



”Se oli hauska tunne, että leikkaussaliin käveltiin”

Hoitotyön laatu leikkauspotilaan kokemana

Emma Soilunen
Anna-Mari Tuomi

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SOILUNEN, EMMA & TUOMI, ANNA-MARI
Hoitotyön laatu leikkauspotilaan kokemana

Opinnäytetyö 43 s., liitteet 4 s.
Huhtikuu 2011

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Jokilaakson sairaalan kirurgisten potilaiden kokemuksia leikkauksen odottamisesta kirurgisella vuodeosastolla, siirtymisestä vuodeosastolta leikkaussaliin sekä asettumisesta leikkauspöydälle. Tavoitteena oli antaa leikkausosaston henkilökunnalle tietoa heidän tarjoamansa palvelun laadusta potilaiden kokemana.

Kohderyhmänä opinnäytetyössä olivat Jokilaakson sairaalan leikkausosaston elektiiviset potilaat, pois lukien päiväkirurgiset potilaat (N=8). Aineisto kerättiin teema-haastatteluin, jotka toteutettiin kirurgisella vuodeosastolla haastateltavien 1.-3. postoperatiivisena päivänä. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Haastatteluissa ilmeni potilaiden olleen yleensä tyytyväisiä hoitoonsa. Siirtyminen vuodeosastolta leikkaussaliin kävellen oli uusi toimintamuoto ja se koettiin hyväksi. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutukseen oltiin tyytyväisiä ja leikkausosaston sekä kirurgisen vuodeosaston ilmapiiri oli koettu positiiviseksi. Leikkauksen odottaminen kirurgisella vuodeosastolla koettiin hankalaksi, varsinkin jos odotusaika pitkittyi.

Tulostemme perusteella toivoisimme osastolla kiinnitettävän huomiota tilanteisiin, joissa potilaat joutuvat odottamaan. Pitkä odotusaika tuntuu epämiellyttävältä ja saattaa lisätä jännitystä. Siirtymä vuodeosastolta leikkausosastolle kävellen oli koettu mukavaksi, mutta keskusteluista sen aikana ei muistettu kovinkaan paljoa. Ohjauksen antamisen ajankohtaa kannattaa miettiä, koska siirtymisen aikana annettua ohjausta ei muistettu.

Asiasanat: Perioperatiivinen hoitotyö, esilääkitys, potilassiirrot, ohjaus, hoitotyön laatu

ABSTRACT

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

SOILUNEN ,EMMA & TUOMI, ANNA-MARI

"It was nice to walk into the operating room": The Quality of Care as Experienced by Operative Patients.

Bachelor's thesis 43 pages, appendices 4 pages
April 2011

The purpose of this thesis was to describe the patients' experiences in Jokilaakso Hospital when waiting for the surgery in surgical ward, when transferred from the ward to the operating room and when settling down on the operating room table. The aim was to provide the operative ward personnel with information on the quality of the given service as experienced by the patients.

The target group of our bachelor's thesis was the elective patients of operative ward in Jokilaakso Hospital, excluding the day surgery patients. The data was collected through theme interviews carried out in the surgical ward on the patients' 1st to 3rd postoperative day. The interviews were recorded and transcribed. The data was analyzed.

The interviews showed that the patients were usually satisfied with the given care. Transferring from the surgical ward to the operating room by walking was a new method and the experiences were good. The nursing personnel's interaction was satisfying and the atmosphere in both the operative ward and the surgical ward was positive. Waiting for the surgery in the surgical ward was experienced to be inconvenient, especially when the waiting time was prolonged.

Based on our results we would hope that attention would be paid to situations in which the patients have to wait. A long time to wait feels unpleasant and may increase tension. The experiences of the transfer from the ward to the operative ward by walking were good but the patients did not remember much about the discussions during the transfer. The time of giving guidance should be considered because the patients did not remember the guidance given during the transfer.

Key words: Perioperative care, premedication, patient transfers, guidance, quality of care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	6
2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT.....	7
3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
3.1 Leikkaustoiminnan järjestäminen.....	8
3.1.1 Perinteinen toimintamalli.....	8
3.1.2 Lyhythoitoinen kirurgia (LYHKI) ja päiväkirurgia (PÄIKI)	9
3.1.3 Leikkaukseen kotoa eli LEIKO	10
3.2 Preoperatiivinen hoitotyö	12
3.3 Ohjaus hoitotyössä	13
3.4 Esilääkitys.....	14
3.4.1 Bentsodiatsepiinit.....	15
3.4.2 Opioidit.....	16
3.4.3 Esilääkkeiden käyttö Jokilaakson sairaalassa	16
3.5 Potilassiirrot	17
3.6 Vuorovaikutus	19
3.6.1 Vuorovaikutus ammattitaitona.....	19
3.6.2 Vuorovaikutuksen lähtökohdat hoitosuhteessa.....	20
3.6.3 Sanaton vuorovaikutus	22
3.7 Hoitotyön laatu	22
4 JOKILAAKSON SAIRAALA	24
4.1 Leikkausosasto	24
4.2 LEIKO Jokilaaksossa.....	25
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
5.1 Tutkimusmenetelmä	26
5.2 Aineiston keruu	26
5.3 Sisällön analyysi	27
6 TULOKSET	30
6.1 Odotus osastolla	30
6.1.1 Odotusaika ja kirurgisen vuodeosaston ilmapiiri.....	30
6.1.2 Aktiviteetit osastolla odottaessa.....	31
6.1.3 Leikkausta edeltävä jännitys.....	31

6.1.4 Esilääkkeen merkitys potilaalle	32
6.1.5 Aikaisempien leikkauskokemusten merkitys.....	32
6.2 Siirtymisen aikaiset tapahtumat	33
6.2.1 Siirron aikaisen ohjauksen merkitys.....	33
6.2.2 Itsenäisen toiminnan merkitys potilaalle ja toivo	34
6.3 Aika leikkaussalissa	34
6.3.1 Leikkausta edeltävät valmistelut	34
6.3.2 Informaatio ja ohjauksen laatu leikkaussalissa	35
6.3.3 Asiakaslähtöisyys, leikkaussalin ilmapiirin merkitys sekä tarpeista kertominen	35
6.3.4 Turvallisuuden tunne	36
6.3.5 Leikkaustasolla olo toimenpiteen aikana	36
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	37
7.1 Menetelmän pohdinta	37
7.2 Tulosten tarkastelu	38
7.3 Johtopäätökset	39
LÄHTEET	41
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Preoperatiiviseen valmisteluun on perinteisesti kuulunut potilaan esilääkitseminen. Esilääkityksen pääasiallinen tarkoitus on ollut rauhoittaa potilasta, lievittää pelkoja ja vähentää tuskaisuutta. Jo aiemmin päiväkirurgisessa toiminnassa on pyritty välttämään esilääkityksen käyttöä potilaan aktiivisen roolin tukemiseksi. Kun potilasta ei ole esilääkitty, hän voi omatoimisesti kävellä leikkaussaliin hoitajan saattamana. Lisäksi yhteistyö ja kommunikointi toimenpiteen aikana ovat helpompia. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 21.) Jokilaakson sairaalassa on kevään 2010 aikana laajennettu esilääkkeettömyys päiväkirurgisista potilaista koskemaan myös muita elektiivisiä potilaita.

Esilääkitystä on pidetty kirurgiassa asiaankuuluvana esivalmisteluna. Jokilaakson sairaalan leikkausosastolla on kyseenalaistettu esilääkkeen tarpeellisuus. Aiemmin esilääkityt potilaat on siirretty kirurgiselta vuodeosastolta leikkausosastolle potilasvuoteella, jolloin potilaat ovat olleet enemmän objekteja kuin aktiivisia toimijoita. Nykyisessä mallissa, jossa potilaat eivät saa esilääkettä, he kävelevät anestesiahoitajan kanssa vuodeosastolta leikkaussaliin. Vuodeosasto sekä leikkausosasto sijaitsevat samassa kerroksessa.

Jämsän Jokilaakson sairaala ilmaisi keväällä 2010 kiinnostuksensa esilääkkeettömän toimintamallin vaikutuksista potilaiden kokemuksiin saamastaan hoidosta ja palvelusta. Leikkausosaston henkilökunta on eritoten kiinnostunut kävelymatkasta kirurgiselta vuodeosastolta leikkaussaliin ja potilaan tuntemuksista siirtymisen aikana. Kiinnostus nousee halusta parantaa potilaan saaman palvelun laatua ja kehittää potilasohjausta. Itse olemme myös kiinnostuneita siitä, miten potilaat kokevat odotusajan kirurgisella vuodeosastolla ennen leikkaukseen pääsyä sekä potilaiden tuntemuksista, kun he kävelymatkan jälkeen käyvät leikkauspöydälle makaamaan. Tietoa hankimme henkilöhaastatteluin ja kirjallisuuskatsauksella.

2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa Jokilaakson sairaalan leikkausosaston henkilökunnalle heidän tarjoamansa palvelun laadusta potilaiden kokemana, jonka avulla osasto voi kehittää potilasohjaustaan sekä parantaa hoitotyön laatua.

Tarkoituksena on kuvata leikkauspotilaiden kokemuksia leikkauksen odottamisesta kirurgisella vuodeosastolla, siirtymisestä kirurgiselta vuodeosastolta leikkaussaliin esilääkkeettä ja leikkauspöydälle asettumisesta. Siirtyminen toteutuu kävellen yhdessä anestesiahoitajan kanssa.

Opinnäytetyön tehtäviä ovat:

1. Miten potilas kokee ajan leikkauspäivänä ennen leikkausta ja saapumisen leikkaussaliin?
2. Miten esilääkkeettömyys vaikuttaa potilaan kokemukseen?
3. Kuinka potilas kokee siirtymisen vuodeosastolta leikkaussaliin?
4. Miten hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus vaikuttaa potilaan kokemukseen perioperatiivisesta prosessista?
5. Miten potilaat kehittäisivät perioperatiivista prosessia?

3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Leikkaustoiminnan järjestäminen

1.5.2011 voimaan tulevassa Terveystieteiden tutkimuslaitoksen (2010) säädetään seuraavasti: ”Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan.” Sairaanhoitopalveluihin, jotka kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille, kuuluu muun muassa sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys sekä hoito (Terveystieteiden tutkimuslaitos 2010).

