



**ELEKTIIVISEN LEIKKAUSPOTILAAN VASTAANOTTAMINEN
NAISTENTAUTIEN VUODEOSASTOLLA 4B**

Erika Freihoff
Katri Hakala

Opinnäytetyö
Lokakuu 2009
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

FREIHOFF, ERIKA & HAKALA, KATRI:

Elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottaminen naistentautien vuodeosastolla 4b.

Opinnäytetyö 56 s., liitteet 14 s.
Lokakuu 2009

Tämän opinnäytetyön aihe oli elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottaminen ja työelämäkontaktinamme oli Tampereen yliopistollisen sairaalan naistentautien vuodeosasto 4b. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millainen on elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanne TAYS:n naistentautien vuodeosastolla 4b. Opinnäytetyömme tehtävät olivat: mitä on hyvä ohjaus vastaanottotilanteessa, miten elektiivisen leikkauspotilaan yksilöllisyys ja turvallisuus toteutuvat vastaanottotilanteessa sekä minkälaisia asioita hoitajat pitävät tärkeinä elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja aineistonkeruumenetelmänä oli systemaattinen havainnointi. Ennen havainnoinnin aloittamista kysyimme osaston hoitajilta, mitä asioita he pitivät tärkeänä elektiivisen potilaan vastaanottotilanteessa. Tutkimusaineisto kerättiin havainnoimalla strukturoidusti elektiivisten leikkauspotilaiden vastaanottotilanteita (n=30) naistentautien vuodeosastolla 4b. Havainnoinnin lopuksi kysyimme potilaiden tulohaastattelut tehneiltä hoitajilta arvion vastaanottotilanteesta avointen kysymysten avulla. Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisesti ja avoimet kysymykset sisällysanalyysilla.

Tutkimustulosten perusteella elektiivisen leikkauspotilaan ohjauksen pääpaino oli potilaan valmistautumisessa leikkaukseen. Potilaan yksilöllisyyttä ja turvallisuutta vahvasti esimerkiksi tilanteiden kiireettömyys ja heikensi pitkä odotusaika ennen haastattelua. Puutteelliseksi jäi potilaan tuntemusten huomiointi. Hoitajat pitivät potilaiden vastaanottotilanteissa tärkeänä tilanteen rauhallisuutta, potilaan kuuntelua sekä ajan ja tiedon antamista potilaalle.

Hoitajien tulisi kiinnittää enemmän huomiota potilaiden tuntemuksiin vastaanottotilanteissa sekä ottaa potilaan tunteet rohkeammin esille. Potilaiden pitkiä odotusaikoja ennen haastattelua tulee mahdollisuuksien mukaan välttää ja informoida potilasta, mikäli hän joutuu odottamaan vastaanottotilanteen alkua. Vastaanottotilanteeseen on hyvä varata riittävästi aikaa, jotta potilas voitaisiin kohdata kokonaisvaltaisesti.

Asiasanat: Elektiivinen leikkauspotilas, vastaanottotilanne, potilaan ohjaus, yksilöllisyys, turvallisuus.

ABSTRACT

Pirkanmaa University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Healthcare

FREIHOFF, ERIKA & HAKALA, KATRI:

Reception of an elective surgery patient in gynaecology ward 4b.

Bachelor's thesis 56 p., appendices 14 p.

October 2009

The purpose of this study was to depict the reception of an elective surgery patient in gynaecology ward 4b. The study questions of the thesis were: what is considered good patient guidance in reception, how are individuality and safety of elective surgery patients actualized in reception and what kind of things do nurses consider important in the reception of elective surgery patients.

This was a quantitative study and the material (n=30) was collected through systematic observation. Before the observation began nurses were presented with an open question about the matters they considered important in the reception situation. After the observation the nurses were then asked to evaluate the reception situation. The quantitative material was analyzed statistically and the open questions qualitatively.

According to the results the main thing in patient guidance was instructing the patient in preparing for the operation. For example the patient's individuality and safety in the receptions was strengthened by peacefulness and weakened by long waiting times. Peacefulness, listening to the patient and giving information were the main things that nurses considered important in receptions.

Nurses should pay more attention to the patients' feelings and bring them more into discussion. Long waiting times before receptions should be avoided and patients should be informed in case they would have to wait for the beginning of the reception. There should be enough time set aside for the reception so that the patient could be heard properly.

Key words: Elective surgery patient, reception, patient guidance, individuality, safety.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1 Yksilöllisyys	7
3.2 Turvallisuus	8
3.3 Naistentautien vuodeosasto 4b	9
3.4 Elektiivinen leikkauspotilas	10
3.5 Vastaanottotilanne	10
3.6 Potilaan ohjaus	11
4 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	13
4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	13
4.2 Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä	14
4.3 Aineiston käsittely	15
4.4 Avointen kysymysten käsittely sisällönanalyysillä	16
5 TOTEUTUS	17
5.1 Tutkimuskohde	17
5.2 Havainnointikaavakkeen laatiminen	17
5.3 Hoitajien näkemykset vastaanottotilanteista sekä havainnointikaavakkeen muutokset niiden pohjalta	18
5.4 Aineiston keruu	20
5.5 Aineiston analysointi	20
6 TUTKIMUSTULOKSET	22
6.1 Potilaan ohjauksen toteutuminen vastaanottotilanteessa	23
6.2 Potilaan yksilöllisyyden ja turvallisuuden toteutuminen vastaanottotilanteessa	25
6.3 Hoitajien arviot vastaanottotilanteista	28
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	30
7.1 Opinnäytetyön eettinen tarkastelu	30
7.2 Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu	31
7.3 Tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset	34
7.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet	37
7.5 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista	38
LÄHTEET	40
LIITTEET	43

1 JOHDANTO

”Ja siinä vaiheessa määhän huomasiin sitten, kun hän istui siihen tuoliin, että hän ihan vapisi. Määhän ajattelin, että tää rouva on varmaan aika pelokas” (Manninen 1997, 97). Osastolle tullessa potilas voi tuntea monia erilaisia tunteita kuten pelkoa, jännitystä tai turvallisuuden tunnetta. Hoitajien herkkyys tunnistaa näitä tunteita sekä kiinnostus potilasta kohtaan on merkityksellinen asia luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumiseen. (Manninen 1997, 111-113.)

Nykyään kirurgisten potilaiden sairaalassaoloajat ovat lyhyitä. Luottamuksellinen ilmapiiri tulee luoda siis hyvin lyhyessä ajassa. Tämä on tärkeää, jotta potilas rohkenee puhua luottamuksellisista ja intiimeistä asioista, jotka korostuvat naistentautien hoitotyössä. (Eskola & Hytönen 2005, 331.)

Ajatus opinnäytetyöhömmä lähti työn tekijöiden yhteisestä kiinnostuksesta naistentautien hoitotyöhön. Itse aihe, potilaan vastaanottaminen, tuli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin opetushoitajilta ja kuuluu PIRAMK:n ja PSHP:n Sateenvarjohankkeen kategoriaan potilaan ohjaus. Aihe oli toivottu myös työelämäkontaktissamme Tampereen yliopistollisen sairaalan naistentautien vuodeosastolla 4b.

Opinnäytetyömmä on kvantitatiivinen tutkimus, jossa havainnoimme systemaattisesti elektiiviseen leikkaukseen tulevien gynekologisten leikkauspotilaiden vastaanottotilanteita. Opinnäytetyömmä tarkoituksena on kuvata, millainen on elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanne naistentautien vuodeosastolla 4b. Työn tavoitteena on kehittää potilaiden vastaanottotilanteita osastolla.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

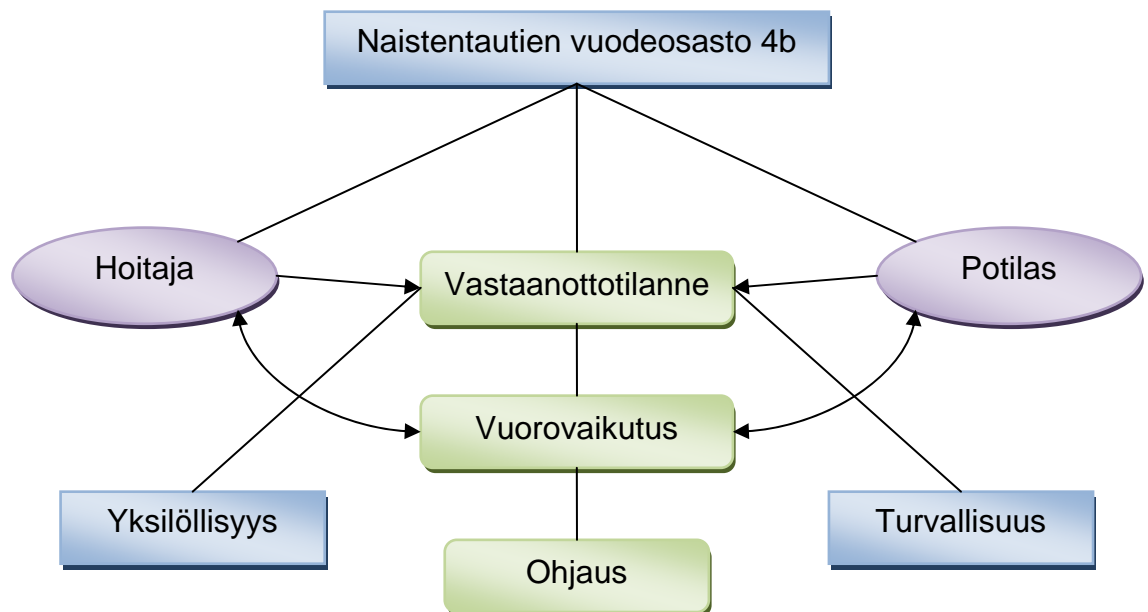
Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, millainen on elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanne TAYS:n naistentautien vuodeosastolla 4b.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä on hyvä ohjaus vastaanottotilanteessa?
2. Miten elektiivisen leikkauspotilaan yksilöllisyys ja turvallisuus toteutuvat vastaanottotilanteessa?
3. Minkälaisia asioita hoitajat pitävät tärkeinä elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa?

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää elektiivisen leikkauspotilaan hoitotyötä vastaanottotilanteessa. Saadun tiedon avulla hoitajat pystyvät parantamaan vastaanottotilanteiden laatua ja sisältöä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT



KUVIO 1. Vastaanotto-tilanne naistentautien vuodeosastolla 4b

3.1 Yksilöllisyys

Yksilöllisyyden periaatteen mukaan jokainen potilas on ainutkertainen yksilö ja arvokas olento. Potilas on oman elämäntilanteensa ja hoitonsa paras asiantuntija eli häntä tulee pitää tietoisena ja vastuullisena yksilönä. Jokainen hoitotilanne lähtee potilaan omista tarpeista. Kaikkien potilaiden ihmisarvoa kunnioitetaan hänen iästään, uskonnostaan, rodustaan, kansallisuudestaan, yhteiskunnallisesta asemastaan, terveydentilastaan tai tavoistaan riippumatta. (Kassara ym. 2005, 13.)

”Yksilöllisyyden periaatteen noudattaminen hoitotyössä ilmenee potilaan kunnioittamisena” (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1994, 128). Hoitajien tapa puhutella potilaita sekä keskustella potilaista kuvastaa heidän tapaansa kunnioittaa potilaita. Hoitajan tulee olla kiinnostunut jokaisesta potilaasta, jotta hän voi ottaa potilaan yksilöllisyyden huomioon. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1994, 128.)

Jokainen potilas tarvitsee juuri omia tarpeitaan vastaavaa hoitoa. Potilaiden yksilölliset tarpeet vaikuttavat hoitotyön tavoitteisiin. On tärkeää, että tavoitteet vastaavat potilaan käsityksiä ja toiveita hoidosta. Yksilöllisyyden huomioimista helpottaa omahoitajan nimeäminen potilaalle hoidon ajaksi. (Anttila ym. 2007, 45.)

3.2 Turvallisuus

Turvallisuuden periaatteen mukaan hoitotyössä pyritään saamaan potilas tuntemaan olonsa mahdollisimman turvalliseksi. Sairastuessa moni tekijä voi aiheuttaa turvattomuudentunnetta, itse sairaus, sairaala sekä hoitohenkilöstö. Turvallisuudentunnetta lisäävät positiiviset kokemukset sekä se, että potilaalle annetaan mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa, esimerkiksi mahdollisuus valita kahden hoitotoimenpiteen väliltä. (Kassara ym. 2005, 14-15.)

Kirurgisen hoidon lyhentynyt hoitoaika vaatii hoitotyöltä paljon, sillä luottamuksen syntyminen ja uskallus arkaluontoisten asioiden käsittelyyn vie aikaa. On luotava turvallinen ilmapiiri ja vuorovaikutussuhde, jolloin potilas rohkenee ilmaista tunteitaan, toiveitaan sekä mahdollisia pelkojaan. (Eskola & Hytönen 2005, 22.)

Kun leikkauspäätös on tehty, tulee vielä varmistaa potilaan leikkauskelpoisuus. Leikkauskelpoisuutta arvioitaessa punnitaan leikkauksen aiheuttama riski suhteessa sen tuomaan hyötyyn. Ennen leikkausta arvioidaan myös anestesiakelpoisuus, leikkauksen aiheuttamat vaarat ja siitä parantumista haittaavat asiat. Kullekin potilaalle määrätään yksilöllisesti hänen tilanteen mukaiset tutkimukset. Nämä ennen leikkausta tehtävät toimenpiteet takaavat leikkaushoidon turvallisuuden. (Ahonen ym. 2001, 24.)

Hankelan (1994, 127–139) mukaan turvallisuus voidaan jakaa intrapersonaaliseen eli sisäiseen, ekstrapersonaaliseen eli ulkoiseen sekä interpersonaaliseen eli ihmisten väliseen turvallisuuteen. Potilaan sisäistä turvallisuutta uhkaavat tulevan toimenpiteen aiheuttama pelko ja ahdistus. Sisäistä turvallisuutta lisää hoitajien ihmisarvoa kunnioittava potilaiden kohtelu, myös hoitajan informatiivi-

suus sekä huumorin käyttö koetaan hyvänä. Sisäistä turvallisuuden tunnetta tukevat myös toivo ja odotus toimenpiteen tuomasta helpotuksesta.

