamuksen synnyttyä asiakkaan on myös helpompi ottaa asioita puheeksi tai kysyä hoidollisia asioita hoitajilta.

Osastolle mennessä jokainen hoitaja haki varastohuoneesta mittaustarvikkeita, muun muassa verenpainemansetin, korvakuuemitin ja happisaturaatiomittarin. Asiakas jäi yksin sängyyn odottamaan käytävän varrelle. Joskus kävi niin, että hoitaja ei löytänyt heti tarvitsemaansa välinettä ja joutui etsimään sitä toisesta huoneesta. Koimme tilanteen epämuakavaksi asiakkaalle ottaen huomioon leikkauksen ja nukutuksen jälkeisen olotilan.

Pohdimme eettisestä näkökulmasta sitä, että jotkut asiakkaista sai enemmän informaatiota leikkauksen jälkeisestä tilasta kuin toiset. Rantalan (2012, 39) sanojen mukaan asiakkaille on annettava tietoa lääketieteellisistä asioista ja sairaudesta. Ohjeistus ensimmäisen kerran sängystä ylösnousemiseen jäi myös osalla hoitajista puutteelliseksi. Toiset hoitajista kertoivat, että yksin ei saa nousta ja syyksi, että nukutuksen jälkeen voi herkästi alkaa huimata ja pyöryttää. Osa hoitajista taas kehotti asiakkaita soittamaan kelloa, kun nousevat ensimmäisen kerran sängystä, asiaa kuitenkin perustelematta. Mielestämme asia tulisi selventää jokaisen asiakkaan kohdalla, miksi sängystä ei tule nousta yksin ensimmäisellä kerralla. Asiasta kertomatta jättäminen voi aiheuttaa riskin siihen, että asiakkaat nousevat tietämättömyyttään yksin ylös vuoteesta.

Tiedonjaossa tuntui olevan suurta vaihtelevuutta hoitajien kesken. Vain osa hoitajista ohjeisti, että sängystä nousu leikkauksen jälkeen tulee tapahtua kyljen kautta. Toiset hoitajat jäivät katsomaan ja tarvittaessa ohjaamaan, että kyljen kautta nousu onnistui. Toiset asiakkaat jäivät vaille tärkeää tietoa. Mielestämme asia olisi erittäin tärkeä kertoa jokaiselle asiakkaalle, koska kyljen kautta nouseminen vähentää leikkausalueen venytystä ja ennaltaehkäisee pullistumia ja tyriä.

#### 7.1.2 Hoitotyön toiminnot

Karma ym. (2016, 194) mukaan asiakkaan vastaanottavan sairaanhoitajan vastuulla on päättää, milloin hän on saanut kaiken tarvitsemansa tiedon heräämön hoitajan antamasta raportista. Tässä tutkimuksessa yli puolet vuodeosaston hoitajista halusi vielä varmistaa raporttien jälkeen joitakin asiakkaan lääkitykseen liittyviä asioita. Kaikki hoitajat kuuntelivat raportit ja allekirjoittivat anestesiakertomukset vastuun siirtymisen merkiksi. Raportin jälkeen hoitajat saivat anestesiakertomuksien kopiot mukaansa osastolle, josta pystyivät vielä tarkistamaan asioita myöhemmin. Tässä tutkimuksessa ei havainnoitu heräämön hoitajia, joten raporteista ei ole mainittu heidän kertomiaan asioita.

Lukkarinen ym. (2012, 32-33) ovat luoneet siirtokriteerit, joita tulisi tarkkailla suunniteltaessa asiakkaan siirtoa heräämöstä vuodeosastolle. Siirtokriteereissä on yhdeksän tarkkailtavaa asiaa asiakkaan voinnista ja elintoiminnoista. Samojen siirtokriteereiden käyttöön ohjataan

myös hoitajia vuodeosastolla. Tarkkailtavia asioita ovat hengitys, verenkierto, tajunta, ruumiinlämpö, virtsaneritys, liike, haavaeritys, pahoinvointi ja kipu. (Karma ym. 2016, 194-196.)

Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajilla ei ole yhtenäistä toimintamallia edellä mainittuihin tarkkailtaviin asioihin liittyen. Tämän työn kappaleessa 4.4 on käsitelty tarkemmin keinoja asiakkaan postoperatiiviseen tarkkailuun vuodeosastolla. Hoitajien toimintaa yhdisti kuitenkin se, että potilashuoneeseen tullessa kaikki heistä mittasivat asiakkaiden verenpaineet, kysyivät kivuista ja ohjasivat soittamaan soittokelloa, kun tulee wc-hätä. Hengitystä, tajuntaa ja liikettä voidaan tarkkailla myös ilman selviä mittaustoimintoja. Näin ollen hoitajat ovat varmasti tarkkailleet myös sellaisia asioita, joita emme tutkijoina ole huomanneet.

Tutkimuksessa kaikki hoitajat eivät mitanneet happisaturaatioarvoja tai ruumiinlämpöjä asiakkailta. Yllättävää oli etenkin kerran tapahtunut lisähapen antaminen ilman happisaturaatioarvon mittaamista. Ahonen ym. (2016, 111) mukaan hoitajan tehtävänä on seurata asiakkaan hapettumista happisaturaatiomittarilla ja antaa tarvittaessa lisähapetta anestesia- ja hengityslääkärin ohjeiden mukaan. Hengitysfrekvenssi tulisi laskea heti vuodeosaston potilashuoneeseen saapuessa. Kaikki hoitajat mittasivat asiakkaiden verenpaineet ja sykkeet automaattimittarilla. Sykettä ja verenpainetta tulisi tarkkailla 15-30 minuutin välein leikkauksen jälkeen (Ahonen ym. 2016, 111).

Asiakkaan tajunnantason seuranta on tärkeää ja nukutuksen jälkeen uneliaisuus, ahdistuneisuus ja levottomuus ovat mahdollisia. Niille altistavat pitkä anestesia, verensokerin häiriöt, kipu ja rakon venyminen. Lihastoimintaa ja liikettä arvioidaan etenkin puudutetuilla asiakkailla ja lihastoiminnan seurannalla saadaan tietoa lääkaineiden poistumisesta. (Ahonen ym. 2016, 112.) Hoitajat olivat paljon puhekontakteissa asiakkaiden kanssa, joten ajattelemmekin hoitajien seuranneen asiakkaiden tajunnantasoja ja liikkeitä samalla.