Leikkauspalvelujen järjestäminen on eri kunnissa toteutettu eri tavoin. Edelleen käytössä on sekä perinteinen tapa, jossa potilas saapuu leikkausta edeltävänä päivänä sairaalaan että uudemmat tavat järjestää leikkaustoimintaa: päiväkirurgia (PÄIKI), lyhytjälkihoitoinen kirurgia (LYHKI) sekä leikkaukseen kotoa eli LEIKKO-toiminta.

3.1.1 Perinteinen toimintamalli

Perinteisesti elektiivisen leikkauspotilaan hoitopolkuun kuuluu vuodeosastolla olo sekä ennen leikkausta että leikkauksen jälkeen. Potilas saapuu kirurgiselle vuodeosastolle leikkausta edeltävänä päivänä, jossa hoitaja ottaa hänet vastaan. Hoitaja ja potilas käyvät läpi tulokeskustelun, jossa hoitaja täydentää potilaan taustatietoja, kartoittaa potilaan mahdollista avuntarvetta kotona leikkauksen jälkeen ja ohjaa leikkauksen jälkeisiä asioita. Hoitajan tulee kiinnittää huomiota vuorovaikutukseen ja antamaansa ensivaikutelmaan, jolla on suuri merkitys hoidon onnistumiselle. (Iivanainen, Jauhainen & Pikkarainen 2001, 90-96.)

Hoitohenkilökunta suorittaa leikkauskelpoisuuden arviointia jo hoitaessaan potilasta vuodeosastolla. Anestesia lääkäri ja leikkaava lääkäri tekevät lopullisen arvioinnin siitä, ovatko leikkauksella saavutettavat hyödyt järkevässä suhteessa leikkauksesta koituviin riskeihin. Perioperatiivinen sairaanhoitaja käy myös tapaamassa potilasta ennen leikkausta. Tällä preoperatiivisella tapaamisella luodaan hoitosuhde potilaan ja leikkausosaston sairaanhoitajan välille ja sillä voidaan parantaa potilaan hoidon suunnittelua. (Iivanainen ym. 2001, 97-103.)

3.1.2 Lyhythoitoinen kirurgia (LYHKI) ja päiväkirurgia (PÄIKI)

Lyhythoitoinen kirurgia jaetaan kahteen osaan. Päiväkirurgia tarkoittaa suunniteltua toimenpidettä, joka toteutetaan niin, että potilas ei toiminnan tai hoidon vuoksi vietä sairaalassa yli 12 tuntia (Lahtinen ym. 1998, 17). Lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa potilas tulee sairaalaan leikkauspäivän aamuna ja hän viipty vuodeosastolla 1-3 vuorokautta leikkauksen jälkeen (Vaittinen 1996, 371). Kuntaliiton selvityksen mukaan vuonna 2010 tammi-elokuussa kunnallisten sairaaloiden leikkaustoimenpiteistä 49,6 % oli päiväkirurgisia toimenpiteitä (Kuntaliitto 2010).

Kaikki potilaat eivät sovellu päiväkirurgiaan tai lyhytjälkihoitoiseen kirurgiaan. Leikkauskelpoisuus arvioidaan samalla tavalla päiväkirurgisen kuin muidenkin potilaiden kohdalla. Mikäli yleissairaudet ovat hyvässä hoitotasapainossa, ne eivät ole este päiväkirurgiselle toimenpiteelle. Kehittyneiden anestesiologisten ja leikkaustekniikoiden ansiosta entistä sairaampia potilaita voidaan hoitaa päiväkirurgisesti. Terveystilan lisäksi tulee ottaa huomioon suunnitellun toimenpiteen laajuus, postoperatiivisten komplikaatioiden riski sekä niiden hoitomahdollisuudet sairaalasta poistumisen jälkeen. Uniapneaa sairastavien hoitamista päiväkirurgisesti ei suositella. Sen sijaan korkea ikä tai lihavuus eivät poissulje päiväkirurgiaa. Päiväkirurgisella potilaalla tulee olla aikuinen saattaja kotiutuessa sekä kotona leikkauksen jälkeisen vuorokauden ajan. (Käypä hoito 2008.)

Kun päiväkirurgisesta toimenpiteestä on päätetty, potilaan tulee käydä esitarkastuksessa poliklinikalla 1-3 viikkoa ennen suunniteltua toimenpidettä. Esitarkastuksessa huomioidaan muun muassa anestesiamuodon valinta, leikkausmenetelmän valinta, potilaan soveltuvuus päiväkirurgiaan, potilaan sosiaaliset olot sekä potilasinformaation antaminen. Potilas täyttää myös anestesiaa varten esitietolomakkeen lääkityksestään, sairauksista, aiemmista leikkauksista ja anestesoista ja käy preanestesiaklinikalla joko anestesia-lääkärin tai päiväkirurgisen hoitajan tutkimuksessa. (Lahtinen ym. 1998, 40-41.)

Päiväkirurginen toimenpide tehdään käyttäen laskimosedatiota, laajaa puudutusta tai yleianestesiaa (Rauhasalo 2003, 14). Voidakseen kotiutua leikkauspäivänä, tulee kotiutuskriteerien täytyä potilaan kohdalla. Potilas voi kotiutua heräämöstä tai niin sanotun 2-vaiheen heräämön kautta. Potilaan tulee olla paikkaan ja aikaan orientoitunut, kyetä pukeutumaan (huomioitava ikä ja toimenpiteen aiheuttamat rajoitukset) ja kävelemään tuetta. Vitaalitoimintojen on oltava vakaat tunnin ajan. Riittävästä kipulääkityksestä on huolehdittu eikä leikkausalue merkittävästi vuoda. Potilas pystyy juomaan ja syömään ilman pahoinvointia ja hän on kyennyt virtsaamaan. Päiväkirurginen hoitaja on antanut suulliset ja kirjalliset jatkohoito-ohjeet sekä yhteystiedot ongelmatilanteiden varalle ja varmistaa, että potilaalla on vastuullinen saattaja. (Lahtinen ym. 1998, 62.)

3.1.3 Leikkaukseen kotoa eli LEIKO

Leikkaukseen kotoa eli LEIKO-toiminnan kehittäminen aloitettiin elokuussa 2000 Hyvinkään sairaalassa. Toiminta alkoi kirurgian, korva-, nenä- ja kurkkutautien sekä anestesiologian erikoisalojen yhteisenä kehittämisprojektina. Jo aiemmin päiväkirurginen toiminta on osoittanut, että potilastyytyväisyys tai potilaan hoidon laatu eivät heikkene, vaikka potilas viettäisi leikkausta edeltävän yön kotona. LEIKO-mallissa potilas siis viettää leikkausta edeltävän yön kotona, saapuu leikkauspäivän aamuna sairaalaan LEIKO-tilojen kautta ja siirtyy toimenpiteen jälkeen kirurgi-

selle vuodeosastolle tai valvontayksikköön postoperatiiviselle hoitajaksolle. (Keränen, Tohmo & Soirinsuo 2003, 3559.)

LEIKO-toiminnassa on kyse aiemmin vuodeosastolla toteutettujen preoperatiivisten toimintojen suorittamisesta eri tavalla. Potilaan kyky hoitaa esivalmisteluja, kuten suolen tyhjennys ja ihon hoito, on arvioitava, jotta tiedetään voiko potilas saapua vasta leikkauspäivän aamuna sairaalaan. (Keränen ym. 2003, 3560-3561.) Leikkaukseen kotoa -toimintaan kuuluu läheisesti omat LEIKO-tilat, joiden kautta potilaat saapuvat leikkaukseen. Leikkaussalin välittömään läheisyyteen sijoitetussa LEIKO-yksikössä potilaat vaihtavat sairaalavaatteet ja voivat tavata lääkäreitä ja hoitajia. Samoissa tiloissa he odottavat leikkaustaan. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603.)

Vuonna 2006 julkaistussa tutkimuksessa todettiin LEIKO-prosessin vievän suoraan 73 % vähemmän henkilökunnan aikaresursseja kuin kirurgisen vuodeosaston toiminta. Tutkimus tehtiin Hyvinkään sairaalassa. Tulokseen on vaikuttanut se, että tuossa vaiheessa LEIKO-potilaat ovat vielä olleet diagnooseiltaan helpompia ja parempikuntoisia kuin vuodeosaston kautta tulleet potilaat. LEIKO-yksikössä potilaiden ajankäyttö on kuitenkin huomattavasti tehokkaampaa kuin vuodeosastolla ja vuodeosaston henkilökunnan resurssit voidaan suunnata postoperatiiviseen hoitotyöhön, kun preoperatiivinen hoitotyö tapahtuu leiko-yksikössä. (Keränen ym. 2006, 3603-3606.)

Keski-Suomen keskussairaalassa on vuonna 2010 tutkittu LEIKO-potilaiden tyytyväisyyttä. Opinnäytetyössä kartoitettiin potilaiden kokemuksia prosessin eri osista: kutsukirjeestä, hoitajan puhelinsoitosta, odotustiloista, leikkauspäivän ajalta ja ohjauksesta. Kutsukirjeen oli koettu tulleen hyvissä ajoin ja hoitajan puhelinsoitto oli koettu ystävälliseksi sekä suurin osa vastaajista oli saanut riittävästi informaatiota tulevasta toimenpiteestä. Kokemukset odotustiloista olivat eriäviä. Vastaanotto sairaalaan oli koettu miellyttäväksi, mutta yksityisyyden kunnioittaminen LEIKO-tiloissa jakoi mielipiteitä. Olennaisimpana tutkimuksessa nousi potilaiden halukkuus tulla sairaalaan vasta leikkauspäivänä: suurin osa vastaajista ei kokenut tarpeelli-

3.3 Ohjaus hoitotyössä

Potilaan tiedontarve sekä opetuksen ja ohjauksen tarve ovat yksilöllisiä. Niihin vaikuttavat potilaan sairaudet, fyysinen kunto sekä selviytymistavat. Sairaanhoidajan tulisi tunnistaa potilaan pelot ja itsensä heikoksi tuntevat potilaat, jotta osaisi tukea ja ohjata potilaita sopivalla tavalla. Yksi potilas tarvitsee enemmän tietoa, kun taas toinen enemmän emotionaalista tukea. Potilaiden tarpeiden tunnistaminen on haaste sairaanhoitajalle.