Potilaan ihmisten välistä turvallisuutta edesauttaa hoitohenkilöstön humaani, ystävällinen ja ammattitaitoinen toimintatapa. Potilaat kokevat hyväksi kohteli-
aan ja kiireettömän toimintatavan sekä hellävaraisen kohtelun. Ihmisten välistä
turvallisuutta vähentävät ihmisarvoa alentava kohtelu ja viestimiseen reagoimat-
tomuus. (Hankela 1994, 127-139; Kassara ym. 2005, 14-15.)

Opinnäytetyöhömmme sopivimmat ovat määritelmät potilaan sisäisestä ja ihmis-
ten välisestä turvallisuudesta, koska ne käsittelevät hoitajan ja potilaan vuoro-
vaikutusta ja potilaan omia tuntemuksia. Potilaan ulkoinen turvallisuus käsittelee
hoitotyön ympäristöä sekä hoitotoimenpiteisiin liittyviä laitteita ja niiden aiheut-
tamia tunteita potilaassa. Nämä ovat tämän opinnäytetyön tehtävien kannalta
toissijaisia asioita.

3.3 Naistentautien vuodeosasto 4b

TAYS:n naistentautien vuodeosasto 4b on 25-paikkainen osasto, jossa hoide-
taan kaikki gynekologiset vuodeosastohoitoa vaativat potilaat. Osastolla toimii
myös sytostaattipoliklinikka. (Naistentautien vuodeosasto 4b 2007.)

Naistentautien vuodeosastolla hoidetaan vatsaontelon avoleikkaus eli laparo-
tomiapotilaita ja vatsaontelon tähystys eli laparoskopiapotilaita. Lisäksi osastolla
hoidetaan potilaita, joille on tehty alatieleikkaus, virtsanpidätyskyvyn korjaus-
leikkaus, kohtuontelon kaavinta eli abraasio tai kohtuontelon tähystys eli hyste-
roskopia. (Hoito osastolla 2007.)

Potilaat tulevat osastolle joko kutsuttuina suunnitellusti tai päivystyspotilaina.
Potilaiden sairaudenhoito vaatii suurimmassa osassa tapauksista jonkinlaista
leikkaushoitoa. Osastolla hoidetaan myös gynekologisia tulehduspotilaita, poti-
laita, joilla on alkuraskauden ongelmia sekä gynekologista syöpää sairastavia
potilaita. (Hoito osastolla 2007.)

3.4 Elektiivinen leikkauspotilas

Elektiivinen leikkauspotilas tulee leikkaukseen elektiivisesti eli suunnitellusti hänelle varattuna aikana. Leikkauspäätös on tehty aiemmin poliklinikalla, johon potilas on tullut lääkärin läheteellä. Lääkäri alkaa valmistaa potilasta leikkausta varten jo poliklinikkakäynnillä, jolloin käydään läpi leikkauksen kulku ja sen vaikutukset potilaan arkielämään. (Eskola & Hytönen 2005, 334.)

Potilaat tulevat suunniteltuun leikkaukseen leikkausjonosta. Hoitoon pääsyn kiireellisyys luokitellaan yleensä kolmeen luokkaan I-III. Tällä pyritään takaamaan se, että hoitoon pääsisivät ensimmäisenä ne, joiden sairaus vaatii nopeaa hoitoa ja pahenee merkittävästi odotusaikana. Kiireellisyysluokituksen on oltava joustava, sillä potilaan tilanne saattaa muuttua jonotusaikana. (Ahonen ym. 2001, 22.)

Potilas kutsutaan vuodeosastolle pre-käynnille eli esikäynnille yleensä noin viikkoa ennen leikkausta, jolloin tulohaastattelu tehdään ja hän tapaa anestesia-lääkärin sekä leikkaavan lääkärin. Esikäynnillä potilaan kanssa käydään vielä läpi itse toimenpide, siihen valmistavat toimenpiteet ja potilaan osuus niissä, suunniteltu leikkausajankohta sekä leikkauksen kesto. Myös leikkauksen jälkeisistä asioista kuten kivunhoidosta puhutaan. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 59-60.)

3.5 Vastaanottotilanne

Potilaan saapuminen vuodeosastolle on merkittävää hänen hoitonsa ja hoitosuhteensa alkamisen kannalta. Vastaanottotilanteen tulee olla sellainen, että potilas kokee itsensä tervetulleeksi ja syntyy luottamuksellinen hoitosuhde potilaan ja hoitajan välille. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 93.)

Tulohaastattelu on tärkeä osa leikkausvalmisteluja ja toimii hoitotyön suunnitelman pohjana. Siinä kartoitetaan potilaan tilanne sekä asetetaan tavoitteet hoidolle. Kun potilas tietää hoidon tavoitteista, hän on motivoituneempi hoitoon. Vastaanottotilanteessa hoitajan tulee kuunnella potilaan kokemuksia, ennako-

käsityksiä, odotuksia ja pelkoja sekä luoda potilaalle turvallisuuden tunnetta kertomalla tulevasta toimenpiteestä ja ottamalla potilaan toivomukset huomioon. (Iivanainen ym. 2001, 95.)

Nykäsen (2002, 24–25) tutkimuksessa vastaanottotilanteissa pidettiin tärkeänä hoitajan ystävällisyyttä, joka loi kuvaa koko sairaalassaoloajasta. Hoitajien ystävällisyys ilmeni potilaiden kokemana kohteluna sekä henkilökunnan osoittamana potilaiden huomioon ottamisena. Lisäksi vastaanottotilanteissa, joissa henkilökunta toimi rauhallisesti ja kiireettömästi, turvallisuuden tunteen koettiin lisääntyvän.

Vastaanottotilanteessa potilaalle on hyvä nimetä omahoitaja, josta tulee potilaalle luottohenkilö. Kun potilas tietää että on joku, jonka puoleen voi kääntyä ja joka hoitaa hänen asioitaan, turvallisuuden tunne lisääntyy. (Manninen 1997, 101.)

3.6 Potilaan ohjaus

Tietojen antaminen potilaalle on keskeinen osa hoitoa. Sairastuminen on usein uusi ja outo tilanne, joka voi aiheuttaa sekä sairastuneelle että hänen omaisilleen epävarmuuden, avuttomuuden tai turvattomuuden tunnetta. On tärkeää, että potilas ja hänen läheisensä saavat riittävästi tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja hoidoista. Riittävällä tiedon antamisella, ohjaamisella ja tukemisella autetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan. Näin edistetään myös potilaan osallistumista omaan hoitoon. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 23; Kassara ym. 2005, 41.)

Gynekologiset leikkaukset koskevat naisen intiimialuetta ja niillä voi olla vaikutus siihen, miten nainen kokee itsensä. Tämän takia potilaalle tulee antaa riittävästi tietoa ja ohjausta ennen suunniteltua leikkausta. Ohjauksessa pyritään siihen, että potilas on hyvin valmistautunut leikkaukseen ja on selvillä hoidon laadusta ja sen tavoitteista. Lisäksi ohjauksen tavoitteena on, että potilas toipuu leikkauksesta toivotulla tavalla ilman lisäkomplikaatioita. (Eskola & Hytönen 2005, 331.)

Ohjauksen lähtökohtana tulee olla potilaan tarpeet, joiden määrittely korostuu potilasohjauksessa. On tärkeää huomioida, kuinka kauan potilas on sairastanut sekä mitä hän jo tietää sairaudestaan. Myös potilaan oppimisvalmiuksilla, motivaatiolla, taidoilla sekä opittavan asian yksilöllisellä merkityksellä on tärkeä osuus ohjauksen omaksumisessa (Torkkola ym. 2002, 31; Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10).

Hyvin suunniteltu ja valmisteltu ohjaustilanne takaa onnistuneen potilasohjauksen. Ohjaustilanne suunnitellaan potilaan tarpeiden pohjalta ja sille asetetaan tavoitteet. Potilaan omia tarpeita sekä hoidon tavoitteita voidaan tarkentaa ohjaustilanteessa. Ohjaustilanteessa on tärkeää, että hoitajan ja potilaan välille syntyy luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde. Hoitajalla tulee olla taito kuunnella ja havainnoida potilasta sekä herkkyyttä aistia potilaan tunnetila ja edetä ohjauksessa potilaan ehdoilla. Onnistuneessa ohjauksessa hoitaja on huomaavainen ja kuuntelee potilasta sekä keskustelu on rauhallista. (Torkkola ym. 2002, 26-27, 30.)

Suullinen ohjaus ja havainnollistaminen ovat tehokkaita keinoja, jotta potilas ymmärtää opittavan asian sekä oppii uusia taitoja. Suullisen ohjauksen haittapuoli on unohtaminen, joten kirjallinen ohje suullisen ohjauksen tukena on usein välttämätön. Nykäsen (2002, 31) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat pitivät tärkeinä kirjallista tiedonsaantia yhdessä suullisen ohjauksen kanssa. Kirjallisten ohjeiden avulla potilas voi palauttaa mieleen ohjattuja asioita sekä kerrata ohjeita itselleen sopivana ajankohtana. Kirjalliset ohjeet eivät saa kuitenkaan olla ristiriidassa suullisen ohjauksen kanssa. (Torkkola ym. 2002, 28-29.)

Ohjaajan asiantuntijuus sekä persoonalliset ominaisuudet kuten äänenkäyttö ja rauhallisuus vaikuttavat potilaan ohjauksen onnistumiseen. Hoitajan tulee tuntee ohjattavan asian sisältö hyvin sekä osata jäsentää se potilaalle sopivaksi ja mielekkääksi kokonaisuudeksi. Myös sopiva ympäristö ja ajankohta ovat tärkeitä ohjauksen onnistumiseksi. Paikan tulee olla rauhallinen ja häiriötön, jotta potilaan yksityisyys säilyy. (Torkkola ym. 2002, 29-30.)

4 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen tutkimus. Valitsimme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska sen avulla saamme kartoitettua, millaisia elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteet ovat naistentautien vuodeosastolla 4b. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä pyrimme saamaan mahdollisimman monen hoitajan näkökulman mukaan tutkimukseen, minkä mahdollistaa tutkittavien vastaanottotilanteiden suuri määrä. Aineistonkeruumenetelmäksi valitsimme yhteistyössä työelämäkontaktin kanssa systemaattisen havainnoinnin, joka on kvantitatiivisen tutkimuksen yleisin havainnoinnin muoto.

Havainnointilomakkeemme on strukturoitu, jossa on kaksi avointa kysymystä. Strukturoidut havainnointia ohjaavat kysymykset käsitellään tilastollisesti tietokoneohjelman avulla. Avoimet kysymykset käsitellään sisällönanalyysilla.

4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

”Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä pyritään mittaamaan jotakin ilmiötä ja siihen vaikuttavia tekijöitä mahdollisimman luotettavasti” (Koivula, Suihko & Tyräinen 2002, 22). Sen avulla voidaan selvittää lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Tutkimuksen kohteena on jokin joukko, joko koko perusjoukko tai siitä jollakin otantamenetelmällä valittu osa, joka edustaa koko joukkoa. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Tutkimusaineisto käsitellään numeerisesti ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuvioin. (Koivula ym. 2002, 24; Vilka 2007a, 78; Heikkilä 2008, 16.)

Yleisimmin aineistonkeruussa käytetään strukturoituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Kvantitatiivisen tutkimuksen tarvittavat tiedot voidaan hankkia muiden keräämistä tilastoista, rekistereistä, tietokannosta tai kerätä itse. Tiedonkeruumenetelmiä ovat mm. kysely tai haastattelu, havainnointi tai kokeellinen tutkimus. (Heikkilä 2008, 16-21.)

Tutkimus on onnistunut kun sen avulla saadaan luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Hyvä tutkimus mittaa juuri sitä, mitä on tarkoitus selvittää. Tutkimuksen tulee olla hyödyllinen, käyttökelpoinen sekä luotettava. Tutkimustulokset eivät saa riippua tutkijasta eli tutkimus tulee tehdä puolueettomasti. Hyvässä tutkimuksessa huolehditaan tutkittavien tietosuojasta sekä tietoa kerätessä heille selvitetään tutkimuksen tarkoitus ja käytötapa. (Heikkilä 2008, 29–32.)

4.2 Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä

Kvantitatiivinen tutkimus voi olla havainnointitutkimus, jossa tiedot kerätään tekemällä havaintoja tutkimuskohteesta (Heikkilä 2008, 19). Havainnoinnin avulla saadaan välitöntä tietoa ihmisen toiminnasta ja käyttäytymisestä, joka on silmin havaittavaa tai muuten mitattavissa esimerkiksi koneellisesti. Havainnoinnin tulee aina suuntautua asioihin, joita tutkimussuunnitelmassa on päätetty tutkia. Pelkän havainnoinnin perusteella ei voi tehdä tulkintoja siitä, millaisia kokemuksia ja käsityksiä ihmisellä toiminnasta on. Havainnoinnin haittana on se, että havainnoija saattaa häiritä tilannetta. Lisäksi joissakin tilanteissa tietoa voi olla hankala tallentaa välittömästi, jolloin tutkijan täytyy luottaa muistiinsa ja kirjata tiedot myöhemmin. (Vilka 2007a, 76; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 213–214.)

Havainnoinnin lajeja ovat systemaattinen ja osallistuva havainnointi. Systemaattinen havainnointi on jäsenneiltyä ja havainnoija on ulkopuolinen toimija. Osallistuva havainnointi on vapaasti tilanteesta muotoutuva ja havainnoija osallistuu ryhmän toimintaan. Kummassakin voidaan tehdä sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 215–216.)