Ruumiinlämmön seuraaminen on tärkeää vuodeosastolla, sillä alilämpöisyys saattaa pitkittää leikkauksesta toipumista ja aiheuttaa komplikaatioita. Tärinä voi olla yksi komplikaatioista. Tärinä lisää hapentarvetta jopa 300-400 %. Alilämpö voi aiheuttaa myös rytmihäiriötä, verenpaineen muutoksia ja sykkeen laskua. Tärinää ja alilämpöä voidaan helpottaa avaruuslakanan käytöllä tai lääkkeellisesti. (Ahonen ym. 2016, 112.) Kolme tutkimukseen osallistuneista hoitajista mittasi asiakkaiden ruumiinlämmöt korvakuumemittarilla.

Kolekystektomia-asiakkaat, joille leikkaus on tehty laparaskoopisesti, kotiutuvat välillä jo samana päivänä. Yksi kotiutumiskriteeri on se, että asiakkaan on saatava virtsattua spontaanisti. Leikkauksen jälkeen yksi hoitajan tehtävistä on seurata asiakkaan virtsaamisen onnistumista. Anestesia- ja kipulääkkeet yhdistettynä vuoteessa makaamiseen altistavat virtsaamiseen liittyville ongelmille. (Ahonen ym. 2016, 113, 130-131.) Kaikki hoitajat kehottivat asia-

kaita soittamaan kelloa, kun wc-hätä tulee. Näin hoitajat pystyivät varmistamaan turvallisuuden ensimmäisessä ylösnousemisessa tekniikan suhteen, varmistamaan liikkumisen vakauden nukutuksen jälkeen ja seuraamaan asiakkaiden virtsaneritystä.

Kaikki hoitajat katsoivat asiakkaiden haavasidokset, mutta kaksi hoitajista teki sen jo heräämössä ennen siirtoa. Heräämössä asiakkaat ovat olleet makuuasennossa samassa vuoteessa useamman tunnin ajan. Kun asiakkaita lähdetään kuljettamaan sairaalasängyllä eri osastolle, he saattavat jännittyä psyykkisesti ja fyysisesti. Vaikka hoitajat kuljettivat asiakkaita rauhallisesti, niin asiakkaat ovat saattaneet silti jännittää vartaloitaan tai liikkua vuoteessa matkan aikana. Ajatteleminen sen mahdollisesti lisäävän haavan tai haavojen vuotoriskiä ja tämän vuoksi pidämme tärkeänä sitä, että haavasidokset tarkistetaan vasta vuodeosastolla potilas-huoneessa siirron jälkeen. Myös Ahonen ym. (2016, 110) mainitsee, että hoitajan tehtävä on tarkistaa asiakkaan haavasidokset osastolle tultaessa.

Asiakkaiden postoperatiivinen pahoinvointi liittyy usein liikkumiseen tai liikuttamiseen. Hoitajien tehtävänä on seurata asiakkaiden pahoinvoinnin määrää ja ilmenemistä. Pahoinvointi voi aiheuttaa verenpaineen nousua tai oksentelua ja molempien riskinä on leikkaushaavojen aukeaminen. (Ahonen ym. 2016, 114.) Yli puolet hoitajista kysyivät asiakkaiden pahoinvoinnista. Kaikille hoitajille oli selvää kysyä asiakkaiden kivuista ja antaa heti tarvittaessa kipulääkettä. Vuodeosaston hoitajat saivat raportilla heräämön hoitajilta lääkärin määräämät ohjeistukset lääkehoitoon.

Vatsanalueen leikkauksen jälkeen on tärkeää kiinnittää huomiota oikeaan ylösnousutekniikkaan. Yli puolet hoitajista kertoivat asiakkaille jo siirtotilanteessa, kuinka oikeaoppinen ylösnousu toteutetaan. Kaksi heistä perusteli, miksi. Vain yksi asiakkaista halusi nousta ylös heti siirtotilanteessa. Näin ollen on mahdollista, että osa hoitajista ohjasi oikean ylösnousutekniikan myöhemmin asiakkaiden halutessa nousta ylös wc:hen.

Oikeaoppinen ylösnousu vatsanalueen leikkauksen jälkeen tapahtuu kyljen kautta avustuen nousua käsillä vartalon etupuolelta. Polvet pidetään koukussa ja jalat viedään vuoteen reunan yli samalla kun istumaan nousua avustetaan käsin. Oikea ylösnousutekniikka estää tyrien muodostumista ja leikkaushaavojen repeämistä. (Ahonen ym. 2016, 106.)

Kaksi hoitajista palpoi asiakkaiden vatsat ja toinen hoitajista kysyi samalla, sattuuko asiakasta palpoinnista. Jäimme pohtimaan mistä syystä hoitajat palpoivat asiakkaiden vatsat, sillä emme löytäneet vatsaoperoidun tai kolekystektomia-asiakkaan leikkauksen jälkeisestä vatsan kliinisestä tutkimuksesta mitään tietoa. Ahonen ym. (2016, 524) kertovat kappaleessa äkillisen vatsakivun tutkiminen, että pinkeä ja pullea vatsa voi olla merkki nesteestä tai verestä vatsassa. Hoitajat ovat siis mahdollisesti halunneet tarkistaa, onko leikkauksen yhteydessä tullut verenvuotoa vatsaan. Pidämme myös mahdollisena, että palpaatio on tapahtunut virtsarakon koon tunnustelemiseksi.

