

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Jenna Mantilo

YLEISANESTESIOIDUN POTILAAN MUISTIKUVAT LEIKKAUS- JA
ANESTESIAOSASTOLTA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2007

YLEISANESTESIOIDUN POTILAAN MUISTIKUVAT LEIKKAUS- JA ANESTESIA-OSASTOLTA

Mantilo Jenna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Marraskuu 2007
Opinnäytetyön ohjaaja: Hanna Rautava- Nurmi, TtM
YKL: 59.48
Sivumäärä: 51, liitteet 5

Avainsanat: yleisanestesia, hoitotyö leikkaus- ja anestesiaosastolla, muistikuvat

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata yleisanestesioidun potilaan muistikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia yleisanestesioidun potilaan muistikuvat olivat leikkaus- ja anestesiaosastolta sekä oliko potilaalla toimenpiteen aikaisia muistikuvia. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa tietoa leikkausosaston henkilökunnalle siitä, minkälaisia muistikuvia leikkausosastolla olo herätti yleisanestesioidussa potilaassa.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla syksyllä 2007 Satakunnan keskussairaalan gastroenterologisen kirurgian vuodeosaston B3 ja naistentautien osaston ja poliklinikan S1 potilaista. Lomake jaettiin 40:lle yli 18-vuotiaille kirurgisille leikkauspotilaille, joille toimenpide oli tehty yleisanestesiassa. Tutkimukseen otettiin mukaan 38 vastauslomaketta, joten vastausprosentti oli 95 %. Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan yleisanestesioidun potilaan muistikuvat leikkaus- ja anestesiaosastolta olivat yleisesti positiivisia. Tuloksissa ilmeni, että henkilökunnan ystävällisyys ja vuorovaikutus loivat potilaille positiivisia muistoja. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, huomointiin ja kohteluun. Turvallisuuden tunnetta potilaille loi henkilökunnan ammattitaito ja toiminta leikkausosastolla. Kivun tuntemus aiheutti negatiivisia muistikuvia lähes puolelle potilaista leikkaus- ja anestesiaosastolta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehittämällä leikkaus- ja anestesiaosaston toimintaa paremmin potilaiden hoidon tarpeita vastaavaksi ainakin kivunhoidon osalta.

THE MEMORIES FROM THE SURGERY AND ANESTHESIA DEPARTMENTS OF A PATIENT UNDER GENERAL ANESTHETIC

Jenna Mantilo
Satakunta University of Applied Sciences
School of Social Services and Health Care, Pori
Health care studies
Degree Programme in Nursing
November 2007
Tutor: Hanna Rautava- Nurmi, MSc
PLC: 59.48
Number of pages: 51, Appendices: 5

Keywords: general anesthetic, nursing in the surgery and anesthesia departments, the memories

The purpose of the thesis was to describe the memories of a patient under general anesthetic from surgery and anesthetic departments. The other purpose was to find out what kind of memories a patient under general anesthetic had from surgery and anesthetic departments and if a patient had any memories of the procedure. The aim of the thesis was to give information to the staff of the surgery and anesthetic departments on what kind of memories patients had from their time on the surgery and anesthetic departments.

The research material was collected by a questionnaire in autumn 2007 from Satakunta central hospital's gastroenterological surgical ward B3 and gynaecological disease ward and outpatient department S1. The questionnaire was given to 40 over 18 year old patients that had been in an operation that was done under general anesthetic. 38 questionnaires were qualified for the research, so the response rate was 95%. Quantitative material was analysed by statistical methods. The answers of the open questions were analysed by analysis of the content.

According to the results of the thesis, the memories of a patient under general anesthetic from surgery and anesthetic departments were generally positive. The results say that the friendliness and the interaction of the staff created positive memories for the patients. The patients were pleased of the care, attention and the treatment they got. The staff's professional skills and action in the surgical department created a sense of safety to the patients. A sense of pain caused negative memories to nearly half of the patients of the surgical and anesthesia departments. The results of the thesis can be put to use by developing the action of the surgical and anesthesia departments to suit better the needs of a patient especially in the area of pain relief.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 YLEISANESTESIOITU POTILAS.....	7
2.1 Induktiovaihe.....	7
2.2 Anestesian ylläpito ja seuranta.....	8
2.3 Anestesian lopettaminen	9
3 HOITOTYÖ LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA	10
3.1 Intraoperatiivinen hoito	11
3.2 Postoperatiivinen hoito	13
4 MUISTIKUVAT, KOKEMUKSET JA MIELIKUVAT.....	15
4.1 Muisti, muistaminen.....	15
4.2 Kokemuksien synty.....	16
4.3 Mielikuvat	18
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	19
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
6.1 Tutkimusmenetelmä.....	22
6.2 Kyselylomakkeen laadinta	24
6.3 Tutkimuksen kohderyhmä.....	26
6.4 Tutkimusaineiston keruu.....	26
6.5 Tutkimusaineiston analysointi	27
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	30
7.1 Vastaajien taustatiedot	30
7.2 Vastaajien muistikuvat leikkaus- ja anestesiaosastolta.....	32
7.3 Vastaajien muistikuvat unesta ja heräämishetkestä	38
8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	40
8.1 Yleisanestesioidun potilaan muistikuvat leikkaus- ja anestesiaosastolta.....	41
8.2 Yleisanestesioidun potilaan kokemukset leikkaus- ja anestesiaosastolta	42
9 POHDINTA	43
9.1 Tutkimuksen luotettavuus	43

9.2 Tutkimuksen eettisyys.....	46
9.3 Jatkotutkimusaiheet.....	47

LIITTEET

1 JOHDANTO

Anestesian syventyessä potilaan tietoisuus ja muistifunktio vähenevät asteittain (Ranta 1997, 5). Anestesian aikana potilaille voi syntyä tiedostamattomia eli implisiittisiä tai tietoisia eli eksplisiittisiä muistikuvia. Anestesiaa pidetäänkin jatkumona, jossa riittävä anestesia johtaa tajuttomuuteen, kevyempi anestesia taas tiedostamattomiin muistikuviin ja vielä kevyempi anestesia tietoiisiin muistikuviin. Unen näkeminen anestesian aikana voidaan sekoittaa tiedostamattomiin muistikuviin. Joidenkin tutkimusten mukaan potilas voi anestesian aikana noudattaa kehoituksia muistamatta sitä kuitenkaan. (Mustola 2004, 430.)

Anestesian aikana hereilläolon esiintyvyys on 0.2- 2 % (Mustola 2004, 430). Tällöin potilas on usein relaksoitu, mutta anestesia on jäänyt tarpeeseen nähden liian pieneksi. Sen vuoksi potilas kykenee aistimaan tapahtumat ympärillään sekä muodostamaan näistä pysyviä muistikuvia. (Ranta 1997, 5.) Anestesian syvyyden mittaamistapoja tulisikin kehittää, jotta tällaista ei pääsisi tapahtumaan (Bailey & Jones 1997, 460).

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tutkia yleisanestesiodulle potilaalle syntyneitä muistikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta. Tällöin tarkoituksenani ei ole löytää yhtään anestesian aikana hereillä ollutta potilasta. Potilas kokee leikkauksen/ toimenpiteen ainutlaatuisena ja harvinaisena tapahtumana. Ihmisten kokemusten ymmärtäminen on tärkeää hoitotyössä, koska ymmärtämällä niitä, voidaan mahdollisimman paljon poistaa tai lievittää epäsuotuisia negatiivisia tekijöitä. Pääsääntöisesti potilaiden muistikuvat intraoperatiivisesta hoidosta ovat kuitenkin positiivisia. (Rautava 1998, 4.)

Kiinnostus perioperatiivista hoitotyötä kohtaan opinnäytetyön aiheena sai alkunsa syventävien opintojeni pohjalta. Halusin löytää aiheen, josta olisi hyötyä työelämän sekä opintojen kannalta. Lopullinen aihe syntyi keskustelujen pohjalta Satakunnan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla joulukuussa 2006. Siellä tämä aihe koettiin tärkeäksi ja ajankohtaiseksi. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä (Liite 1) leikkaus- ja anestesiaosastolle

allekirjoitettiin virallisesti vasta lokakuussa 2007. Tulosten perusteella pyritään saamaan tietoa, jonka avulla on mahdollista kehittää leikkaus- ja anestesiaosaston toimintaa entistä paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi.

2 YLEISANESTESIOITU POTILAS

Kirurgiseksi potilaaksi kutsutaan yksilöä, joka sairauden tai äkillisen sairastumisen vuoksi joutuu tilanteeseen, jolloin kyseeseen tulee todennäköisesti tai välttämättömästi leikkaus (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 16- 17). Perioperatiivisessa hoitotyössä ihminen nähdään oman elämänsä subjektina, joka on tiedostava, toimiva, vastuullinen, vapaa ja valintoja tekevä olento (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 1996, 14).

Yleisanestesian tarkoituksena on saavuttaa tajuttomuus, analgesia sekä lihasrelaksaatio. Tajuttomuuden tarkoituksena on, ettei potilas reagoi puhutteluun, palaa tajuihinsa kirurgian aiheuttaman kivun seurauksena, eikä muista leikkauksen aikaisia tapahtumia. Riittäväällä analgesialla eli kivuttomuudella pyritään saamaan potilaan hemodynaamiikka vakaaksi. Lihasrelaksaation tarkoituksena taas on saada potilas liikkumattomaksi. (Yli- Hankala 2002, 117.)

2.1 Induktiovaihe

Yleisanestesia alkaa induktiovaiheella, jolla tarkoitetaan nukutuksen aloittamista ja potilaan vaivuttamista uneen. Induktio on potilaalle hyvin merkitsevä vaihe, koska se tarkoittaa hänelle siirtymistä valveilla- ja tajuissaanolosta täydelliseen tiedottomuuteen. Potilaalle on tarkoitus luoda rauhallinen ja luotettava ilmapiiri ennen nukutuksen aloittamista. Nukutusvaiheessa potilaan aisti- ja refleksitoiminta voi herkistyä, jonka vuoksi induktion aikana salissa on oltava hiljaista, eikä potilasta saa silloin koskea. Muutoin potilas voi aistia häly-

äännet huomattavan kovina, vääristyneinä ja epämiellyttävinä, mistä voi seurata levottomuutta tai rytmihäiriötä. (Korhonen 1990, 68.)

Nukutusaineen anto laskimoon on yleisin, nopein ja miellyttävin tapa potilaalle. Nukutusaineen lisäksi potilaalle annetaan lihasrelaksanttia ennen intubaatiota. (Korhonen 1990, 68.) Ennen lääkkeiden antoa potilaan annetaan hengittää 100 % happea happinaamarilla, jotta hänen keuhkonsa hapettuisivat kunnolla. Potilas saa jatkaa hengittämistä spontaanisti aina nukahtamiseensa asti, minkä jälkeen häntä hapetetaan happinaamarilla ventiloiden riittävään relaksaatioon asti. Seuraavaksi anestesia lääkäri suorittaa intuboinnin. Intubaatiolla varmistetaan nukutetun potilaan ilmatie, minkä tarkoituksena on vapaan hengitystien turvaaminen nielun tai nenän kautta sekä tehokkaan ventilaation ylläpito. Induktiovaihe päättyy, kun potilas yhdistetään anestesiakoneeseen. (Korte ym. 1996, 352, 355- 357.)

2.2 Anestesian ylläpito ja seuranta

Nukutuksen aikana potilaan hoito jatkuu hänen vointinsa ja leikkauksen laadun seurannalla. Potilaalle annetaan happityppioksiduuli- tai happi-ilmaseosta, jonka happipitoisuus on hie-man yli 30 %. Unta ylläpidetään useimmiten laskimoanesteettialoituksen jälkeen inhalaatioanesteeteilla. Myös potilaan kipulääkityksestä ja hermo- lihasliitoksen salpaamisesta huolehditaan. (Korte ym. 1996, 359- 360.)

Yleisanestesiassa potilaan kivun ja anestesian syvyyden huomioiminen vaatii potilaan huolellista tarkkailua. Potilaan kivusta kertoviin merkkeihin kuuluvat verenpaineen ja pulssin kohoaminen, hikisyys, mahdollinen kyynelvuoto ja anestesian pinnallistuminen, jonka taas tunnistaa otsan rypistymisestä tai liikeyrityksistä. Anestesian riittävästä syvyydestä on huolehdittava, jotta potilas ei herää kesken leikkauksen eikä hänelle synny leikkauksen aikaisia muistikuvia. (Korte ym. 1996, 411.)

Hermostimulaattorin avulla voidaan tarkkailla potilaan lihasrelaksaatiota. Hermostimulaattorilla ärsytetään sähköisesti kyynärhermoa kahden ranteeseen kiinnitetyn elektrodin avulla, mikä aiheuttaa potilaan peukalon koukistumisen. Heikko koukistus merkitsee syvää lihasre-

laksaatiota. Huonosta relaksaatiosta kertova merkki on myös potilaan oma hengitysyritys, mikä näkyy kapnometrissä. (Korhonen 1990,73.)

Anestesian aikana sydämen toimintaa seurataan jatkuvalla EKG- monitoroinnilla, jolla saadaan selville sydämen lyöntitiheys, rytmihäiriöt sekä viitteitä mahdollisesta sydänlihaksen hapenpuutteesta, joita anestesia-aineet ja leikkaus voivat aiheuttaa. Kirurgia saattaa aiheuttaa potilaan verenpaineeseen muutoksia verenkierron äkillisten tilavuudenmuutosten vuoksi, minkä seurauksena verenpainetta ja pulssia mitataan viiden minuutin välein, tarvittaessa tiheämminkin. (Korte ym. 1996, 394- 395.)

Potilaan hengitystä valvotaan sekä ilmavirran kulkua että hengitysliikkeitä tarkkailemalla. Stetoskoopilla kuunnellaan intuboidun potilaan keuhkot, jolloin kuullaan hengitysäänet ja äänen symmetria. Yleisanestesiassa on tärkeää tarkkailla koneventilaation aikana uloshengitetyn ilman minuuttitilavuutta ja hengitystiepainetta. Kapnografian avulla mitataan hengityskaasujen hiilidioksidia, jolla saadaan heijastettua hengityksen eri vaiheita. Hapetuksen riittävyyttä tarkkailtaessa seurataan potilaan ihon ja huulten väriä sekä pulssioksimetrillä hemoglobiinin happisaturaatiota. (Korte ym. 1996, 219, 395, 400.)

2.3 Anestesian lopettaminen

Leikkauksen loppuvaiheessa potilaan anestesiaa ei enää syvennetä suurilla lääkeannoksilla, jotta pystytään välttämään potilaan heräämisen hidastuminen. Potilaan herättäminen tapahtuukin asteittain, jolloin iho-ompeleita tehdessä potilaalle annetaan lihasrelaksaation vasta-aineet ja pienennetään inhalaatioanesteettia vähitellen, lopettaen sen anto haavan ollessa ommeltuna. Vasta-aineiden tarkoituksena on syrjäyttää lihasrelaksantin vaikutus, jolloin lihasten toiminta palautuu. (Korte ym. 1996, 431.)

Herätysvaiheessa leikkaussalissa on oltava hiljaista. Potilasta ventiloidaan käsin 100 %:lla hapella seuraten hänen heräämistään. Anestesian toipumisen merkeistä kertovat potilaan reagointi puheeseen, kehotukseen hengittää tai liikutella itseään. Ennen potilaan intubaatioputken poistamista henkitorvesta (= ekstubaatio), hänen nielunsa ja tarvittaessa alemmat

hengitystiet ja sieraimet imetään puhtaiksi laryngospasmin estämiseksi. Ekstubaatio tapahtuu aikuisilla yleensä hereillä, mutta se voidaan tehdä myös syvän anestesian aikana. Tämän jälkeen potilas saa hengitellä happea naamarilla, jolloin potilaan hengitystä ja happisaturaatiota tarkkaillaan. Kun potilas pystyy hengittämään itse ja hapettumisen ollessa hyvää, potilas siirretään potilassängylle. (Korte ym. 1996, 431- 432.)