Potilaan ohjaus vaikuttaa suurelta osin hoidon laatuun. Preoperatiivisesti leikkaukseen valmistautumisessa tukeminen vaikuttaa sekä leikkauksen onnistumiseen että koko hoitoprosessiin. Perioperatiivinen sairaanhoitaja antaa potilaalle tietoa oma-aloitteisesti eikä vasta pyydettyä. Tiedon on oltava selkeässä ja ymmärrettävässä muodossa, jotta potilas hyötyy siitä mahdollisimman paljon. Ohjauksella pyritään muun muassa vähentämään pelkoa ja ahdistusta sekä postoperatiivisten komplikaatioiden esiintymistä, lyhentämään toipumisaikaa ja lisäämään perheen tukea. Potilasta pyritään tukemaan hoitoon sopeutumisessa ja auttamaan tätä normaaliin päivittäiseen toimintaan palaamisessa. (Lukkari ym. 2007, 32-35.)

Asiakkaalla on oikeus ohjaukseen ja ammattihenkilöllä velvollisuus toteuttaa sitä, toteaa Kyngäs ym. (2007) teoksessaan. Suomen lait eivät suoranaisesti viittaa hoitotyöhön liittyvään potilasohjaukseen, mutta sitä sivutaan useassa laissa esimerkiksi riittävistä sosiaali- ja terveyspalveluista, terveysneuvonnasta ja tiedonsaanti-oikeudesta mainittaessa. Ohjauksesta myös käytetään monia käsitteitä, mikä tekee ohjauksen tunnistamisen haastavaksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 12-25.) Näitä käsitteitä ovat muun muassa neuvonta, tiedon antaminen ja opetus.

Ohjaustilanne kannattaisi aloittaa potilaan kysymyksistä ja tämän kuvauksesta käsi- sillä olevasta tilanteesta. Potilaalla on oltava turvallinen tunne ja keskustelussa arvostava ympäristö, jossa ammattihenkilö toimii kuuntelijana. Keskustelussa tulee olla kaksi tasavertaista henkilöä eikä asiantuntijan (hoitaja tai lääkäri) ole tarkoitus

Useimmiten esilääke on mahdollista antaa tablettina suun kautta. Yleisimpiä leikkausta edeltäviä lääkkeitä ovat bentsodiatsepiinit, opioidit, antikolinergit, mahahaapon erityksen estäjät sekä antihistamiinit.

3.4.1 Bentsodiatsepiinit

Bentsodiatsepiinit ovat hyvin yleisesti esilääkkeenä käytettyjä. Niillä on monia anestesiaan valmistavia sekä anestesiaa tukevia vaikutuksia. Ne lievittävät ahdistusta tehokkaasti, tynnyttävät potilasta sekä usein myös aiheuttavat muistamattomuutta, jolloin potilas ei välttämättä muista leikkausvalmisteluista juuri mitään. Bentsodiatsepiinit myös ehkäisevät kouristuksia sekä relaksoivat lihaksia. Eri bentsodiatsepiinit eivät juuri eroa toisistaan vaikutuksiltaan, vain vaikutuksen nopeudessa ja kestoissa on eroja. (Rosenberg ym. 2001, 259)

Diatsepaamia käytetään ahdistuneisuuden, unettomuuden, erilaisten jännitys-, levottomuus- ja tuskatilojen hoitoon, status epilepticuksen hoitoon sekä kirurgisten ja diagnostisten toimenpiteiden esilääkityksenä. Diatsepaamin vaikutuksissa on runsaasti yksilöllistä vaihtelua ja pitkäaikaiseen diatsepaamihoitoon liittyy fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden vaara. Diatsepaamia on käytettävä erityisen varovasti potilailla, joilla on esiintynyt alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttöä. Myös lapsipotilaiden sekä vanhusten kohdalla lääkityksen tarve tulee arvioida tarkasti. (Lääkkeet ja hinnat 2011.)

Diatsepaamilla on tutkittuja yhteisvaikutuksia eri lääkeaineiden kanssa. Diatsepaami vahvistaa muun muassa antipsykoottien, unilääkkeiden, anksiolyyttien, antihistamiinien sekä yleisanestesia-aineiden aiheuttamaa keskushermoston lamaa. Tavallisin haittavaikutus on uneliaisuus, ja siihen voi liittyä heikotusta, sekavuutta, huimausta, päänsärkyä sekä lihasheikkoutta. (Lääkkeet ja hinnat 2011.)

3.4.2 Opioidit

Opioidien käyttö esilääkkeenä on perusteltua, kun potilaalla on preoperatiivista kipua, toteavat Aitkenhead ja kumppanit teoksessaan (2001, 426). Suomessa useimmiten esilääkityksenä käytettyjä opioideja ovat morfiini, oksikoni sekä petidiiini. Fentanyyliä ja alfentaniiliakin, lyhytvaikutteisia opioideja, on käytetty esilääkkeenä laskimoon tai lihakseen juuri ennen toimenpidettä annettuna. Opioideja käytetään niiden kipua lievittävän eli analgeettisen hyödyn vuoksi. Niiden aiheuttama euforia eli hyvän olon tunne on myös hyödyllinen ominaisuus esilääkkeelle. (Rosenberg ym. 2001, 260.) Opioidien anksiolyyttisistä eli ahdistusta lievittävästä vaikutuksesta on eri teoksissa ristiriitaista tietoa.

Opioidit vaikuttavat keskushermoston kautta ja niiden merkittävin haittavaikutus on hengityslama. Mahdollinen hengityksen lamaantuminen tulee ottaa huomioon esilääkityksen suunnittelussa. (Rosenberg ym. 2001, 261.) Mahdollisia haittavaikutuksia ovat myös verenkierron lamaantuminen, ummetus, pahoinvointi ja oksentelu (Nurminen 2007, 244).

3.4.3 Esilääkkeiden käyttö Jokilaakson sairaalassa

Jokilaakson sairaalassa ei enää pääsääntöisesti anneta esilääkettä. Jotkut potilaat kuitenkin ovat edelleen saaneet esilääkkeen, joka on koettu rauhoittavaksi ja väsyttäväksi. Jokilaakson sairaalan anestesia lääkäri Rintalan mukaan esilääkkeenä käytetään opiaattia, joka myös saattaa aiheuttaa uneliaisuutta ja rauhoittumista. Opiaattiesilääkityksellä aloitetaan postoperatiivisen kivun hoito. Esilääkkeenä rauhoitettavia lääkkeitä ei ole enää käytetty. Tarvittaessa leikkaussalissa potilaalle voidaan antaa midatsolaamia suonensisäisesti ylenpalttiseen jännitykseen. (Rintala 2011.)

Rintala kertoi, että opiaattien ei pitäisi estää kävelyä osastolta leikkaussaliin. Kun opiaatti annetaan vasta juuri ennen leikkaukseen lähtöä, niiden sedatiivinen vaikutus ei ehdi alkaa ja vaikuttaa kävelemiseen. Anestesia lääkäri pohti, annetaanko

esilääke kuitenkin kirurgisella osastolla potilaille heti aamulla heidän saapuessaan, jolloin se ehtii mahdollisesti tehdä potilaan uneliaaksi. Toisena vaihtoehtona hän ajatteli, olisiko vanhasta tavasta viedä potilaat sängyllä leikkausosastolle ollut vaikea päästä eroon. (Rintala 2011.)

Jos potilas tietää tarvitsevänsä rauhoittavaa lääkettä, sitä hänelle annetaan, kertoo Rintala. Joissain tapauksissa rauhoittava esilääke on todella tarpeen eikä sitä silloin jätetä antamatta. Rintala kertoo kuitenkin määränneensä rauhoittavan esilääkkeeksi viimeisen puolen vuoden aikana noin kaksi kertaa. Anestesiahoitajia on myös ohjeistettu antamaan rauhoittavaa lääkettä leikkaussalissa mahdollisimman vähän, sillä itsetarkoitus potilaan rauhoittaminen lääkkeillä ei ole. On myös muita keinoja rauhoittaa potilasta kuin lääke, esimerkiksi hoitajan käyttäytyminen ja potilaalle jutteleminen. Leikkaussaleissa käytetään myös musiikkia rauhoittamaan potilasta, mikäli potilas sitä haluaa. Rintala toteaa, että ilman rauhoittavaa esiläkettä kommunikointi salissa sujuu paremmin ja potilas muistaa paremmin hänelle annetuista ohjeista. Aiemmista leikkauksista mahdollisesti jäänyt irrationaalinen pelko leikkauksesta kohtaan voi lievittyä, kun potilas kokee leikkauksen ”selvin päin”, ilman rauhoittavaa esiläkettä ja kuulee ja näkee, mitä leikkaussalissa todellisuudessa tapahtuu. (Rintala 2011.)

3.5 Potilassiirrot

Tässä opinnäytetyössä potilassiirroilla tarkoitetaan osastojen välisiä potilassiirtoja, ei ergonomiaan liittyviä siirtoja ja nostoja. Potilassiirtoja tehdään erikoissairaanhoidossa paljon, mutta ne ovat huonosti organisoituja. Tutkimukset ovat osoittaneet, että siirtoprosessin kuvaamisella, uudelleen järjestelyllä ja ryhmittelyllä potilassiirtoja voitaisiin tehostaa ja henkilökunnan kokemaa työkuormitusta vähentää. (Jauhainen 2009, 6.) Leikkaukseen siirtyminen on yksi osa perioperatiivista hoitoketjua. Operatiivisen potilaan hoitoprosessissa on kuvattu seuraavat vaiheet: leikkauspäätös, leikkaukseen valmistaminen, leikkaus- ja anestesiatoimenpide sekä leikkauksen jälkeinen hoito (Alastalo, Tulla & Leskinen 2007, 32). Siirron, kuten muidenkin

hoitoketjun vaiheiden, tavoite on potilaan hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Siirron välttämättömyydestä huolimatta sen tulisi olla mahdollisimman vähän häiriötä aiheuttavaa. (Jauhiainen 2009, 9-10). Päällekkäiset työtehtävät voivat häiritä hyvää siirtotapahtumaa. Siirron viivästyessä potilas voi tuntea olonsa turvattomaksi, mikä huonontaa välillisesti potilaan toipumista. (Malinen, Korkala, Siren, Vuorela & Loisa 2004, 7.)