## 7.2 Kehittämisideat

Osastolla ei tällä hetkellä tai viime aikoina ole ollut käytössä ohjetta, kuinka vastaanottaa asiakas kirurgiselle vuodeosastolle. Hoitajien toiminnoissa oli joitakin eroavaisuuksia. Tärkeitä mittauksia ja ohjeistuksia jäi osittain toteuttamatta. Mielestämme olisi hyvä, jos osastolla olisi yksi yhteinen ohjeistus asiakkaan vastaanottotilanteeseen. Ohje sisältäisi vastaanottotilanteessa tehtävät mittaukset ja ohjeistukset, jotka asiakkaalle on kerrottava. Ohjeen noudattamisella osasto välttyisi myös siltä, että toiset asiakkaat jäävät eriarvoiseen asemaan saadessaan liian vähän tai ei ollenkaan mittauksia tai sairauteensa liittyviä ohjeistuksia.

Leikkauksen jälkeinen oikea ylös nousutekniikka tulisi myös ohjeistaa vuodeosastolle saavuttaessa. Asiakkaille on myös tärkeä muistuttaa, että nukutus voi aiheuttaa huimausta, joten yksin ei tule nousta ensimmäistä kertaa. Monet asiakkaat saattavat nousta yksinään sängystä hoitajan poistuttua potilashuoneesta, jos heille ei tarkenna mikä on kiellon syy.

Osaston potilashuoneissa ei ollut valmiina mittausvälineistöä, joten hoitajat ottivat tarpeelliseksi katsomansa välineet mukaansa osaston käytävän komerosta. Asiakkaat joutuivat sen ajan odottamaan osaston käytävällä. Aika ei yleensä ollut pitkä, alle minuutin. Tämä ei mielestämme ollut toimiva toimintamalli, ajatellen asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia. Asiakkaat saattavat kokea lyhyessäkin ajassa pelkoa ja turvattomuuden tunnetta yksin meluisella käytävällä hoitajaa odottaessaan. Ehdotamme asian ratkaisuksi, että vastaisuudessa osastolle tehdään useampi ”varustekori”. Varustekori sisältäisi postoperatiivisten asiakkaiden tarkkailuun tarvittavat välineet, eli verenpainemittarin, happisaturaatiomittarin, kuumemittarin ja mahdollisesti sitruunatikkuja suun kostuttamiseen pahoinvoiville asiakkaille. Varustekori voisi olla valmiina käytävän varastossa, jolloin pelkän korin ottamiseen kuluisi vähemmän aikaa kuin erillisten tarvikkeiden keräämiseen. Vielä parempi vaihtoehto olisi, jos korin voisi viedä valmiiksi potilashuoneeseen. Hoitajat tiesivät aina etukäteen, montako asiakasta osastolle on tulossa ja minne huoneisiin asiakkaat tulevat.

Jäimme myös pohtimaan, osaavatko kaikki asiakkaat käyttää soittokelloa vain kertomalla heille soittokellon sijainnin ja napin. Toinen tutkijoista on ollut työharjoittelussa kirurgisella vuodeosastolla, jossa kaikkia asiakkaita kehoitettiin tekemään koesoitto soittokellolla. Paikalla ollut hoitaja sai heti kuitattua hälytyksen potilashuoneen seinästä pois. Tilanteissa kävi ilmi, että todella monella asiakkaalla oli vaikeuksia saada edes painettua soittokellon hälytysnappia pohjaan. Ehdotamme osaston harkitsevan kyseisen keinon käyttöönottoa. Asiakkaat voivat olla vielä lääkkeitä ja toimenpiteestä väsyneitä osastolle tullessa. Tällöin muisti ei välttämättä toimi kuten yleensä. Myös vieras ympäristö voi lisätä epävarmuutta. Asiakkaiden turvallisuudentunne saattaisi lisääntyä, kun he näkevät osaavansa hälyttää soittokellolla apua itselleen.

### 7.3 Ohje osastolle

Opinnäytetyön tuloksien pohjalta meille syntyi idea, että osasto voisi hyötyä kirjallisesta ohjeesta asiakkaan vastaanottotilannetta koskien (Liite 8). Ohje voisi olla esimerkiksi hoitajien huoneen seinällä muistuttamassa keskeisistä asioista, kun potilas saapuu osastolle. Ohjeessa on myös tilaa muistiinpanoille. Tällä hetkellä osastolla ei ole käytössä ohjeistusta asiakkaan vastaanottotilanteesta. Ohje voisi olla joko yleisesti seinällä muistiohjeena tai jokaiselle asiakkaalle voisi tulostaa oman ohjeen. Tällöin esimerkiksi vuoronvaihtotilanne saattaa helpotua, kun edellinen hoitaja voi merkitä lomakkeelle mitä toimia on tehnyt ja mitä seuraavan hoitajan pitää vielä tehdä. Ohjeen avulla varmistettaisiin myös sitä, että kaikki asiakkaat saivat tasapuolista hoitoa.

Ohjeessa kehoitetaan kysymään asiakkaalta kivusta ja pahoinvoinnista ja tarvittaessa hoitamaan niitä. Ohje muistuttaa myös arvioimaan lääkityksen tehoa kipuun ja pahoinvointiin. Kaikki leikkauksen jälkeen vaadittavat mittaukset ja tutkittavat asiat ovat ohjelista. Niitä ovat happisaturaation mittaaminen, hengitysfrekvenssin laskeminen, verenpaineen mittaaminen, lämmön mittaaminen, virtsanerityksen seuraaminen, haavasidosten tarkkaileminen, dreenerityksen seuraaminen, asiakkaan liikkumisen tarkkaileminen ja puudutettujen asiakkaiden tunnon palautumisen seuraaminen.

Asiakkaalle annettavasta ohjauksesta on mainittu oikea ylösnoyuteknikka, yksin nousemisen riskit ja soittokellon käyttö koesoittoineen. Ohjeessa on muistutettu siitä, että asiakkaalle tulisi perustella annetut ohjeet. Ohjeessa muistutetaan myös siitä, että asiakkaan tarkkailun avulla pyritään ennakoimaan asiakkaan voinnissa tapahtuvia muutoksia. Osasto saa muokata ohjetta haluamallaan tavalla, jos päättää ottaa sen käyttöön.