3 HOITOTYÖ LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA

Perioperatiivinen hoito jaetaan ajallisesti ja toiminnallisesti kolmeen vaiheeseen. Vaiheet ovat preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe, intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen vaihe ja postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe. Preoperatiivinen vaihe alkaa potilaan leikkauspäätöksestä ja päättyy hoitovastuun siirtymiseen leikkausosaston henkilökunnalle. Intraoperatiivinen vaihe määritellään alkavaksi potilaan vastaanottamisesta leikkausosastolle ja päättyväksi potilaan siirryttyä heräämöhön. Postoperatiivinen vaihe taas alkaa potilaan vastaanottamisesta heräämöhön ja päättyvän, kun potilas ei tarvitse enää leikkaustapahtumaan liittyvää hoitoa. (Hankela 1994, 9- 10; Holmia ym. 2004, 59; Korte ym. 1996, 21; Panelius & Varisto 1990, 67, 79, 104.)

Anestesia- ja leikkausvaihe on potilaalle hyvin merkittävä toiminnallinen kokonaisuus, jonka onnistuminen vaikuttaa hänen myöhempään elämänlaatuunsa (Korte ym. 1996, 418). Potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutuksella on suuri merkitys leikkaushoitotyössä, koska potilas on riippuvainen henkilökunnan avusta kirurgisen toimenpiteen ja anestesian vaikutuksen vuoksi. Hyvä leikkauksen aikainen hoito edellyttääkin läheisyyttä, luottamusta, kykyä aistia sanatonta viestintää ja rohkeutta toimia potilaan puolesta hänen tarvitsemallaan tavalla. (Silen- Lipponen, Turunen, Tossavainen, Smith & Russell 1999, 41.)

Pelkotilat liittyvät kirurgiseen hoitoon ja anestesiaan. Pelkoa tuntee 11- 80 % potilaista ennen leikkausta ja osa tuntee pelkoa vielä leikkauksen jälkeenkin. Erilaisiin pelkotiloihin

kuuluvat kuoleman ja halvaantumisen pelko sekä pelko, ettei anestesiassa nuku tai ei herää. Pelkääminen on hyvin yksilöllistä, minkä vuoksi normaalin jännittämisen ja pelon raja on häilyvä. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 63.) Ahdistus ennen leikkausta johtuu yleisimmin tuntemattomuuden pelosta. On myös tutkittu, että leikkausta edeltävällä ahdistuneisuudella olisi yhteyttä postoperatiivisen kivun määrään. (Vaughn, Wichowski & Bosworth 2007, 589.) Leikkausta edeltävään pelkoon voi liittyä myös kokemus itsensä hallinnan menetyksestä (Susleck ym. 2007, 10).

Parhaana hoitona leikkauspelkoon pidetään potilaan asianmukaista ja hänen vastaanottokynsä rajoissa tapahtuvaa informaatiota. Myös lääkehoitoa voidaan käyttää leikkauspelkoon. (Kanto 1997, 235- 236.) Esilääkityksen tavoitteena on helpottaa potilaan oloa ennen toimenpidettä vähentämällä ahdistuneisuutta ja toimenpiteeseen liittyvää pelkoa ja kipua. Esilääke annetaan usein tablettina suun kautta noin tuntia ennen toimenpiteen alkua. Bentosodiatsepiinit ovat eniten käytettyjä esilääkkeitä. (Karinen & Ali-Melkkilä 2006, 291- 293.)

3.1 Intraoperatiivinen hoito

Hoitotyö leikkaus- ja anestesiaosastolla alkaa potilaan vastaanottamisella. Sen suorittavat potilasta leikkauksen aikana hoitavat sairaanhoitajat. Esittäytyttyäessä varmistetaan potilaan henkilöllisyys. Vastaanottajille potilaan tuonut hoitaja antaa suullisen ja kirjallisen raportin potilaan kokonaistilanteesta ja hänen terveydentilaa koskevista asioista potilaan kuullen. Tämän jälkeen potilas siirtyy itse tai hänet autetaan vuoteesta leikkauspöydälle. (Korte ym. 1996, 350- 352.)

Ennen induktion aloittamista edeltää potilaan valmisteluvaihe, jolloin kiinnitetään huomiota potilaan hyvinvointiin ja mukavuuteen. Potilaan hyvästä asennosta ja lämmöntunteesta huolehditaan, luoden hänelle samalla turvallinen ja välittävä ilmapiiri hoitamalla häntä rauhallisin, varmoin ottein ja kiireettömästi. Potilaan kanssa on hyvä vaihtaa muutama sana kuulumisia ennen kuin häneen aletaan kiinnittää seurantalaitteita kuten EKG- elektrodeja, verenpainemansettia ja pulssioksimetria. (Korte ym. 1996, 352- 353.)

Potilaan asettaminen leikkausasentoon on keskeinen osa hoitoa, koska oikea leikkausasento turvaa potilaan hyvinvoinnin ja mahdollistaa potilaan normaalit elintoiminnot anestesian ja toimenpiteen aikana (Korte ym.1996, 368). Leikkausasentoon laittaminen tapahtuu potilaan ollessa nukutettuna (Panelius & Varisto 1990, 84). Hyvällä leikkausasennolla pyritään myös helpottamaan ja nopeuttamaan kirurgisen toimenpiteen suorittamista ja minimoimaan asentoon liittyviä intra- ja postoperatiivisia komplikaatioita (Aho- Konttinen & Haavisto 2006, 21). Leikkauksen aikana potilaan väärästä asennosta voi seurata hermojen, selkäytimen, silmien, ihon ja jänteiden vaurioita (Rautiainen 2003, 13).

Leikkausalueen ihon desinfioimisen tarkoituksena on pienentää potilaan riskiä saada postoperatiivinen haavainfektio. Leikkausalue puhdistetaan laajalta alueelta käyttäen ihon puhdistukseen 0,5 prosentista klorheksidiinipriitä. Pesu suoritetaan steriilein toimenpidekäsin vähintään kolme kertaa pienentäen pesualueita aina seuraavan pesun aikana. Tämän jälkeen luodaan steriili leikkausalue, rajaten se steriileillä liinoilla. (Korte ym. 1996, 386-367, 390.)

Potilaan perustarpeisiin kuuluu hänen kehonsa lämpötilasta huolehtiminen leikkausosastolla, koska lämpötilan laskusta on haittaa monille elimistön toiminnoille. Potilaalle kiusallisen ja epämiellyttävän kokemuksen tuo paleleminen tai herääminen vilunväristyksiin leikkauksen jälkeen. Koneellinen ilmanvaihto, jota on pidettävä aseptiikan vaatimuksesta leikkaussalissa, laskee leikkaussalin lämpötilaa ja tuo mukanaan ilman liikkeestä aiheutuvan kylmän tunteen. Potilaan lämmönhukkaa aiheuttaa myös leikkausalueen ihon pesu nopeasti haihtuvilla liuksilla. Yleisanestesiassa käytettävät anestesia-aineet heikentävät potilaan pintaverenkierron supistumista. Tämä näkyy potilaan ydinlämpötilan alenemisella 1- 2 astetta ensimmäisen tunnin aikana leikkauksen aloittamisesta. Potilaan lämpötilan laskua voidaan ehkäistä lämpöä tuottavilla järjestelmillä kuten lämpöpatjoilla, lämpöpusseilla ja lämpöpuhaltimilla. (Väänänen, Pöyhönen, Pitkänen & Happonen 1999, 32.)

Leikkauksen aikaiseen hoitoon kuuluvan nestehoidon tavoitteena on verenkierron tasapainon ja hyvän munuaistoiminnan ylläpito sekä elimistön eri nestetilojen koostumuksen ja tilavuuden säilyttäminen. Potilaan ravitsemustilan ja nestetasapainon ollessa normaali, nes-

teytykseksi riittää noin 500 ml: n tuntivauhti, mikä korvaa leikkauksen aiheuttaman lisätarpeen, haihtumisen ja virtsanerityksen. (Rautava- Nurmi, Saarelainen, Sjövall, Vuorisalo & Westergård 2000, 213- 214; Ukkola ym. 2001, 34.)

3.2 Postoperatiivinen hoito

Potilas siirretään heräämööseen leikkauksen ja anestesian lopettamisen jälkeen, jolloin hoitovastuu siirtyy heräämön hoitohenkilökunnalle (Korte ym.1996, 442- 443). Heräämöhoidon tavoitteena on potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, kivuttomuuden ja turvallisuuden tunteen saavuttaminen ja ylläpitäminen. Tavallisesti potilaan tarkkailuun ja hoitoon kuluu heräämössä 1- 2 tuntia. (Holmia ym. 2004, 68.)

Potilaan luovutusvaiheessa tapahtuu suullinen ja kirjallinen raportointi perustuen pre- ja intraoperatiivisen hoitovaiheen tietoihin. Raportoinnissa on aiheellista tuoda esille potilaan senhetkinen kunto, toimenpide, diagnoosi ja leikkauksen kulku mahdollisten ilmenneiden ongelmien kanssa. Tärkeää on kertoa jatkohoidon kannalta vaadittavasta tarkkailusta (haava, dreeneit ja katetrit) ja asento- ja hoitomääräyksistä, kuten neste- ja verensiirrosta, kipulääkityksestä, haavanhoidosta ja eritteistä. (Holmia ym. 2004, 68.)

Heräämössä potilaan vitalitoimintojen monitorointia jatketaan tarkkailulaitteiden avulla, jotta elintärkeiden toimintojen seuranta jatkuisi viiveettä (Korte ym.1996, 444). Seuranta tapahtuu samojen periaatteiden mukaan kuin anestesian ja leikkauksen aikana (Panelius & Varisto 1990, 106). Turvallisuuden tunnetta luodaan potilaalle puhumalla ja antamalla tietoa hoitoa koskevista asioista. Hänen tajunnan tasoaan, mielialaansa ja olotilan muutoksia tarkkaillaan. (Korte ym. 1996, 444.)

Leikkauksen ja anestesian jälkeen potilas on usein janoisin, koska leikkausta edeltävä ravinnottaolo ja mahdollinen nestevajaus aktivoivat janon tunnetta. Jotkut lääkkeet myös kuivattavat limakalvoja ja vähentävät syljen eritystä. Anestesiasta toipuvalle potilaalle ei ole heti suotavaa antaa juotavaa suun kautta, vaan janon tunnetta lievitetään kostuttamalla potilaan huulia ja suuta veteen kostutetulla taitoksella. Kun potilas on täysin hereillä, orientoi-

tunut eikä hän kärsi pahoinvoinnista, voi hän juoda vähän tai pitää jääpalaa suussaan. (Korte ym. 1996, 455.)

Heräämöhoidossa potilas kärsii usein pahoinvoinnista ja oksentelusta. Syynä tähän voivat olla potilaskohtaiset ominaisuudet (naissukupuoli ja aikaisempi postoperatiivinen pahoinvointikokemus), leikkauksen tyyppi, anestesia-aineet ja menetelmät. Myös pelko, epämiellyttävät hajut ja mielikuvat voivat aiheuttaa pahoinvointia. Pahoinvointia voidaan estää rajoittamalla potilaan äkkinäistä liikuttelua, huolehtimalla riittävästä nestehoidosta ja hoitamalla kipua myös muilla keinoilla kuin kipulääkkeillä. Lisäksi pahoinvointia estävää lääkettä voidaan käyttää. (Koivuranta 1997, 355- 357.)

Postoperatiivisessa hoidossa kiinnitetään huomiota potilaan kivunhoitoon, jonka tavoitteena on potilaan kivuttomuus tai kivun voimakkuuden lievittyminen. Leikkauksen jälkeinen kipu on lyhytaikaista, ajoittaista sekä luonteeltaan ohimenevää. Kivun voimakkuuteen vaikuttavat leikkaushaavan sijainti, kudosaurioiden laajuus ja leikkaustekniikka. Potilas kärsii kovinta kipua kolmen ensimmäisen päivän aikana leikkauksesta. (Korte ym. 1996, 324.) Kivun arvioinnissa on hyvä huomioida kivun laatua, voimakkuutta, sijaintia ja kestoa. Postoperatiivisesta kivusta kertoviin merkkeihin kuuluvat muun muassa potilaan hengityksen kiihtyminen, pulssin ja verenpaineen kohoaminen, hikoilu sekä potilaan sekavuuden ja ahdistuneisuuden lisääntyminen. Kivun tärkeimpänä hoitomuotona pidetään lääkehoitoa ja hoidon perustana tulisi olla potilaan oma arvio kivustaan. (Salanterä & Heikkinen 2002, 32-34.)

Potilas siirretään takaisin osastolle, kun hän on tajuissaan ja kykenee pitämään hengityksiensä avoimina. Hänen hengityksensä ja hapettumisensa täytyy olla tyydyttävällä tasolla sekä sydämen toiminta ja verenkierto vakaat. Potilas ei myöskään saa kärsiä alilämpöisyydestä. Anestesia lääkäri päättää potilaan siirtokelpoisuudesta ja määrää jatkohoito-ohjeet potilaan seurannasta, kivunhoidosta ja nestehoidosta. Hoidon jatkuvuudesta huolehditaan antamalla yksityiskohtainen raportti vuodeosaston sairaanhoitajalle, jonka jälkeen hoitovastuu siirtyy takaisin vuodeosastolle. (Jalonen, Lindgren & Aromaa 2006, 54.)

4 MUISTIKUVAT, KOKEMUKSET JA MIELIKUVAT

Ihmisten muistikuvat muodostuvat kokemusten kautta. Toiset muistikuvat unohtuvat pitkäksikin aikaa muistin taka-alalle, kun osa muistikuvista on mielessä päivittäin. Yhteisenä asiana kaikille muistikuville on, että ne ovat kokijansa mielessä, vaikkei hän niitä joka hetki käsittelesikään. Tarvitaan vain oikeanlainen ärsyke aktivoimaan muistia. Mielikuviin liittyy aina jonkinlainen tunnetila, joka voi olla positiivinen tai negatiivinen. Näitä asioita käsitellään muun muassa tässä kappaleessa.

4.1 Muisti, muistaminen

Muistikuvilla tarkoitetaan muistelutapahtumissa muodostuvia välähdyksiä, jotka eivät ole suoria aikaan sidottuja pätkiä menneisyyden tapahtumista. Muistikuvien mieleen palauttamisessa tärkeä elementti on muistivihje, joka tavallaan aktivoi jossain aivojen sopukassa uinuvan muiston. Muistivihje voi tulla ulkoa, esimerkiksi jonkun toisen ihmisen johdattelemana tai alitajunnasta, kun hän kokee asian, jonka on menneisyydessään tehnyt ja yhdistää sen uuteen kokemukseen. (Revonsuo, Lauerma & Kallio 1998, 562; Schacter 2001, 82-83.)

Ihmisen muisti ja muistamiskyky jaetaan työmuistiin ja pitkäkestoiseen muistiin. Työmuistia käytämme päivittäin asioiden hetkelliseen muistamiseen, jonka vuoksi asiat katoavat mielestämme nopeasti. Pitkäkestoinen muisti käsittää asioita, jotka muistamme läpi elämämme ja pystymme palauttamaan ne mieleemme vaivattomasti. Muistikuvat ja mielenpainuneet kokemukset tallentuvat pitkäkestoiseen muistiin. (Schacter 2001, 54- 55.) Mielentilastamme riippuu, minkälaisia asioita mieleemme palautuu. Positiiviset asiat palautuvat mieleen paremmin iloisessa mielentilassa ja päinvastoin. (Schacter 2002, 188.) Ihmisen muistijärjestelmään tallentuu helpommin hänelle henkilökohtaisesti tärkeät asiat kuin yleiset asiat (Schacter 2001, 57).

Muistikuvien muotoutuminen meneillään olevasta tapahtumasta on luonnollinen prosessi. Jotta muistikuvat painuisivat pitkäkestoiseen muistiin, kuviin täytyy aina liittyä tunteita kuten rakkaus, hyvänolon tunne, kipu tai viha. Toisin sanoen helpommin mieleenpainuvat muistikuvat ovat luonteeltaan merkityksellisiä tavalla tai toisella. (Schacter 2001, 56- 57.)

4.2 Kokemuksien synty

Kokemus syntyy ihmiselle muistamisesta, koska useat muistikuvat samasta asiasta muodostavat yhden kokemuksen kyvyn. Kokemukset ovat voimakkaita elämyksiä, jotka vahvistavat, horjuttavat tai muuttavat ihmisen omaa identiteettiä. Kokemus voidaan pukea sanoiksi, koska siihen pohjautuvia näkemyksiä ja ajatuksia voidaan vaihtaa. Kokemusta ei voi oppia kirjoista lukemalla, vaan kokemus karttuu iän ja koettujen asioiden myötä. Sitä ei voi myöskään opettaa, vaan se pitää viime kädessä saavuttaa omin teoin. (Kotkavirta 2002, 15-16.)