Siirtotapahtuma voi olla suoritettu hoitohenkilökunnan toimesta, jolloin potilas on objekti tai yhdessä potilaan kanssa, jolloin objektista tulee aktiivinen toimija. Kun pyritään asiakaskeskeisempään toimintatapaan osastoilla, on tärkeää tutkia potilaiden mielipiteitä siirtymisestä. Potilaan siirtymistä kävellen sairaalan sisällä eri osastojen välillä ei juuri ole tutkittu. On sen sijaan tutkittu potilaiden kokemuksia siirroista heidän ollessaan potilasvuoteessa. Tutkimuksia on tehty niin hoitajien kuin potilaidenkin näkökulmista.

Vaikka siirronaikainen hoitotyö nähdään lyhyenä ajanjaksona potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa, on se tärkeä osa potilaan hoitoa. Varsinaisesti siirto alkaa siitä, kun suunnitellaan potilaan siirtoa osastolta toiselle ja loppuu, kun potilas on vastaanotettu toisella osastolla. Potilassiirtoja on tutkittu opinnäytetyössä Osastojen väliset potilassiirrot neurologisen potilaan kokemana (Toivonen 2010). Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että potilaat kokevat siirtymisen vuoteessa vaivattomaksi ja näin ollen positiiviseksi. Ongelmina potilaat olivat kokeneet siirron odottamisen ja puutteellisen tiedonsaannin koskien siirtoa. Hoitohenkilökunnan kiire tuli ilmi potilaiden vastauksissa. (Toivonen 2010.)

3.6 Vuorovaikutus

Potilaan kokema turvallisuuden tunnetta voidaan vahvistaa hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen avulla. ”Vuorovaikutus on ajatusten ja tunteiden jakamista ja peilaamista, yhdessä tekemistä ja yhdessä olemista” (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 19). Potilaat käyttävät usein vuorovaikutusta hoitajan kanssa mittarina hoidon laadun arvioinnissa. Hoitajat toimivat avainhenkilöinä antaen potilaille heidän hoitoonsa liittyvää tietoa ja tukien potilaan aktiivista roolia hoitoon osallistumisessa. Vuorovaikutusta on tutkittu eri hoitoaloilla, muun muassa syöpäpotilaan hoidossa sekä lastenneuvolassa tapahtuvaa vuorovaikutusta. (Mattila 2001, 12.) Potilaat pyritään kohtaamaan yksilöinä ja ottamaan huomioon jokaisen tarpeet yksilöllisesti. Ainutlaatuinen ja suunniteltu kohtaaminen on potilaan porras hoitotyöhön.

3.6.1 Vuorovaikutus ammattitaitona

Vuorovaikutusta ei tule pitää epämääräisenä ammattipätevyiden osa-alueena. Se ei ole itsestäänselvyys eikä merkityksetön taito. Ammatilainen arvioi asiakkaan tilannetta ja muokkaa toimintaansa, työkalujaan ja menetelmiään ikään kuin rakentaisi taloa. (Vilén ym. 2002, 17.) Monipuolinen vuorovaikutus on kuitenkin myös aikaresurssien vuoksi mahdollista yleensä vain pitkäaikaishoidossa. Hetkellisen vuorovaikutuksen vaikutukset ovat kiistatta lähtemättömät. Hoitaja voi hetkessä joko alustaa turvallisen pohjan tulevalle hoitajaksolle tai romuttaa sen. Vuorovaikutuksellisella tukemisella pyritään asiakkaan ymmärtämiseen ja tukemiseen. Asiakkaan oman tahdin kunnioittaminen on hänen omien voimavarojensa tukemista. Tällainen asiakkaan omaan tahtiin tapahtuva kuuntelu, kysely, selvittäminen, viestiminen eleillä ja ilmeillä, yhdessä toimiminen ja tiedon jakaminen ovat Counselling – vuorovaikutuksellista tukemista. (Vilén ym. 2002, 10.)

Leikkauksen vuoksi ihmisen on usein sopeuduttava uuteen ruumiinkuvaan, joka voi olla hyvinkin haasteellista. Psykkinen hyvinvointi saattaa joutua koetukselle, jos ruumiinosalla, johon kajotaan, on tärkeä merkitys ihmiselle itselleen. Fyysinen eheys saattaa rikkoutua, jolloin potilaasta saattaa tulla haavoittuvaisempi. (Faulkner & Maguire 1999, 17.). Leikkaukseen joutuminen merkitsee potilaalle aina elämänmuutosta. Turvallisuuden tunne nousee eittämättä tärkeään osaan, kun potilas joutuu turvautumaan hoitohenkilökuntaan. Pelkästään leikkaukseen joutuminen aiheuttaa potilaassa monenlaisia tunteita. Hoitaja voi oikealla kommunikaatiolla, joko edistää tai jopa ehkäistä hoidollisen vuorovaikutussuhteen syntymistä ja potilaan osallistumista hoitotyöhön. Jokainen puheenvuoro voi olla merkityksellinen potilaalle ja siksi hoitajan vuorovaikutustaidoilla on merkitystä. (Nihtilä 2008, 9.)

3.6.2 Vuorovaikutuksen lähtökohdat hoitosuhteessa

Aika, jonka potilas ehtii käyttämään potilaaksi valmistautumiseen, ei ole merkityksellinen. Valmistautuminen lisää hallinnan tunnetta ja vähentää ahdistusta tuntemattoman edessä. Ihminen on normaalisti oman elämänsä herra, kun sairaalassa ollessa on olemassa uhka yksityisyyden menettämisestä ja turvallisuuden tunne saattaa heiketä. Mattila (2001) kuvaa Morse & Johnsonin näkemystä potilaan sairastumisesta nelivaiheisena prosessina. Aluksi potilas hakee tukea läheisiltä selvitteäkseen sairautensa oireita sekä etsiessä syitä. Toisessa vaiheessa hän luovuttaa päätöksen teon ja hallinnan hoitohenkilökunnalle sekä läheisilleen. Toipumisen aikana potilas ottaa hallinnan takaisin itselleen, jotta kykenee palaamaan normaaliin elämään. Tämä ei onnistu ilman tukea ja rohkaisua. Neljännessä vaiheessa potilas on saavuttanut hallinnan tunteen, mutta epävarmuus ja varuillaan olo silti jatkuu. (Mattila 2001, 14.)

Potilaissa on eroja. Toiset ovat herkemmin riippuvaisia, kun toiset jäsentävät asioita itsekseen. Potilaan mennessä leikkaukseen tälle muodostuu jo tulotilanteessa mielikuva hoitajan antamasta tuesta ja vuorovaikutuksesta. Puhutaan ensivaikutelmasta. On tehty tutkimuksia siitä, mitä potilaat ja hoitajat ovat odottaneet vuoro-

vaikutukselta. Sairaanhoidajien kehonkielen tulisi vastata sitä, mitä he ääneen sanovat. Potilaiden mielipidettä tulee kysyä sekä yrittää ymmärtää heidän tarpeitaan ennakoivasti. Odotuksien ja mielipiteiden huomioonottaminen saattaa olla vaikeaa niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät kerro toiveistaan tai olettavat hoitajan tietävän avuntarpeistaan. Tämän vuoksi ei-aloitteelliset potilaat saattavat jäädä vaille tarpeellista tukea. (Mattila 2001.)

Vuorovaikutus on parhaimmillaan dialogia. Viitekehuksesta riippumatta dialogi on keskeisimpiä asioita vuorovaikutuksessa. Dialogi tulee kreikan kielen sanoista *dia* (väliin) ja *logos* (tarkoitus), joka on yhtä kuin läpikulku tai läpi virtaus. Dialogisuudesta puhuttaessa käsitellään asennetta, ei ainoastaan tekniikkaa. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 9.) Dialogissa olennaista on puheen symmetrisyys. Kaikkien keskustelijoiden tulisi olla tasavertaisia. Symmetrisyys on pyrkimystä yhteiseen ymmärrykseen. Tavoiteltaessa symmetrisyyttä ihmisten tulisi olla samanarvoisia, sillä epäsymmetria luo jännitteitä. Hoitotyössä potilas on oman elämänsä asiantuntija, hoitajalla on ammattitaitonsa. Molemmat roolit ovat yhtä arvokkaita ja kunnioitettavia. Kunnioitus periaatteena tarkoittaa sitä, että kaksi keskustelijaa on lähtökohdiltaan tasavertaisia. Potilaan täytyisi tulla kuulluksi muutenkin kuin sairautensa tai vaivansa kautta. (Väisänen ym. 2009, 15-17.)

Toisen ajatusten arvostaminen voi olla haastavaa. Väisäsen, Niemelän ja Suuan mukaan tutkimukset ovat osoittaneet, että uransa alussa olevat hoitajat puhuvat enemmän kuin kuuntelevat. Isaacsin mukaan kunnioittaminen on aktiivista toimintaa. Hän pitää ihmisen suurimpana esteenä kuulijan omaa sisäistä hälinää, joka syntyy liiasta keskittymisestä itseensä. Ennakkokäsitteet tulisi siirtää sivuun ja kiinnittää huomio asioihin, joita tavallisesti ei huomioi. Puheenvuoron tullessa hyvä kuuntelija ottaa riskin ja puhuu suoraan. (Väisänen ym. 2009, 19-22.)

3.6.3 Sanaton vuorovaikutus

Suurin osa vuorovaikutuksesta on sanatonta. Se välittyy salamannopeasti, kun katsomme toisiamme. Millainen on hyvä sanaton viestijä? Voisi sanoa, että ihmisen olisi kirjaimellisesti seistävä sanojensa takana. Ei riitä, että kiireen keskellä kerrotaan päättäväisen ystävällisesti kireä hymy kasvoilla: ”Teitä tullaan palvelemaan aivan hetken kuluttua”. Asiakas jää odottamaan ja odottavan aika on pitkä todellisesta ajankulusta riippumatta. Voidaan kuvitella, kuinka monta minuuttia potilaalla enimmillään kestää kertoa, että hänellä on kipuja, jännittää tai tuntee itsensä unohdetuksi. Hoitaja, joka on luonteva, osaa ottaa oikean keskusteluetäisyyden, koskettaa, katsoo, mukailee ruumiin liikkeillä ja eleillä puhetta, on myös turvallinen. Sanaton vuorovaikutus alkaa paljon ennen puhetta. (Väisänen ym. 2009, 28.).