### 7.4 Palaute osastolta

Kirurgian vuodeosastolle solu kahden hoitajille toimitettiin luettavaksi tämän opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset. Samalla vietiin palautekyselylomake (Liite 9). Palautekyselylomakkeessa kysyimme, kuinka hoitaja koki havainnointitilanteen. Havainnointituloksien osalta tiedustelimme, voiko yksikkö hyödyntää analysointituloksia. Pyysimme myös kertomaan, tuliko tuloksissa esille jotain yllättävää. Palautelomakkeet olivat osastolla viikon verran, vastauksia saimme yhteensä neljä.

#### 1. Miten koit tutkijoiden läsnäolon osastolla ja asiakastilanteissa?

*“Ahdistavana. Koin myös havainnoinnin hieman epärealistisena/yksipuoleisena, sillä siinä katsottiin vain se hetki, eikä muuta ohjausta, jota tapahtuu runsaasti osastolle saapumisen jälkeisinä tunteina. Itse esimerkiksi hoidan hengitysfrekvenssin laskemisen alkuinfon jälkeen, verhon takaa seuraten, ettei seuranta vaikuta lukemaan.”*

*“Alussa kiusalliselta, sillä tutkija ei esitellyt itseään ja rooliaan potilaalle; oli taka-alalla ja kirjoitti muistiinpanojaan. Vaikka hoitaja kertoi potilaalle opiskelijan läsnäolosta, niin silti hän olisi voinut itse esitellä itsensä paremmin.”*

*“Tutkijoiden läsnäolo ei ollut ainakaan häiritsevää.”*

## 2. Millä tavoin yksikkönne voi hyödyntää analysointituloksia?

*“Yhteneväiset käytännöt potilaan tullessa osastolle helpottaa tavallaan jatkohoitoa esimerkiksi seuraavan vuoron hoitajaa, sillä hän “tietää”, että potilas ei esimerkiksi pyri yksin ylös vuoteesta (mikäli potilas on orientti).*

*“Aina voi oppia näistä havainnoinneista, joita tutkijat tekivät. Itsekin täytyy terästäytyä ja muistaa kertoa oma nimensä.”*

*“Valmiiksi varustettu kori itsessään hyvä idea. Sairaalaohjeissa on kielto, ettei saa huoneisiin viedä ylimääräistä tavaraa infektioriskin vuoksi.”*

*“Kertakäyttöiset RR-mansetit ovat eri pituisia, joten siksi täytyy ensin tavata potilas ennen kuin mansetit viedään huoneeseen.”*

*“Uusille ja perehtyville sekä muistinvirkistämiseksi vanhoillekin voisi olla hyvä joku ns. check-lista leikkauspotilaan tarkkailusta/ohjeistuksista toimenpiteen jälkeen.”*

## 3. Tuliko tuloksissa esille jotain yllättävää?

*“Ei juurikaan. Haavat tulisi tarkistaa sekä heräämössä että osastolle tultua, jotta tiedetään jos matkan aikana on alkanut massiivivuoto. Potilaat osastolle tullessaan opinnäytetyöntekijöiden mielestä hieman “pölyssä”, eivät välttämättä osaa esimerkiksi käyttää soittokelloa, ja tämä on juuri se syy, miksi ylösnousutekniikkaa on aivan turha ohjata osastolle tullessa, ellei potilas halua nousta heti ylös. Hereillä oleva potilas osaa kertoa onko kylmä/paleltaa, jolloin asiaan voidaan reagoida. Lämpö mitataan muutoin useampi tunti leikkauksen jälkeen.”*

*“Yllättävää, että sellaiseen asiaan kuin silmien auki pitämiseen heräämöstä tullessa nostettiin “Isoksi” asiaksi. Itse ainakin jututan potilasta matkan ajan, joten silmät pysyvät kyllä auki.”*

## 7.5 Etiikka ja luotettavuus

Sairaanhoitajien tulee edistää asiakkaiden hyvää oloa ja kohdata heidät yksilöinä pyrkien parantamaan heidän elämänlaatuun. Sairaanhoitajien tulee kunnioittaa asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja pitää salassa asiakkaiden luottamukselliset tiedot. Sairaanhoitajien tulee kunnioittaa oman ja muiden ammattiryhmien asiantuntijuutta. (Sairaanhoitajat 2014.)

Tutkimuksemme perustui täysin tutkittavien vapaaehtoisuuteen ja suostumukseen. Asiakkailta pyydettiin suullinen tutkimuslupa LEIKO-yksiköstä puhelun yhteydessä yhdestä kolmeen vuorokautta ennen tutkimusta ja kirjallisen luvan asiakkaat allekirjoittivat LEIKO-osastolla juuri ennen leikkausta. LEIKO eli leikkaukseen kotoa on osasto, johon asiakkaat menevät suoraan kodeistaan leikkauspäivänä valmistautumaan leikkaukseen. Kirurgisen vuodeosaston hoitajat saivat tiedon tutkimuksesta osastonhoitajalta ja he kirjoittivat kirjallisen suostumuksen juuri havainnointitilannetta ennen tai sen jälkeen. Kirjallisessa suostumuksessa kerrottiin tutkimuksesta ja se oli identtinen sekä asiakkaille että hoitajille (Liite 3).

Jokainen havainnoinnissa ollut asiakas ja hoitaja pysyivät tutkimuksessa anonyymina. Tutkimukseen osallistuvilla oli oikeus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa ja he saavat halutessaan tietoa tutkimustuloksista. (Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 29.10.1999/986, 3§.) Toimintamme oli luottamuksellista ja toimimme HUS:n ohjeistuksen mukaan lupa-asioidissa. Haimme kaikki vaaditut tutkimusluvut asianmukaisesti HUS Hyvinkään sairaalalta Tutkijan työpöytä -ohjelman kautta. Allekirjoitimme myös vaitiolovelvollisuuslomakkeet jo opinäytetyön suunnitteluvaiheessa keväällä 2018. Allekirjoitimme kyseiset lomakkeet uudestaan ensimmäistä tutkimuslupaa hakiessamme ja liitimme ne tutkimuslupahakemukseen. Meille on tutkijoina ollut alusta asti selvää kunnioittaa asiakkaiden ja myös hoitajien anonyymiyttä ja pitää heitä koskevat tiedot salassa.