Systemaattinen havainnointi tehdään tavallisimmin tarkasti rajatuissa tiloissa tai luonnollisissa tilanteissa ja ympäristöissä. Havainnoinnin kohteena voi olla mm. henkilöiden puhe ja käyttäytyminen, tapahtumat, tilanteet tai yksittäiset liikkeet ja liikesarjat. ”Havainnot pyritään tekemään ja tallentamaan systemaattisesti ja tarkasti” (Hirsjärvi ym. 2009, 215). Systemaattinen havainnointi toteutetaan

yleensä niin, että tutkija kirjaa havaintonsa ennalta suunniteltuun strukturoituun lomakkeeseen. (Vilkkä 2007b, 29; Hirsjärvi ym. 2009, 215–216.)

Havainnointilomakkeen tulisi mitata sitä, mitä tutkimussuunnitelmassa sanotaan mitattavan. Lomakkeen kysymykset voivat olla monivalintakysymyksiä, avoimia tai sekamuotoisia kysymyksiä. Monivalintakysymyksissä vastausvaihtoehdot on asetettu valmiiksi ja kysymysmuoto on strukturoitu ja vakioitu. Niillä tavoitellaan kysymysten ja vastausten vertailukelpoisuutta. Avoimet kysymykset ovat laadullisia kysymyksiä ilman vastausvaihtoehtoja ja niissä vastaus on sanallisesti vapaa. Sekamuotoisissa kysymyksissä osa vastausvaihtoehdoista on annettu ja vaihtoehtojen jälkeen annetaan tavallisesti yksi avoin kysymys. (Vilkkä 2007b, 62-63, 67-69.)

Onnistunut havainnointilomake on perusta laadukkaalle ja luotettavalle määrälliselle tutkimukselle. Lomakkeen suunnittelu, kysymysten muotoilu ja testaus ovat tärkeimmät vaiheet, sillä virheitä ei voi enää korjata aineiston keräämisen jälkeen. Lomake tulee aina testata ennen varsinaisen aineiston keräämistä. Lomakkeen testaaminen tarkoittaa, että tehdään koehavainnointi, jonka jälkeen virheet korjataan. Testaamisen avulla voidaan arvioida mm. mittarin toimivuutta suhteessa tutkimusongelmaan, mittarin selkeyttä ja toimivuutta, kysymysten täsmällisyyttä ja yksiselitteisyyttä sekä kysymysten kykyä mitata juuri sitä asiaa, jota on tarkoitus mitata. (Vilkkä 2007b, 78.)

4.3 Aineiston käsittely

Havainnointikaavakkeen tiedot syötetään numeerisessa muodossa havaintomatriisiin taulukkolaskentaohjelmalla. Havaintomatriisissa vaakarivit vastaavat tilastoyksiköitä ja pystysarakkeet muuttujia. Vaakariveillä on tutkittavat kohteet eli havainnointitilanteet ja pystysarakkeilla on havainnot eli vastaukset havainnointia suuntaaviin kysymyksiin. Yhdellä rivillä on siis yhteen mittauskohteeseen liittyvä informaatio. (Metsämuuronen 2003, 276; Heikkilä 2008, 123.)

Havaintomatriisi avataan tilasto-ohjelmassa, jolla varsinainen aineiston käsittely tehdään. Havainnoinnin tulokset esitetään riippumattomina prosenttiosuuksina.

Aineistosta voidaan myös etsiä kahden muuttujan välistä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä esimerkiksi ristiintaulukoimalla. Tulosten esittämisen elävöittämiseksi voidaan käyttää grafiikkaa, esimerkiksi pylväsdiagrammia. Syötetty aineisto tulee käsitellä niin, että saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin ja tutkimusongelma tulee ratkaistuksi. (Heikkilä 2008, 143,183.)

4.4 Avointen kysymysten käsittely sisällönanalyysillä

Sisällönanalyysi on kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään kuuluva aineiston analysointimalli. Sitä voidaan käyttää myös kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä avoimien kysymysten analysointiin. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja, esimerkiksi kirjoja ja raportteja, systemaattisesti ja objektiivisesti. Se sopii hyvin myös täysin strukturoimattoman materiaalin analysointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104.)

Sisällönanalyysin tarkoituksena on saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysi on tekstianalyysi, jossa etsitään tekstin merkityksiä, joiden päämääränä on lisätä hajanaisen laadullisen aineiston informatiivisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104.)

5 TOTEUTUS

Syyskuussa 2008 pidetyssä työelämäpalaverissa TAYS:n opetushoitajat esittelivät mahdollisia opinnäytetyön aiheita. Potilaan vastaanottotilanteen tutkiminen tuntui kiinnostavimmalta ja koimme sen tukevan tulevassa ammatissamme työskentelyä. Toiveenamme oli, että saisimme tehdä työmme naistentautien vuodeosastolle. Osastolla oltiin halukkaita yhteistyöhön, joten päädyimme tekemään opinnäytetyömme naistentautien vuodeosastolle 4b. Luvan opinnäytetyölle saimme opetushoitajalta maaliskuussa 2009.

5.1 Tutkimuskohde

Tutkimuskohteemme oli elektiiviseen leikkaukseen tulevien gynekologisten leikkauspotilaiden vastaanottotilanteet. Vastaanottotilanteet tapahtuivat esikäynneillä naistentautien vuodeosastolla 4b yhdestä seitsemään päivää ennen suunniteltua leikkausta. Leikkaukset, jotka potilaille suunniteltiin tehtäväksi, olivat laparoskopia, laparotomia tai alateitse tapahtuva leikkaus. Syyt leikkauksiin olivat erilaiset gynekologiset vaivat sekä kasvaimet. Iältään potilaat olivat 15-80-vuotiaita naisia. Hoitajat, jotka tekivät tulohaastattelun, olivat perus- tai sairaanhoitajia. Havainnoitavat vastaanottotilanteet valittiin satunnaisesti osastolle esikäynnille tulevien elektiivisten leikkauspotilaiden vastaanottotilanteista.

5.2 Havainnointikaavakkeen laatiminen

Havainnointikaavakkeen (liite 1) laadimme tutkimuskysymysten sekä tutkimusta varten keräämämme tiedon pohjalta. Havainnointikaavakkeen kysymykset perustuvat aikaisempiin leikkauspotilaan vastaanottoa, ohjausta, yksilöllisyyttä ja turvallisuutta koskeviin tutkimustuloksiin (liite 2) ja kirjallisuuteen. Käytännön harjoittelujakson perusteella meille oli muodostunut mielikuva vastaanottotilanteiden rungosta naistentautien vuodeosastolla 4b. Tämän mielikuvan perusteella kokosimme asioita, joita tutkimusta varten keräämämme tieto tuki ja jotka koimme tärkeiksi. Haastavaa oli saada kaavakkeen kysymyksistä yksiselitteisiä

ja kvantitatiiviseen tutkimukseen sopivia. Taataksemme tämän, laadimme havainnointia ohjaavista kysymyksistä monivalintakysymyksiä. Hoitajien näkemyksiä vastaanottotilanteista selvittääksemme, lisäsimme heille kaavakkeen loppuun avoimia kysymyksiä. Kaavakkeen loppuun laitoimme myös muuta huomioitavaa kohdan mahdollisia testauksen jälkeen esiin tulevia lisäyksiä varten.

Testasimme havainnointikaavakkeen toimivuutta siten, että molemmat tutkijat havainnoivat yksilöinä samaa vastaanottotilannetta. Tarkoituksena oli selvittää, että tutkijoilla on yhteinen käsitys havainnointikaavakkeen kysymyksistä. Testaus tilanteessa havainnointitulokset olivat molemmilla tutkijoilla samat.

Testauksen perusteella poistimme kysymyksen haastattelun kaksiosaisuudesta. Tämän kysymyksen olimme laatineet alun perin, koska aiemman mielikuvan perusteella osa ohjauksesta tapahtui vasta lääkäreiden tutkimuksien jälkeen. Testaus tilanteessa totesimme, että kaikki kaavakkeessa olevat kysymykset tuli läpikäytyä ennen lääkäreiden tutkimuksia. Lisäksi poistimme kysymyksen omahoitajuudesta, koska omahoitajuutta ei huomioida vastaanottotilanteessa.

5.3 Hoitajien näkemykset vastaanottotilanteista sekä havainnointikaavakkeen muutokset niiden pohjalta

Ennen havainnoinnin aloittamista, jaoimme hoitajille tutkimuksesta kertovan tiedotteen (liite 3) sekä kysyimme hoitajilta yhden avoimen kysymyksen, ”Mitä asioita pidät tärkeänä elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa?” (liite 4). Vastauksia saimme yhteensä kymmenen kappaletta. Analysoimme vastaukset sisällönanalyysillä (liite 5).

Etsimme hoitajien vastauksista samankaltaisia asioita, joista syntyi seitsemän eri luokkaa. Luokat olivat rauhallisuus, leikkausvalmistelujen läpikäynti, esikäyntipäivän aikataulun läpikäynti, potilaan kuuntelu, leikkauspäivän ohjelman läpikäynti, leikkauksen jälkeinen hoito osastolla sekä omahoitajuus.

Suurimmassa osassa vastauksista tuotiin esille vastaanottotilanteen rauhallisuus ja ajan antaminen potilaalle. Puolessa vastauksista pidettiin tärkeänä potilaan kuuntelemista.

”Vastaanottotilanne ja paikka on rauhallinen, erillinen huone. Potilas tulee kuulluksi. Kunnioittava ja yksilöllinen suhtautuminen potilaaseen” (Vastaja 1).

”Tärkeää on myös kuunnella potilasta ja antaa hänelle aikaa esittää kysymyksiä” (Vastaja 4).

Myös leikkausvalmisteluiden ohjaaminen potilaalle mainittiin useasti.

”Tärkeää on antaa tulevaa leikkausta ajatellen selkeät ja ymmärrettävät ohjeet suullisesti ja kirjallisesti potilaan ikä, tilanne yms. huomioiden” (Vastaja 4).

Esikäyntipäivän aikataulun läpikäyminen potilaan kanssa tuli esille yli puolessa vastauksista. Muutamassa vastauksessa mainittiin leikkauspäivän ohjelman kertominen.

”Selvittää potilaalle miten haastattelupäivä etenee; mitä tehdään ja miksi” (Vastaja 5).

”Selvittää potilaalle pre-käyntipäivän ja toimenpide päivän ohjelma ym. asiat, jotta potilas osaa toimia oikein, eikä ole turhaa jännitystä tai tietämättömyyttä” (Vastaja 9).

Pieni osa hoitajista piti tärkeänä leikkauksen jälkeisestä hoidosta kertomista. Kahdessa vastauksessa mainittiin omahoitajuus, jota pidettiin tärkeänä, mutta todettiin, että se ei osastolla aina toteudu.

Yhdessä vastauksessa pidettiin tärkeänä leikkauksen läpikäymistä yhdessä potilaan kanssa. Se, että potilas voi ottaa yhteyttä osastolle, jos hänelle tulee kysyttävää koskien toimenpidettä, mainittiin yhdessä vastauksessa.

Hoitajien vastauksissa oli paljon samoja asioita, joita olimme kaavakkeeseemme laittaneet. Lisäsimme kysymykset 30 ja 31, esikäyntipäivän ja leikkauspäivän toimenpidettä edeltävästä aikataulusta, koska myös me koimme näiden

asioiden lisäävän potilaan turvallisuuden tunnetta vastaanottotilanteessa. Omahoitajuus mainittiin vain kahdessa hoitajien vastauksessa, mikä osaltaan tuki päätöstämme sen poistamisesta havainnointikaavakkeesta.

5.4 Aineiston keruu

Keräsimme aineiston (n=30) huhti- ja toukokuussa 2009. Havainnoinnit tapahtuivat aamuvuoron (klo 7-15) aikana. Vastaanottotilanteita oli havainnoimassa kerrallaan yksi tutkija, joka toimi ulkopuolisena tarkkailijana. Vastaanottotilanteet tapahtuivat niille varatuissa huoneissa tai toimenpidehuoneessa.

Ennen havainnointia kysyimme potilailta luvan heidän vastaanottotilanteidensa havainnoimiseen sekä annoimme tiedotteen (liite 6) tutkimuksesta. Kukaan potilaista ei kieltäytynyt havainnoinnista. Hoitajien suhtautuminen tutkimukseemme ja havainnointiin oli pääosin positiivista. Osa hoitajista koki havainnoimisen omaa työtä häiritsevänä tekijänä, mutta kaikki suostuivat kuitenkin tutkimukseen.

Yhden päivän aikana tutkija sai keskimäärin havainnoitua yhden vastaanottotilanteen. Aineiston keräämistä hidasti haastatteluiden keskeytyminen lääkärien tutkimusten vuoksi ja opiskelijoiden tekemät haastattelut, jotka jätimme tutkimuksen ulkopuolelle. Osastolla oli toukokuun aikana kaksi sulkuviikkoa, jolloin esikäynnille saapuvia potilaita oli huomattavasti vähemmän.

5.5 Aineiston analysointi

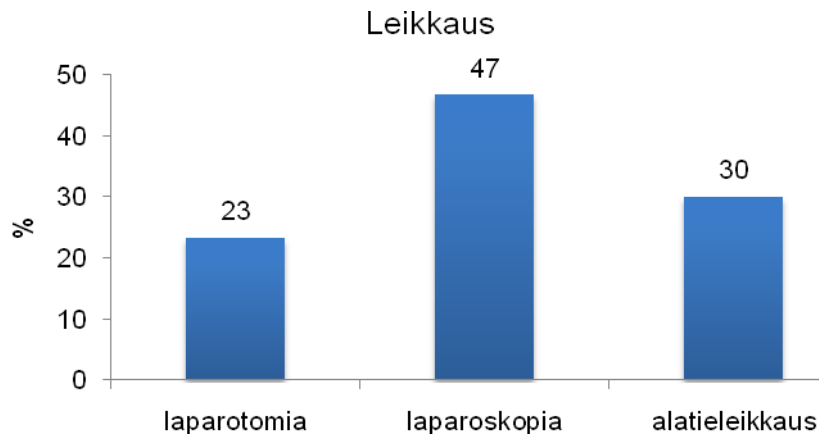
Muutimme havainnointikaavakkeen määrällisen aineiston numeeriseen muotoon ja teimme siitä havaintomatriisin Excel-taulukkolaskentaohjelman avulla. Havaintomatriisi sisälsi kaikki havainnointikaavakkeen kysymykset lukuun ottamatta avoimia kysymyksiä. Analysoimme aineiston Tixel-tilasto-ohjelmalla. Havainnointikaavakkeen lopussa olleet avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä (liite 7).