3.7 Hoitotyön laatu

Lillrank erittelee laadun neljään eri osa-alueeseen, jotka ovat tuotantokeskeinen, suunnittelukeskeinen, asiakaskeskeinen ja systeemikeskeinen näkökulma. Merkittävimpänä näistä pidetään yhä tuotantokeskeistä eli virheettömyyteen perustuvaa laadun näkökulmaa. Hyvin suunniteltu tuote voidaan nähdä laadun takeena, jolloin kysymyksessä on suunnittelukeskeinen näkökulma. Asiakaskeskeisessä laadun tarkastelussa tärkeimpänä nähdään asiakkaan valinta maksaa tuotteesta. Systeemikeskeisesti laatua arvioidaan kauaskantoisten vaikutusten kautta. (Aaltonen 2008, 25-26.)

Hoitotyön laatua arvioidaan usein hoitotyön eri osa-alueiden kautta. Hoidon laadun tavallisin mittari on potilastyytyväisyys. Vuodeosastoilla, poliklinikoilla sekä leikkausosastoilla on tutkittu potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja eniten tyytymättömyyttä ovat aiheuttaneet vähäinen tiedonsaanti sekä potilaan huonot mahdollisuudet vaikuttaa omiin hoitoratkaisuihinsa. Potilaiden lisäksi hoidon laatua arvioidessa on otettava huomioon myös muut terveydenhuollon tärkeimmät osapuolet eli henkilöstö, maksajat ja yhteiskunta. Institute of Medicine (IOM) määrittelee laadun seura-

vanlaisesti: ”Terveysthuollon laatu on määrä, jolla terveystalvelut parantavat yksilöiden ja väestön todennäköisyyttä haluttuihin terveystvaikutuksiin ja ovat yhdenmukaisia nykyisellä ammatillisella tietämyksellä.” (Kvist 2004, 20-23.)

Hoitotyön laadun uranuurtaja on ollut hoitotyötä merkittävästi kehittänyt Florence Nightingale. Hänen mukaansa hoitotyön kohdealueet, joilla laatua arvioidaan, painottuivat potilaan fyysiselle alueelle sekä hoitoympäristöön. Hoitotyötä ehdittiin tehdä sata vuotta ennen kuin sitä alettiin kriittisesti arvioida. Arviointiin on kehitetty monia mittareita, joista useimmat ovat peräisin 1960- ja 1970-luvuilta. Terveysthuoltoon tuli aktiivinen laatuajattelu kuitenkin vasta 1980-luvulla. Se, millainen arvomaailma yhteiskunnassa vallitsee, määrää sen, mistä näkökulmasta laatua arvioidaan. Laadun arvioinnilla tarkoitetaan toteutuneen toiminnan vertaamista asetettuihin laatuvaatimuksiin ja kriteereihin. On muistettava, että tällainen arviointi on aina arvosidonnaista toimintaa. Siitä tulisi käydä ilmi, kenen tai mistä näkökulmasta laatua arvioidaan, ketkä ovat asettaneet laatuvaatimukset, kuka arvioi ja millä menetelmällä sekä mikä on tietolähde (Onnela 1996, 5-11).

4 JOKILAAKSON SAIRAALA

4.1 Leikkausosasto

Jokilaakson sairaala on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiiriä. Leikkausosaston toiminnasta vastaa Jokilaakson Terveys Oy. Leikkausosastolla on kolme leikkauksalialia sekä yksi heräämö. Leikkausosastolla työskentelevät kirurgit, kaksi anestesialääkäriä, osastonhoitaja, 12 sairaanhoitajaa, perushoitaja sekä lääkintävahtimestari (Jokilaakson Terveys Oy 2011). Kirurginen vuodeosasto sijaitsee leikkausosaston vieressä, samassa kerroksessa.

Jokilaakson sairaalassa leikataan sekä päiväkirurgisia että leiko-potilaita. Päiväkirurgian tilat sijaitsevat kirurgisen vuodeosaston yhteydessä. Leiko-toiminnalle ei ole omia tiloja, potilaat vastaanotetaan kirurgiselle vuodeosastolle leikkauspäivän aamuna. Leikkausosastolla suoritetaan toimenpiteitä käsikirurgian, lasten kirurgian, ortopedian, plastiikkakirurgian, vatsaelinkirurgian sekä verisuonikirurgian erikoisaloilta. (Jokilaakson Terveys Oy 2011).

Keskeistä osaamisaluetta ovat polven ja lonkan tekonivelleikkaukset, polven ja nilkan täyhystysleikkaukset, olkapään ongelmien hoito täyhystysleikkauksella, pienortopedia sekä muiden ortopedisten ongelmien leikkaushoito. Tekonivelleikkaukset vaativat potilaiden hoitoa vuodeosastolla leikkauksen jälkeen, muut ortopedian leikkaukset tehdään pääasiassa päiväkirurgisesti. Päiväkirurgisesti tehdään plastiikkakirurgian alalta ihomuutosten poistoja, luomileikkauksia sekä arpikorjausleikkauksia. Rintojen pienennysleikkaukset tehdään lyhytjälkihoitoisesti, jolloin potilaat jäävät yön yli vuodeosastolle. Vatsaelinkirurgian toimenpiteet tehdään pääasiassa päiväkirurgisesti ja lasten leikkauksista tehdään vain päiväkirurgisia toimenpiteitä. Myös käsikirurgiset toimenpiteet tehdään ensisijaisesti puudutuksessa, jolloin ne voidaan tehdä päiväkirurgisesti. Verisuonikirurgian alalta tehdään suonikohjujen leikkaus- ja vaahdotushoitoja. (Jokilaakson Terveys Oy 2011.)

4.2 LEIKO Jokilaaksossa

Jokilaakson sairaalassa toteutetaan leiko-mallia. Leikkaukseen kotoa -toiminta kehitettiin Hyvinkäällä vuonna 2000. Potilaat hoitavat esivalmistelut heille annettujen ohjeiden mukaan kotona ja saapuvat leikkauspäivän aamuna sairaalaan. (Keränen 2006, 1412-1413.) Joissain sairaaloissa tälle toiminnalle on järjestetty omat leikotilat. Jokilaakson sairaalassa leiko-toimintaa toteutetaan kirurgisen vuodeosaston yhteydessä, ilman erillistä leiko-yksikköä. Potilas saapuu leikkauspäivän aamuna klo 7 kirurgisen vuodeosaston päiväsaliin, josta hoitaja ohjaa hänet potilashuoneeseen. Potilas vaihtaa omat vaatteensa avopaitaan, häneltä tarkistetaan ravinnotta olo ja ohjataan poistamaan korut ja muut irtoesineet. Potilas saa mahdollisesti anestesia- ja analgeesia lääkäri määräämään esilääkkeen ja ihon kunto tarkistetaan sekä tarvittaessa poistetaan ihokarvat leikkausalueelta. Potilashuoneessa hän odottaa leikkaukseen pääsyä.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytetään kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään usein ymmärtämään jotakin tapahtumaa syvällisemmin, eikä pyritä tekemään tilastollisia yleistyksiä. Jo yhtä henkilöä haastattelella voidaan siis saada merkittävää tietoa, tai sitten useamman henkilön haastatteluista ei saada vielä minkäänlaista merkityksellistä tietoa. Kvalitatiivista tutkimusta tehdessä tuleekin löytyä joustavuutta niin toiminnan kuin päätösten suhteen tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Suunnitelma on syytä olla olemassa, mutta sitä täydennetään jatkuvasti työn edetessä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 58-60.)

5.2 Aineiston keruu

Haastateltavia tulee kvalitatiivisessa tutkimuksessa olla niin paljon kuin tarvitaan saturoimaan aineisto. Näin toteavat useammat tutkimushaastattelun teoriasta kirjoitetut teokset. Ennalta ei haastateltavien määrää päätetä, vaan haastattelemisen lopetetaan, kun aineisto on kylläntynyt eikä uusista haastatteluista enää saada olennaista, uutta tietoa. Se, mitä halutaan tutkia, ohjaa tietysti kohdejoukon valintaa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 58-60.)

Tämän opinnäytetyön kohderyhmä koostuu Jokilaakson sairaalan elektiivisistä leikkauspotilaista, pois lukien päiväkirurgiset potilaat. Haastattelimme kahdeksaa potilasta leikkauksen jälkeen kirurgisella vuodeosastolla tammi-helmikuussa 2011. Potilaita haastateltiin näiden 1.-3. postoperatiivisena päivänä. Menetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jonka teemat tehtiin tätä opinnäytetyötä varten (LIITE 1). Haastattelimme ensin kahta potilasta, jonka jälkeen pohdimme teemojemme pohjalta apukysymyksiä, jotka auttaisivat meitä tutkimuskysymyksiin vastaamisessa. Haastattelut toteutettiin potilashuoneissa ja potilaat istuivat sängyissä niiden aika-

na, koska leikkauksesta oli kulunut vähän aikaa ja toipuminen oli kesken. Puolet haastatteluista toteutettiin niin, että molemmat tutkijat olivat haastattelussa mukana, toinen puoli toteutettiin yhdellä haastattelijalla. Haastateltavien taustamuuttujia emme nähneet tarpeelliseksi kartoittaa. Kerroimme haastateltaville, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että aineistoa käsitellään luottamuksellisesti. Jokaiselta haastateltavalta pyysimme suostumuksen haastatteluun kirjallisena (LIITE 2) sekä annoimme heille suullisesti kerrotut tiedot myös kirjallisena (LIITE 3). Haastattelut nauhoitettiin.

5.3 Sisällön analyysi

Yhtä oikeaa menetelmää laadullisen tutkimuksen sisällön analyysiin ei ole. Tutkimuksen tekijän on itse valittava omaan tutkimukseen sopivin tapa lähestyä aineistoa. Onkin hyvä aloittaa aineiston keruu, siihen tutustuminen ja alustavien analyysien tekeminen keskenään yhtä aikaa. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2000.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston järjestely on tärkeä, mutta suuritöinen prosessi. Laadullinen aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi sana sanalta. Litterointi voidaan tehdä kaikesta kerätyistä aineistosta tai valikoida esimerkiksi teemoittain. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 217-219.) Litteroinnin jälkeen aineistoa luokitellaan ja pyritään löytämään teemoja. Tästä siirrytään analyysiin, jonka jälkeen pyritään tulkitsemaan ja selittämään tuloksia. (Ruusuvuori ym. 2000.)