Ihminen kartuttaa kokemuksia niin hyvin kuin hän tajunnallisesti elämäntilannettaan ymmärtää. Kokenut ihminen haalii kokemuksia tehokkaammin, koska hän pystyy tulkitsemaan, referoimaan ja yhdistämään uusia asioita aikaisemmin kokemaansa. Kokemattoman ihmisen elämäntilanteen tajunta on köyhempi, jolloin uusia asioita on vaikeampi assosoida niukempaan kokemusten joukkoon. (Perttula 2005, 120.)

Ihmisen ymmärtämisen tasot jaetaan karkeasti kahteen tapaan. Aiheeseen uppoutunut ymmärtäjä kerää kokemuksia asiasta, johon hän on uppoutunut juuri sillä hetkellä. Kokemus muodostuu tämän asian ymmärtämisestä, ilman harhailua ympäröiviin aiheisiin. Toisenlainen ymmärtäminen perustuu ihmisen kykyyn ymmärtää itsensä ympärillä olevia irrallisia asioita, jonka vuoksi hän tajunnallisesti rakentaa niistä yhtenäisiä kokemuksia. Tätä kutsutaan rakentavaksi ymmärtämiseksi. (Perttula 2005, 120- 121.)

Kokemuslaadut muodostuvat ihmisen ymmärtämisen perustavoista, jotka voidaan jakaa neljään erilaiseen osaan: tunteeseen, intuitioon, tietoon ja uskoon. Ajallisesti tunne on ensimmäinen kokemuslaatu. Tunteet kehittyvät psyykkisessä toiminnassa, jonka vuoksi tun-

teet eivät tarvitse kehittyäkseen kieltä, sosiaalisia kontakteja, eivätkä edes vaadi rakentavaa ymmärtämistä. Intuitio kokemuslaatuna eroaa tunteesta itsetiedostuksen kykynä. Ihminen tarvitsee tiedostaakseen tunteita muita kokemuslaatuja. Intuitio sisältää taas kyvyn tunnistaa kehkeytyvän kokemuksen. Itsetiedostus ilmenee ihmiselle kokemuksellisenä varmuutena. (Perttula 2005, 123- 127.)

Tieto kokemuslaatuna edellyttää ihmiseltä kykyä kokea asioita toisen ihmisen näkökulmasta. Samalla tieto kokemuslaatuna vaatii ihmiseltä hyvin järjestelmällistä tajunnantilaa jäsentämään uutta tietoa. Tällöin tajunnallisesti rakennettu elämäntilanne vaatii, ettei uusi tieto merkityksellistä uutta elämäntilannetta, vaan ne sisältyvät ja kehittävät jo valmiina olevaa. Intuitio yksilöllistää ihmistä, koska toiset kokevat intuitionsa vahvempina kuin toiset. Tieto kokemuslaatuna on subjektiivisemmin vertailtavissa ihmisten keskuudessa. (Perttula 2005, 128- 129.)

Viimeisenä kokemuslaatuna pidetään uskoa. Se on tiedon lailla jäsenneiltyä ymmärtämistä, joka saa aiheensa ideaalisesta elämäntilanteesta. Usko rakennetaan usein tunteista, kuten tunnetihentymistä. Se on usein vahva kokemuslaatu ja juuri tunnetihentyvät korostavat sen jatkuvuutta. (Perttula 2005, 130.)

Muisti saattaa joskus vääristää kokemusten muotoutumista. Todentuntuinen uni tai muu kuviteltu tapahtuma voi tuntua myöhemmin todelliselta tapahtumalta menneisyydestä. Ilmiötä kutsutaan *dèjà vu*:ksi, joka syntyy ihmisen kuvitellessa kokeneensa asian, mikä todellisuudessa on mielikuvituksen tuotetta tai vain osittain totta. (Schacter 2002, 102; Schacter 2001, 190.)

Aiemmat kokemukset ja tiedot vaikuttavat siihen, mitä asioita muistamme uusista kokemuksista. Jos ihmisellä on negatiivisia muistikuvia tietystä tapahtumasta ja hän kohtaa sen uudelleen, niin usein hän muistaa tapahtumasta vain negatiivisia asioita. Erittäin traumaattisen kokemuksen jälkeen ihminen saattaa tuntea suurta tuskaa. Välttääkseen tulevaisuudessa saman kokemuksen, ihminen pyrkii välttämään traumasta muistuttavia asioita ja mahdolli-

sesti tukahduttamaan traumaan liittyviä muistoja ja mielikuvia. (Schacter 2001, 57; Schacter 2002, 194.)

Kokemus voidaan myös nähdä yksilön tajunnalle olevana merkityksenä tai niiden tihtymänä. Yksilön eri elämäntilanteesta muodostuvat kokemukset kokoavat ihmisen koetun maailmankuvan kokonaiskuvaksi. (Perttula 2000, 430.) Kokemukset ovat tunteita tai sisäisiä olotiloja, jotka kuuluvat elävään elämään ja ovat peräisin vuorovaikutuksesta ympäristön kanssa. Niitä ei voi myöskään ymmärtää, jos ne erotetaan omista yhteyksistään. Kokemukset herättävät sekä positiivisia että negatiivisia mielikuvia. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 70- 71.)

Kokemuksien arvioinnissa syntyy usein kiistaa siitä, minkälaiset kokemukset ovat arvokkaita. Se riippuu ihmisen sisäisestä valmiudesta, harjaantumisesta ja kokemuksista sekä siitä, mitä hän pystyy kokemaan hyvänä ja arvokkaana. Kuitenkin jokainen ihminen on oma yksilönsä ja kokeva olento, joka tavoittelee mielestään miellyttäviä tai muutoin arvokkaita asioita. (Turunen, Wilenius & Paakkola 1995, 102.)

4.3 Mielikuvat

Positiivisiin mielikuviin liittyvät hyvä olo, onni ja turvallisuus. Kokemukset hyvästä olosta liitetään usein terveyteen. Se voidaan ajatella tyytyväisyytenä ja hyvinvointina. Ihminen kokee hyvänolontunteen silloin, kun hän tuntee voivansa hyvin ja hänen tarpeensa ovat tyydytetyt. Hyvänolontunne edellyttää myös tuntemusta yksilön voimavaroista, jotka ovat hänen käytössään. Tähän hän tarvitsee rasituksia, haasteita ja vaikeita tehtäviä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 72.)

Onni määritellään täydelliseksi ja pysyväksi tyytyväisyydentilaksi eli ihanneonneksi, jota ei kuitenkaan ole olemassa. Onni on sekä tunne että ajatus tai oivallus ilmiöstään, koska yksilö tietää, mistä hän on onnellinen. Se ei perustu illuusioihin, tietämättömyyteen tai epärealistisiin kuvitelmiin. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 73.)

Turvallisuus määritellään yksilön tietoisuutena ja varmuutena asioiden järjestyksestä, joka liittyy yksilön omiin käsityksiin eri tapahtumista. Turvallisuus voidaan jakaa sisäiseen, ulkoiseen ja pseudoturvallisuuteen. Sisäinen turvallisuus syntyy yksilön luottaessa itseensä tiedostaen omat heikkoutensa ja voimavaransa. Ulkoinen turvallisuus on peräisin olosuhteista, jotka vallitsevat yksilön ulkopuolella. Pseudoturvallisuus muodostuu epäaidosta ja valheellisesta turvallisuudesta tietämättömyyden ja harhakuvitelmien vuoksi. (Mikkonen 1994, 11; Sarvimäki & Stenbock- Hult 1996, 74- 75.)

Negatiivisiin mielikuviiin luokitellaan kipu, tuska ja kärsimys, jotka kuuluvat yksilön elämään edistäen hänen kehitystä ja kasvua. Tuska voidaan kokea biofyysisenä eli ruumiillisena kipuna ja särkynä, psyykkisenä eli ahdistuksena, levottomuutena ja epätoivona tai sosio-kulttuurillisena liittyen vieraantumiseen ja juurettomuuteen. Tuska aiheuttaa kärsimyksen, koska yksilön kokema tuska uhkaa hänen eheyttään. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 1996, 75- 77.)

Negatiiviset itsepintaiset muistot sekä kärsimyksen tai tuskan aiheuttaneiden faktojen miettiminen aiheuttavat ongelmia minuuden muotoutumisessa. Negatiivisen itsepintaisen muiston vangiksi jääminen saattaa jäädä vaivaamaan pitkäksikin aikaa ja vaikeuttaa saman asian kohtaamista tulevaisuudessa. (Schacter 2002, 185- 186.) Ihmissuhteet aiheuttavat myös huomattavan osan ikävistä kokemuksista, koska me saamme tyydytystä ja sisältöä elämäämme juuri ihmisten välisistä suhteista (Turunen ym. 1995, 101).

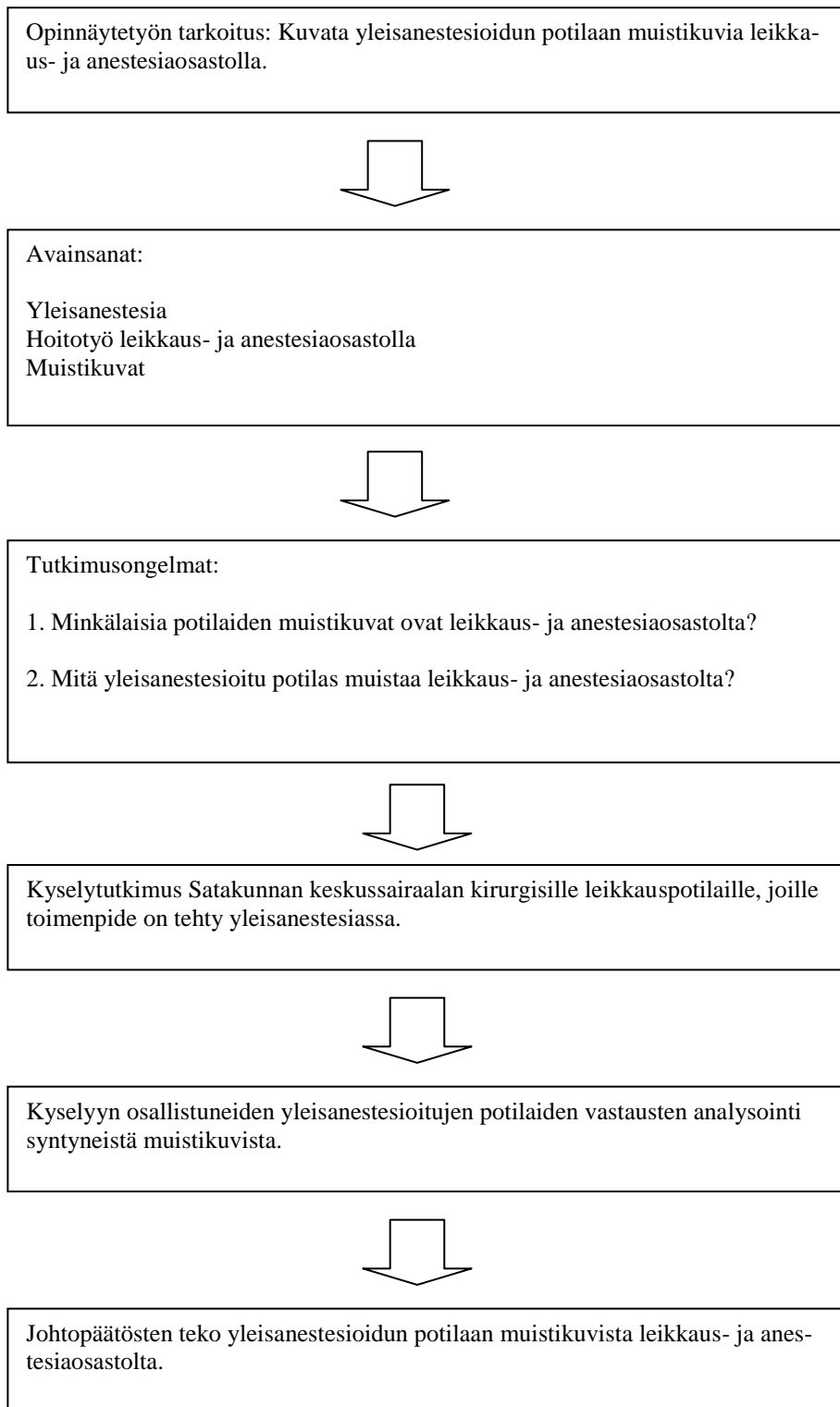
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata yleisanestesiodun potilaan muistikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, minkälaisia yleisanestesiodun potilaan muistikuvat ovat leikkaus- ja anestesiaosastolta sekä onko potilaalla toimenpiteen ai-

kaisia muistikuvia. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa leikkausosaston henkilökunnalle siitä, minkälaisia muistikuvia leikkausosastolla olo herätti yleisanestesioidussa potilaassa. Tämän tiedon avulla potilaiden hoidon tarpeeseen voidaan vastata paremmin leikkaus- ja anestesiaosastolla. Opinnäytetyön tutkimusprosessi esitetään kuviossa 1.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaisia potilaiden muistikuvat ovat leikkaus- ja anestesiaosastolta?
2. Mitä yleisanestesoitu potilas muistaa leikkaus- ja anestesiaosastolta?



Kuvio 1. Opinnäytetyön tutkimusprosessi

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toteutusta voidaan pitää monivaiheisena prosessina. Opinnäytetyön suunnittelu alkoi jo tammikuussa 2007. Aiheeseen perehtymisen jälkeen alkoi tutkimussuunnitelman luominen. Tätä vaihetta voidaan pitää hyvin tärkeänä osana opinnäytetyön toteutuksessa. Sen aikana laaditaan yksityiskohtainen suunnitelma, jonka avulla opinnäytetyö toteutetaan saamalla haluttuihin tutkimusongelmiin vastaus. Suunnitelma pitää sisällään valinnan tutkimusmenetelmästä, kohderyhmästä, aineiston keruusta ja sen käsittelystä. Tutkimusaineiston keruun ja analysoinnin jälkeen tapahtuu opinnäytetyön raportointi.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus perustuu realistiseen ontologiaan, jolla tarkoitetaan todellisuuden rakentumista objektiivisesti todettaviin tosiasioihin. Kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluvat johtopäätösten tekeminen aiemmista tutkimuksista, aiemmista teorioista, hypoteesien asettamisesta sekä keskeisten käsitteiden määrittelystä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa havaintoaineisto soveltuu määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen. Tutkittavien henkilöiden valinta perustuu perusjoukon otokseen, joihin tulosten tulee sopia. Tähän tutkimukseen kuuluu asioiden esittäminen tilasto- ja taulukkomuodossa. Päätelmät havaintoaineistosta tehdään tilastolliseen analysointiin perustuen, jolloin apuna on käytössä muun muassa prosenttitaulukko sekä tilastollinen testaus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135- 136.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus perustuu todellisen elämän kuvaamiseen, jonka tarkoituksena on enemmänkin löytää ja paljastaa tosiasioita kuin todentaa olemassa olevia asioita. Laadullisen tutkimuksen keskeisiin piirteisiin kuuluvat tiedon kokonaisvaltainen hankinta, aineiston kerääminen todellisissa tilanteissa sekä ihmisen käyttäminen tiedon keruun instrumenttina. Tutkimuksen kohderyhmä pitää valita huolella. Aineiston tarkastelussa käytetään induktiivista analyysia. (Hirsjärvi ym. 2007, 157, 160.)

Triangulaatiolla tarkoitetaan eri tutkimusmenetelmien yhdistämistä. Tämän avulla aineistosta saadaan monipuolisempi, koska siten voidaan yhdistää kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Monimetodi- eli menetelmätriangulaatio on yleisin triangulaatiotyyppi, jossa käytetään eri tiedonhankinnan tekniikoita. Sen lisäksi on olemassa vielä kolmea eri menetelmätyyppiä: monitutkija-, monidata- ja moniteoriamenetelmät. (Metsämuuronen 2000, 11; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 225- 226.)