Kysymyksessä yksi, leikkaus, on kolme luokkaa, laparotomia, laparoscopia ja alatieleikkaus. Tähän kohtaan merkkasimme, onko kyseessä syöpäpotilas, mikä myös lisäsimme havaintomatriisiin omaksi kohdakseen. Jaoimme kysymykset kaksi, potilaan ikä, ja kolme, odotusaika, kuuteen luokkaan. Kysymykset kuusitoista, mitkä asiat kerrottiin valmistautumisesta leikkaukseen ja kaksikymmentäyksi, hoitajan kiirettä ilmaisevat eleet ovat monimuuttujakysymyksiä eli niissä on useampia vastausvaihtoehtoja. Muut havainnointikaavakkeen kysymykset ovat kyllä/ei -kysymyksiä.

Ensin teimme vastauksista yksiulotteisia jakaumia, jolloin saimme selville havainnointikysymysten vastausten prosenttiosuudet. Kirjoitimme näin saadut tulokset auki tutkimustuloksiin. Tämän jälkeen etsimme toisistaan riippuvia asioita, joista teimme ristiintaulukoita Tixel-ohjelman avulla. Käytimme grafiikkaa apuna elävöittämään tuloksia.

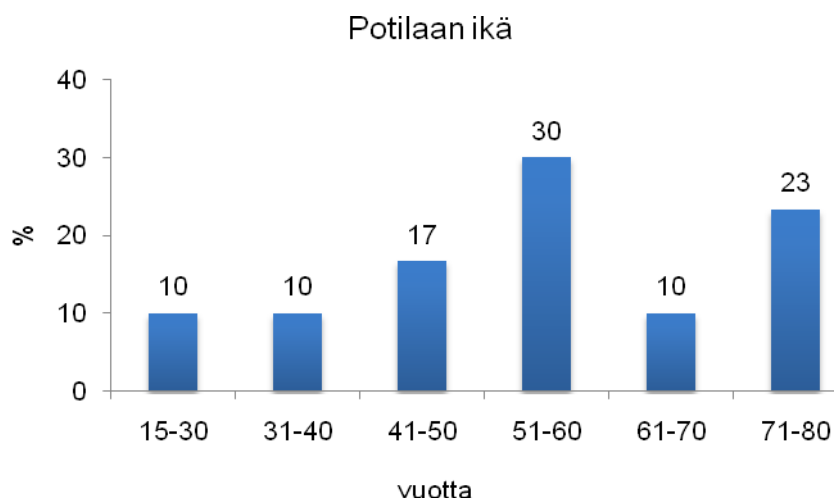
6 TUTKIMUSTULOKSET

Potilaille, joiden vastaanottotilanteita havainnoitiin, tehtiin kolmenlaisia leikkauksia. Leikkauksista 23 % oli laparotomia, 47 % laparoskopioita ja 30 % alatieleikkauksia (kuvio 1).



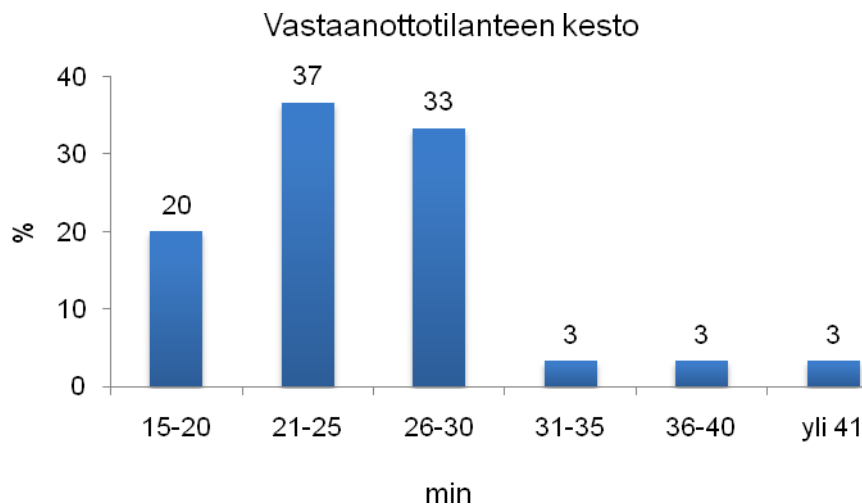
KUVIO 1. Potilaalle tehtävä leikkaus

Havainnointitilanteissa olleet potilaat olivat iältään 15–80-vuotiaita. Keski-ikä oli 54,8 vuotta. Eniten potilaita kuului ikäluokkaan 51–60-vuotiaat (30 %) (kuvio 2).



KUVIO 2. Potilaan ikä

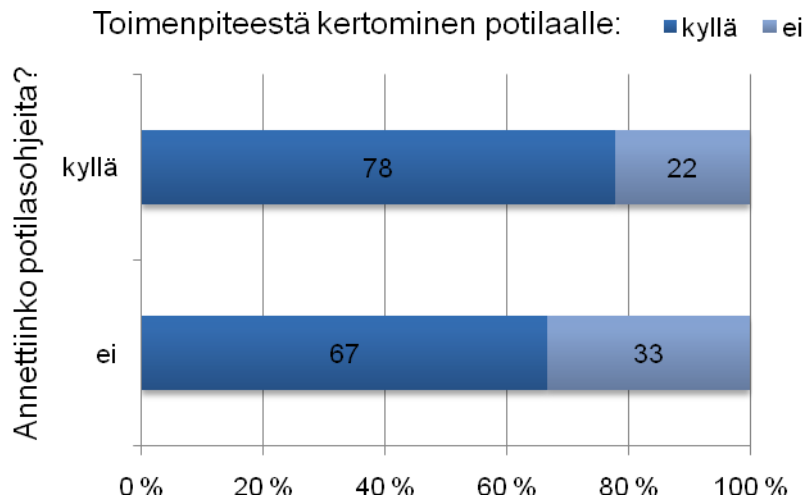
Vastaanottotilanteiden kesto oli keskimäärin 26,7 minuuttia. Suurin osa tilanteista kesti 21–25 minuuttia (37 %), lähes yhtä yleinen kesto oli 26–30 minuuttia (33 %) (kuvio 3).



KUVIO 3. Vastaanottotilanteen kesto minuutteina

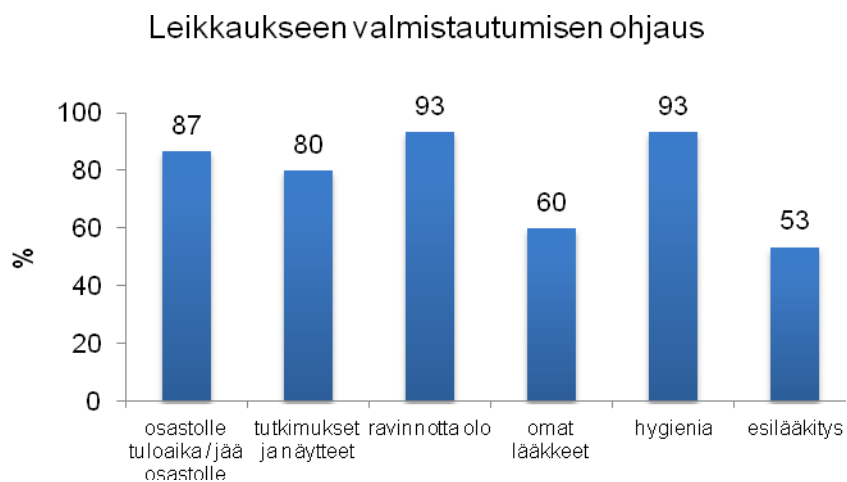
6.1 Potilaan ohjauksen toteutuminen vastaanottotilanteessa

Vastaanottotilanteista 40 % kerrottiin potilaalle, miksi anestesiakaavake täytetään ja 60 % ei kerrottu. Tulevasta toimenpiteestä kerrottiin 77 % tapauksista. Potilaan käsitystä sairaudesta ja tulevasta toimenpiteestä ei kysytty 73 % havainnointitilanteista, kun taas 27 % tilanteista näitä asioita kysyttiin. Tilanteista 97 % kerrottiin leikkauspäivä ja -aika sekä 70 % tapauksista kerrottiin sairaalassaoloaika. Kirjallisia potilasohjeita annettiin 90 % tilanteista, joista ohjeita läpikäytiin yhdessä potilaan kanssa 93 %. Tilanteissa, joissa toimenpiteestä kerrottiin potilaalle, annettiin myös enemmän kirjallisia potilasohjeita kuin niissä tilanteissa, joissa toimenpiteestä ei kerrottu (kuvio 4).



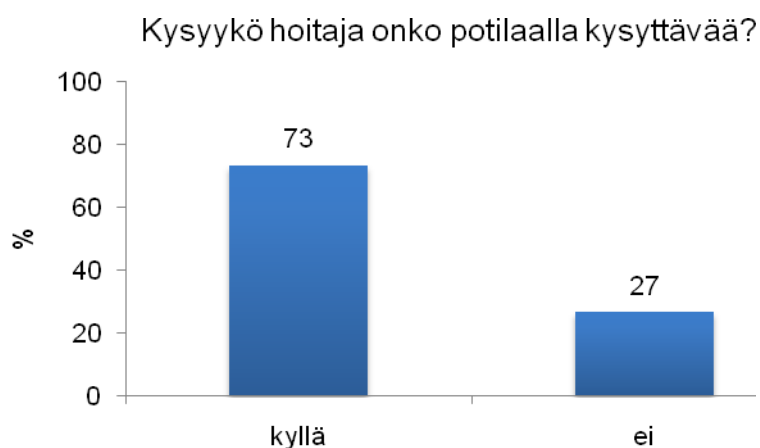
KUVIO 4. Toimenpiteen läpikäyminen potilaan kanssa ja kirjallisten potilasohjeiden antaminen

Leikkaukseen valmistautumisesta kerrottiin potilaalle osastolle tuloaika leikkauspäivän aamuna 87 % sekä leikkausta edeltävistä tutkimuksista ja näytteistä, kuten virtsanäytteestä ja laboratoriotutkimuksista, 80 % tilanteista. Ravinnosta kerrottiin 93 %, omien lääkkeiden otosta leikkauspäivän aamuna 60 % sekä esilääkityksestä 53 % havainnointitilanteista. Potilaalle hygieniasta huolehtimisesta, kuten suihkussa käynnistä ja navan puhdistamisesta kerrottiin 93 % tilanteista (kuvio 5).



KUVIO 5. Potilaan preoperatiivinen ohjaus vastaanottotilanteessa

Potilaalla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä kesken ohjauksen 97 % havainnointitilanteista. Mahdollisuus kysymysten esittämiseen pääteltiin vastaanottotilanteiden rauhallisuuden perusteella. Tilanteista 73 % hoitaja kysyi potilaalta, onko hänellä kysyttävää, kun taas 27 % tämä ei tullut esille (kuvio 6).

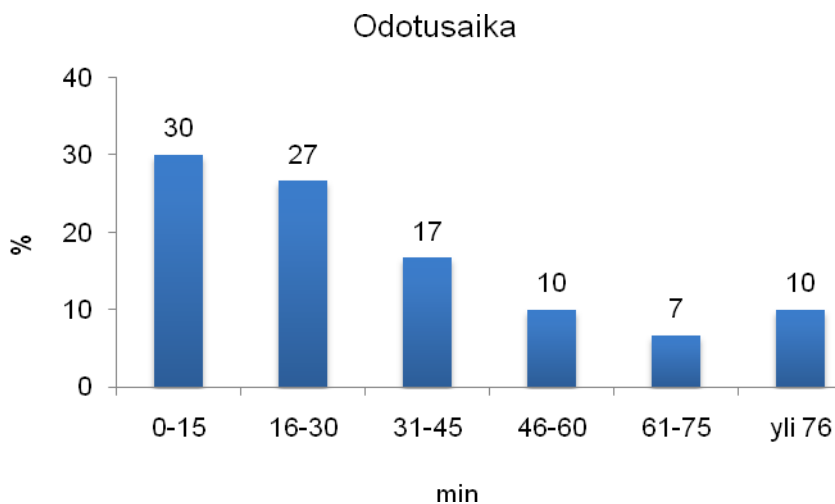


KUVIO 6. Kysytäänkö potilaalta, onko hänellä kysyttävää

Esikäyntipäivän aikataulu käytiin läpi 97 % tapauksista. Leikkauspäivän toimenpidettä edeltävä aikataulu tuli esille 47 % tilanteista, sitä ei käyty läpi 53 % tilanteista.

6.2 Potilaan yksilöllisyyden ja turvallisuuden toteutuminen vastaanottotilanteessa

Potilaat olivat kutsuttu osastolle tietyinä kellonaikana. Odotusaika ennen hoitajan haastatteluun pääsyä vaihteli 0-120 minuuttiin. Yleisin odotusaika oli 0-15 minuuttia (30 %). Lähes yhtä yleinen odotusaika oli 16–30 minuuttia (27 %) (kuvio 7).