Havainnoinnissa on aina riskinä, että havainnoitsijoiden läsnäolo vaikuttaa tutkittavien toimintatapoihin. Havainnoidessamme pysyimme hieman sivummassa emmekä esittäneet kysymyksiä, täytimme vain omia havainnointilomakkeitamme. Pyrimme olemaan havainnointitilanteissa mahdollisimman neutraalisti, jotta ammattilaisilla oli mahdollisuus tehdä työnsä kuten yleensäkin ja tutkimuksen tulos olisi luotettava. Havainnointimme ei ollut piilohavainnointia, sillä se olisi ollut eettisesti epäilyttävää.

Tutkimustilanteissa kohtelimme sekä asiakkaita että hoitajia kunnioittavasti ja kiitimme heitä osallistumisesta tutkimukseen. Havainnoinnin aikana olimme puolueettomia ja oikeudenmukaisia. Kunnioitimme ja suojelimme tutkimusyhteisöä, emmekä puhuneet tai kirjanneet heistä loukkaavasti. Tutkiessamme emme raportoineet hoitotyön toimintoja omien mielipiteidemme kautta, vaan vertailimme toteutuneita toimintoja tutkitun teorian kautta.



Tutkimuksen aikana noudatimme tieteellisen käytännön periaatteita. Olimme tutkimuksessa rehellisiä, huolellisia ja tarkkoja tutkimusta tehdessä, tuloksia kirjatessa ja niitä arvioidessa. Tallensimme kirjaamamme raportit ja tulokset tieteellisten tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimusyksikössä ollessamme noudatimme heidän toimintatapojaan ja käytäntöjään. Tutkimuslupa oli hankittu ohjeen mukaan ennen tutkimuksen alkua. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Osa hoitajista koki läsnäolomme ja havainnointitilanteet ahdistaviksi tai kiusallisiksi. Eräs hoitaja koki havainnointitilanteen lyhyen ajan epäreiluksi. Osa hoitajista mainitsi, että ohjausta tapahtuu useassa eri osassa osastolle saapumisen jälkeen. Kaikki hoitajat eivät siis toteuta asiakkaan kaikkia ohjauksia vastaanottotilanteessa. Pohdimme itsekin, että asiakasta ohjataan osastolla varmasti useaan kertaan päivän aikana ja joku hoitajista voi esimerkiksi ohjeistaa ylönousutekniikan siinä vaiheessa, kun asiakas on itse halukas nousemaan jalkeille. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuitenkin vertailla konkreettista toimintaa tutkitun teorian pohjalta. Ahonen ym. (2016, 110) mainitsevat, että potilaalta on mitattava välittömästi vuodeosastolle tullessa happisaturaatioarvo, hengitysfrekvenssi, syke ja verenpaine. Näin ollen ajateltiin, että osa ohjauksista ja mittauksista tulisi toteuttaa välittömästi asiakkaan siirtyessä vuodeosastolle.

Pohdimme hoitajien palautteen jälkeen myös sitä, olisiko pidempi havainnointiaika ollut helposti toteutettavissa ja tutkimuksen kannalta hyödyllinen. Jos olisimme pidentäneet havainnointiaikaa esimerkiksi yhdellä tunnilla, havainnointi olisi jatkunut vielä asiakkaan vastaanoton jälkeen ja havainnoitavia asioita olisi tullut helposti liikaa. Asiakkaan vastaanottotilanteen jälkeen, kun hoitajat olivat tehneet tärkeäksi katsomansa mittaukset ja antaneet ohjeistukset, menivät he usein toimistoon kirjaamaan asiakkaiden tietoja potilastietojärjestelmään. Havainnointien laajentuessa olisi työhön pitänyt lisätä asiakkaan leikkauksen jälkeiseen kirjaamiseen liittyvää teorian tietoa ja työn laajuus olisi kasvanut huomattavasti. Hoitajilla on myös aina useampi asiakas hoidettavana kerrallaan, joten hoidon kohdistaminen vain kolektyktomia-asiakkaaseen olisi ollut haastavaa.

Pohdimme myös havainnointimäärien vähyyttä verrattuna tutkimuksen luotettavuuteen. Tulosten analysointivaiheessa huomattiin selvästi, että jokainen hoitaja teki työtä omalla tavallaan ja osa hoitajista otti enemmän mittauksia ja antoi asiakkaalle enemmän ohjeistuksia kuin toiset hoitajat. Yhdenmukaista kaavaa ei suoranaisesti hoitajien toiminnasta löytynyt, mutta tietyt asiat kuten verenpaineen mittaus, sykkeen mittaus ja haavasidosten tarkistus toistuivat kaikkien hoitajien työskentelytavoissa. Mielestämme saavutimme opinnäytetyömme tavoitteet. Jos havainnointikertoja olisi ollut useampia, eroavaisuudet asiakkaiden vastaanottotilanteissa olisi luultavasti jatkuneet samoissa aihealueissa, eli eroavaisuuksina asiakkaaseen kohdistuvien mittausten ottamisessa ja ohjeistusten antamisessa. Vuorovaikutuksen

osalta eroavaisuudet eivät olleet suuria, eikä vuorovaikutuksesta ole olemassa samanlaisia konkreettisia ohjeistuksia kuin asiakkaaseen kohdistuvien mittausten tai ohjeistusten suhteen.

Pohdimme myös havainnointien keruun käydessä hankalaksi aineistonkeruumenetelmän vaihtamista. Olimme kuitenkin tehneet jo suuren pohjatyön koskien havainnointia aineistonkeruumenetelmänä, joten päätimme pitäytyä suunnitelmassamme. Emme kokeneet mahdolliseksi vaihtaa havainnointia esimerkiksi haastatteluun, koska haastattelun kautta emme olisi nähneet tutkimuksen kohteena olevia hoitotyön toimintoja. Pidämme havainnointia luotettavana aineistonkeruumenetelmänä tässä tutkimuksessa, jossa haettiin eroavaisuuksia ja tutkittiin, mikä asia toteutui ja mikä ei. Tilanteet olivat aitoja, konkreettisia ja reaaliajassa tapahtuvia. Havainnointitilanteissa olisi voinut tapahtua esimerkiksi niin, että asiakkaan leikkaushaava olisi alkanut vuotaa runsaasti. Tällöin olisimme pystyneet seuraamaan, vaihtaako hoitaja haavasidoksen steriilisti. Ahonen ym. (2016, 121) mukaan haavasidos tulee vaihtaa steriilisti 24 tunnin sisällä leikkauksesta eli vaihdossa käytetään steriilejä hanskoja ja steriilejä haavasidoksia. Muitakin vastaavanlaisia tilanteita olisi voinut tulla asiakkaiden siirtotilanteissa, eikä niiden kaikkien mahdollisuutta pysty ottamaan huomioon haastateltaessa.