Menetelmätriangulaatiossa tutkittava ongelma on aina sama, jolloin aineisto hankitaan yhtä aikaa eikä toinen aineisto ole vaikuttamassa toisen keräämiseen. Yleensä toista lähestymistapaa käytetään ensisijaisesti menetelmätriangulaatiossa. Määrällinen analyysi voi olla ensisijainen, kun tutkimuksesta on valmistettu strukturoitu kyselylomake, mutta lisäksi tutkimuksen tekijä haluaa tarkempaa tietoa tehden lisäksi esseemuotoisia kysymyksiä. Tutkimus voi olla myös päinvastainen, jolloin laadullisella analyysillä on pääpaino ja sitä täydennetään strukturoiduilla lomakkeilla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 226- 227.)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin tutkimusmenetelmäksi menetelmätriangulaatio, koska sen avulla saadaan laajempi lähestymistapa tutkimukseen selvittäessä yleisanestesoidun potilaan muistikuvia. Pääpainona opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimustapaa, jota tarkennettiin kvalitatiivisin eli laadullisin keinoin. Yleisanestesoidun potilaan muistikuvista pyrittiin saamaan tietoa kyselylomakkeen avulla.

Kyselylomaketta pidetään tavallisimpana aineiston keräämisen tapana määrällisessä tutkimusmenetelmässä. Kyselystä käytetään myös nimitystä survey- tutkimus. Siinä tutkimus on vakioitu eli kaikilta vastaajilta kysytään sama asiasisältö täsmälleen samalla tavalla. (Vilka 2005, 73.) Kyselylomakkeen käyttö on helppoa, suhteellisen taloudellista ja se mahdollistaa tilastollisesti luotettavan mittauksen. Kyselylomakkeen etuna pidetään sitä, että se mahdollistaa vastaajan jäävän tuntemattomaksi. Kyselylomake on hyvä tiedonkeruumenetelmä, koska se mahdollistaa laajan tutkimusaineiston keruun sekä sen avulla voidaan kysyä monia eri asioita samanaikaisesti. Lomake sopii hyvin tietojen keräämiseen tosiasioista ja sillä voidaan kartoittaa ihmisten asenteita ja mielipiteitä. Kyselylomakkeen tulee olla helposti täytettävä ja ulkoasultaan selkeä. (Valli 2001, 100- 101; Hirsjärvi ym. 2007, 190,199.)

6.2 Kyselylomakkeen laadinta

Optimaalisen mittarin luominen alkaa tutustumalla teoriaan eli siihen, mitä aiheesta tiedetään jo entuudestaan. Teorian perusteella muodostetaan keskeiset käsitteet sekä niiden mittaavissa olevat määritelmät. Mittarin rakentaminen alkaa hyvin jäsennellyllä kysymyksellä tai toimeksiannolla, johon halutaan saada vastaus. (Metsämuuronen 2000, 11- 12.)

Mittarin rakentajan tehtävänä on valita paras teoreettinen viitekehys omaan tutkimukseensa. On muistettava, että mittaamme väärää asiaa, jos käsitteiden muokkaaminen mittariksi epäonnistuu. Kvantitatiivisen mittarin avulla emme voi saada koko totuutta selville. Ongelmaksi voi myös muodostua, ettei ilmiön todellista luonnetta saavuteta kokonaan kehitetyllä mittarilla. (Metsämuuronen 2000, 12, 15.)

Suuritöinen mittari ei aina ole järkevä tai mahdollinen, mutta kysymys on kuitenkin luotavuuden varmistamisesta hankittavasta tiedosta. Mittarin laatiminen on monivaiheinen prosessi, joka alkaa oikean tutkimuskysymyksen löytämisellä ja aihepiiriin sopivan teorian kehittämisellä. Tämän jälkeen laaditaan omaan järkeilyyn ja teoriaan perustuva alustava mittari, jonka osioita tarkastellaan kriittisesti. Valmis alustava mittari on hyvä esiteltävä, jonka jälkeen se viimeistellään valmiiksi kyselylomakkeeksi. (Metsämuuronen 2000, 20-21.)

Kyselylomaketta (Liite 2) opinnäytetyöntekijä alkoi rakentaa toukokuussa vuonna 2007. Ennen sitä hän oli tutustunut aiheeseen liittyvään teoriaan ja muodostanut selkeät tutkimusongelmat, joihin kyselylomakkeen avulla haluttiin saada vastaus. Pääsääntöisesti kysymyksiä lähdettiin rakentamaan perustuen yleisanestesiodun potilaan mahdollisille muistikuville leikkaus- ja anestesiaosastolla. Kyselylomakkeesta haluttiin saada selkeä ja helposti täytettävä, jotta potilaiden mielenkiinto tutkimusta kohtaan säilyisi heidän ollessaan vasta toipumassa leikkauksesta.

Kyselylomaketta laadittaessa kysymyksiä muotoiltiin kolmella eri tavalla. Lomakkeessa käytettiin monivalintakysymyksiä, asteikkoon perustuvia kysymyksiä sekä avoimia kysy-

myksiä. Monivalintakysymyksellä tarkoitetaan tutkijan valmiiksi laatimia vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja merkitsee vastausvaihtoehdon. Asteikkoon perustuvassa kysymystyyppissä esitettäviin väittämiin vastaaja valitsee mielipidettään voimakkaammin kuvaavan väittämän. Vuorostaan avoimille kysymyksillä jätetään vain tyhjä tila vastausta varten. (Hirsjärvi ym. 2007, 193- 195.)

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osassa (kysymyksissä 1- 6) käytettiin monivalintakysymyksiä. Näillä kysymyksillä selvitettiin vastaajien taustatietoja eli sukupuolta, ikää, aikaisempia nukutuksia, leikkauksen muotoa, esilääkitystä sekä leikkausosaston sairaanhoitajan tapaamista. Kysymyksiin oli laadittu jo valmiit vastausvaihtoehdot kyselyyn osallistuneita varten.

Toisessa osassa (kysymyksissä 7- 23) haluttiin selvittää Likertin asteikkoa käyttäen vastaajien muistikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta. Vastausvaihtoehtona käytettiin viisiportaista asteikkoa. Vaihtoehtoina olivat: täysin eri mieltä, osittain eri mieltä, en osaa sanoa, osittain samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Kysymykset perustuivat yleisanestesioidun potilaan kokemuksiin jännityksestä, janosta, kehon paljastamisesta, saamastaan huomiosta, yksityisyydestä, hoidon rutinoitumisesta, turvallisuuden tunteesta, pahoinvoinnista sekä kivusta. Myös potilaan mahdollisia muisti- ja mielikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta selvitettiin kysymyksillä henkilökunnan esittäytymisestä, keskusteluista, ystävällisyydestä sekä osaston tunnelmasta, melusta ja miellyttävyydestä. Osaan näistä kysymyksistä liitettiin avoin kysymys, jotta vastaaja voisi halutessaan tarkentaa mielipidettään muistikuvistaan leikkaus- ja anestesiaosastolta.

Kolmannessa osassa (kysymyksissä 24- 26) käytettiin avoimia kysymyksiä. Kysymyksissä 24 ja 25 haluttiin monivalinta ja avoimen kysymyksen välimuodolla saada selvyyttä yleisanestesioidun potilaan muistikuvista toimenpiteen aikana näkemästään unesta ja heräämisetkkestään. Viimeisessä kysymyksessä 26, vastaajille haluttiin jättää mahdollisuus kertoa haluamistaan muistikuvista ja niiden herättämistä tunteista leikkausosastolta. Avoimen vaihtoehdon avulla opinnäytetyöntekijä halusi saada esiin muistikuvia, joita hän ei etukäteen osannut ajatella yleisanestesioidulle potilaalle syntyneen.

6.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimus suoritettiin Satakunnan keskussairaalassa. Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin kyseisessä sairaalassa olleita kirurgisia leikkauspotilaita, joille toimenpide tehtiin yleisanestesiassa. Kohderyhmä rajattiin yli 18 vuotiaisiin aikaan ja paikkaan orientoituneisiin potilaisiin. Kohderyhmä muodostui gastroenterologisen kirurgian vuodeosaston B3 ja naisten tautien osaston ja poliklinikan S1 potilaista. Nämä kaksi osastoa valittiin tutkimukseen, koska niiden potilaille suoritetaan eniten yleisanestesiavaativia toimenpiteitä.

Ennen tutkimuksen toteuttamista opinnäytetyöntekijä anoi tutkimuslupan (Liite 3) Satakunnan keskussairaalan operatiivisen tulosalueen johtoryhmältä. Tutkimuslupa-anomus toimitettiin operatiivisen tulosalueen johtavalle ylihoitajalle Seija Elomaaalle toukokuun lopussa vuonna 2007. Opinnäytetyöntekijälle myönnettiin tutkimuslupa (Liite 4) kyseisille osastoille suoritettavaksi heinäkuun alussa vuonna 2007.

6.4 Tutkimusaineiston keruu

Satakunnan keskussairaalan osastojen B3 ja S1 henkilökunnan oli tarkoitus jakaa kyselylomakkeet yhteensä 50:lle yli 18-vuotiaille kirurgisille leikkauspotilaille, joille toimenpide oli tehty yleisanestesiassa. Kyselylomakkeita toimitettiin 25 kappaletta kyseisille osastoille. Kyselylomake sisälsi informaatiokirjeen (Liite 2) sekä vastauskuoren. Kyselyyn vastaamisen jälkeen potilaat laittoivat kyselylomakkeen vastauskuoreen ja sulkivat sen ennen kuin palauttivat kyselyn henkilökunnalle. Tällä tavoin voitiin turvata tietojen luottamuksellisuus.

Kyselylomakkeet jaettiin kirurgisille leikkauspotilaille 11.09- 26.10.2007 välisenä aikana. Ensimmäisellä viikolla osastolla S1 kyselylomake esiteltiin aluksi neljällä yleisanestoidulla potilaalla, ennen kuin loput 46 lomaketta jaettiin kyseisille osastoille. Neljästä esitestauslomakkeesta voitiin ottaa kolme kyselylomaketta mukaan tutkimukseen, koska ne olivat asiallisesti täytetty. Yksi esitestauslomake oli hylättävä epäselvästi merkattujen vastausvaihtoehtojen vuoksi. Vain yhden epäselvästi täytetyn esitestauslomakkeen vuoksi kyselylomaketta ei nähty tarpeelliseksi alkaa muuttaa. Aluksi molemmille osastoille toimitet-

tiin yhteensä 25 kappaletta kyselylomakkeita, mutta tutkimusaineiston keruun viivästyessä muutettiin suunnitelmaa. Osastolta B3 palautui täytetyt kyselylomakkeet nopeammin suuremman potilasmäärän vuoksi, minkä takia viisi osastolle S1 tarkoitettua lomaketta jaettiin osasto B3: n potilaille. Tämän vuoksi osastolle B3 toimitettiin yhteensä 30 kyselylomaketta, kun taas osastolle S1 20 kyselylomaketta. Koska tutkimusaineiston keruu-aika oli rajattu, ei tavoiteltua lomakemäärää saatu jaettua. Lomakkeita ehdittiin jakaa hoitajien toimesta 40 kappaletta, joista kaksi vastauslomaketta jätettiin pois epäselvästi merkattujen vastausvaihtoehtojen vuoksi. Näin lopulliseksi kyselylomakkeiden kokonaismääräksi muodostui 38 kappaletta ja vastausprosentiksi 95.

6.5 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimuksen analysointi alkoi opinnäytetyöntekijän saatua kaikki kyselylomakkeet. Tutkimusaineiston strukturoitujen eli suljettujen kysymysten vastaukset analysoitiin Microsoft Excel ja Tixel WinXP ohjelmia apuna käyttäen. Kaikki vastauslomakkeet numeroitiin eli identifioitiin, jonka jälkeen vastaukset syötettiin Excel- ohjelman taulukkoon numeroin. Tixel WinXP on Excelin toimintaympäristöön tehty tilasto-ohjelma, jonka avulla voidaan laskea muun muassa tunnuslukuja, jakaumia ja ristiintaulukointia. Ohjelman avulla voidaan myös piirtää graafisia esityksiä tuloksista. (Manninen 2004, 1.)

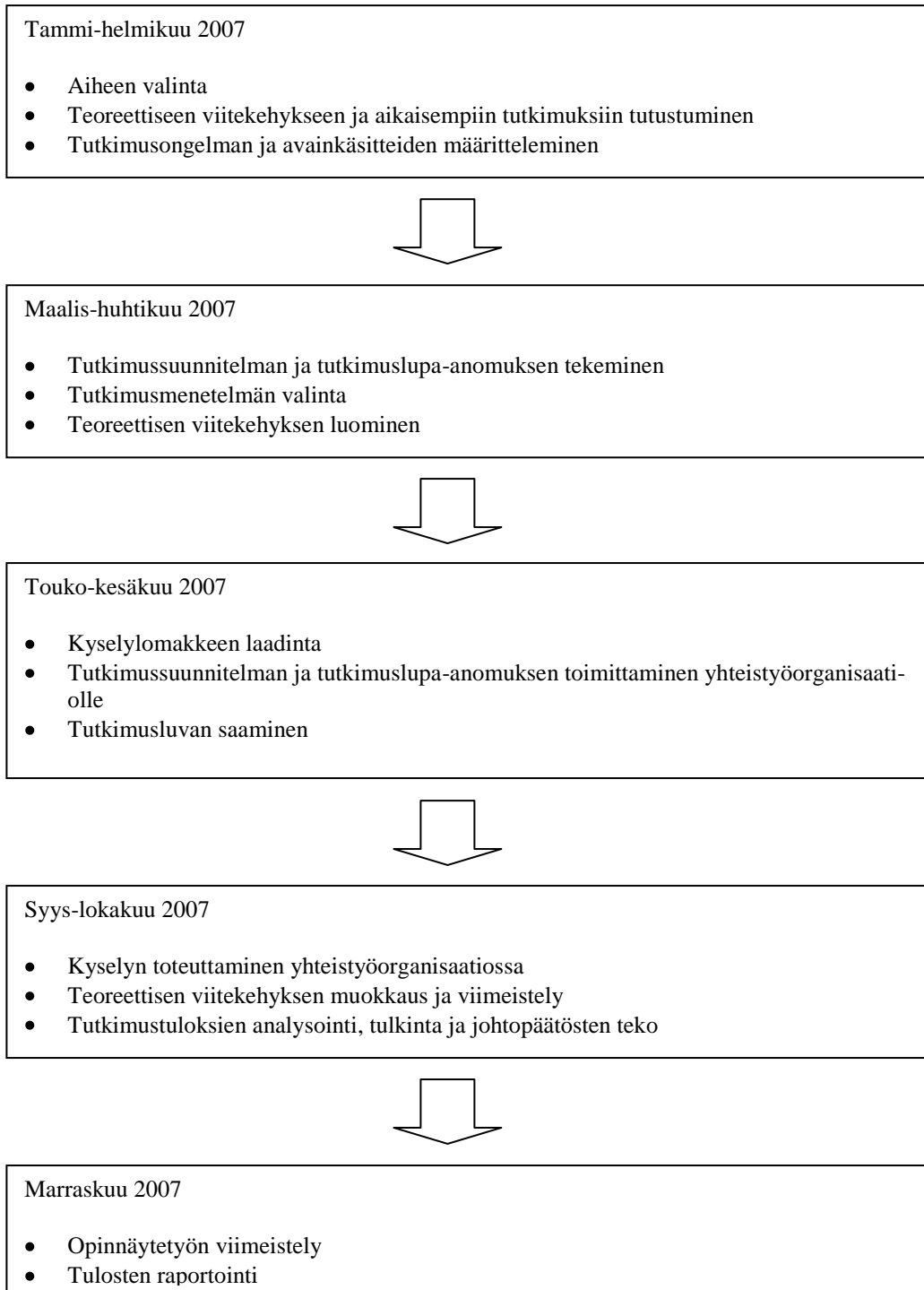
Kyselylomakkeista suljetuilla kysymyksillä saatu tieto analysoitiin yksiulotteisen jakauman avulla kaikista kysymyksistä. Yksiulotteisen jakauman avulla saadaan selville muuttujan eri luokkien yleisyys havaintoaineistosta. Muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin myös ristiintaulukoinnin avulla. (Heikkilä 2004, 145- 146.) Kaikki muuttujat ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa, mutta keskenään tilastollista merkitsevyyttä tuloksissa ei ilmennyt. Tulokset esitettiin sekä prosenttilukuina, että frekvensseinä. Pylväsdiagrammeja käytettiin havainnoimaan tuloksia.

Opinnäytetyön avoimet kysymykset valittiin analysoitavaksi sisällönanalyysillä, jolla tiivistetään kerätty aineisto. Tarkoituksena on saada näkyville ilmiöiden väliset suhteet, erityisesti samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Sisällönanalyysiä voidaan hyödyntää kirjoitettuun

materiaaliin, puheeseen ja kuvalliseen ilmaisuun. Induktiivista analyysitapaa käytetään konkreettiseen aineistoon ja sen tarkoituksena on muodostaa käsitteellisiä ilmauksia tutkitavasta asiasta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.)