KUVIO 7. Potilaan odotusaika ennen hoitajan haastattelua minuutteina

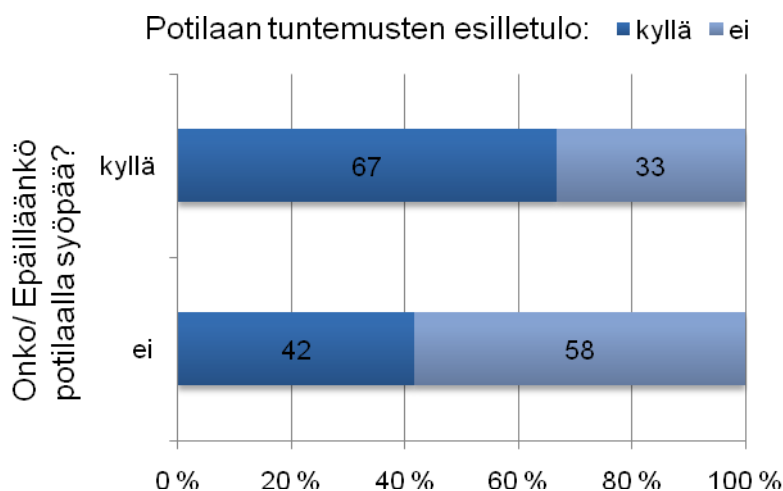
Odottamisen syy ennen haastattelua kerrottiin potilaalle vain yhdessä havainnointitilanteessa. Muissa tilanteissa odottamisen syytä ei kerrottu etukäteen. Yhdessäkään tilanteessa ei kerrottu odotusaikaa potilaalle etukäteen.

Vastaanottava hoitaja esitteli itsensä potilaalle kaikissa havainnointitilanteissa. Potilaan henkilöllisyys varmistettiin jokaisessa tilanteessa. Havainnointitilanteista 90 % potilaalta kysyttiin, kenelle hänen tietojansa saa luovuttaa. Potilaista 77 % ei ollut toiveita, 23 % tutkittavista oli toiveita. Mikäli potilaalla oli toiveita, ne huomioitiin jokaisessa tapauksessa.

Potilaan tuntemukset eivät tulleet esille joko hoitajan kysymänä tai potilaan itsensä kertomana 53 % tapauksista. Tilanteista 47 % tuntemukset tulivat esille (kuvio 8). Näistä 86 % hoitaja reagoi niihin, kun taas 14 % hoitaja ei reagoinut potilaan tuntemuksiin. Potilaan tuntemukset tulivat esille keskimäärin enemmän niiden potilaiden kohdalla, joilla epäiltiin pahanlaatuista kasvainta (kuvio 9).



KUVIO 8. Potilaan tuntemusten esilletulo vastaanottotilanteessa



KUVIO 9. Potilaan tuntemusten esille tulo sairauden laatu huomioon ottaen

Kahdessa vastaanottotilanteessa hoitaja huomasi potilaan jännittävän, mikä tuli esille avoimissa kysymyksissä vastaanottotilanteen jälkeen. Toisessa tilanteessa potilaan tunteet leikkauksen suhteen eivät tulleet esille haastattelun aikana. Toisessa tilanteessa potilaan tuntemukset tulivat esille ja hoitaja myös reagoi niihin.

Haastattelutila oli meluisa 97 % tilanteista. Melua aiheutti haastattelutilan vieressä oleva hissi. Tilanteista 63 % haastattelutilassa ei käynyt ulkopuolisia henkilöitä. Missään havainnointitilanteessa ei ollut ulkopuolisia henkilöitä lukuun ottamatta havainnoijaa. Yhdessäkään tilanteessa keskustelu ei kuulunut haastattelutilan ulkopuolelle.

Kiire ei tullut esille hoitajan puheessa eikä eleissä 97 % tilanteista. Tilanteista 3 % kiire tuli esille hoitajan puheessa tai eleissä motorisena levottomuutena. Havainnointitilanteista 90 % oli varattu tarpeeksi aikaa. Havainnoijat päättelivät tämän vastaanottotilanteen väljyydestä ja rauhallisuudesta. Liian vähän aikaa tutkijat kokivat olevan niissä havainnointitilanteissa, joissa asioiden käsittely jäi selkeästi kesken.

6.3 Hoitajien arviot vastaanottotilanteista

90 % hoitajista ehti mielestään kertoa vastaanottotilanteessa kaiken mitä piti. 10 % hoitajista ei ehtinyt kertoa kaikkea. Näissä tilanteissa olisi haluttu käydä asioita tarkemmin läpi sekä kertoa lääkityksestä ja nukutuksesta heräämisestä. Kaikkien tulohaastattelun tehneiden hoitajien mielestä potilas ymmärsi läpikäytyt asiat. Ainoastaan yhdessä vastaanottotilanteessa hoitaja jäi epäröimään sitä, ymmärsikö potilas. Kahdessa vastaanottotilanteessa hoitaja huomasi, että potilas jännitti.

Suurin osa hoitajien vastauksista siihen, millainen heidän mielestään vastaanottotilanne oli kokonaisuutena, olivat positiivisia. Hoitajat kuvailivat vastaanottotilanteita miellyttävänä, rauhallisena, avoimena, rentona, mukavana, hyvänä ja kivana. Osassa tilanteista hoitajien mielestä potilaat olivat asiallisia, ymmärsivät, ottivat tiedon hyvin vastaan sekä olivat tyytyväisiä. Koettiin, että tilanteet olivat helppoja, oli tarpeeksi aikaa sekä tarvittavat asiat tuli käytyä läpi.

Osa hoitajista kuvasi vastaanottotilanteet tavallisiksi, joissa ei tule yllätyksiä. Yhdessä tilanteessa hoitaja toi esille, että koki hallitsevansa läpikäytävät asiat. Vaikka hoitajalla saattoi olla kiireinen olo tai ajatukset olivat jossain muualla, tilanteet koettiin siitä huolimatta hyviksi.

Osassa vastaanottotilanteissa lääkärin tutkimus keskeytti tilanteen, mikä koettiin häiritsevänä. Muutamissa vastaanottotilanteissa oli vaativa potilas, joka pomppi asiasta toiseen. Tällöin hoitajalle jäi sekava kuva vastaanottotilanteesta. Yhdessä vastaanottotilanteessa potilas ei puhunut suomea, joka hankaloitti hoitajan

mielestä tilannetta. Enemmän aikaa kaivattiin muutamassa vastaanotto-tilanteessa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettinen tarkastelu

Tutkimusetiikka voidaan määritellä tutkijoiden ammattietiikaksi, johon kuuluvat eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet, joita tutkijan tulisi noudattaa tehdesään tutkimusta. Tutkimuseettisiä normeja ja julistuksia on monia kansainvälisellä tasolla. Hyvä tieteellinen käytäntö on määritelty valtakunnallisella tasolla tutkimuseettisen neuvottelukunnan sekä Suomen Akatemian toimesta. Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan tieteellisiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta sekä käytetään eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja raportointitapoja. Tulosten julkistamisessa noudatetaan avoimuutta ja työtä tehtäessä otetaan huomioon muiden tutkijoiden työt ja annetaan niille oikea arvo. (Kuula 2006, 23; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 362–364.)

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma ja itse tutkimus on tehtävä niin sanotun teoreettisen toistettavuuden periaatteen mukaan. Lukijan on pystyttävä seuraamaan tutkimussuunnitelmaa ja tutkimusta sekä ymmärrettävä sen sisältö. Jotta lukija pystyisi seuraamaan tutkimusta, tulee tutkimus kirjoittaa tarkasti, täsmällisesti ja rehellisesti. (Vilkka 2007a, 33.)

”Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen” (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Tutkimukseen osallistuville ihmisille tulee antaa mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Henkilöitä tulee informoida tutkimuksen pääkohdista ja on varmistettava, että ihminen on kykenevä ymmärtämään tämä informaatio. Tärkeää on painottaa, että osallistumista koskeva suostumus on vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.)

Tutkimustulosten julkaisemisen yleisenä sääntönä on, että tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Tuloksia julkaistessa on myös muistettava tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin säilyminen. Tutkimusraportissa saattaa olla esimerkiksi suoria lainauksia aineistosta, jolloin tulokset on raportoitava niin, ettei tutkimukseen osallistuneiden lähipiiri, kuten työtoverit tunnista heitä. Tutkimustuloksia raportoitaessa on mietittävä, missä valossa tutkimuksesta

saatua tietoa esitetään. Erityisesti työelämään tehdyissä tutkimuksissa tulee noudattaa varovaisuutta. Raportissa ei tule paljastaa mitään, mikä aiheuttaa tutkimukseen osallistuneille hankaluuksia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 31; Vilkkä 2007a, 33.)

Haimme opinnäytetyöllemme lupaa opinnäytetyösuunnitelman perusteella. Lupa-anomus ja suunnitelma toimitettiin TAYS:n opetushoitajalle, joka myönsi työllemme luvan maaliskuussa 2009. Opinnäytetyössämme tutkimuksen kohteena olivat elektiivisten leikkauspotilaiden vastaanottotilanteet. Ennen havainnointia kysimme potilailta suostumuksen heidän vastaanottotilanteidensa havainnointiin. Annoimme potilaille kirjallisen tiedotteen (liite 6), jossa kerroimme tutkimuksen pääkohdat. Painotimme osallistumisen vapaaehtoisuutta, potilaiden henkilöllisyyden salassa pysymistä sekä sitä, ettei havainnointi vaikuttaisi millään tavalla heidän hoitoonsa osastolla. Potilaiden suhtautuminen opinnäytetyöhömmä oli hyvin positiivista, kukaan ei kieltänyt havainnoimasta vastaanotto-tilannettaan. Myös tulohaastatteluja tehneille hoitajille pidettiin tiedotustilaisuus osastokokouksessa ja annettiin kirjallinen tiedote tutkimuksesta (liite 3). Havainnoinnit toteutettiin niin, ettei hoitajien henkilöllisyys ollut tunnistettavissa. Osa hoitajista koki havainnoinnin omaa työtä häiritseväksi, mutta kukaan hoitajista ei kuitenkaan kieltäytynyt tutkimukseen osallistumisesta.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu

”Tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen” (Metsämuuronen 2003, 86). Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella sekä aineiston keruun ja mittaamisen että tutkimustulosten suhteen. Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan kahdella termillä, reliabiliteetti ja validiteetti. Nämä yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206; Metsämuuronen 2003, 86; Heikkilä 2008, 185.)

Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tulosten tarkkuutta. Tutkimustulokset eivät saa olla sattumanvaraisia ja luotettava tutkimus tulee olla toistettavissa samanlaisin tuloksin. Mittaustulos tulee olla myös sama riippumatta tutkijasta.

Luotettavien tulosten saamiseksi otoskoon tulee olla riittävä sekä otoksen tulee edustaa koko tutkittavaa perusjoukkoa. (Heikkilä 2008, 30–31; Hirsjärvi ym. 2009, 215.)

Tässä opinnäytetyössä reliabiliteettia pyrittiin nostamaan selvittämällä tutkimuksen käsitteet huolellisesti sekä laatimalla havainnointikaavake yksiselitteiseksi. Tutkimuksen aineiston koko (n=30) oli kvantitatiivisena havainnointitutkimuksena melko edustava. Esikäynnille tulevien elektiivisten leikkauspotilaiden vastaanottotilanteet, joita havainnoimme, valitsimme satunnaisesti riippumatta siitä, kuka perus- tai sairaanhoitaja teki tulohaastattelun. Reliabiliteettia saattoi heikentää se, että osassa vastaanottotilanteista haastatteleva hoitaja oli sama, jolloin otos ei ollut niin edustava kuin se olisi voinut olla.

Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tutkija saattaa helposti tutkia vääriä asioita, ellei tutkimukselle ole asetettu täsmällisiä tavoitteita. Aineiston keräämisen ja mittarin huolellinen suunnittelu lisäävät tutkimuksen validiutta. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee kattaa koko tutkimusongelma sekä mitata yksiselitteisesti oikeita asioita. Perusjoukon tarkka määrittely sekä edustavan otoksen saaminen edesauttavat validin tutkimuksen toteutumista. (Aaltola & Valli 2001, 100; Heikkilä 2008, 29–30.)

Mittarin luotettavuutta tarkasteltaessa keskeistä on se, mittaako mittari todella sitä, mitä sen tulisi mitata. Mittarin tulee antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Tutkimuksen tulisi olla toistettavissa samanlaisin tuloksin, vain satunnaisvirhe voisi vaikuttaa tuloksiin. Mittarin esitestaus on merkittävää mittarin luotettavuuden arvioinnissa, sillä sen avulla tutkija voi varmistaa, että mittari on toimiva, ymmärrettävä, looginen ja helposti käytettävä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206–209; Metsämuuronen 2003, 42–43.)

Taataksemme mittarin luotettavuuden, testasimme havainnointikaavakkeen ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista. Esitestauksen perusteella muutimme hieman havainnointikaavaketta. Mittarin loimme alusta asti itse, sillä aikaisempia samankaltaisia tutkimuksia aiheesta ei ollut.

Havainnointikaavakkeessa potilaan ohjausta kartoittivat kysymykset 11–18, 22–23 ja 30–31. Potilaan yksilöllisyyttä tarkasteltiin kysymyksissä 7-10, 13, 22–25 ja 32. Potilaan turvallisuutta tarkasteltiin kysymyksissä 3-8, 11, 16, 19–21, 26–29 ja 32. Osa havainnointikaavakkeen kysymyksistä vastasi useampaan tutkimustehtävään. Se, minkälaisia asioita hoitajat pitivät tärkeinä elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa, ilmeni hoitajien vastauksissa ennen havainnointia. Tätä mittasivat myös havainnointikaavakkeen lopussa olevat kysymykset 1–3.

Tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia on syytä tarkastella myös suhteessa tuloksiin. Tällöin validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen. Sisäisesti validissa tutkimuksessa eivät vaikuta sekoittavat tekijät eli tutkimusasetelma on pysyvä. Sisäistä validiteettia voi uhata esimerkiksi henkilöiden valikoituminen tutkimukseen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 210–211.) Opinnäytetyössämme valitsimme havainnoitavat vastaanottotilanteet satunnaisesti yleensä siinä järjestyksessä kun esikäynnille tulevat potilaat tulivat osastolle. Kyseisen päivän organisoiva hoitaja oli etukäteen määrännyt, ketkä hoitajat ottivat vastaan kunkin potilaan, joten tutkijoilla ei ollut mahdollisuutta valikoida haastattelevia hoitajia. Kukaan hoitajista ei kieltäytynyt tutkimuksesta.