Luotettavuuden lisäämiseksi olisimme voineet käyttää haastattelua havainnointien tukena. Hoitajat toivat palautteessaan esille, että ohjauksia ja mittauksia tehdään myös myöhemmin osastolla. Hoitajien haastattelu havainnointitilanteiden jälkeen olisi tuonut esille, mitä hoitotyön toimintoja hoitaja tulee asiakkaalle vielä myöhemmin tekemään. Toisena kysymyksenä olisi voinut olla, että minkälaista ohjausta hoitaja aikoo vielä antaa asiakkaalle vuoronsa aikana. Haastattelun toteuttaminen olisi voinut olla sinällään hankalaa, koska asiakkaiden siirto heräämöstä vuodeosastolle osui yleensä iltapäivään, vuoronvaihtoaikaan. Ei olisi ollut luotettavaa kysyä havainnointitilanteessa olleelta hoitajalta, miten hänen kollegansa aikoo hoitaa kyseistä asiakasta omassa vuorossaan. Haastattelun lisääminen havainnointiin olisi ollut hoitajien kannalta hyvä asia, sillä silloin heille ei olisi mahdollisesti jäänyt epäreiluuden tunteita sen suhteen, että kaikkea heidän tekemäänsä työtä ei ollut nähty.

Tutkimuseettisesti ajatellen pyrimme tekemään hyvää tutkimuksellamme. Halusimme Hyvinkään kirurgian osaston hyötyvän tutkimuksestamme mahdollisimman paljon. Toivomme, että he saisivat tutkimustuloksien kautta hyödyllistä tietoa, jonka avulla he pystyvät kehittämään toimintaansa entistä paremmaksi asiakkaille. (Kylmä & Juvakka 2012, 138.)

## Lähteet

## Painetut

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kananen, E. 2014. Etnografinen tutkimus. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1-2. Painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Molander, G. 2014. Hoidanko oikein. 1. painos. Jyväskylä: Ps-Kustannus.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Helsinki: Gaudeamus.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Vantaa: Hansaprint Oy.

## Sähköiset

Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 29.10.1999/986. Viitattu 12.5.2018.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990986>

Boundaries in the Nurse-Client Relationship 2019. BCCNP. Viitattu 3.4.2019.  
[https://www.bccnp.ca/Standards/RN\\_NP/PracticeStandards/Pages/boundaries.aspx](https://www.bccnp.ca/Standards/RN_NP/PracticeStandards/Pages/boundaries.aspx)

Haho, A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitajat. Viitattu 3.4.2019.  
<https://sairanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>

Laadullinen tutkimus 2015. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 15.4.2019.  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hotus. Viitattu 8.4.2019.  
<https://docplayer.fi/812082-Kasikirja-potilaan-heraamovaiheen-seurannasta-ja-turvallisesta-siirrosta-vuodeosastolle.html>

Jones, M. & Ferguson, T. 2019. Chronic Cholecystitis. National center for biotechnology information. Viitattu 4.4.2019.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470236/>

Jones, M. & O'Rourke, M. 2019. Acute Cholecystitis. National center for biotechnology information. Viitattu 4.4.2019.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459171/>

Kellokumpu, I. 2016. Sappikivitauti. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 3.4.2019.

[https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00265&p\\_haku=sappikivitaui](https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00265&p_haku=sappikivitaui)

Marks, J. 2018. Gallstones (Pain, Symptoms, Causes, Diet, and Treatment). Medicinenet. Viitattu 31.3.2019.

[https://www.medicinenet.com/gallstones/article.htm#gallstone\\_definition\\_and\\_facts](https://www.medicinenet.com/gallstones/article.htm#gallstone_definition_and_facts)

Mustajoki, P. 2019. Sappikivitaui. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.4.2019.

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00074](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00074)

Portincasa, P., Molina-Molina, E., Garruti, G. & Wang, D. Critical Care Aspects of Gallstone Disease. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Viitattu 31.3.2019.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6369569/>

Potilasohje päiväkirurgiseen sappirakon poistoleikkaukseen tulevalle 2015. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 5.4.2019.

[http://www.epshp.fi/files/4072/Potilasohje\\_paivakirurgiseen\\_sappirakon\\_poistoleikkaukseen\\_tulevalle.pdf](http://www.epshp.fi/files/4072/Potilasohje_paivakirurgiseen_sappirakon_poistoleikkaukseen_tulevalle.pdf)

Rantala, M. 2012. Kompleksinen vuorovaikutus hoitotyön asiakassuhteessa. Vaasan yliopisto. Viitattu 6.2.2019.

[file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Rantala\\_Merja-2012-Kompleksinen\\_vuorovaikutus\\_hoitoty%C3%B6n\\_asiakassuhteessa.pdf](file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Rantala_Merja-2012-Kompleksinen_vuorovaikutus_hoitoty%C3%B6n_asiakassuhteessa.pdf)

Sairaanhoitajat 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 22.1.2019.

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sallinen, V., Mentula, P. & Scheinin, T. 2019. Laparoskooppinen kolekystektomia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.4.2019.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo14837>

Sappivaivat 2019. Terveyskylä. Viitattu 5.4.2019.

<https://www.terveyskyla.fi/vatsatalo/sairaudet/ylavatsavaivat/sappivaivat>

Scheinin, T. 2012. Dyspepsia ja sappikivet. Käypä hoito. Viitattu 3.4.2019.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak07753>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 23.1.2019.

[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Weatherspoon, D. 2018. Side effects of general anesthesia: What to expect? Healthline. Viitattu 16.4.2019.