Sisällönanalyysin teossa on viisi vaihetta: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä viimeisenä luotettavuuden arviointi. Analyysiyksiköksi voidaan valita joko kokonainen aineiston osa (esimerkiksi yksi essee) tai yhden aineiston osan yksikkö (esimerkiksi yksi sana tai virke). Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan tutkimustehtävien ratkaisujen poimimista aineistosta. Luokittelussa hyödynnetään pelkistettyä aineistoa. Samankaltaiset ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan ja se nimetään ilmaisuja yhdistävästi. Abstrahoinnissa samansisältöisiä luokkia yhdistetään ja tehdään myös jako ylä- ja alaluokkiin. Luotettavuuden arvioinnissa tulee kiinnittää erityisesti huomiota siihen, ettei analyysivaiheessa ole kadonnut olennaisia tutkimustuloksia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7, 10; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24- 29, 36.)

Tässä opinnäytetyössä avoimien kysymysten vapaamuotoiset vastaukset kirjoitettiin tietokoneelle, jolloin aineistoa kertyi neljä konekirjoitettua sivua. Kirjoitelmat vaihtelivat pituudeltaan yhdestä rivistä kolmeen riviin konekirjoitustekstiä. Kirjoitelmat luettiin useaan kertaan läpi, jonka jälkeen lauseet jaoteltiin kysymyksittäin. Tämän jälkeen etsittiin samankaltaisia lauseita ja yhdistettiin ne luokkiin. Luokka nimettiin parhaiten sen sisältöä vastaavaksi. Opinnäytetyön kulku esitetään kuviossa 2.



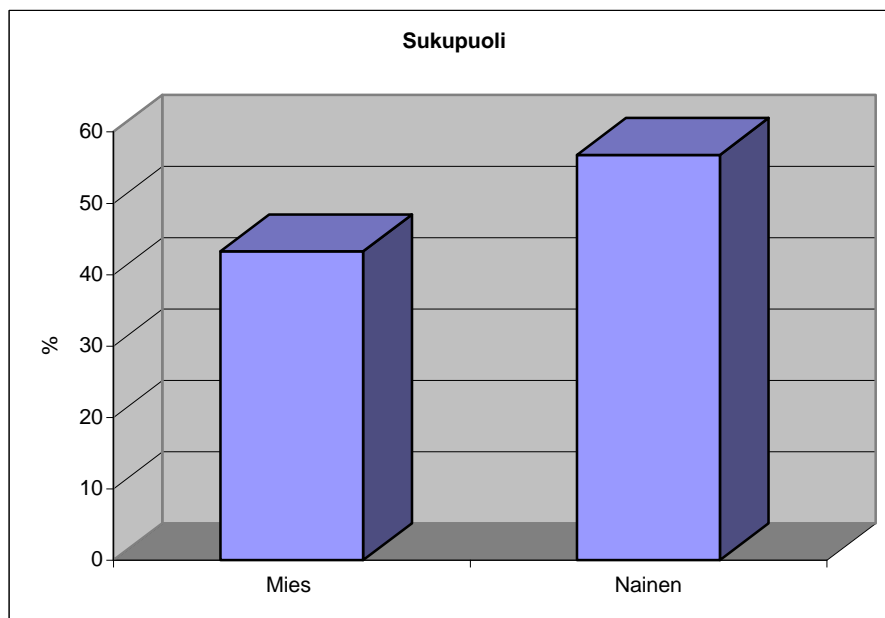
Kuvio 2. Opinnäytetyön kulku

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselylomakkeita jaettiin Satakunnan keskussairaalassa hoitohenkilökunnan toimesta 40 kappaletta sisältäen esitestauslomakkeet. Kaksi kyselylomaketta täytyi hylätä epäselvästi merkattujen vastausvaihtoehtojen vuoksi, minkä takia mukaan analysointiin otettiin 38 vastauslomaketta. Tulokset analysoitiin käyttämällä tilastollista menetelmää ja sisällönanalyysia.

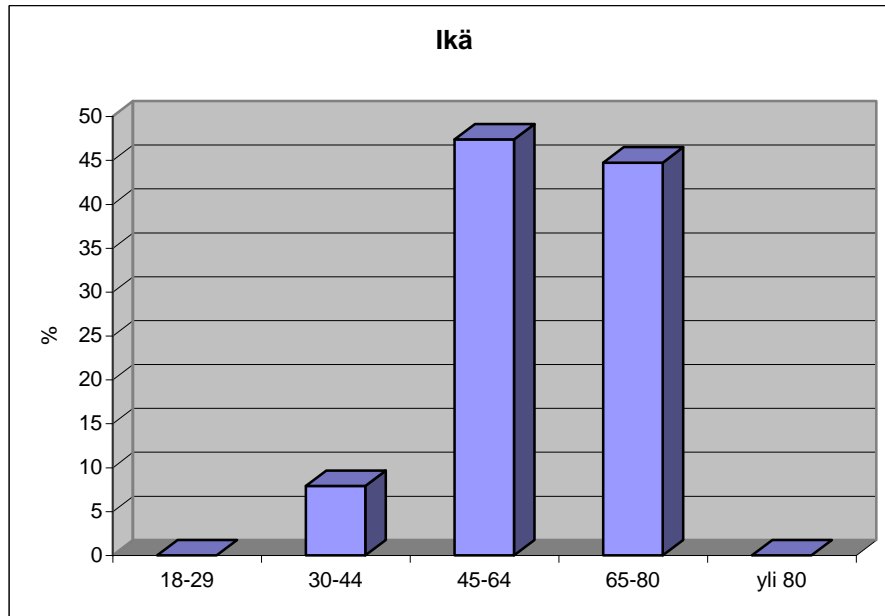
7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeen (liite 2) ensimmäisessä osiossa selvitettiin vastaajien taustatietoja. Kysymyksillä 1- 6 kartoitettiin vastaajien sukupuolta, ikää, aikaisempia nukuksia, leikkauksen muotoa, esilääkitystä sekä leikkausosaston sairaanhoitajan tapaamista. Tutkimukseen vastaajista oli miehiä 43 % (f=16) ja naisia 57 % (f=21). Yksi vastaajista ei ilmoittanut sukupuoltaan. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Vastaajien sukupuoli

Vastaajien iän vaihteluväli oli 30–80- vuotta. Vastaajista 8 % (f=3) sijoittui iältään 30–44 vuoden välille. Loput vastaajista jakaantuivat kahteen ikäluokkaan, joihin kuului 45–64 vuotiaita 47 % (f=18) ja 65–80 vuotiaita 45 % (f=17). (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Vastaajien ikä

Taustatiedoissa kysyttiin myös, kuinka monta kertaa vastaaja oli nukutettu leikkausta varten. Vastaajista valtaosa, 95 % (f=36), oli nukutettu leikkausta varten enemmän kuin yhden kerran. Vain kahdelle vastaajista leikkaus nukutuksessa oli ensimmäinen kerta. Vastaajista 36:lle (95 %:lle) leikkaus oli ennalta suunniteltu ja vain kahdelle se oli päivystystoimenpide. Vastaajista 92 % (f=35) oli saanut esilääkkeen. Kolme vastaajaa oli jäänyt ilman sitä. Ennen leikkauspäivää oli sairaanhoitaja leikkausosastolta käynyt tapaamassa 49 % (f=17) vastaajista. Vastaajista 51 % (f=18) kertoi, ettei heidän luonaan ollut käynyt sairaanhoitajaa leikkausosastolta. Kolme vastaajista jätti vastaamatta tähän kohtaan.

7.2 Vastaajien muistikuvat leikkaus- ja anestesiaosastolta

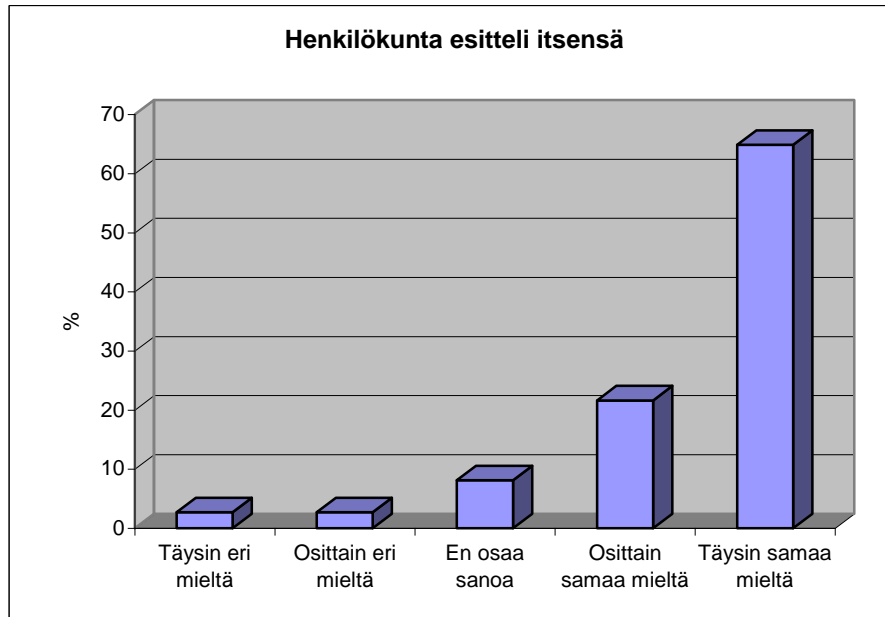
Kyselylomakkeen (liite 2) toisessa osiossa (kysymyksissä 7-23) kysyttiin vastaajien muistikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta väittämien avulla. Osaan kysymyksistä annettiin vastaajalle mahdollisuus kirjoittaa vapaamuotoisesti ajatuksistaan. Väittämiin vastattiin ringastamalla vaihtoehto: täysin eri mieltä, osittain eri mieltä, en osaa sanoa, osittain samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Kysymykset perustuivat yleisanestesiodun potilaan kokemuksiin jännityksestä, janosta, kehon paljastamisesta, saamastaan huomiosta, yksityisyydestä, hoidon rutinoitumisesta, turvallisuuden tunteesta, pahoinvoinnista ja kivusta. Potilaan mahdollisia muisti- ja mielikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta selvitettiin kysymyksillä henkilökunnan esittäytymisestä, keskusteluista, ystävällisyydestä sekä osaston tunnelmasta, melusta ja miellyttävyydestä.

Vastaajat kokivat leikkauksen aiheuttaman jännityksen eri tavoin. Suurin osa vastaajista 31 % (f=11) jännitti leikkausta, kun 23 % (f=8) vastaajista oli osittain samaa mieltä jännityksestä. Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 17 % (f=6) vastaajista. Sama määrä eli 17 % (f=6) ei myöskään osannut sanoa kokemustaan väittämästä. Loput neljä henkilöä eli 11 % olivat osittain eri mieltä väittämästä. Kolme vastaajaa jätti kokonaan vastaamatta kysymyksen. Kyselylomakkeessa kysyttiin perusteluja vastaukselle, johon yhdeksän potilasta vastasi. Neljä vastaajaa piti jännittämisen syynä pelkoa, joka kohdistui leikkausta, nukutusta, kipua tai mahdollisia leikkaukskomplikaatioita kohtaan. Kahdelle vastaajalle jännitys syntyi uudesta kokemuksesta, kun yhdelle syynä olivat vanhat kokemukset. Yksi vastaaja pohti jännittämisen syyksi leikkauksen onnistumista. Yksi perustelu jännittämistä vastaan syntyi hyvän kokemuksen pohjalta.

”Luotin lääkärin ammattitaitoon aikaisemmasta leikkauksesta.” (Vastaaja 29)

Suurimmalle osalle tutkimukseen osallistuneista jäi muistikuvaksi, että henkilökunta esitteli itsensä leikkaus- ja anestesiaosastolla. Vastaajista 65 % (f=24) muisti, että leikkauksosaston henkilökunta esitteli itsensä. Vastaajista 22 % (f=8) oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä. Kolme vastaajista ei osannut sanoa mitään. (Kuvio 5.) Kyselylomakkeen viimeises-

sä kysymyksessä vastaaja sai vapaamuotoisessa kirjoittelussaan kertoa haluamistaan muistikuvista. Yksi vastaaja kertoi henkilökunnan esitelleen itsensä, mutta ei muistanut heidän nimiään. Hän muistaa vain sairaanhoitajan punaiset silmälasit.



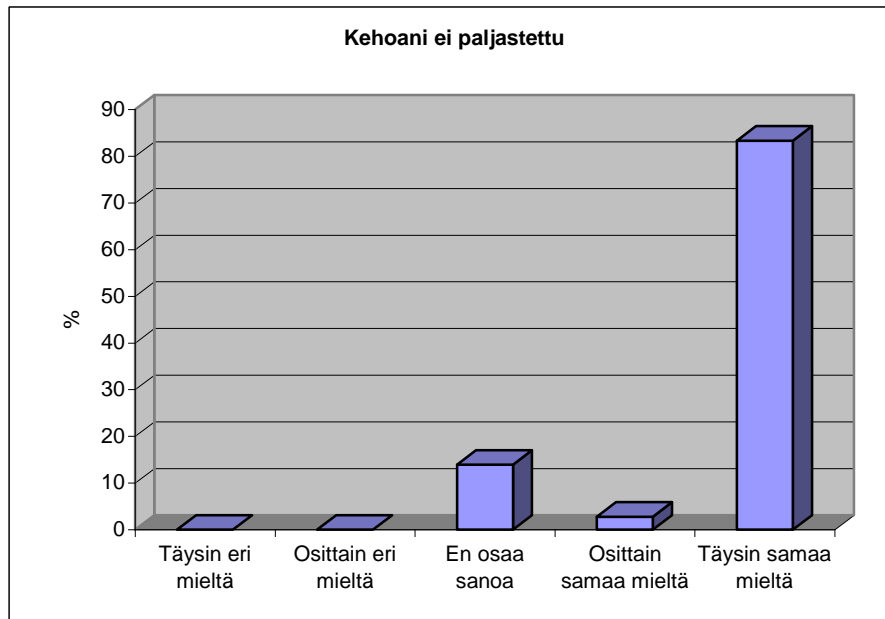
Kuvio 5. Leikkausosastolla henkilökunta esitteli itsensä

Potilaat voivat toisinaan kokea epämiellyttävää janon tunnetta, mutta jopa 49 % prosenttia vastaajista ($f=18$) eivät kokeneet sitä leikkausosastolla. Vastaajista 9 % ($f=7$) ei osannut sanoa väitteestä mitään. Osittain eri mieltä ja osittain samaa mieltä janon tunteesta oli molemmista reilu kymmenen prosenttia vastaajista.

Vastaajista lähes kaikille jäi samanlainen mielikuva yksityisyytensä suojaamisesta. Vastaajista 83 % ($f=30$) olivat täysin samaa mieltä, ettei heidän kehoaan paljastettu turhaan leikkausosastolla ja yksi vastaaja oli osittain sitä mieltä. Vastaajista viisi eli 14 % eivät osanneet sanoa asiasta mitään. Kukaan vastaajista ei ollut eri mieltä väittämän kanssa. Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta. (Kuvio 6.) Kahdeksan vastaajaa oli halunnut perustella vastaustaan. Eräs vastaaja kiteytti hyvin väittämän.

”Hereilläolon aikana toiminta oli yksityisyyttä suojelevaa.” (Vastaaaja 29)

Viisi vastaajaa piti siitä, että heidän päälleen laitettiin heti peite. Yksi vastaaja koki tärkeäksi, ettei hereilläolon aikana riisuttu. Yksi vastaaja oli ihmeissään kysymyksestä, että miksi niin olisi edes tehty.



Kuvio 6. Kehoaani ei paljastettu turhaan leikkausosastolla.

Vastaajista lähes puolet ($f=17$) olivat täysin samaa mieltä muistikuvastaan, jossa heidät otettiin mukaan itseään koskevaan keskusteluun. Osittain samaa mieltä vastaajista oli 21 % ($f=8$). Vastaajista 16 % ($f=6$) ei osannut sanoa muistikuvastaan mitään. Loput seitsemän vastaajaa olivat osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa. Yleiseen keskusteluun mukaan ottaminen hajotti vastauksia enemmän. Vastaajista 35 % ($f=13$) oli täysin samaa mieltä, että heidät otettiin mukaan yleiseen keskusteluun ennen nukutusta. Vastaajista 24 % ($f=9$) oli osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Sama määrä vastaajista 24 % oli myös täysin eri mieltä väitteestä. Kolme vastaajaa eli 8 % olivat sekä osittain eri mieltä väittämän kanssa, että ei osannut sanoa. Yksi jätti vastaamatta kokonaan.