Ulkoiseen validiteettiin kuuluu tärkeänä osana tutkimustulosten yleistettävyyys. Ulkoiseen validiteettiin voi vaikuttaa se, että ihmiset kiinnittävät huomiota työskentelynsä ja toimintaansa tietäessään olevansa tarkkailun kohteena. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 210–211.) Tässä opinnäytetyössä tutkijat toimivat ulkopuolisina havainnoitsijoina. Tämä vaikutti mahdollisesti ulkoiseen validiteettiin, sillä osa haastattelevista hoitajista saattoi muuttaa työskentelytapansa ja toimintaansa sekä kiinnittää siihen enemmän huomiota. Myös vastaanottotilanteessa oleva potilas saattoi käyttäytyä eritavalla kun tilassa oli ulkopuolinen tarkkailija.

Tutkimuskohde oli elektiiviseen leikkaukseen tulevien gynekologisten leikkauspotilaiden vastaanottotilanteet, jotka tapahtuivat esikäynneillä naistentautien vuodeosastolla 4b yhdestä seitsemään päivää ennen suunniteltua leikkausta. Potilas meni vastaanottotilanteen jälkeen yleensä kotiin ja palasi osastolle leikkauksen aamuna. Kuudessa tilanteessa potilas jäi vastaanottotilanteen jäl-

keen suoraan osastolle. Tämä saattoi vaikuttaa tuloksiin ja niiden luotettavuuteen, sillä nämä potilaat saattoivat saada lisäohjausta havainnointitilanteen jälkeen.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, millainen on elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanne naistentautien vuodeosastolla 4b. Havainnointitilanteita oli kolmekymmentä kappaletta, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimustuloksia ei kuitenkaan voida täysin yleistää elektiivisten leikkauspotilaiden vastaanottotilanteisiin, sillä jokainen haastatteleva hoitaja saattaa pitää tärkeinä ja painottaa eri asioita. Myös kokemus haastatteluiden tekemisestä vaikuttaa vastaanottotilanteen sisältöön ja siihen, millainen se on. Tulokset antavat viitteitä siitä, mitä asioita käsitellään vastaanottotilanteissa ja missä asioissa osaston henkilökunnan tulisi parantaa.

7.3 Tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata millainen on elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanne TAYS:n naistentautien vuodeosastolla 4b. Tehtävänä oli kartoittaa, mitä on hyvä ohjaus vastaanottotilanteessa, miten elektiivisen leikkauspotilaan yksilöllisyys ja turvallisuus toteutuvat vastaanottotilanteessa sekä minkälaisia asioita hoitajat pitävät tärkeinä elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa. Tässä kappaleessa vertaamme työn tuloksia opinnäytetyön ongelmiin sekä aikaisempiin tutkimuksiin (liite 2).

Suurin osa ohjaukseen liittyvistä asioista tuli esille lähes kaikissa tilanteissa. Valtaosassa vastaanottotilanteista kerrottiin potilaalle tulevasta toimenpiteestä. Laitisen (2003) tutkimuksen mukaan tiedon antaminen potilaalle ennen toimenpidettä oli yksi sairaanhoitajien tavoista lievittää potilaiden leikkausta edeltäviä pelkoja. Cepický, Líbalová, Martan & Váchován (2001) tutkimuksessa pelko sairaudesta ja leikkaustuloksesta aiheutti potilaalle ahdistusta, jota voitiin ehkäistä varmistamalla potilaan hoidon sujuvuus.

Potilaalta edellytetään tiettyjä toimia leikkaukseen valmistautumisessa. Näistä esille tuli suurimmassa osassa havainnointitilanteista osastolle tuloaika leikka-

uspäivän aamuna, leikkausta edeltävät tutkimukset ja näytteet, esimerkiksi virtsanäytteen tuominen osastolle tullessa, sekä ravinnotta olo ja hygienian hoito.

Omien lääkkeiden ottaminen ennen leikkausta ja esilääkitys tulivat esille hiukan yli puolessa tapauksista. Tutkimuksessamme puutteelliseksi leikkauspotilaiden ohjauksessa jäivät myös anestesiakaavakkeen täyttämisen merkityksen kertominen, potilaan käsityksen tiedustelu sairaudesta ja tulevasta toimenpiteestä sekä leikkauspäivän toimenpidettä edeltävän aikataulun läpikäyminen.

Tutkimustulostemme mukaan kirjallisia potilasohjeita annettiin lähes jokaisessa vastaanottotilanteessa, joista valtaosassa niitä käytiin läpi yhdessä potilaan kanssa. Nykäsen (2002) mukaan kirjallista tiedonsaantia pidettiin tärkeänä suullisen ohjauksen ohella. Potilaiden kokemuksen mukaan kirjallisten ohjeiden läpikäynti yhdessä hoitajien kanssa selkeytti ohjeen ymmärtämistä. Marttila & Piekkolan (1997) tutkimuksessa koettiin turvallisuutta lisäävänä se, että osastolla saadun suullisen tiedon voi varmistaa vielä kotona kirjallisista ohjeista.

Marttila & Piekkolan (1997) tutkimuksessa sairaanhoitajien mielestä hyvä ohjaus toteutuu, kun potilaan yksilölliseen ohjaukseen varataan riittävästi aikaa. Tärkeää on se, että ohjauspaikka on rauhallinen. Tutkimuksessamme lähes kaikkiin vastaanottotilanteisiin oli varattu riittävästi aikaa. Kiire hoitajan puheessa tai eleissä tuli esille todella harvoin. Vastaanottotilanteet toteutettiin niille varatuissa tiloissa, jotka olivat rauhallisia, sillä tiloissa ei ollut läsnä muita ulkopuolisia henkilöitä havainnoijaa lukuun ottamatta. Vastaanottotilanteita häiritsi haastattelutilassa käynyt toinen hoitaja tai lääkäri sekä meluisa tila.

Naistentautien vuodeosasto 4b:n hoitajat pitivät tärkeinä elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa potilaan mahdollisuutta esittää kysymyksiä ja tämän kuuntelua. Tämä näkyi vahvasti heidän käytännön työssään. Lähes kaikissa vastaanottotilanteissa potilaalla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja suurimmassa osassa tilanteista hoitaja kysyi potilaalta, onko hänellä kysyttävää.

Potilaat odottivat vastaanottotilanteiden alkua joskus pitkiäkin aikoja. Nykäsen (2002) tutkimuksessa pitkä odotusaika lisäsi potilaiden turvattomuuden tunnet-

ta. Korhosen sekä Nykäsen (2002) tutkimuksien mukaan hoidon käynnistymisen odottaminen lisäsi potilaiden tyytymättömyyttä.

Tutkimuksessamme odotusaikaa ei kerrottu potilaalle missään tilanteessa etukäteen ja odottamisen syy kerrottiin potilaalle vain yhdessä tilanteessa. Naistentautien vuodeosasto 4b:llä, missä hoitajat tekevät tulohaastattelut muun hoitotyön lomassa, on vaikeaa antaa potilaalle tarkkaa ajankohtaa haastattelulle. Marttila & Piekkolan (1997) tutkimuksessa tuli ilmi, että potilaat eivät olisi välttämättä halunneet tarkkoja kellonaikoja, vaan heille olisi riittänyt edes jonkinlainen arvio mahdollisen odotusajan pituudesta.

Korhosen (2002) mukaan hoitajien tulisi kiinnittää huomiota potilaille esittäytymiseen vastaanottotilanteessa, lääkärit esittelivät itsensä huomattavasti useammin kuin hoitajat. Tässä tutkimuksessa saimme päinvastaisia tuloksia, jokainen hoitaja esitteli itsensä haastattelemalleen potilaalle. Potilaan henkilöllisyys varmistettiin kaikissa tilanteissa ja lupa tietojen luovutukseen kysyttiin lähes kaikissa tilanteissa.

Potilaan tuntemukset leikkauksen suhteen tulivat tutkimuksessamme esille joko potilaan itsensä kertomina tai hoitajan kysyminä hieman alle puolessa tilanteista. Nykäsen (2002) tutkimuksessa potilaat kokivat, että heidän tunteidensa kohtaaminen ei toteutunut, eikä heidän ohjauksessaan otettu huomioon toimenpiteiden vaikutusta tunnemuutoksiin. Tämä ilmeni siten, että hoitohenkilökunta keskittyi sairauden oireisiin ja niiden hoitoon.

Mikäli potilaan tuntemukset tulivat esille vastaanottotilanteessa, hoitaja reagoi niihin useimmiten. Jos potilaalla oli syöpä tai epäiltiin syöpää, tuntemukset tulivat esille hieman useammin kuin potilailla, joilla ei epäilty syöpää. Tähän saattoi vaikuttaa syöpää sairastavien potilaiden halu puhua tuntemuksistaan useammin tai toisaalta hoitajien kokema suurempi sympatia vakavaa sairautta sairastavia potilaita kohtaan.

Nykäsen (2002) tutkimuksessa potilaan myönteiset tunnekokemukset liittyivät pelon tunteen poistumiseen sekä rohkeuteen kohdata omat tunnetilat ja seksualisuus. Turvallisena koettiin se, että henkilökunta pystyi kohtaamaan potilai-

den tunnetiloja ja pelkoja. Myös Laitisen (2003) mukaan hoitajat lievittävät potilaiden leikkausta edeltäviä pelkoja kuuntelemalla potilasta ja keskustelemalla pelon syistä. Hall, Hammer & Mogensenin (2009) tutkimuksessa tuotiin esille toivon merkitys potilaan henkisessä selviytymisessä. Hoitajien tulisi huomioida toivon ylläpitämisen merkitys työssään ja tukea potilasta taistelemaan toivotonmuutta vastaan. Naistentautien hoitotyö ja gynekologiset leikkaukset koskevat intiimiä ja henkilökohtaista aluetta. Tällä voi olla vaikutusta siihen, miten nainen kokee itsensä ja seksuaalisuutensa, joten tunteista puhuminen korostuu naistentautien hoitotyössä.

Hoitajat toteuttivat käytännön työssään paljon samoja asioita, joita he kertoivat pitävänsä tärkeänä elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa. Muun muassa tilanteen rauhallisuus, esikäyntipäivän aikataulun läpikäyminen potilaan kanssa ja leikkaukseen valmistautumisen ohjaus näkyivät yleisesti vastaanottotilanteissa. Hoitajat kokivat tilanteet pääasiassa miellyttävinä.

Hoitajille ennen havainnointia esitettyyn kysymykseen saatiin vain kymmenen hoitajan vastaukset. Kuitenkin näissä vastauksissa tärkeänä pidetyt asiat elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa ilmenivät havainnoitavissa useiden eri hoitajien toteuttamissa vastaanottotilanteissa selvästi. Tämä kertoo osaltaan naistentautien vuodeosasto 4b:n vastaanottotilanteiden hyvästä tasosta.

7.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Potilas tulee huomioida kokonaisvaltaisesti vastaanottotilanteessa. Sekä potilaan henkiset tarpeet että potilaan fyysiset sairauteen ja tulevaan toimenpiteeseen liittyvät tarpeet tulee ottaa huomioon. Tässä tutkimuksessa puutteelliseksi jäi erityisesti henkisen puolen, potilaiden tuntemusten huomiointi. Hoitajat voisivat ottaa potilaiden tunteet, kuten pelot leikkauksen suhteen, rohkeammin esille sekä keskustella leikkauksen ja sairauden herättämistä ajatuksista potilaan tarpeiden mukaan.

Potilaat joutuivat odottamaan tulohaastattelua joskus pitkiäkin aikoja. On hyvä, että hoitaja käy tervehtimässä potilasta hänen saavuttuaan osastolle, jotta poti-

las tietää jonkun huolehtivan hänen asioistaan. Kiireisinä päivinä hoitajien saattaa olla vaikeaa löytää aikaa vastaanottotilanteelle. Ratkaisuna voisi olla haastatteluvuoron käyttöönotto tai se, että esikäynnille tulevia potilaita haastattelevilla hoitajilla on vähemmän osastopotilaita hoidettavanaan.

Muutamit hoitajat kaipasivat vastaanottotilanteeseen enemmän aikaa ja pienessä osassa havainnointitilanteista ajanpuute näkyi. Mikäli vastaanottotilanteisiin on varattu riittävästi aikaa, hoitaja pystyy keskittymään paremmin potilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen rutiiniohjauksen ohella.

Tässä tutkimuksessa saatiin tietoa siitä, millaisia elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteet naistentautien vuodeosasto 4b:llä ovat ulkopuolisen havainnoijan silmin. Jatkotutkimushaasteena on saada tilanteista potilaiden näkökulma, esimerkiksi kvantitatiivisen kyselylomakkeen tai kvalitatiivisen avoimen haastattelun avulla. Merkittävää on saada tietoa siitä, millaisina potilaat kokevat vastaanottotilanteet kokonaisuudessaan, niissä tapahtuvan ohjauksen sekä vuorovaikutuksen hoitajan kanssa.

Oman tutkimuksensa saa myös selvittämällä hoitajien näkökulmaa vastaanottotilanteista. Tietoa voitaisiin kerätä siitä, millaisena hoitajat kokevat potilaan ohjauksen vastaanottotilanteessa ja kaipaavatko he siihen koulutusta, miten he kokevat vastaanottotilanteiden toteutuksen muun hoitotyön lomassa sekä vuorovaikutuksen potilaan kanssa.

7.5 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2008. Saimme aiheemme potilaan vastaanottotilanteen tutkimisesta työelämäpalaverissa TAYS:n opetushoitajilta. Toiveenamme oli, että saisimme tehdä työmme naistentautien vuodeosastolle 4b. Osastolla oltiin kiinnostuneita aiheesta, joten yhteistyö lähti käyntiin. Luvan opinnäytetyöllemme saimme opetushoitajalta maaliskuussa 2009.