Litteroimme nauhoitetun aineiston välittömästi haastattelujen jälkeen. Jaoin litteroinnin kirjoittamisen niin, että molemmat litteroivat puolet haastatteluista. Litteroitua aineistoa kertyi 30 sivua. Litteroinnin jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan. Aineiston lukemisen aikana mietimme alustavasti, mitkä asiat viittaavat tutkimuskysymyksiimme. Tämän jälkeen aloitimme aineiston koodauksen tutkimuskysymysten mukaan käyttäen apuna värejä.

1. Miten potilas kokee ajan leikkauspäivänä ennen leikkausta ja saapumisen leikkaussaliin?
2. Miten esilääkkeettömyys vaikuttaa potilaan kokemukseen?
3. Kuinka potilas kokee siirtymisen vuodeosastolta leikkaussaliin?
4. Miten hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus vaikuttaa potilaan kokemukseen perioperatiivisesta prosessista?
5. Miten potilaat kehittäisivät perioperatiivista prosessia?

Koodauksen jälkeen aineisto siirrettiin haastattelu kerrallaan taulukkoon. Potilaan alkuperäisen ilmaisun viereen kirjoitettiin pelkistys potilaan ilmaisusta. Tämä tehtiin, jotta potilaan ilmaisun keskeisimmät asiat nousevat esiin. Pelkistyksen jälkeen aineistoa alettiin koota ja etsiä ilmaisuiden sisältämistä merkityksistä yhteneväisiä asioita. Yhteneväisiä asioita löytyi yhteensä 12 kpl. Ne olivat: odotusaika ja kirurgian osaston ilmapiiri, aktiviteetit osastolla odottaessa, leikkausta edeltävä jännitys, esilääkkeen merkitys potilaalle, aiempien leikkauskokemusten merkitys, siirron aikaisen ohjauksen merkitys, itsenäisen toiminnan merkitys potilaalle ja toivo, leikkausta edeltävät valmistelut, informaatio ja ohjauksen laatu leikkaussalissa sekä asiakaslähtöisyys, leikkaussalin ilmapiirin merkitys ja tarpeista kertominen, turvallisuuden tunne ja leikkaustasolla olo leikkauksen aikana (LIITE 4).

Näistä muodostui alakategorioita. Alakategoriat koottiin yhteen ja etsittiin samaa luokkaa tarkoittavia asioita, pääluokkia. Pääluokkia löytyi yhteensä 3 kpl. Ne olivat odotus osastolla, siirtymisen aikaiset tapahtumat ja aika leikkaussalissa. Taulukko koostui potilaan ilmaisusta, ilmaisun pelkistyksestä, alakategoriasta ja pääluokasta (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston analysoinnista ja pääluokkien muodostumisesta.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Alakategoria	Pääluokka
Että ainahan odottavan aika on pitkä.	Odotus tuntui pitkältä	Odotus osastolla	Odotusaika
No eei siinä matkan aikana paljon keritty, tuolla leikkaussalissa sitten valmistellessa puhuttiin.	Siirto matka oli lyhyt, ei keskustelua	Siirron aikaisen ohjauksen merkitys	Siirtymisen aikaiset tapahtumat
Oli, oli rauhallista. Jokainen ties tehtävänsä.	Rauhallinen ympäristö Ammattitaitoinen henkilökunta	Leikkaussalin ilma- piiri Luottamus	Aika leikkaussalissa

6 TULOKSET

6.1 Odotus osastolla

6.1.1 Odotusaika ja kirurgisen vuodeosaston ilmapiiri

Kysyimme potilailta, kuinka he kokivat odotusajan osastolla. Suuri osa potilaista oli tyytyväisiä siihen, että odotusaika osastolla ennen toimenpidettä oli ollut lyhyt. Potilaat, joita haastattelimme, tulivat aamulla kotoaan suoraan osastolle, jolloin he olivat päässeet myös nopeasti siirtymään leikkausosastolle. He kertoivat siirtyneensä päiväsalista potilashuoneisiin, jossa vaihtoivat omat vaatteet sairaalan vaatteisiin, jonka jälkeen hoitaja tuli hakemaan leikkaussaliin.

Osaston tunnelmaa kuvattiin odotusaikana rauhalliseksi. Eräs potilas koki odotusajan pitkäksi, koska joutui odottamaan kirurgisella osastolla useamman tunnin. Syy, miksi hän oli tyytymätön odotusaikaan, oli leikkaukseen pääsyn viivästyminen. Hänen mielestään väliin tuli kiireellisiä potilaita. Hän odotti osastolla leikkaukseen pääsyä seitsemän tuntia, jonka aikana kertoi lukeneensa. Potilas kertoi myös, että ”ainahan odottavan aika on pitkä”. Sen sijaan potilas, joka odotti osastolla neljä tuntia, kertoi päässeensä mielestään nopeasti leikkaukseen. Hän kertoi myös, että leikkauksen odottaminen jännitti ja sai kirurgian osastolla ”jotain lääkettä”, jonka jälkeen rauhoittui ja nukahti. Hän ei tiennyt, mitä lääkettä oli saanut. Potilas odotti aluksi yksin huoneessaan ja huonetoverin tultua alkoivat jutella.

Osa potilaista kertoi myös, että lääkäri antoi odotusaikana informaatiota siitä, milloin pääsee siirtymään leikkausosastolle. Potilaat olivat tyytyväisiä tähän lääkärin antamaan ohjaukseen.

6.1.2 Aktiviteetit osastolla odottaessa

Leikkauspäivän aamuna potilaat odottivat kirurgian osaston päiväsalissa vähän aikaa ennen kuin heidät tuotiin potilashuoneisiin vaihtamaan sairaalavaatteet. Potilaat, jotka odottivat kauemman aikaa kuin aamun ensimmäiset saliin menijät kertoivat odotusajan aktiviteeteistä. Odotusaikana osastolla oli luettu lehtiä, katsottu televisiota, juteltu huonetoverin kanssa ja nukuttu.

6.1.3 Leikkausta edeltävä jännitys

Useassa haastattelussa ilmeni, että leikkausta oli jännitetty. Jännityksen syitä olivat epätietoisuus siitä, mitä edessä on, huoli leikkauksen lopputuloksesta sekä kokemukset leikkauksista muissa sairaaloissa. Ne, jotka olivat aiemmin olleet potilaana samassa sairaalassa, jossa leikkaus suoritettiin, jännittivät vähemmän tullessaan tuttuun paikkaan.

Potilaat, jotka jännittivät leikkausta kotona, olivat puhuneet ja käsitelleet tulevaa tapahtumaa tuttavien ja perheen kanssa. He kertoivat, että koska olivat käsitelleet asiaa jo kotona, heitä ei jännittänyt enää osastolle tullessa ja siellä odottaessa. Jännitystä oli erään potilaan kohdalla helpottanut se, että hän ajatteli tulleensa ammatti-ihmisten käsiin hoitoon. Haastatteluista myös ilmeni, että kaksi potilasta toivoi ennen leikkauksen alkua saavansa rauhoittavaa, että nukkuisi leikkauksen aikana.

”sillon toivoin ensin että olis niin tokkurassa että ei kuule mitään eikä mutta ei se tuntunu pitkältä eikä silleen hankalalta”

6.1.4 Esilääkkeen merkitys potilaalle

Haastateltujen kuvailut esilääkkeestä olivat moninaiset. Ainoastaan yhdessä haastattelussa kysyttiin esilääkkeestä. Muissa haastatteluissa ei kysytty esilääkkeestä, kaikki kommentit esilääkkeistä ovat potilaiden itse esille nostamia asioita. Tutkimuksessa ilmeni, että lääkettä oli saatu, mutta tiedossa ei ollut, mikä kyseinen esilääke oli. Esilääkkeen kuvattiin rauhoittaneen tai nukuttaneen. Osa potilaista, jotka mainitsivat rauhoittavasta tai nukuttavasta vaikutuksesta eivät olleet kävelleet leikkausosastolle.

Osa potilaista ei kuitenkaan maininnut esilääkettä. He, jotka eivät maininneet siitä mitään, olivat myös kävelleet leikkausosastolle. Eräs lonkkaleikkaukseen tullut potilas kertoi leikkauksen luonteesta huolimatta pystyvänsä kävelemään saliin, koska lääkitys ei ollut sellainen, että se olisi estänyt kävelyn.

”Siinä olin saanu jo jonkun rauhottavan lääkkeen, en mää muuten niin rauhallinen olis ollu”

”Täällä annettiin sen verran jo semmosta kivaa ainetta, joku nappi suuhun”

6.1.5 Aikaisempien leikkauskokemusten merkitys

Tutkimuksesta ilmeni, että aiemmilla leikkauskokemuksilla oli merkitystä siihen kuinka potilaat kokivat leikkaukseen tulon. Potilaat kertoivat, että toimenpide ei jännittänyt, koska oli kokemusta leikkauksessa olost. Haastatteluista ilmeni, että aiemmat leikkaukset oli tehty sekä nukutuksessa että puudutuksessa. Osalle potilaista puudutuksessa tehtävä toimenpide ja hereillä olo sen aikana oli uusi kokemus.

Muissa sairaaloissa saadut kokemukset hoidosta vaikuttivat. Haastatteluissa kävi ilmi positiivisia ja negatiivisia leikkauskokemuksia. Negatiiviset leikkauskokemukset lisäsivät jännitystä tulevaa leikkausta kohtaan, joka tutkimuksessa ilmeni jännityksenä kotona.

6.2 Siirtymisen aikaiset tapahtumat

6.2.1 Siirron aikaisen ohjauksen merkitys

Kävellen siirtyneet olivat tyytyväisiä toimintatapaan ja yllättyneitä, että saivat kävellä leikkaussaliin aikaisemmista kokemuksista poiketen. Kävi ilmi, että siirtyminen kävellen oli monelle potilaalle ensimmäinen kerta. Tutkimuksessa ilmeni, että siirtomatkan pituus ja siihen käytetty aika koettiin lyhyeksi.