<https://www.healthline.com/health/side-effects-of-general-anesthesia>

## Kuvat

Kuva 1: Sappirakon rakenne (Sappivaivat 2019).....	10
----------------------------------------------------	----

## Taulukot

Taulukko 1: Siirtokriteerit ennen asiakkaan siirtoa heräämöstä vuodeosastolle (mukaihen Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 32-33).....	13
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Taulukko 2: ISBAR (mukaihen Ahonen ym. 2016, 110). .....	14
----------------------------------------------------------	----

## Liitteet

Liite 1: Havainnointilomake hoitotyön toiminnot .....	39
Liite 2: Havainnointilomake vuorovaikutus.....	40
Liite 3: Kirjallinen suostumus.....	41
Liite 4: Ensimmäinen tutkimuslupa .....	42
Liite 5: Toinen tutkimuslupa.....	43
Liite 6: Kolmas tutkimuslupa .....	44
Liite 7: Neljäs tutkimuslupa .....	45
Liite 8: Ohje osastolle.....	46
Liite 9: Palautekysely osastolle .....	47

Liite 1: Havainnointilomake hoitotyön toiminnot

Havainnointilomake

Hoitotyön toiminnot

Raportti ja sen sisältö

Vuodeosastolla huoneen tavarat

Välittömät hoitotoiminnot, kun asiakas on tuotu huoneeseen (soittokello, mittaukset jne.)

## Liite 2: Havainnointilomake vuorovaikutus

### Havainnointilomake

#### Vuorovaikutus

Miten hoitaja kohtaa asiakkaan ja ottaa hänet vastaan?

Onko hoitajan kommunikointi myönteistä asiakasta kohtaan?

Hoitajan oheisviestintä asiakasta kohtaan?

Miten hoitaja osoittaa arvostusta, huolta ja lämpöä asiakasta kohtaan?

Antaako hoitaja asiakkaalle mahdollisuuden puhua ja kuunteleeko hoitaja asiakkaan huolet ja murheet?

Saako asiakas riittävästi tietoa sairaudesta ja lääketieteellisistä asioista?

Asiakkaan henkisen hyvinvoinnin huomioiminen?

Ottaako hoitaja huomioon asiakkaan yksilöllisyyden?



### Liite 3: Kirjallinen suostumus

#### Tutkimuksen saatekirje

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Hyvinkään Laurea – ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötämme Hyvinkään sairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena on havainnoida tuoreen ja tutkitun teorian pohjalta kolekystiittiä sairastavan leikkausasiakkaan postoperatiivisen hoidon sujuvuutta ja asiakaslähtöisyyttä heräämöstä kirurgiselle vuodeosastolle.

Opinnäytetyön tavoitteena on viestiä osastolle hoidon sujuvuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Osasto saa hyödyntää tutkimuksesta saatuja tuloksia haluamallaan tavalla. Hyödynsaajat ovat siis asiakkaat, joiden palvelun laatua pyritään parantamaan tulosten pohjalta.

Keräämme tutkimusaineistoa havainnoimalla osastolla. Olemme mukana asiakkaan siirtotilanteessa, esittäydymme ja voimme olla keskustelussa mukana. Teemme muistiinpanoja havainnoidessamme, mutta pyrimme saamaan tilanteesta mahdollisimman harmittoman asiakkaalle ja hoitajalle. Toivomme, että voimme osallistua hoitotilanteeseen, jotta voimme olla edistämässä palvelun laadun kehittämistä.

Havainnointimme tapahtuu talvella 2018 – keväällä 2019. Asiakkaat ja hoitajat voivat tarvittaessa esittää lisäkysymyksiä tutkimukseen tai havainnointiin liittyen. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja jokainen havainnoinnissa ollut asiakas tai hoitaja pysyy tutkimuksessa täysin anonymina. Tutkimukseen osallistuvalla on oikeus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa ja he saavat halutessaan tietoa tutkimustuloksista. (Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 29.10.1999/986, 3§.)

Suostun havainnointi tutkimukseen

\_\_\_\_\_ Allekirjoitus ja päiväys

Ystävällisesti,

Sairaanhoitajaopiskelijat  
Katriina Kalliokoski ja Satu Lappalainen

Laurea ammattikorkeakoulu, Hyvinkää

## Liite 4: Ensimmäinen tutkimuslupa

Tutkijan työpöytä

Sivu 1/2

**HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI**  
HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Sairaanhoidon johto, Hyvinkään sha

## Päätös tutkimusluvasta

---

Opinnäytetyön tekijä / tekijät:	Satu Lappalainen, Katriina Kalliokoski
Yliopisto / amk:	Laurea-ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyön nimi:	Heräämöstä siirrettävän kolekystiitti asiakkaan vastaanoton sujuvuus kirurgiselle vuodeosastolle
HUS tutkimuksen vastuuhenkilö:	Seija Rajala
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat:	Sanna Pirinen

---

Tutkimuksen suorituspaikka  
HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Operatiivinen tulosyksikkö, Hyvinkää / Puolto, Hämäläinen Marika Susanna, 26/10/2018

---

Aineisto

- Potilaat/Omaiset, Lukumäärä: n. 8
- Henkilökunta, Lukumäärä: n. 8
- Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä:
- Muu, mikä, Lukumäärä:

Tutkimusmenetelmät Havainnointi

---

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

---

Tutkimusluvan alkamispäivä:	14.11.2018
Tutkimusluvan päättymispäivä:	01.12.2018
Tutkimusluvan hyväksyjä:	Tapper Anna-Maija
Hyväksyjän tulosyksikkö:	HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Sairaanhoidon johto, Hyvinkään sha
Hyväksyjän toimi:	johtava lääkäri

Tutkimusluvan myöntämiseen liittyvät asiakirjat on tallennettu Tieteellisen tutkimuksen rekisteriohjelmaan (Tietu).