Hankalinta ja aikaa vievintä prosessin aikana oli havaintojen kerääminen osastolla. Havainnot kertyivät todella hitaasti. Olimme jopa valmiita tinkimään ha-

vaintojen kokonaismäärästä aikataulujen pettäessä, mutta saimme lopulta suunnitellun määrän havaintoja kasaan. Määrällisen tutkimusaineiston käsittely tietokoneavusteisesti ei tuottanut ongelmia ja oli suhteellisen nopeaa.

Yhteistyö osaston kanssa toimi alusta alkaen sujuvasti. Olimme osastolla käytännön harjoittelussa, mikä osaltaan edisti yhteistyön sujumista ja helpotti myös itse työn tekoa. Molemmat työn tekijät ovat panostaneet työhön tasavertaisesti, joten yhteistyö myös sillä saralla on sujunut hyvin. Työn tekijöillä on koko prosessin ajan ollut samat intressit ja päämäärät opinnäytetyön suhteen.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet käyttämään erilaisia tiedonhankintamenetelmiä sekä lukemaan kriittisesti eritasoisia tutkimuksia. Tulevina sairaanhoitajina osaamme arvostaa ja käyttää hyväksi tutkimustietoa käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön tekeminen on pitkä prosessi, joka on opettanut kantamaan vastuuta ja sietämään paineita. Olemme myös oppineet ottamaan vastaan kritiikkiä omasta työstämme ja kehittämään työtämme sen perusteella.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kehittää elektiivisen leikkauspotilaan hoitotyötä vastaanottotilanteessa. Opinnäytetyön myötä hoitajat saavat tietoa siitä, millaisia elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteet osastolla ovat. Tutkimustulosten perusteella hoitajat pystyvät kehittämään omaa työskentelyään vastaanottotilanteissa. Opinnäytetyömme herättää myös toivottavasti ajatuksia siitä, miten vastaanottotilanteita voisi parantaa.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

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

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. 11. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Cepický, P., Líbalová, Z., Martan, A. & Váchová, D. 2001. Psychological aspects of gynecologic operations. Charles University. Tutkimus. Luettu 13.10.2009.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11569421?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-2. painos. WSOY: Helsinki.

Hall, EO., Hammer, K. & Mogensen, O. 2009. Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. University of Southern Denmark. Tutkimus. Luettu 13.10.2009.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19282239?ordinalpos=11&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum.

Hankela, S. 1994. Intraoperatiivinen hoitotyö leikkauspotilaiden kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hoito osastolla. Päivitetty 20.11.2007. Luettu 29.12.2008. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=621>.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6.painos. Porvoo: WSOY.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoi-

- totyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu No 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Koivula, U., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: Possible, Opas opinnäytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
- Korhonen, E. 2002. Potilaiden kokemukset ensiapupoliklinikan palvelusta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Laitinen, R. 2003. Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Manninen, H. 1997. Naistentautien hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, R-L. & Laine, T. (toim.) Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Marttila, M. & Piekkola, S. 1997. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Oy.
- Naistentautien vuodeosasto 4b. Päivitetty 9.7.2007. Luettu 29.12.2008. <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10384&contentlan=1>.
- Nykänen, K. 2002. Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Aiheita 18/2002. Helsinki: Stakes.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.
- Sarvimäki, A & Stenbock-Hult, B. 1994. Hoito, huolenpito ja opetus. Helsinki: WSOY.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2007a. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007b. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

HAVAINNOINTIKAAVAKE nro:

1. Leikkaus:
 2. Potilaan ikä:
 3. Odotusaika ennen haastattelua:
 4. Kerrottiinko odottamisen syy? KYLLÄ / EI
 5. Kerrottiinko odotusaika etukäteen? KYLLÄ / EI
 6. Esitteleekö vastaanottava hoitaja itsensä? KYLLÄ / EI
 7. Varmistaako vastaanottava hoitaja potilaan henkilöllisyyden? KYLLÄ / EI
 8. Kysytäänkö potilaalta kenelle hänen tietojaan saa luovuttaa? KYLLÄ / EI
 9. Kysyykö hoitaja potilaan tuntemuksia leikkauksen suhteen? /
 - Puhuuko potilas itse tuntemuksistaan? KYLLÄ / EI
 10. jos KYLLÄ: reagoiko hoitaja niihin? KYLLÄ / EI
 11. Kerrottiinko potilaalle miksi anestesiakaavake täytetään? KYLLÄ / EI
- Ohjaus
12. Kerrottiinko tulevasta toimenpiteestä? KYLLÄ / EI
 13. Kysyykö hoitaja potilaan käsitystä sairaudesta ja tulevasta toimenpiteestä? KYLLÄ / EI
 14. Kerrottiinko leikkauspäivä ja kellonaika? KYLLÄ / EI
 15. Kerrottiinko sairaalassaoloaika? KYLLÄ / EI

16. Mitkä asiat kerrottiin valmistautumisesta leikkaukseen?

1. osastolle tuloaika _____
2. tutkimukset ja näytteet _____
3. ravinnotta olo _____
4. omat lääkkeet _____
5. hygienia _____
6. esilääkitys _____

17. Annetaanko potilaalle kirjallisia potilasohjeita? KYLLÄ / EI

18. jos KYLLÄ: käydäänkö ohjeita läpi? KYLLÄ / EI

Potilaan huomiointi

Tuleeko kiire esille

19. hoitajan puheessa KYLLÄ / EI

20. hoitajan eleissä KYLLÄ / EI

21. jos KYLLÄ: 1. kellon vilkuilu _____

2. nopea puhe _____

3. motorinen levottomuus _____

22. Onko potilaalla mahdollisuus esittää kysymyksiä kesken ohjauksen? KYLLÄ / EI

23. Kysyykö hoitaja onko potilaalla kysyttävää? KYLLÄ / EI

Toivomusten huomiointi

24. onko potilaalla toiveita? KYLLÄ / EI

25. jos KYLLÄ: huomioiko hoitaja ne? KYLLÄ / EI

Haastattelutila

- | | |
|---|------------|
| 26. onko tila meluisa? | KYLLÄ / EI |
| 27. käykö tilassa joku muu? | KYLLÄ / EI |
| 28. onko tilassa ulkopuolisia henkilöitä? | KYLLÄ / EI |
| 29. kuuluuko keskustelu tilan ulkopuolelle? | KYLLÄ / EI |

Muuta huomioitavaa

- | | |
|--|------------|
| 30. Käydäänkö pre-käyntipäivän aikataulu läpi? | KYLLÄ / EI |
| 31. Käydäänkö leikkauspäivän toimenpidettä
edeltävä aikataulu läpi? | KYLLÄ / EI |

32. Oliko vastaanottotilanteeseen varattu tarpeeksi aikaa? KYLLÄ / EI

33. Vastaanottotilanteen kesto: _____

Kysymykset hoitajalle:

1. Ehditkö kertoa potilaalle kaiken, mitä piti? KYLLÄ / EI

jos EI: Mitä olisit halunnut vielä lisätä?

2. Ymmärsikö potilas asiat mielestäsi? KYLLÄ / EI

3. Millainen vastaanottotilanne oli mielestäsi kokonaisuutena?

TAULUKKO 1. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Sukunimi (vuosi) Työn nimi, työn luonne	Tarkoitus ja ongelmat	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Cepický, Líbalová, Martan & Váchová (2001) Psychological aspects of gynecologic operations, tutkimus	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ne asiat potilaan hoidossa, jotka vaikuttavat potilaaseen negatiivisesti sekä löytää ahdistuksen ja postoperatiivisten komplikaatioiden välinen yhteys.	Kliininen tutkimus. Gynekologian ja synnytysten vastuualue, Prahan opetussairaala yhteistyössä Charlesin yliopiston lääketieteen osaston kanssa. Tutkimusaineistoon kuului 63 potilasta, joille oli tehty keski- vaikea gynekologinen leikkaus. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, jotka potilaat täyttivät ensimmäisenä päivänä operaation jälkeen sekä kotiutumisen jälkeen.	- Mitä enemmän potilailla oli stressiä ja ahdistusta, sitä enemmän heillä esiintyi postoperatiivisia komplikaatioita. - Stressin ja ahdistuksen myötä myös sairaalassaoloaika piteni. - Ahdistusta potilaille aiheutti pelko sairaudesta ja leikkaustuloksesta sekä sairaalassaolon aikana ilmenneet stressaavat tilanteet. - Varmistamalla potilaan leikkauksen ja postoperatiivisen hoidon sujuvuuden ja oikean suunnan, voidaan ehkäistä potilaan ahdistusta. - Keskustelu leikkauksen lääkärin tai hoitavan lääkärin kanssa sekä negatiivisten tekijöiden poistaminen sairaalassaoloajalta vähentävät potilaan ahdistusta.
Hall, Hammer & Mogensen (2009) Hope as experienced in women newly diagnosed	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää toivon kokemuksen merkitystä naisille, joilla on juuri diag-	Kvalitatiivinen hermeettis-fenomenologinen tutkimus. Tanskalainen yliopis-	- Diagnoosin saatuaan potilaat yhdistivät toivon moneen asiaan, parantumiseen, perhe-elämään sekä elämään

with gynaecological cancer, tutkimus	nosoitu gynekologinen syöpä.	tollinen sairaala, gynekologian vastuualue. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla 15 naista, jotka olivat haastattelupäivänä kulleet sairastavansa gynekologista syöpää.	ylipäättään, palautumiseen normaaliksi, hyvinvointiin ja taisteluun toivottomuuden tunnetta vastaan. - Diagnoosin myötä myös toivottomuuden tunteet nousivat esiin. - Toivon ja toivottomuuden tunteiden ollessa läheisesti yhteydessä toisiinsa, tulisi hoitajien huomioida toivon antamisen merkitys työssään ja tukea potilasta taistelemaan toivottomuutta vastaan.
Hankela (1994) Intraoperatiivinen hoitotyö leikkauspotilaiden kokemana, Licensiaatintutkimus	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, minkälaisia odotuksia ja kokemuksia leikkauspotilailla liittyy leikkauksen aikaiseen eli intraoperatiiviseen hoitotyöhön. Tutkimustehtävät: 1. Mitä leikkauspotilaat odottavat intraoperatiiviselta hoitotyöltä? 2. Miten leikkauspotilaat kokevat intraoperatiivisen hoitotyön? 3. Miten leikkauspotilaiden kokemus intraoperatiivisesta hoitotyöstä vastaa heidän odotuksiaan?	Kvalitatiivinen tutkimus. Tampereen yliopistollinen sairaala, kesä- ja heinäkuu 1991. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla strukturoimattomasti 20 lonkan tekonivelleikkauspotilasta. Aineiston analyysin lähtökohtana on teema- ja mallianalyysi.	- Potilaiden intraoperatiiviseen hoitotyöhön kohdistuvat odotukset ja leikkauksen aikainen selviytyminen olivat yhteydessä turvallisuuden tai turvattomuuden tunteisiin. - Potilaiden sisäistä turvattomuutta aiheuttivat huoli leikkauksen onnistumisesta ja integriteetin säilymisestä leikkauksen aikana. - Potilaiden ja hoitotyöntekijöiden välisessä vuorovaikutuksellisessa hoitosuhteessa turvallisuuden ja turvattomuuden kokemiseen liittyivät leikkausosaston hoitotyöntekijöiden toimintatapa ja suoritamat toiminnot.

<p>Korhonen (2002)</p> <p>Potilaiden kokemukset ensiapupoliklinikan palvelusta, Pro gradu -työ</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millainen on palvelun laatu potilaiden kokemana Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiapupoliklinikalla.</p> <p>Tutkimustehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minkälaiset ovat ensiapupoliklinikan toiminnan edellytykset? 2. Millaista hoitotoiminta ensiapupoliklinikalla on? 3. Millaiseksi potilas tunsii olonsa hoidon aikana ja sen jälkeen? 	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiapupoliklinikka, marraskuu 2001.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla, otoskoko oli 325, vastausprosentti 70.</p> <p>Analysoinnissa käytettiin tilastollisina menetelminä ristiintaulukointia ja khiineliö –testiä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vastaanottotilanteen ja vastaanottavan henkilön ominaisuudet koettiin pääasiassa hyväksi. - Omahaohjelmalla toteutui huonosti. - Kipulääkitys, oireiden lievitys ja hoitajien huolenpitoa kuvaavat toiminnot toteutuivat huonosti. - Yksilöllisyyden ja tasa-arvon periaatteet toteutuivat hyvin. - Potilaat kokivat tilansa hoidon aikana ja sen jälkeen pääasiassa hyväksi.
<p>Laitinen (2003)</p> <p>Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta, Pro gradu -työ</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitä pelkoja potilaat tuntevat hoitajien kokemuksen mukaan joutuessaan leikkaukseen ja minkälaista ahdistusta potilaat kokevat preoperatiivisesti ennen kirurgista toimenpidettä. Tarkoituksena on myös tutkia, miten hoitajat tunnistavat potilaiden pelkoja ja ahdistusta ja miten he lievittävät niitä.</p> <p>Tutkimustehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minkälaisia leikkauksipelkoja potilailla on 	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Etelä-Suomen sairaalan kirurgiset osastot (4), leikkaus- ja anestesiaosastot ja päiväkirurginen yksikkö.</p> <p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joihin vastasi 84 hoitajaa.</p> <p>Määrällinen aineisto analysoitiin ristiintaulukoimalla ja khiineliö –testin avulla, lomakkeen seitsemän avointa kysymystä analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitajien vastausten mukaan potilailla on vähän anestesiaan liittyviä pelkoja. Puudutukseen arveltiin liittyvän enemmän pelkoja kuin nukutukseen. - Leikkauksen jälkeistä kipua pelättiin eniten. Hoitohenkilökunta ja leikkaussaliympäristö aiheuttivat vähän pelkoja potilaille. - Hoitajat tunnistivat potilaiden pelon ja ahdistuksen erilaisista fyysisistä muutoksista. - Potilaiden pelon ja ahdistuksen lievittämiseksi hoitajat antoivat useimmiten tietoa toi-