Kysymys leikkausosaston kiireellisyydestä antoi mielenkiintoisia vastauksia. Vastaajista 42 % (f=16) oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. 12 vastaajaa eli 32 %, ei osannut sanoa muistikuvastaan mitään. Loput vaihtoehdot saivat vain muutamia vastauksia 8 -11 % (f=3-4). Neljä vastaajaa perusteli muistikuvaansa. Kolme koki kiireettömyyteen vaikuttavan henkilökunnan käytöksen, toiminnan ja asiallisuuden. Yksi vastaaja perusteli lyhyesti, ettei ollut kiirettä.

Leikkausosaston henkilökunnan ystävällisyydestä vastaajille oli jäänyt yhtenäinen muistikuva. Vastaajista 92 % (f=35) oli täysin samaa mieltä ja loput kolme vastaajaakin osittain samaa mieltä henkilökunnan ystävällisestä käyttäytymisestä. Yhdeksän vastaajaa perusteli ystävällisyyden ilmenemistä. Neljä vastaajaa piti tärkeänä, että henkilökunta selitti ja kertoi asioista. Kolme vastaajaa muisti henkilökunnan iloisena ja hymyilevänä. Kaksi vastaajaa koki henkilökunnan huomaavaiseksi. Vapaamuotoisessa kirjoittelussa yksi vastaaja vielä kiitteli erikseen henkilökuntaa ystävällisyydestä leikkaussalissa ja heräämössä, koska hoitajat olivat kiinnostuneita potilaan voinnista ja avuntarpeesta.

”Iloisia, hymyileviä tyttöjä, ei tiuskittu.” (Vastaaja 25)

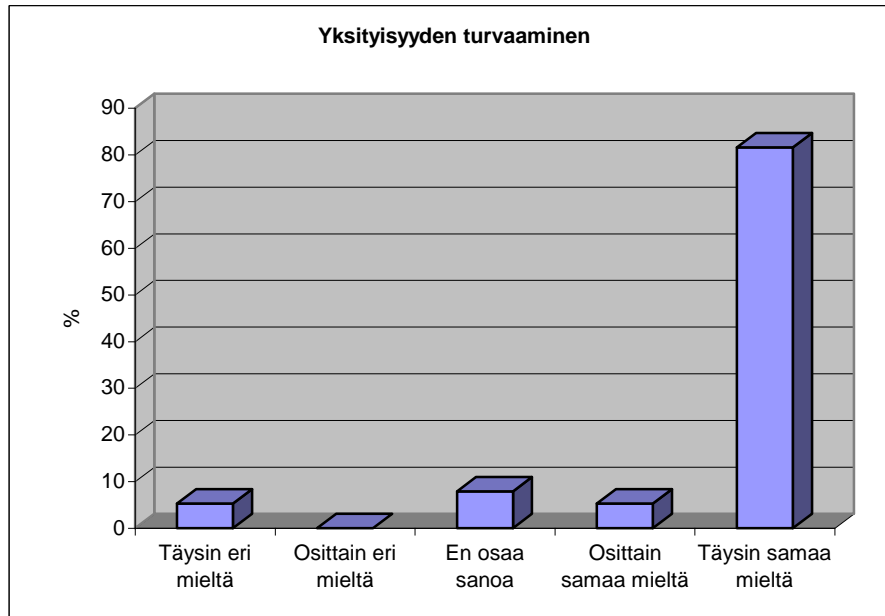
”Ilmeni ystävällisinä sanoina valmisteluvaiheessa.” (Vastaaja 29)

Vastaajien mukaan epämiellyttävää melua ei leikkausosastolla ilmennyt. Vastaajista 71 % (f=27) oli täysin sitä mieltä, ettei epämiellyttävää melua kuulunut leikkausosastolla. Vastaajista viisi ei osannut sanoa asiasta mitään. Loput vaihtoehdot saivat muutamia vastauksia. Perusteluja väitteelle ei tullut esiin tutkimuksessa.

Vastaajat kokivat saaneensa riittävästi huomiota leikkausosastolla. Vastaajista 89 % (f=34) oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä. Loput vastaajista (f=4) eivät osanneet sanoa asiasta mielikuvaansa. Vastaajat tunsivat myös yksityisyytensä turvatuksi hyvin yhtenäisesti. Vastaajista 82 % (f=31) oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä. Loput vaihtoehdot saivat vain muutamia vastauksia. (Kuvio 7.) Kolme vastaajaa halusi perustella avointa kysymystä. Kaksi heistä tunsu yksityisyyden turvatuksi henkilökunnan ammattitaidon vuoksi.

” Ammatti- ihmisiin voi luottaa.” (Vastaaja 31)

Yksi vastaaja piti tärkeänä, ettei paikalla ollut muuta kuin hoitohenkilökuntaa.



Kuvio 7. Tunsin yksityisyyteni turvatuksi leikkausosastolla.

Vastaajien mukaan tunnelma leikkausosastolla oli rauhallinen. Vastaajista 71 % (f=28) oli muistikuvansa kanssa täysin samaa mieltä. Kukaan ei ollut täysin eri mieltä väittämän kanssa. Loput vaihtoehdot saivat muutamia vastauksia. Yksi jätti vastaamatta kysymyksen.

Vastaajat kokivat kysymyksen rutiininomaisesta hoidosta hyvin eri tavoin. Vastaajista 25 % (f=9) oli täysin eri mieltä siitä, että heitä olisi hoidettu rutiininomaisesti. Osittain samaa mieltä sekä osittain eri mieltä väittämän kanssa olivat kummassakin 22 % (f=8) vastaajista. Vastaajista 19 % (f=7) ei osannut sanoa muistikuvaansa. Täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli 11 % (f=4) vastaajista. Kaksi vastaajaa ei ilmaissut muistikuvaansa.

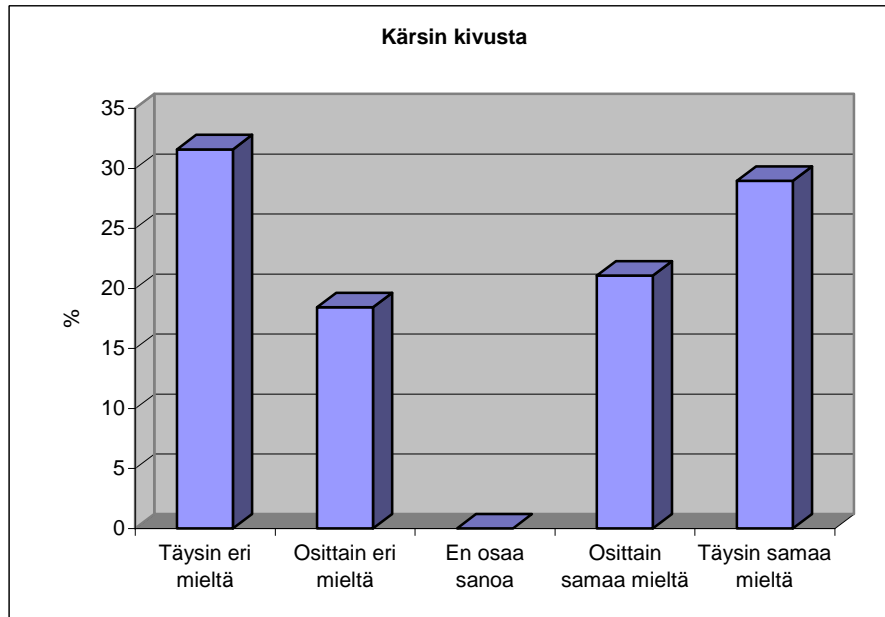
Vastaajat tunsivat olonsa hyvin turvalliseksi leikkausosastolla. Vastaajista 89 % (f=34) oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista kolme oli osittain samaa mieltä, ja yksi vastaajista ei ilmaissut muistikuvaansa. Kuusi vastaajaa perusteli vastaustaan. Viisi vastaajaa luotti hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja varmuuteen, mikä loi heille turvallisuudentunteen. Yksi vastaaja kertoi, ettei osannut selittää turvallisuudentunteen syytä. Turvallisuudentunne nousi esille vielä kolmen vastaajan vapaamuotoisessa kirjoittelussa, jossa tarkastelun kohteena oli henkilökunnan toiminta.

”Tunsin olevani osaavissa ja varmoissa käsissä.” (Vastaaja 37)

”En tuntenut itseäni ”hylätyksi” vaan hoitaja oli paikalla tarvittaessa. Jotenkin tuntuu, että joku oli lähellä koko ajan, vaikka tiedän, ettei vierelläni ollut koko aikaa joku.” (Vastaaja 1)

”Erittäin hyvää huolenpitoa. Joku oli aina kysymässä vointia ja antamassa särkylääkettä. Turvallinen tunne.” (Vastaaja 8)

Vastaajista 70 % (f=26) oli täysin eri mieltä siitä, että he olisivat kokeneet pahoinvointia leikkausosastolla. Yksi vastaaja oli osittain eri mieltä. Vain viisi henkilöä yhteensä oli väittämän kanssa joko täysin tai osittain samaa mieltä. Vastaajista 14 % (f=5) ei osannut sanoa olostaan mitään. Vain yksi vastaaja jätti kokonaan vastaamatta. Vastaukset kivun kärsimisestä leikkauksen jälkeen jakaantuivat yllättävän tasaisesti. 32 % vastaajista (f=12) oli täysin eri mieltä väitteen kanssa, kun 29 % (f=11) vastaajista kärsi kipua. Väittämät osittain samaa mieltä ja osittain eri mieltä saivat kumpikin noin 20 % kannatuksen. Kukaan ei vastannut vaihtoehtoa, en osaa sanoa. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Kärsin kivusta leikkauksen jälkeen.

Valtaosalle vastaajista jäi miellyttävä kuva leikkausosastosta. Vastaajista 76 % ($f=29$) oli täysin samaa mieltä mielikuvansa kanssa. Vastaajista 18 % ($f=7$) oli osittain samaa mieltä. Yksi ei osannut sanoa mielikuvaansa. Vain yhdelle vastaajalle jäi epämiellyttävä kuva leikkausosastosta.

7.3 Vastaajien muistikuvat unesta ja heräämishetkestä

Kyselylomakkeen (liite 2) kolmannessa osassa (kysymyksissä 24- 26) käytettiin avoimia kysymyksiä. Kysymyksissä 24 ja 25 haluttiin monivalinta ja avoimen kysymyksen väli-muodolla saada selvyyttä yleisanestesoidun potilaan muistikuvista toimenpiteen aikana näkemästään unesta ja heräämishetkestään. Viimeisessä kysymyksessä 26, vastaajille haluttiin jättää mahdollisuus kertoa haluamistaan muistikuvista ja niiden herättämistä tunteista leikkausosastolta.

Kukaan 38 vastaajasta ei tutkimuksen mukaan muista nähneensä mitään unta leikkauksen aikana. Tämän vuoksi vastaajilla ei ollut mitään kerrottavaa näkemästään unesta. Vastaajis-

ta noin puolelle 47 % (f=16) oli syntynyt muistikuvia heräämishetkestään. Vastaajista 53 % (f=18) kertoi, ettei muistikuvia ole. Neljä vastaajaa jätti kysymykseen vastaamatta. 14 vastaajaa halusi kertoa muistikuvistaan. Neljä vastaajaa kertoi konkreettisesti, miten heitä oli herätetty.

”Minua ravisteltiin hereille.” (Vastaaja 9)

Neljälle vastaajalle muistikuviin liittyi miellyttäviä kokemuksia ja hyvänolon tunnetta.

”Miellyttäviä, pehmeitä mielikuvia.” (Vastaaja 16)

Kolme vastaajaa muisti heräämiseen liittyvän epämiellyttävää fyysistä tunnetta. Kaksi vastaajaa kärsi kivusta ja yksi vastaaja pahoinvoinnista. Yhden vastaajan muistikuvaan liittyi kellonaika. Kaksi muistaa esittäneensä kysymyksen leikkauksen onnistumisesta.

Viimeisessä kysymyksessään 17 vastaajaa kertoi kirjoitelmissaan vapaamuotoisesti syntyneistä muistikuvista leikkaus- ja anestesiaosastolta. Osa vapaamuotoisesta palautteesta on yhdistetty jo esitettyihin tuloksiin. Neljä vastaajaa harmitteli sitä, ettei heille ollut syntynyt muistikuvia.

”Oli niin pieni leikkaus, että ehkä se ei tehnyt mitään ajatuksia tai unikuvia. Suuremmissa leikkauksissa kun olen ollut, niistä olisi ollut kertomista.” (Vastaaja 4)

”Itsellä ei paljon muita muistikuvia ole kuin kivut. Huonon näön vuoksi (lasit jätetty osastolle) ei ole näkökuvia. Koko matkalla ei näe mitään.” (Vastaaja 6)

Kuuden vastaajan kirjoitelmissa nousi esille positiivinen ja miellyttävä kokemus tai olotila leikkaus- ja anestesiaosastolta.

”Kokonaisuudessa ihan miellyttävä kokemus!!” (Vastaaja 20)

”Arvosana kaikista 10 +.” (Vastaja 13)

Yksi vastaaja toi esille negatiivisia tuntemuksiaan, joita hän koki leikkausosastolla. Kokeemukset oli kirjoitettu positiiviseen sävyyn, koska negatiivisiin tuntemuksiin oli puututtu.

”Tunsin oloni viluiseksi herättyäni. Sain avaruuspeitteen ja lämminilmapuhallusta peitteeni alle. Suutani kostutettiin. Silti kärsin suun kuivuudesta. Kipuhoitoon olin tyytyväinen.” (Vastaja 29)

Kaksi potilasta kertoi muistikuvistaan ennen nukumista. Toisen muistikuva perustui tarkkailulaitteiden kiinnittämiseen ja toisen itse nukahtamiseen.

”Leikkaussaliin tultaessa ja leikkauspöydällä ollessani nukutuslääkäri tuli moikkaamaan ja sanoi nukuttavansa ja niin taju lähti.” (Vastaja 15)

Kaksi vastaajaa toi esille positiivisen muistikuvansa heräämöstä. Muistikuvat perustuivat heräämön ympäristöön ja henkilökuntaan.

”Potilaita vierä vieressä. Hotellimainen pitkä tiski edessä, mutta henkilökunta mielestäni huolehtivaista!” (Vastaja 35)

”Heräämö oli miellyttävä paikka. Ystävällisiä ihmisiä ja positiivinen ympäristö.” (Vastaja 16)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata yleisanestesoidun potilaan muistikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia yleisanestesoidun poti-

laan muistikuvat olivat leikkaus- ja anestesiaosastolta sekä oliko potilaalla toimenpiteen aikaisia muistikuvia. Opinnäytetyöni tavoitteena oli antaa tietoa leikkausosaston henkilökunnalle siitä, minkälaisia muistikuvia leikkausosastolla olo herätti yleisanestesioidussa potilaassa.

Tutkimusaineisto kerättiin kirjallisella kyselylomakkeella Satakunnan keskussairaalan gastroenterologisen kirurgian vuodeosaston B3 ja naistentautien osaston ja poliklinikan S1 potilaista 11.09- 26.10.2007 välisenä aikana. Kyselylomake jaettiin kyseisenä ajankohtana hoitajien toimesta 40: lle yli 18-vuotiaalle kirurgiselle leikkauspotilaalle, joille toimenpide oli tehty yleisanestesiassa. Kaikki 40 kyselylomaketta palautui takaisin sisältäen myös neljä esitestauslomaketta. Tulosten analysointiin otettiin mukaan lopulta 38 vastauslomaketta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 95 %. Kaksi vastauslomaketta oli hylättävä analysointia varten epäselvästi merkattujen vastausvaihtoehtojen vuoksi. Vastausprosenttia voidaan pitää erittäin hyvänä.

Taustamuuttujilla ei ollut mitään vaikutusta yleisanestesioidun potilaan muistikuihin. Tarkoituksena oli vertailla, miten aikaisemmat nukutukset, leikkauksen muoto ja ennen kaikkea esilääkkeen saanti vaikuttivat yleisanestesioidun potilaan muistikuihin. Vertailu ei tuottanut tulosta, koska taustamuuttujat olivat niin yhtenäisiä. Kahdelle vastaajalle nukutus oli ensimmäinen kerta sekä kahdelle muulle leikkaus tehtiin päivystyksenä. Kolme vastaajaa jäi vain ilman esilääkettä ennen leikkausta. Nämä taustamuuttujat olisivat voineet parantaa muistikuvien syntymistä.