Haastatellut eivät muistaneet tarkasti siirtymisen aikaisten keskustelujen sisältöjä. Anestesiahoitajan kanssa oli juteltu ”niitä näitä” tai ”semmosia maallisia asioita, mitä nyt tavallisestikin elämässä jutellaan”. Hoitajat olivat kysyneet lähes jokaiselta siirtymisen aikana mahdollisesta jännityksestä tai kivuista. Jännitystä kokeneelle potilaalle oli matkan aikana kerrottu, että hoitajat ohjaavat ja kertovat leikkaussalissa, mitä tulee tapahtumaan.

”Ensimmäisen kerran mää nyt kävelen itte sinne leikkaussaliin, että aina on kärryillä viety. Että se oli ihan mukava. Mukava kokemus.”

”se oli niinkun semmonen erikoinen kokemus, että ei tuntunu oikeestaan niin viralliselle kun ennen”

”se sano vielä, että sähän kävelet reippaasti, että eihän hän pysty perässä tulemaan.”

6.2.2 Itsenäisen toiminnan merkitys potilaalle ja toivo

Kävellen leikkausosastolle siirtyneet potilaat olivat tyytyväisiä toimintatapaan. Eräs potilaista oli innostunut kävelystä niin, että kertoi anestesiahoitajan sanoneen ettei pysty kävelemään yhtä reippaasti. Toinen potilas kertoi, että oli hauska tunne, kun leikkaussaliin käveltiin, koska aiemmin on viety sängyllä. Eräs potilas kertoi, että hän oli saanut kävellä rauhallisesti omaan tahtiin leikkaussaliin, vaikka lonkassa oli vaivaa ja leikkaustoimenpide kohdistui lonkkaan.

Yksi haastatelluista potilaista kertoi, että leikkaukseen siirtyminen merkitsi toivoa. Toivon tunne kohdistui leikkauksen lopputulokseen, jotta operoitava raaja saadaan kuntoon ja sen toimintakyky palaa entiselleen tulevaisuudessa. Potilas toivoi, että pystyisi jälleen kävelemään omatoimisesti. Hänet siirrettiin saliin vuoteella.

6.3 Aika leikkaussalissa

6.3.1 Leikkausta edeltävät valmistelut

Leikkaussaliin saapumistilannetta kuvattiin turvalliseksi, koska siellä oli nykyaikaiset laitteet ja ammattitaitoinen henkilökunta. Moni oli laittanut merkille, että leikkaussalissa oli paljon hoitajia. Haastatellut kertoivat koko hoitotiimin esitelleen itsensä leikkaussaliin saapuessa. Vaikka nimet eivät jääneetkään mieleen, heistä hoitajien esittäytyminen oli mukavaa. Hoitajat avustivat leikkausasentoon asettumisessa ja potilaat kuvasivat tilanteen rauhalliseksi. Eräs haastatelluista kuvasi leikkauspöydälle asettumisen hankalaksi. Tämän jälkeen hoitajat asettivat tarkkailulaitteet potilaalle. Osalle potilaista leikkaussalin tarkkailulaitteista ei kerrottu. Laitteiden läsnäolon koettiin kuitenkin tuovan turvaa. Erityisesti anestesiahoitajan rooli valvomassa monitoria oli huomattu. Leikkaussalin henkilökunnasta parhaiten potilaille jäivätkin mieleen anestesia lääkäri ja anestesiahoitaja.

”Mut yks nainen oli, niinkun jatkuvasti seurasi minua, että mitenkä minun kaikki ne toiminnot siinä menee läpi.”

6.3.2 Informaatio ja ohjauksen laatu leikkaussalissa

Hoitajien sekä anestesia­lääkärin antamaa ohjausta ja neuvontaa kuvattiin ystävälliseksi. Potilaat saivat asettautua leikkaustasolle rauhassa. Hoitajat olivat varmistaneet, että leikkausasennossa on miellyttävä olla, koska edessä saattoi olla pitkä operaatio, joka tehtiin puudutuksessa ja potilas oli siksi hereillä. Osalle potilaista kerrottiin, miksi leikkaussalissa potilaalle laitetaan erilaisia laitteita kuten verenpainemittari. Potilaat tiesivät, miksi mittareita laitetaan kiinni potilaaseen ja eivät siksi olettaneet, että niistä kerrotaisiin. Potilaat kokivat, että saivat tietoa tarvittaessa.

”jos mulla nyt jotakin olis ollu niin kyllä määhän olisin varmaa kysynyt”

Tutkimuksessa kävi ilmi myös, että eräälle potilaalle puudutuksen toteuttaminen oli ollut hankalaa. Potilas kertoi, että oli kuitenkin mukavaa, kun anestesia­lääkäri kertoi vaihe vaiheelta, mitä tekee. Sen sijaan tutkimuksesta kävi ilmi, että leikkaava lääkäri ei kertonut potilaille, milloin tuli saliin tai aloitti leikkauksen. Toisaalta potilaat eivät myöskään olettaneet, että kirurgi informoisi leikkauksen aloittamisesta. Eräs potilaista toivoi, että lääkäri kertoisi leikkauksen alussa mitä aikoo tehdä. Toisaalta hän oli sitä mieltä, että potilaan täytyy olla aktiivinen ja kysyä hoidostaan.

6.3.3 Asiakslähtöisyys, leikkaussalin ilmapiirin merkitys sekä tarpeista kertominen

Potilaiden mielestä henkilökunta oli ottanut leikkaussalissa hyvin kontaktia. Tutkimuksessa tuli ilmi myös, että potilaiden vointia oli kysytty ja varmistettu. Leikkaussalin tunnelmaa on kuvattu rauhalliseksi ja positiiviseksi. Hoitajien juttelu on luonut rentoa tunnelmaa. Osa potilaista kuvasi hoitajien keskustelua mukavaksi. Potilaat olivat saaneet osallistua leikkaussalissa käytyihin keskusteluihin.

Leikkauksen ajaksi oli tarjottu musiikkia. Ne, jotka halusivat musiikkia, kuvasivat sitä rentouttavaksi. Osa ei halunnut sitä ja jossain tapauksessa se oli peittynyt toi-

menpiteestä aiheutuvien äänien alle. Potilailla oli erityistoivomuksia musiikin suhteen, esimerkiksi jazz-musiikkia oli toivottu, mutta salissa pystyi kuuntelemaan ainoastaan radiota. Potilaat, jotka kertoivat musiikista, olivat kuitenkin tyytyväisiä siihen, mitä musiikkia radiosta kuului.

6.3.4 Turvallisuuden tunne

Tutkimuksessa ilmeni, että potilaat kokivat turvaa leikkaussalissa olevien laitteiden seurannan, usean hoitajan läsnäolon, rauhallisen ilmapiirin ja sen ansiosta, että jokainen hoitaja tiesi tehtävänsä. Potilaat kertoivat, että tarkkailulaitteiden läsnäolo toi turvaa, koska niitä seurattiin mahdollisten yllätysten varalta.

”joku seuraa että ei mitään pääse tapahtuun semmosta erikoista, mitä ei kuulu siihen hommaan”

6.3.5 Leikkaustasolla olo toimenpiteen aikana

Leikkaustasolla oloa toimenpiteen aikana kuvattiin jännittäväksi tai rennoksi ja ajantajun kerrottiin hävinneen. Eräs potilaista kertoi, että halusi rauhoittavaa lääkettä varmuuden vuoksi, jotta olisi rentona leikkauksen ajan. Toisen kommentista selvisi, että hän ei halua lääkettä, koska häneen ei koske eikä hän siksi tarvitse sitä. Eräs potilas ei muistanut aiemmin tehdystä leikkauksesta muuta kuin, että jotakin hakattiin. Hän toivoi ennen leikkausta, että olisi niin lääkitty, ettei muistaisi mitään. Hän oli kuitenkin ollut leikkauksessa hereillä eikä häntä hermostuttanut sen aikana.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Menetelmän pohdinta

Valitsimme menetelmäksemme kvalitatiivisen tutkimustavan, teemahaastattelut ja sisällönanalyysin. Pyrimme tällä valinnalla saamaan monipuolisia, rikkaita vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Haastattelut tehtyämme pohdimme, olisiko kvantitatiivisella tutkimusotteella saatu kyseiseen aiheeseen tarkempi aineisto. Haastatellut potilaamme eivät olleet kovin monisanaisia, joka toi haastetta monipuolisten vastausten saantiin. Haastattelijat itse olivat myös aloittelijoita kyseisessä tehtävässä, millä oli oma vaikutuksensa keskusteluihin. Joiltain haastatelluilta oli vaikea saada vastauksia kysymyksiin, johtuen vähäsanaisuudesta tai sitten kovasta puheliaisuudesta, joka johti keskustelua eri suuntiin kuin oli tarkoitus. Aineistomme jäi hieman niukaksi ja jälkeenpäin katsottuna haastatteluja olisi pitänyt ehkä tehdä enemmän.

Ennen haastattelujen toteuttamista haimme tutkimuslupaa Jokilaakson sairaalalta. Lupa haastatella potilaita myönnettiin 4.1.2011. Haastateltavien taustatekijöitä, kuten ikää, sukupuolta tai koulutusta, emme nähneet tarpeelliseksi kartoittaa.

Toteutimme haastattelut 1.-3. postoperatiivisena päivänä. Tuon ajankohdan koimme parhaaksi haastattelujen kannalta. Ensimmäisinä leikkauksen jälkeisinä päivinä potilaat saavat kipulääkkeitä, joilla saattaa olla jossain määrin vaikutusta haastattelutuloksiin. Leikatut potilaat voivat olla väsyneitä sekä lääkkeiden että tehdyn toimenpiteen ja anestesian vuoksi. Potilaiden tavoittamisen kannalta oli kuitenkin helpompaa toteuttaa haastattelut sairaalassaoloaikana kuin kotiutumisen jälkeen. Sairaala on myös haastattelupaikkana neutraalimpi kuin esimerkiksi potilaan koti.

7.2 Tulosten tarkastelu

Haastatteluista kävi selvästi ilmi, että potilaat olivat yleensä hyvin tyytyväisiä hoitoonsa leikkausosastolla sekä kirurgisella vuodeosastolla. Positiivista olivat ystävälliset hoitajat, rauhallinen tunnelma leikkaussalissa ja hyvä ilmapiiri molemmilla osastoilla. Luottamus henkilökunnan ammattitaitoon myös rauhoitti leikkaukseen tulijoiden mieltä. Tyytyväisimpiä olivat ne, joiden ei tarvinnut odottaa vuodeosastolla pitkään ennen leikkausta. Mikäli leikkausta joutui odottamaan useamman tunnin, se saattoi lisätä jännityksen tunnetta sekä tyytymättömyyttä hoitoon. Jännitys odottaessa saattaa lisääntyä, jos muuta tekemistä kuin maata potilasvuoteella ei ole.