---

## Liite 5: Toinen tutkimuslupa

Tutkijan työpöytä

Sivu 1/2

**HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLTO**  
 HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Sairaanhoidon johto, Hyvinkään sha

## Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät:	Heräämöstä siirrettävän kolekystiitti asiakkaan vastaanoton sujuvuus kirurgiselle vuodeosastolle, Katriina Kalliokoski
Yliopisto / amk:	Laurea-ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyön nimi:	Heräämöstä siirrettävän kolekystiitti asiakkaan vastaanoton sujuvuus kirurgiselle vuodeosastolle
HUS tutkimuksen vastuhenkilö:	Seija Rajala
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat:	Sanna Pirinen

Tutkimuksen suorituspaikka  
 HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Operatiivinen tulosyksikkö, Hyvinkää / Puolto, Hämäläinen  
 Marika Susanna, 26/11/2018

Aineisto  Potilaat/Omaiset, Lukumäärä: n.8  
 Henkilökunta, Lukumäärä: n.8  
 Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä:  
 Muu, mikä, Lukumäärä:

Tutkimusmenetelmät Havainnointi

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

Tutkimusluvan alkamispäivä:	26.11.2018
Tutkimusluvan päättymispäivä:	25.01.2019
Tutkimusluvan hyväksyjä:	Tapper Anna-Maija
Hyväksyjän tulosyksikkö:	HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Sairaanhoidon johto, Hyvinkään sha
Hyväksyjän toimi:	johtava lääkäri

## Liite 6: Kolmas tutkimuslupa

Tutkijan työpöytä

Opinnäytetyön tutkimuslupa § 4 / 2019

Sivu 1/2

## HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLTO HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Sairaanhoitoalueen johto, Hyvinkään sha

### Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät:	Satu Lappalainen ja Katriina Kalliokoski
Yliopisto / amk:	Laurea-ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyön nimi:	Heräämöstä siirrettävän kolekystiitti asiakkaan vastaanoton sujuvuus kirurgiselle vuodeosastolle
HUS tutkimuksen vastuhenkilö:	seija rajala
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat:	sanna pirinen

### Tutkimuksen suorituspaikka

HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Operatiivinen tulosyksikkö, Hyvinkää / Puolto, Rajala Seija Elisa, 12/03/2019

HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Medisiininen tulosyksikkö, Hyvinkää / Puolto, Hämäläinen Marika Susanna, 22/02/2019

Aineisto	<input checked="" type="checkbox"/> Potilaat/Omaiset, Lukumäärä: n8 <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta, Lukumäärä: n8 <input type="checkbox"/> Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä: <input type="checkbox"/> Muu, mikä, Lukumäärä:
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tutkimusmenetelmät Havainnointi

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

Tutkimusluvan alkamispäivä:	12.03.2019
Tutkimusluvan päättymispäivä:	31.03.2019
Tutkimusluvan hyväksyjä:	Tapper Anna-Maija
Hyväksyjän tulosyksikkö:	HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Sairaanhoitoalueen johto, Hyvinkään sha
Hyväksyjän toimi:	johtava lääkäri

## Liite 7: Neljäs tutkimuslupa

Tutkijan työpöytä

Sivu 1/2  
Opinnäytetyön jatkolupa § 4/2019**HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI**  
HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Sairaanhoidon johto, Hyvinkään sha

## Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät:	Satu Lappalainen, Katriina Kalliokoski
Yliopisto / amk:	laurea-ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyön nimi:	Heräämöstä siirrettävän kolekystiitti asiakkaan vastaanoton sujuvuus kirurgiselle vuodeosastolle
HUS tutkimuksen vastuuhenkilö:	Seija Rajala
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat:	Sanna Pirinen

## Tutkimuksen suorituspaikka

HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Operatiivinen tulosyksikkö, Hyvinkää / Puolto, Rajala Seija  
Elisa, 28/03/2019

HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Sairaanhoidon johto, Hyvinkään sha /

Aineisto	<input checked="" type="checkbox"/> Potilaat/Omaiset, Lukumäärä: n. 8
	<input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta, Lukumäärä: n. 8
	<input type="checkbox"/> Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä:
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä, Lukumäärä:

Tutkimusmenetelmät Havainnointi

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

Tutkimusluvan alkamispäivä:	01.02.2019
Tutkimusluvan päättymispäivä:	30.06.2019
Tutkimusluvan hyväksyjä:	Tapper Anna-Maija
Hyväksyjän tulosyksikkö:	HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: Sairaanhoidon johto, Hyvinkään sha
Hyväksyjän toimi:	johtava lääkäri

## Liite 8: Ohje osastolle



Opinnäytetyö 2019

15.4.2019

**Kehittämissideat Hyvinkään Kirurgiselle vuodeosastolle 4A**

## Asiakkaan vastaanottaminen heräämöstä vuodeosastolle

**Kysy ja hoida, arvioi tarvittaessa annettavan lääkehoidon tehoa**

- Pahoinvointi
- Kipu

**Mittaa/Tarkkaile**

- Happisaturaatio, HF
- Verenpaine
- Lämpö
- Virtsaneritys
- Haavasidokset ja mahdollinen dreenieritys
- Liike, puudutuksissa tunnon palautuminen

**Opasta**

- Kerro miksi yksin ei saa nousta ensimmäistä kertaa
- Opasta oikea ylösnousutekniikka
- Soittokellon käyttö ja koesoitto

Perustele asiat

Tarkkailun avulla pyritään ennakoimaan asiakkaan voinnissa tapahtuvat muutokset!

## Liite 9: Palautekysely osastolle



Palautelomake

12.4.2019

Hyvä kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitaja,

Toivomme, että kerrot mielipiteesi tämän palautelomakkeen kautta osastollanne suoritetuista kolekystektomia potilaiden havainnointitutkimuksista. Palautekyselyyn voit vastata, vaikka et itse olisikaan ollut havainnoinnissa mukana. Palautelomake on osa opinnäytetyötämme ja toivomme pikaista vastaamista, viimeistään 24.4.2019. Vastaukset julkaistaan anonyymisti opinnäytetyössämme.

1. Miten koit tutkijoiden läsnäolon osastolla ja asiakastilanteissa?
2. Millä tavoin yksikkönne voi hyödyntää analysointituloksia?
3. Tuliko tuloksissa esille jotain yllättävää? Jos, niin mitä?