	<p>hoitajien kokemuksen mukaan?</p> <p>2. Mistä potilaat ovat ahdistuneita preoperatiivisesti hoitajien kokemuksen mukaan?</p> <p>3. Mistä hoitajat tunnistavat potilaiden pelkoja ja ahdistusta ennen leikkausta?</p> <p>4. Miten hoitajat lievittävät potilaiden pelkoja ja ahdistusta ennen leikkausta?</p>		<p>menpiteestä, kuuntelivat potilaita ja keskustelivat pelon syistä.</p>
<p>Marttila & Piekkola (1997)</p> <p>Päiväkirurgisen potilaan ohjaus potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta, Pro gradu -tutkielma</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia päiväkirurgisen toimenpiteen yhteydessä saamastaan ohjauksesta sekä päiväkirurgisten potilaiden hoitotyöhön osallistuvien sairaanhoitajien kokemuksia päiväkirurgisen potilaan ohjauksesta.</p> <p>Tutkimustehtävät:</p> <p>1. Millaisia kokemuksia potilailla on päiväkirurgiseen toimenpiteeseen sisältyneestä ohjauksesta?</p> <p>2. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on päiväkirurgisten potilaiden ohjauksesta?</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, perustuu hermeneuttiseen tutkimusotteeseen.</p> <p>Satakunnan keskussairaalan kirurgian poliklinikka, kesä-elokuu 1996.</p> <p>Tutkimuksen tiedonantajina oli 10 päiväkirurgiseen toimenpiteessä ollutta potilasta ja 10 päiväkirurgisen potilaan hoitoon osallistunutta sairaanhoitajaa.</p> <p>Avoin haastattelu.</p> <p>Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysilla.</p>	<p>- Potilaiden ohjauskokemuksen olivat yhteydessä siihen, millaisina he olivat kokeneet vuorovaikutuksen henkilökunnan kanssa.</p> <p>- Potilaan yhdistivät ohjauksen ymmärrettävyyteen kirjallisen tutkimateriaalin käytön, virheettömän asiasisällön ja ohjauksen arkielämään sovellettavuuden.</p> <p>- Sairaanhoitajat pitivät oleellisena osana hoitotyötä ja tärkeänä osallistumista potilaan ohjauksen suunnitteluun ja kehittämiseen.</p> <p>- Sairaanhoitajat kokivat että heillä on riittävästi hoitotieteellistä tietoa, mutta ei välttämättä valmiuksia soveltaa sitä ohjaustilanteissa.</p>

<p>Nykänen (2002)</p> <p>Potilaiden kokemuksia hoidosta naisten tautien poliklinikalla, Pro gradu -työ</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata naisten myönteisiä ja kielteisiä hoito- ja vastaanottokokemuksia naistentautien polikliinisestä hoidosta.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <p>1. Minkälaisia ovat potilaiden myönteiset hoito- ja vastaanottokokemukset?</p> <p>2. Minkälaisia ovat potilaiden kielteiset hoito- ja vastaanottokokemukset?</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Kymmenen alue- ja keskussairaalaan naistentautien poliklinikkaa</p> <p>N=206, osallistujien ensisijaisena hoitoon hakeutumisen syynä runsaat kuukautisvuodot.</p> <p>Strukturoitu kyselylomake, jossa kolme avointa kysymystä.</p> <p>Aineisto on analysoitu sisällön analyysillä.</p>	<p>- Potilaiden myönteiset kokemukset liittyivät hoitokokemuksiin, joista yksilöllisyys ja hoidon jatkuvuus olivat tärkeimpiä.</p> <p>- Tärkeinä asioina pidettiin myös hoitohenkilökunnan ystävällisyyttä ja asiallisuutta sekä riittävää ja oikein ajoitettua tiedonsaantia.</p> <p>- Kielteiset kokemukset liittyivät hoitoon, jolloin potilasta ei kohdattu yksilönä ja hoidolla ei ollut jatkuvuutta.</p> <p>- Kielteisiin hoitokokemuksiin liittyi myös kiire, huono vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä sekä intimitettisuojan huomiotta ottaminen.</p>
--	---	--	---



Tiedote hoitajille

1.3.2009

Hyvä osaston henkilökunta,

olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Pirkanmaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme aiheesta Elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottaminen naistentautien osastolla 4b. Työmme tavoitteena on kehittää elektiivisen leikkauspotilaan hoitotyötä vastaanottotilanteessa sekä saadun tiedon avulla parantamaan vastaanottotilanteiden laatua ja sisältöä.

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen tutkimus. Aineiston keräämme havainnoiden vastaanottotilanteita, joissa toimimme ulkopuolisina tarkkailijoina. Tavoitteena meillä on havainnoida 30 vastaanottotilannetta. Potilaille jaamme kirjallisen tiedotteen ennen vastaanottotilannetta ja heillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta.

Toivoisimme, että voisitte vastata yhteen kysymykseen liittyen teidän käsityksiinne hyvästä vastaanottotilanteesta (kysymys erillisellä paperilla).

Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen,

Erika Freihoff
Sairaanhoitajaopiskelija
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
erika.freihoff@piramk.fi

Katri Hakala
Sairaanhoitajaopiskelija
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
katri.hakala@piramk.fi

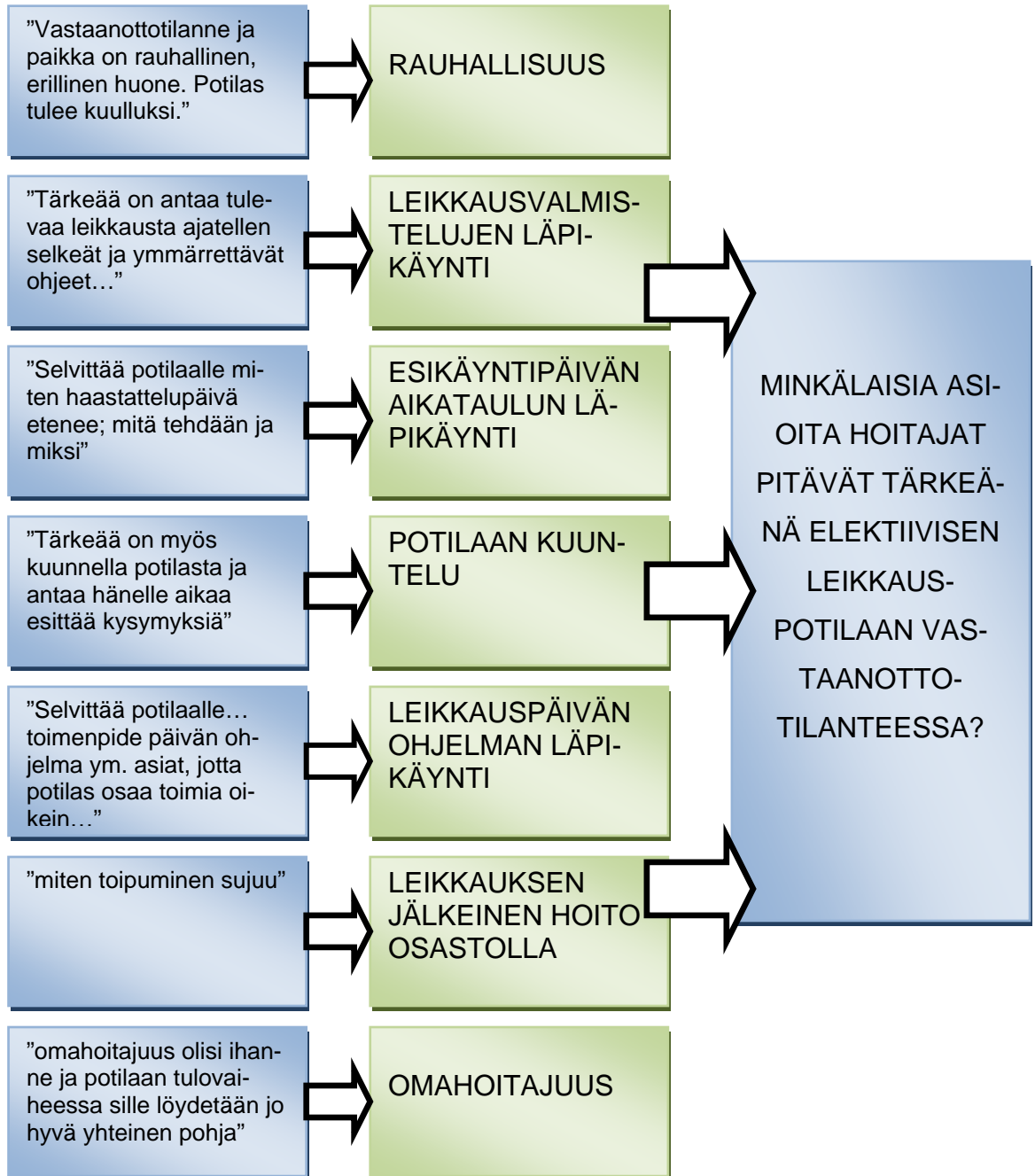
Kysymys hoitajille

1.3.2009

Mitä asioita pidät tärkeänä elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa?

ALKUPERÄINEN
ILMAISU

LUOKKA



Minkälaisia asioita hoitajat pitävät tärkeinä elektiivisen leikkauspotilaan vastaanottotilanteessa?



Tiedote potilaille

1.3.2009

Arvoisa potilas,

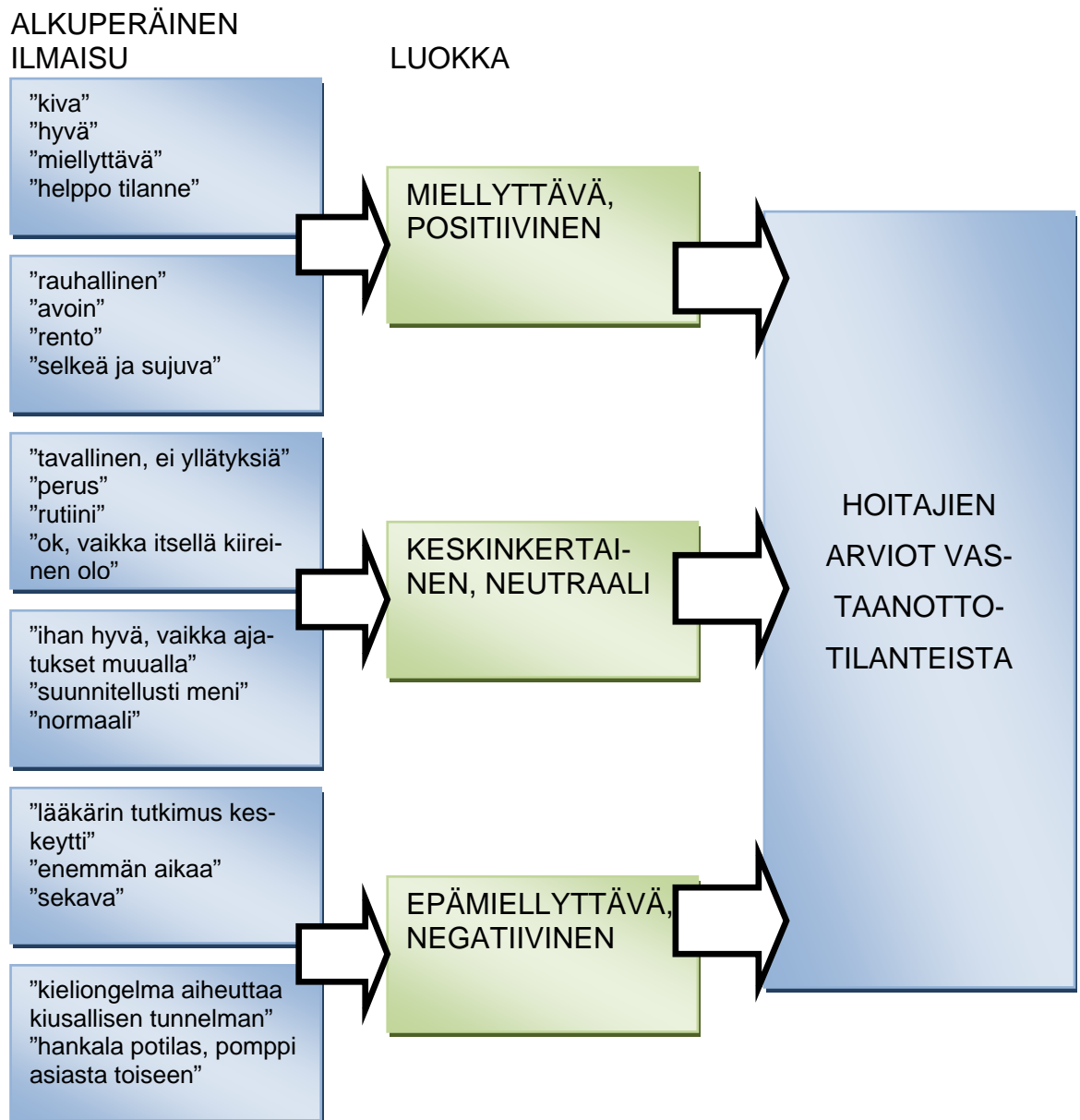
olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Pirkanmaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme aiheesta suunniteltuun leikkaukseen tulevan potilaan vastaanottaminen naistentautien osastolla 4b. Työmme tavoitteena on kehittää suunnitellun leikkauspotilaan hoitotyötä vastaanottotilanteessa.

Opinnäytetyöhömmme keräämme aineiston havainnoimalla vastaanottotilanteita, joissa toimimme ulkopuolisina tarkkailijoina. Tutkimus on luottamuksellinen ja henkilöllisyytenne pysyy salassa. Toivomme, että saamme tulla havainnoimaan Teidän vastaanottotilannettanne. Mikäli ette sitä halua, Teillä on oikeus kieltäytyä siitä. Havainnoinnista kieltäytyminen ei vaikuta hoitoonne osastolla.

Mikäli Teille on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Erika Freihoff
Sairanhoitajaopiskelija
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
erika.freihoff@piramk.fi

Katri Hakala
Sairanhoitajaopiskelija
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
katri.hakala@piramk.fi



Hoitajien arviot vastaanottotilanteista.