8.1 Yleisanestesioidun potilaan muistikuvat leikkaus- ja anestesiaosastolta

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä haluttiin kartoittaa, minkälaisia muistikuvia yleisanestesioidulla potilaalla oli leikkaus- ja anestesiaosastolta. Vastaajien muistikuvat saamaansa kohtelusta ja ympäristöstä leikkaus- ja anestesiaosastolta olivat pääsääntöisesti positiivisia. Henkilökunnan ystävällisyys ja vuorovaikutus loivat potilaalle positiivisia muistoja. Tuloksissa ilmeni, että leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökuntaa pidettiin iloisena ja potilaat huomioon ottavina. Positiivista tunnetta loi henkilökunnan tapa esitellä itsensä vas-

taanottaessa potilasta leikkaukseen. Vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä on tärkeää. Potilaista kaksi kolmasosaa muisti osallistuneensa itseään koskevaan keskusteluun ja lähes puolet potilaista osallistui yleiseen keskusteluun. Tämä osoittaa, että henkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus on kohtalaisen toimivaa leikkaus- ja anestesiaosastolla. Katsoen aikaisempia tutkimuksia (Liite 5) arvostetaan niissä kaikissa henkilökunnan ystävällistä ja asiallista kohtelua. Mikkosen (1994) tekemän tutkimuksen perusteella vuorovaikutussuhde potilaan ja henkilökunnan välillä on selvästi parantunut Satakunnan keskussairaalassa.

Myös ympäristöllä on merkitystä potilaiden viihtyvyyteen. Tutkimuksessa kysyttiin leikkausosaston tunnelmasta rauhallisuutta ja kiireellisyyttä kuvailevilla adjektiiveilla. Vastaajista 70 % muisti leikkausosastolla olevan rauhallista ja melutonta. Tämä rauhoittaa potilasta ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen antaa potilaalle mahdollisuuden toipua anestesiasta rauhassa. Lähes puolelle vastaajista jäi myös kiireetön muistikuva tunnelmasta. Henkilökunnan rauhallinen ja asiallinen toiminta vähensivät kiireen tunnetta. Näillä samaa asiaa ilmaisevilla väittämillä haluttiin saada selville, kuinka huolellisesti vastaajat olivat paneutuneet tutkimukseen. Vastausten mukaan potilaille jäi miellyttävä muistikuva leikkaus- ja anestesiaosastosta. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, huomiointiin ja kohteluun. Hoidon laadusta samankaltaisia tuloksia ilmeni myös Mikkosen (1994) ja Rautavan (1998) tutkimuksissa.

Potilaiden muistikuihin ei liittynyt unen näkemistä. Asiaa voidaan pitää hyvänä, koska yhdellekään potilaalle ei muodostunut toimenpiteen aikaisia muistikuvia. Tästä voidaan päätellä, että potilaat olivat syvässä anestesiassa. Muistikuvia heräämishetkestä oli muodostunut lähes puolelle potilaista. Pääsääntöisesti muistikuvat olivat positiivisia.

8.2 Yleisanestesioidun potilaan kokemukset leikkaus- ja anestesiaosastolta

Toisella tutkimuskysymyksellä haluttiin saada kokemusten perusteella tietoa siitä, mitä yleisanestesoitu potilas muistaa leikkaus- ja anestesiaosastolta. Lähes puolet potilaista muisti leikkauksesta aiheutuvan jännityksen. Tämä vahvistaa tietoa siitä, että on inhimillistä

jännittää uusia ja ainutlaatuisia asioita. Jännitykseen liittyi myös pelon tunnetta. Potilaista lähes kaikki kokivat yhtenäisiä positiivisia muistikuvia kehonsa paljastamatta jättämisestä, huomioinnista, yksityisyyden ja turvallisuuden tunteesta. Syynä positiivisiin muistikuviiin voidaan pitää leikkausosaston toimintaa ja luottamusta henkilökunnan ammattitaitoon. Turvallisuuden suhteen tämä toteutui myös Hankelan (1994) tutkimuksessa. Rutiininomainen hoito jakoi vastaajien kokemukset tasaisesti, minkä vuoksi johtopäätöksen teko vaikeutui.

Yleisanestesiasta ja leikkauksesta seuraa potilaalle usein janoa, pahoinvointia ja kipua. Nämä vaikuttavat negatiivisesti potilaan kokemuksiin ja muistikuviin. Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei reilusti yli puolet potilaista joutunut kokemaan janon ja pahoinvoinnin tunnetta. Kivusta kärsi noin puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista. Tämä tulos oli mielestäni huolestuttava asia, koska kivunhoidon tarkoituksena on saada potilas kivuttomaksi. Kovin suurta johtopäätöstä kivunhoidon epäonnistumisesta ei voida tehdä pelkästään yhden kysymyksen ansiosta. Rautava (1998) sai tekemässään tutkimuksessa eriävän vastauksen potilaiden kivun tunteesta. Suurin osa eli 80 % hänen tutkimukseensa osallistuneista potilaista ei kärsinyt kivusta leikkauksen jälkeen.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettavainen, mutta työläs kokemus. Opinnäytetyötä tehdessä on täytynyt ottaa koko ajan huomioon sen luotettavuus ja eettisyys. Näitä asioita on joutunut pohtimaan huomaamattakin sitoutuessa kyseiseen aiheeseen.

9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus perustuu mittarin luotettavuuteen. Luotettavuus jaetaan validiteettiin ja reliabiliteettiin. (Metsämuuronen 2000, 21.) Keskeinen ajatus mittarin validiteettia tarkasteltaessa on se, mittaako mittari todella sitä, mitä sen kuuluisi mitata. Esitutkimuk-

sella on suuri merkitys mittarin validiteetin arvioinnissa, koska sen avulla tutkija saa käsityksen mittarin toimivuudesta, loogisuudesta, ymmärrettävyydestä ja käytettävyydestä. Validiteetin arvioinnissa keskitytään aluksi sisältövaliditeettiin, joka kertoo käsitteen toimivuudesta mitattavaksi. Toimivuuden toteamiseksi voidaan käyttää apuna asiantuntijoita. Sisältövaliditeetti toimii pohjana mittarin muille validiteeteille. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 207- 208.)

Sisältövaliditeetin toteuduttua siirrytään käsitevaliditeetin luotettavuuden pohtimiseen. Asiasta puhutaan myös rakenne- ja teoreettisena validiteettina. Käsitevaliditeetissa tutkitaan teoreettisen taustan yhteneväisyyttä tutkimuksen käsitteisiin. Toisin sanoen validiteetti kuvaa mittarin laajuutta käsitteen tutkimisessa ottaen huomioon sen teoreettiset taustat. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 208.)

Kolmas ja viimeinen validiteetin osa on kriteerivaliditeetti, jota arvioidaan ennustevaliditeettina ja samanaikaisvaliditeettina. Ennustevaliditeetti kertoo tutkimuksen mahdollisuuksista ennustaa tulevaa. Samanaikaisvaliditeetti kertoo, kuinka hyvin tutkimus on todennettavissa toista lähestymistapaa käytettäessä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 208.)

Toinen tutkimuksen luotettavuuden mittari on reliabiliteetti, joka kertoo tutkimuksen uskottavuudesta ja siitä, etteivät tulokset ole sattumanvaraisia. Reliabiliteetti antaa tietoa myös mittarin pysyvyydestä ja herkkyydestä ulkopuolisiin tekijöihin. Helppo tapa todeta tutkimuksen reliabiliteetti on toistaa tutkimus ja todeta tulosten vastaavuus. Ennen varsinaista tutkimusta reliabiliteettia voi testata pienemmällä testiryhmällä. Muita tapoja parantaa tutkimuksen reliabiliteettia on antaa selvät ja yksiselitteiset ohjeet ja varmistaa tutkimuksen kliinisyys eli minimoida virhetekijät, kuten esimerkiksi väsymys ja kiire. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209- 210.)

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat yhdessä validius ja reliabiliteetti. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun tutkittu otos edustaa perusjoukkoa ja mittauksessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. Luotettavuuteen voidaan vaikuttaa jo tutkimusprosessin aikana. Sen vuoksi on tärkeää määritellä selkeästi ja täsmällisesti tutki-

musongelma ja perusjoukko, josta otos valitaan. Myös aineiston keräämistapa ja analyysimenetelmä on valittava niin, että siitä saadaan merkittävää tietoa tutkittavasta asiasta. Luotettavuutta lisää mittarin huolellinen suunnittelu, jotta kaikki tarvittava tieto on mukana mittauksessa. Tutkimustulokset on oltava tarkkoja ja toistettavissa sekä tuloksien vääristelyä on vältettävä. Tutkimuksen luotettavuutta heikentävät systemaattiset ja satunnaiset virheet. Systemaattisen virheen syynä voi olla kato tai vastaajan valehtelu, kaunistelu tai vähättely asioiden tilasta, kun satunnaisvirhe voi johtua taas vastaajan muistivirheestä. (Vilkkä 2007, 152- 154.)

Tutkimuksen luotettavuuden pohdinnassa tulee ottaa huomioon useita asioita. Opinnäytetyössä käytettyä kyselylomaketta lähdettiin rakentamaan teoriataustan ja aikaisempien tutkimusten pohjalta. Kysymyksiä lähdettiin suunnittelemaan yleisanestesioidun potilaan mahdollisten muistikuvien kautta. Kyselylomakkeesta tehtiin helposti ja nopeasti täytettävä, jotta potilaiden mielenkiinto tutkimusta kohtaan säilyisi loppuun asti. Heikentävästi tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti se, että kyseinen tutkimus oli opinnäytetyöntekijälle ensimmäinen. Ennen tutkimusta suoritettiin esitestaus, joka ei antanut aihetta muuttaa kyselylomaketta. Vasta tutkimuksen analysointivaiheessa opinnäytetyöntekijä huomasi itse puutoksen kyselylomakkeessa. Kyselylomakkeeseen olisi voinut liittää kysymyksen potilaiden nukahtamishetkellä aiheutuvista muistikuvista.

Luotettavuuden puolesta kertoo se, että vastausprosentti oli korkea eli 95 %. Otos jäi kuitenkin tiukan aikataulun vuoksi suunniteltua alhaisemmaksi. Kyselylomakkeita ehdittiin jakaa 40 kappaletta 50 kappaleen sijaan. Kyselylomake mahdollisti suuren otoksen ja tilastollisesti luotettavan mittauksen. Otoksen edustettavuus aiheuttaa myös pohdintaa. Hoito henkilökunta oli vastuussa kyselylomakkeiden jaosta annettujen ohjeiden perusteella. tutkimuksessa ei ole tietoa siitä, kuinka moni tutkimukseen kykenevä potilas ei ole saanut tilaisuutta osallistua tutkimukseen. Samoin ei voida tietää, mikä oli kyselyyn osallistuneiden vireydentila, kunto eikä mielenkiinnon taso vastaushetkellä. Tällöin tutkimuksen luotettavuutta voidaan kyseenalaistaa.

Tutkimuksen analysointiin otettiin mukaan kaikki potilaiden avokysymyksillä esille tullut aineisto. Jokainen vastaaja toi tutkimukseen arvokasta ja tuloksia tarkentavaa tietoa. Luotettavuutta lisäsi se, että avoimien kysymysten raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia sekä samaa ilmaisevia kokemuksia kuvattiin lukumääräisesti. Pohdintaa luotettavuuden suhteen aiheutti myös aikaisemmat aihepiiriin sopivat tutkimukset (Liite 5). Löydetyt tutkimukset perustuivat 10- 15 vuotta vanhoihin tutkimuksiin, joiden ajankohtaisuutta voidaan epäillä. Niiden puolesta puhuu kuitenkin samankaltaisuus opinnäytetyön tuloksia kohtaan. Kaksi tutkimusta oli tehty myös Satakunnan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle.

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Pohdittaessa tutkimuksen etiikkaa on otettava huomioon joitakin tärkeitä asioita. Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu, koska tutkimuksen tehtävänä on tuottaa tietoa ympäröivästä maailmasta. Tutkimusta tehdessään on otettava huomioon, ettei se vahingoita tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Tutkimuksen tavoitteena on minimoida sen haitat ja maksimoida sen hyödyt eli tutkimuksesta saatavan hyödyn pitää olla suurempi kuin siitä aiheutuvan haitan. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa on tärkeätä luvan saaminen tutkimusorganisaation johdolta ennen tutkimuksen suorittamista. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 27- 28; Vilka 2007, 90- 91.)

Tutkimuksen kohteena olevalla ihmisellä on oikeus tietää, mitä hänelle tehdään tai tapahtuu osallistuessaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla hänelle täysin vapaaehtoista. Tutkittavalle on taattava anonymiteetti ja mahdollisuus tutkimuksen keskeyttämiseen koska tahansa. Tutkimustulosten raportoinnissa tutkijan on raportoitava tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Hänen on kuitenkin taattava tutkittavalle tietosuoja, josta tutkittavan lähiympäristö ei häntä tunnista. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 31; Vilka 2007, 91, 95.)

Tässä opinnäytetyössä eettisyys kulki mukana koko opinnäytetyön prosessin ajan. Opinnäytetyöntekijä sitoutui aiheeseensa alusta alkaen, koska opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa hyödyllistä tietoa työelämään yleisanestesioidun potilaan muistikuvista leikkaus- ja

anestesiaosastolta. Ennen tutkimuksen suorittamista Satakunnan keskussairaalassa, opinnäytetyöntekijä hankki asialliset tutkimusluvut operatiivisen tulosalueen johtoryhmältä.

Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden anonymiteettiä pystyttiin varjelemaan, koska tutkittavat vastasivat kyselyyn nimettömästi. He sulki vastauksensa kirjekuoreen, joka esti ulkopuolisia ihmisiä näkemästä ja vaikuttamasta heidän vastauksiinsa. Opinnäytetyöntekijä ei myöskään tavannut osallistujia, joille vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen suuri otos vähensi myös vastaajien mahdollista tunnistettavuutta. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin niin, ettei vastaajan tarvinnut käsitellä yksityisyyttään koskevia asioita. Opinnäytetyössä ei vertailtu myöskään eri toimenpiteiden vaikutuksia yleisanestesioidun potilaan muistikuviiin, mikä osaltaan edisti potilaiden anonymiteettiä.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Tähän opinnäytetyöhön liittyen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi tutkia puudutetun potilaan muistikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta. Tämä toisi esille erilaisen näkökulman leikkaus- ja anestesiaosaston toiminnasta, koska puudutettujen potilaiden muisti ja havainnointikyky on parempi kuin nukutetuilla potilailla. Uudella kyselytutkimuksella saatua tietoa voitaisiin verrata tämän opinnäytetyön tuloksiin. Vertailemalla näitä kahta tutkimusta keskenään saataisiin selville totuudenmukaisempi tulos leikkauspotilaille syntyneistä muistikuvista leikkaus- ja anestesiaosastolta.

Toinen jatkotutkimusaihe voisi liittyä leikkauspotilaiden kivunhoitoon. Aihe nousi esille, koska tässä opinnäytetyössä puolet yleisanestesioiduista potilaista kärsivät kivuntunteesta leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tutkimuksella saataisiin tarkempaa tietoa kivun kokemuksesta ja sen laadusta. Tämän avulla pystyttäisiin puuttumaan paremmin mahdolliseen ongelmaan.

LÄHTEET

- Aho- Konttinen, A. & Haavisto, S. 2006. Leikkausasennot ja potilasturvallisuus. *Spirium* 41 (2), 21- 23.
- Bailey, A. & Jones, J. 1997. Patients' memories of events during general anaesthesia. *Anaesthesia* 52 (5), 460-476.
- Hankela, S. 1994. Intraoperatiivinen hoitotyö leikkauspotilaiden kokemana. Lisensiaatin-tutkimus. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Jalonen, J., Lindgren, L. & Aromaa, U. 2006. Suomen Anestesiologi-yhdistyksen anestesia-toimintaa koskevat suositukset. Teoksessa Rosesensberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 48- 58.
- Kanto, J. 1997. Anestesiaan ja leikkaukseen liittyvä pelko ja jännitys. *Finnanest* 30 (3), 233- 237.
- Karinen, J. & Ali- Melkkilä, T. 2006. Potilaan valmistelu anestesiaan ja esilääkitys. Teoksessa Rosesensberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 286- 298.
- Koivuranta, M. 1997. Postoperatiivinen pahoinvointi. *Finnanest* 30 (4), 235- 362.
- Korhonen, M. 1990. Anestesia. Juva: WSOY: n graafiset laitokset.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY: n graafiset laitokset.
- Kotkavirta, J. 2002. Kokemuksen ehdot ja hahmo: Kritik der reinen Vernunft ja phänomenologie des Geistes. Teoksessa Haaparanta, L. & Oesch, E. (toim.) *Kokemus*. Tampereen yliopistopaino: Juvenes Print Oy, 15- 36.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3- 12.

- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21- 43.
- Manninen, P. 2004. Johdatus tilastolliseen data- analyysiin, sovellus- ja atk- keskeinen näkökulma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Metsämuuronen, J. 2000. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet, Metodologia– sarja 6. Viro: Jaabes OU.
- Mikkonen, R. 1994. Potilas leikkaushoidossa. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto: hoitotieteenlaitos.
- Mustola, S. 2004. Tajuttomuuden, kivuttomuuden ja EEG:n purskevaimentuman mittaamisesta laskimoanestesian aikana. Finnanest 37 (5), 430- 433.
- Panelius, M. & Varisto, H. 1990. Perioperatiivisen hoito- opin perusteet. Juva: WSOY.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY
- Pettula, J. 2000. Kokemuksesta tiedoksi: Fenomenologisen metodin uudelleen muotoilua. Kasvatus 31 (5), 428- 442.
- Perttula, J. 2005. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tie- teenteoria. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) Kokemuksen tutkimus. Helsinki: Dialogia Oy, 115- 162.
- Ranta, S. 1997. Hereillä olo yleisanestesian aikana. Spirium 32 (4), 5- 6.
- Rautava, H. 1998. Arviointi työn uudelleen organisoinnista leikkaus- ja anestesiaosastolla. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto: hoitotieteenlaitos.
- Rautava- Nurmi, H., Saarelainen, E., Sjövall, S., Vuorisalo, S. & Westergård, A. 2000. Neste- ja ravitsemushoito. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Rautiainen, P. 2003. Oikea leikkausasento ehkäisee komplikaatiot. Pinsetti 15 (4), 13- 15.
- Revonsuo, A., Lauerma, H. & Kallio, S. 1998. Muistikuvat, valemuistot ja manipulointi 1. Suomen lääkirilehti 53 (6), 559- 562.
- Salanterä, S. & Heikkinen, K. 2002. Leikkauksen jälkeinen kivun hoitotyö heräämössä. Sairaanhoitaja 75 (6-7), 32- 34.)
- Sarvimäki, A. & Stenbock- Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Porvoo: WSOY.
- Schacter,D. 2001. Muisti- Aivot mieli ja menneisyys. Helsinki: Terra cognita.

Schacter, D. 2002. Muistin seitsemän syntiä. Helsinki: Terra cognita.

Silen- Lipponen, M., Turunen, H., Tossavainen, K., Smith, A. & Russell, J. 1999. Leikkaushoitajien merkityksellisiä kokemuksia yhteistoiminnallisuudesta. *Hoitotiede* 11 (1), 39-48.

Susleck, D., Willocks, A., Secrest, J., Norwood, B., Holweger, J., Davis, M., Myhan, G. & Trimpey, M. 2007. The perianesthesia experience from the patient's perspective. *Journal of perianesthesia nursing* 22 (1), 10-20.

Turunen, K. E., Wilenius, R. & Paakkola, E. 1995. Mitä on filosofia? Jyväskylä: Atena Kustannus Oy.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Valli, R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aatola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikunoita tutkimusmetodeihin 1*. Jyväskylä: PS- kustannus, 100- 112.

Vaughn, F., Wichowski, H. & Bosworth, G. 2007. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *Aorn journal* 85 (3), 589- 604.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väänänen, M., Pöyhönen, M., Pitkänen, O. & Happonen, M. 1999. Perioperatiivista hoitotyötä: avaruuslakana estää tehokkaasti leikkauspotilaan lämmönhukkaa. *Hoitotiede* 11 (1), 31- 38.

Yli- Hankala, A. 2002. Anestesia-laitteet ja monitorointi. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Hendolin, H., Jalonen, J. & Yli- Hankala, A. (toim.) *Anestesiaopas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 117- 122.

LIITELUETTELO

LIITE 1 Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

LIITE 2 Kyselylomake

LIITE 3 Tutkimuslupa-anomus

LIITE 4 Vastaus tutkimuslupa-anomukseen

LIITE 5 Aikaisemmat aihepiiriin kuuluvat tutkimukset



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

 OP07 versio 1/06
 SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN
 TEKEMISESTÄ

Työn tekijä <i>Jenna Mantila</i>	Opiskelijanumero <i>0441177</i>	Vuosikurssi <i>HT04PT08</i>	Lukuvuosi <i>2007</i>
Työn tekijä	Opiskelijanumero	Vuosikurssi	Lukuvuosi
Työn tekijä	Opiskelijanumero	Vuosikurssi	Lukuvuosi

Toimipiste
Satakunnan ammattikorkeakoulu, Porin yksikö

Työn ohjaaja ammattikorkeakoulussa
Hanna Rautala-Nurmi

Toimeksiantajan nimi ja yhteystiedot
Yhteistyö Leena Rautala, virologian tutkimuskeskus

Toimeksiantajan yhteyshenkilö ja yhteystiedot
Osastonyhtäjä Riina Peltomäki, Leikkaus- ja anestesiakeskus, Puh 02-6277480

Opinnäytetyön nimi
Yleisanestesioiden potilaan muistikuvat leikkaus- ja anestesiakeskuksesta

Työn etenemisaikataulu
Tammikuu 2007 - Joulukuu 2007

Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuopimus ja työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.

Ammattikorkeakoululle syntyvien kustannusten peittämisestä työhön liittyy/ei liity palvelumaksu. Projektin aiheuttamien kustannusten korvaamisesta tehdään erillinen sopimus.

Ammattikorkeakoulu vastaa työn seurannasta, työn riittävästä laadustasosta sekä aikatauluista. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista. Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiaa ei päästä sopimukseen erimielisyydet ratkaistaan Porin käräjäoikeudessa.

Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.

Sopimuksen liitteenä on hyväksytty tutkimus-/projektisuunnitelma.

Päiväys <i>11.10.2007</i>

Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus <i>Riina Peltomäki</i>	Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus <i>Jenna Mantila</i>
Ammattikorkeakoulun edustajan allekirjoitus <i>Arto Korpola</i>	Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus <i>Jenna Mantila</i>

Arvoisa leikkausosaston potilas!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulun Porin yksiköstä. Suuntautumisvaihtoehtonani on perioperatiivinen hoitotyö. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen, jonka aiheena on tutkia yleisanestesioidun potilaan muistikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta. Tutkittavan aineiston kerään kyselylomakkeen avulla, jossa on kysymyksiä ja väittämiä leikkausosastolta, eli leikkaussalista ja heräämöstä.

Opinnäytetyön onnistumisen kannalta pyydän teitä vastaamaan oheisiin kysymyksiin ja väittämiin ennen poistumistanne sairaalasta. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja kaikki antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastataan nimettömästi, joten vastauksenne eivät ole tunnistettavissa. Vastauksenne voitte jättää suljetussa kirjekuoressa vuodeosaston henkilökunnalle.

KIITOS ETUKÄTEEN VASTAUKSESTANNE

Ystävällisin terveisin:

Sairanhoitajaopiskelija

Jenna Mantilo

PYYDÄN TEITÄ VASTAAMAAN SEURAAVIIN KYSYMYKSIIN MERKITSEMÄLLÄ OIKEA VASTAUS!

1. Sukupuoli

1. Mies
2. Nainen

2. Ikä

1. 18- 29 vuotta
2. 30- 44 vuotta
3. 45- 64 vuotta
4. 65- 80 vuotta
5. yli 80 vuotta

3. Kuinka monta kertaa teidät on nukutettu leikkausta varten?

1. Tämä oli ensimmäinen kerta
2. Tämä oli minun toinen tai useampi kerta

4. Oliko teidän leikkauksenne

1. Ennalta suunniteltu
2. Päivystysleikkaus

5. Saitteko ennen leikkausta esilääkkeen?

1. En saanut
2. Kyllä sain

6. Kävikö leikkausosastolta sairaanhoitaja tapaamassa teitä ennen leikkauspäivää?

1. Ei käynyt
2. Kyllä kävi

Seuraavaksi on joukko väittämiä. Rengasta vaihtoehto, joka vastaa eniten muistikuvaanne. Alla vastausvaihtoehdot:

- 1. Täysin eri mieltä**
- 2. Osittain eri mieltä**
- 3. En osaa sanoa**
- 4. Osittain samaa mieltä**
- 5. Täysin samaa mieltä**

Halutessanne voitte myös perustella vastaustanne kysymyksen jälkeen.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
7. Jännitin leikkausta	1.	2.	3.	4.	5.
Miksi?					
8. Leikkausosastolla henkilökunta esitteli itsensä	1.	2.	3.	4.	5.
9. Koin janontunnetta leikkausosastolla	1.	2.	3.	4.	5.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri miel- tä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
10. Kehoani ei paljastettu turhaan leikkausosastolla	1.	2.	3.	4.	5.

Miten se ilmeni?

11. Minut otettiin mukaan itseäni koskeviin keskusteluihin leikkausosastolla	1.	2.	3.	4.	5.
--	----	----	----	----	----

12. Minut otettiin mukaan yleiseen keskusteluun ennen nukumista	1.	2.	3.	4.	5.
---	----	----	----	----	----

13. Leikkausosastolla tunnelma oli kiireinen	1.	2.	3.	4.	5.
--	----	----	----	----	----

Miksi?

14. Leikkausosastolla henkilökunta oli ystävällistä	1.	2.	3.	4.	5.
---	----	----	----	----	----

Miten se ilmeni?

15. Kuulin epämiellyttävää melua leikkausosastolla	1.	2.	3.	4.	5.
--	----	----	----	----	----

Miksi?

16. Minua huomioitiin leikkausosastolla riittävästi	1.	2.	3.	4.	5.
---	----	----	----	----	----

17. Tunsin yksityisyyteni turvatuksi leikkausosastolla	1.	2.	3.	4.	5.
--	----	----	----	----	----

Miksi?

	Täysin eri mieltä	Osittain eri miel- tä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
18. Tunnelma leikkausosastolla oli rauhallinen	1.	2.	3.	4.	5.
19. Koin, että minua hoidettiin rutiininomaisesti	1.	2.	3.	4.	5.
20. Tunsin oloni turvalliseksi leikkausosastolla	1.	2.	3.	4.	5.
Miksi?					
21. Koin pahoinvointia leikkausosastolla	1.	2.	3.	4.	5.
22. Kärsin kipua leikkauksen jälkeen	1.	2.	3.	4.	5.
23. Minulle jäi miellyttävä kuva leikkausosastosta	1.	2.	3.	4.	5.

24. Muistatteko nähneenne unta leikkauksen aikana?

1. En

2. Kyllä, minkälaista

25. Onko teillä muistikuvia heräämishetkestänne?

1. Ei

2. Kyllä, minkälaisia

26. Lopuksi pyydän teitä vielä kirjoittamaan haluamistanne muistikuvista ja niiden herättämistä tunteista leikkausosastolla.

LÄMMIN KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Jenna Mantilo
Vähäusikatu 13 as 17
28100 Pori
Puh. 044-3140685

ANOMUS

1.6.2007

Satakunnan keskussairaala
Ylihoitaja Seija Elomaa
Sairaalantie 3
28500 Pori

TUTKIMUSLUPA

Olen Satakunnan ammattikorkeakoulun Terveysalan Porin yksikön hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opiskelija. Tavoitteenani on valmistua sairaanhoitajaksi joulukuussa 2007. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Aiheenani on kuvata yleisanestesioidun potilaan muistikuvia leikkaus- ja anestesiaosastolta.

Tutkimusaineisto on tarkoitus hankkia kyselylomakkeella Satakunnan keskussairaalan osastojen B3 ja S1 leikkauspotilailta, joille toimenpide on tehty yleisanestesiassa. Kysely on tarkoitus suorittaa potilaalle osastolla olo aikana hänelle sopivana ajankohtana 1., 2. tai 3. postoperatiivisena päivänä. Kyselyn suorittaisin syyskuussa 2007. Kyselylomakkeella saadun aineiston käsittelen luottamuksellisesti huolehtimalla potilaan anonymiteetin säilymisestä.


Pyydän kohteliaimmin lupaa opinnäytetyön kyselyn suorittamiseen sairaalassanne. Ohjaajanani toimii TtM Hanna Rautava- Nurmi.

Kunnioittaen

Jenna Mantilo

Liitteet

Tutkimussuunnitelma

	SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI Operatiivinen tulosalue	
		Sivu 1/1


VASTAUS TUTKIMUSLUPA-ANOMUKSEEN


Tutkimuksen tekijä: Mantilo Jenna

Tutkimusaihe: "Yleisanestesiodun potilaan muistikuvat leikkaus- ja anestesiaosastolta"

Porissa 7.6.2007

Myönnän / hylkään tutkimuslupan

3.7.2007

 ylilääkäri Pertti Aarnio
 kirurgian tulosyksikkö


 ylilääkäri Ari Ylä-Outinen
 naistentautien ja synnytysten tulosyksikkö


 ylihoitaja Leena Rantala
 kirurgian tulosyksikkö


 ylihoitaja Pirjo Harju
 naistentautien ja synnytysten tulosyksikkö

TAULUKKO1. Aikaisempaan aihepiiriin kuuluvat tutkimukset

TUTKIMUKSEN NIMI/ VUOSI	TEKIJÄ	TUTKIMUSMENETELMÄ JA OTOS	TUTKIMUSTULOKSET
Arviointi työn uudelleen organisoinnista leikkaus- ja anestesia-osastolla/ 1998	Rautava	Tutkimuksessa käytettiin metodologista triangulaatiota. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, ilmapiirikartoitusta ja esseitä. Otos koostui 160 potilaasta sekä 89 hoitohenkilökunnasta.	Tutkimustulosten mukaan moduloinnin aikana positiivisia kokemuksia saavutettiin potilaiden pelokkuuden, jännittämisen sekä yksinäisyyden kokemisessa. Hoitohenkilökunnan työolot paranivat ja sairaalopoissaolot vähenivät moduloinnin myötä.
Intraoperatiivinen hoitotyö leikkauspotilaiden kokemana/ 1994	Hankela	Kyseessä oleva tutkimus pohjautuu fenomenologis- hermeneuttiseen tutkimustraditioon. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoimatonta haastattelua ennen ja jälkeen leikkauksen. Analysoinnissa käytettiin teema- ja mallianalyysia. Otos koostui 20 lonkan tekonivelleikkaus potilaasta.	Tutkimustulosten mukaan leikkauksen aikainen selviytyminen perustuu potilaiden mukaan turvallisuuden ja turvattomuuden tunteisiin. Turvallisuutta lisäsivät henkilökunnan humaanit toimintatavat ja toiminnot. Potilaiden sisäistä turvattomuutta sai aikaan huoli leikkauksen onnistumisesta ja integriteetin säilyminen, kun ulkoista turvattomuutta aiheutti vieras hoitoympäristö ja itsemääräämiskeuden harjoittaminen
Potilas leikkaushoidossa/ 1994	Mikkonen	Kyseessä oli ensisijaisesti kvalitatiivinen tutkimus, mutta tukena käytettiin myös tilastollisia kuvia. Tiedonkeruussa käytettiin vapaamuotoista syvähaastattelua sekä osallistuvaa havainnointimenetelmää. Aineisto purettiin sisälön analyysimenetelmällä. Tutkimuksen otos muodostui 30 elektivisestä leikkauspotilaasta.	Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että potilaat odottivat mm. leikkaushoidolta pääasiassa optimaalisen terveyden saavuttamista, parempaa elämänlaatua sekä turvallista leikkaushoitoa. He toivoivat myös ystävällistä ja inhimillistä kohtelua ja palvelua hoitohenkilöstöltä. Nämä toteutuivat 90 %:lla potilaista joko kokonaan tai osittain. Kehitettävää hoitotyön osalta on vuorovaikutustaidoissa, hoidon jatkuvuudessa sekä turvallisen hoidon takaamisessa.