Jo alkuvaiheessa haastattelujamme vastaan tuli potilaita, jotka kertoivat saaneensa leikkausta edeltävästi jotakin esilääkettä, jonka he kokivat rauhoittaneen tai jopa väsyttäneen heitä. Tätä pohdittuamme otimme yhteyttä Jokilaakson sairaalan anestesia lääkäri Sirpa Rintalaan, joka ystävällisesti antoi meille vastauksia kysymyksiimme. Osa potilaista luuli saaneensa rauhoittavan esilääkkeen ja oli sen myötä rauhoittunut. Potilaan jännityksen laantuminen ei ole negatiivinen vaikutus, mutta tarvitsisivatko potilaan enemmän tietoa esilääkkeistä? Vai ovatko he saaneet tietoa ja jännityksen vaikutuksesta sen unohtaneet?

Osa haastatelluistamme oli kävellyt vuodeosastolta leikkaussaliin ja osa oli viety vuoteella. Haastatteluja aloittaessamme oletimme, että lähes kaikki elektiiviset potilaat siirtyvät kävellen, joten emme erityisesti valikoineet kävellen siirtyneitä potilaita. Niistä tapauksissa, joissa potilas oli siirtynyt vuoteella leikkausosastolle, emme saaneet kuvauksia kävellen siirtymisestä. Toisaalta voidaan pohtia, miksi nämä potilaat olivat siirtyneet vuoteella? Onko vuoteella siirtymisen peruste lähtenyt potilaasta, esimerkiksi potilaan sairaus, vai hoitohenkilökunnasta? Kävellen siirtyneet potilaat olivat tyytyväisiä siirtymiseen. Uusi tapa herätti huomiota ja sitä pidettiin parempana vaihtoehtona kuin vuoteella siirtymistä.

Potilaat, jotka kertoivat, ettei leikkaus jännittänyt etukäteen, eivät kuitenkaan muistaneet siirron aikaisia keskusteluja. Tämä voi johtua myös siitä, että siirtomatka leikkausosastolle on lyhyt tai siitä, etteivät potilaat pitäneet siirron aikaisia keskusteluja merkittävinä. Leikkauksen jännittämiselläkin kuitenkin saattaa olla vaikutusta siihen, etteivät potilaat muista tapahtumista juuri ennen leikkausta kovin paljon.

Hoitajan ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on vaikutuksensa potilaan kokemaan turvallisuuden tunteeseen (Vilén ym. 2002). Suurin osa haastatelluistamme kertoi hoitajien koetusta ystävällisyydestä ja ammattitaidosta. Tällaiset kokemukset edistävät hyvän hoitosuhteen syntymistä ja voivat vähentää leikkausta edeltävää jännitystä. Ottaessaan potilaita vastaan, kirurgisella vuodeosastolla tai leikkausosastolla, hoitajien tulisi olla mahdollisesta kiireestä huolimatta tuntosarvet herkinä ja havainnoida potilasta. Kovasti jännittävien potilaiden ahdistustakin voidaan lievittää ohjauksella ja heidän tarvitsemansa tiedon antamisella (Lukkari ym. 2007).

7.3 Johtopäätökset

Kysyimme potilailta palvelun kehittämisestä. Potilaat kokivat, että eivät osaa maallikkona arvioida sitä tai kehittämistä ei heidän mielestään juuri ollut. Ainoa kohta, johon kehitystä toivottiin, oli pitkä jonotusaika toimenpiteeseen. Mietimme, oliko kehittäminen liian vaikeasti lähestyttävä termi ja yritimme kysyä asiaa eri sanoin. Pääasiassa potilaat kuitenkin vastasivat kysymykseen, että ovat tyytyväisiä hoitoonsa eivätkä keksi muutettavaa leikkausosaston tai kirurgisen osaston toiminnassa.

Tilanteisiin, joissa potilas joutuu odottamaan, olisi mielestämme syytä kiinnittää huomiota. Leikkauksen odottaminen osastolla saattaa lisätä jännitystä. Hoitajien positiivinen käyttäytyminen, rauhallisuus, katsekontakti, koskettaminen, rauhallinen hoitoympäristö sekä huumori voivat auttaa lievittämään jännitystä (Nihtilä 2008, 10). Sen lisäksi odotusajan aktiviteetteja voisi miettiä. Mikäli potilas vain makaa sängyssä odottamassa leikkausta, jännitys mahdollisesti kasvaa. Sen sijaan hän

voisi suunnata ajatuksensa johonkin tekemiseen, mikä saattaisi vähentää jännitystä.

Haastatellut eivät muistaneet siirtymästä vuodeosastolta leikkaussaliin kovin paljoa. Pohdimme, kannattaako potilaille antaa ohjausta siirtymisen aikana? Ystävälliset, rauhoittavat sanat varmasti ovat paikallaan juuri ennen leikkausta, jolloin mahdollinen jännitys on suurimmillaan. Ohjaukselle paremmaksi ajankohdaksi näkisimme ajan vuodeosastolla toimenpiteen jälkeen, kun potilaiden jännitys on laantunut ja heillä on aikaa kuunnella. Tämä tietysti koskee leikkauksen jälkeen tapahtuvien asioiden ohjausta, leikkaukseen liittyvät asiat on käyty läpi aikaisemmin.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. 2008. Potilas ja puoleensa vetävät terveystalvelut. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto - Hoitotyön vuosikirja 2008. Sairaanhoidajaliitto, 21-34.
- Aitkenhead, A., Rowbotham, D. & Smith, G. 2001. Textbook of anaesthesia. Harcourt Publishers Limited.
- Alastalo I., Tulla, T. & Leskinen, L. 2007. Postoperatiivinen hoitoprosessi - potilaan kulku heräämöstä osastolle. *Finnanest* 40(1): 32-33.
- Faulkner, A. & Maguire, P. 1999. Vuorovaikutustaidot potilastyössä: syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto.
- Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. ja Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Jauhiainen, V. 2009. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoidajien kuvaamina. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Jokilaakson Terveys Oy. 2011. Luettu 20.3.2011.
<http://www.jokilaaksonterveys.fi/leikkauspalvelut/blog>
- Kauppinen, A. & Räsänen, L. 2010. Leikkaukseen kotoa: Leiko-potilaiden tyytyväisyyskysely Keski-Suomen keskussairaalassa. Hoitotyön koulutusohjelma. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Duodecim* 122(12):1412-1414.
- Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen Lääkärilehti* 61(36): 3603-3607.

Keränen, U., Tohmo, H. & Soirinsuo, M. 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) - toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. Suomen Lääkärilehti 58(36): 3559-3563.

Kuntaliitto 2010. Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-elokuu 2010. Julkaistu 23.11.2010. Sisältö tarkistettu 19.1.2011. Luettu 8.4.2011. <http://www.kunnat.net>

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Julkaistu 18.4.2008. Luettu 7.4.2011. <http://www.kaypahoito.fi/>

Lahtinen, J., Alanko, A., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Nenonen, M., Permi, J., Punnonen, H., Rihkanen, H., Tenhunen, A. & Toivonen, J. 1998. Päiväkirurgia. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Lukkari, L., Kinnunen, T. ja Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Malinen, H., Korkala, A-L., Siren, R., Vuorela, P. & Loisa, P. Potilaan siirto teho-osastolta vuodeosastolle. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 3/2004. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunne kokemuksen jakamista: Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Nihtilä, R. 2008. Leikkauspelko-oppaan laatiminen hoitotyöntekijälle. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Nurminen, M-L. 2007. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.

Onnela, E. 1996. Hoidon laatu sairaalaan tulotilanteessa. Oulu: Oulun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee - koti kutsuu: Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Rintala, S. Anestesia lääkäri. Jokilaakson Terveys Oy. Haastattelu 9.2.2011. Haastattelija Tuomi, Anna-Mari.

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. 2001. Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Gummerus.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2000. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveysportti. Lääkkeet ja hinnat -tietokanta. Luettu 22.2.2011.
<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/laakkeet.koti>

Toivonen, K. 2010. Osastojen väliset potilassiirrot - neurologisten potilaiden kokemuksia. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Torkkola, S. 2002. Terveysviestintä. Vammala: Tammi.

Vaittinen, E. 1996. Kirurgia. Helsinki: WSOY.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä - vuorovaikutus ammattitaitona. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

HAASTATTELUTEEMAT

1. Aamu osastolla
 - Leikkauksen odottaminen ja tuntemukset

2. Kävely kirurgiselta vuodeosastolta leikkaussaliin anestesiahoitajan kanssa
 - Tuntemukset
 - Anestesiahoitajan antama ohjaus kävelymatkan aikana

3. Saapuminen leikkaussaliin
 - Tuntemukset
 - Leikkauspöydälle nouseminen

4. Kehitysehdotukset
 - Lisäinformaation tarve
 - Kehitettävää leikkausta ennen annettavassa ohjauksessa



SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Hoitotyönlaatu leikkauspotilaan kokemana

Annan suostumukseni haastatteluun, jossa selvitetään leikkauspotilaiden kokemuksia hoitotyön laadusta. Osallistun yhteen haastatteluun, joka nauhoitetaan. Olen saanut suullisesti tietoa opinnäytetyöstä. Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Kerätyt tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä haastateltavia voi tunnistaa lopullisesta raportista. Hoitohenkilökunta ei tule käsittelemään haastattelumateriaalia eikä kysymyksiin vastaaminen vaikuta hoitoon osastolla.

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus ja nimenselvennys



HYVÄ VASTAAJA

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta Hoitotyön laatu leikkauspotilaan kokemana. Tutkimme opinnäytetyössämme potilaiden kokemuksia leikkauspäivän ajalta.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastateltavalla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Kerätyt tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä haastateltavia voi tunnistaa lopullisesta raportista. Hoitohenkilökunta ei tule käsittelemään haastattelumateriaalia eikä kysymyksiin vastaaminen vaikuta hoitoon osastolla.

Opiskelijat *Emma Soilunen & Anna-Mari Tuomi*

