

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Noora Heinonen ja Jenna Kailio

PERIOPERATIIVISEN HOITOTYÖN ETIIKKA

– ICU competence – projektin virtuaalisen
koulutusohjelman sisällön kehittäminen



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sairaanhoidaja

Toukokuu 2015 | 44

Ohjaaja Tuija Leinonen

Noora Heinonen ja Jenna Kailio

PERIOPERATIIVISEN HOITOTYÖN ETIIKKA - ICU COMPETENCE- PROJEKTIN VIRTUAALISEN KOULUTUSOHJELMAN SISÄLLÖN KEHITTÄMINEN

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietoa perioperatiivisen hoitotyön etiikasta. Opinnäytetyön toteuttamismenetelmänä oli sovellettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus, johon valikoitui 13 tutkimusta (n=13). Opinnäytetyö toteutetaan osana ICU-game- hanketta.

Perioperatiivisen hoitotyön etiikasta on julkaistu melko vähän tutkittua tietoa. Tutkimuksia aiheesta löytyi enemmän ulkomaisista kuin Suomalaisista lähteistä. Aihetta on tutkimuksissa käsitelty sekä potilaan että hoitajan näkökulmista, mutta omaisten näkökulmasta tutkimuksia ei löytynyt. Vuorovaikutusongelmat hoitohenkilökunnan välillä koettiin potilaan hoitoa heikentäväksi ja siten moraalista ahdistusta aiheuttavaksi asiaksi. Puutteelliset hoitotilat, riittämätön henkilökunta, sekä sen empaattisten taitojen puute heikensivät potilaiden yksityisyyden ja arvokkuuden säilymistä. Päivystysleikkauksille ominainen kiire koettiin esteenä mm. hyvän preoperatiivisen valmistelun toteutumiselle ja välitöntä hoitoa tarvitsevien potilaiden määrän kasvaessa tasa-arvoisen hoidon tarjoaminen jokaiselle potilaalle koettiin haastavaksi. Tietoisien suostumuksen antaminen, sekä sen ongelmakohdat potilaan kirurgiseen hoitoon liittyen nousivat yhdeksi tärkeäksi teemaksi. Hoitotyöntekijöiden keskuudessa tulisi lisätä eettistä keskustelua. Eettinen keskustelufoorumi voisi auttaa hoitajia vaikeissa tilanteissa ja tarjota jalustan keskustelulle tulevista eettisistä ongelmista ennakoivasti.

Perioperatiivisen hoitotyön etiikasta olisi aiheellista teettää lisätutkimuksia. Aihe koskettaa hoitoalan työntekijöitä kansainväliselläkin tasolla, ja terveysjärjestelmien uudistuessa olisi hyödyllistä selvittää näiden uudistuksien vaikutuksia perioperatiiviseen hoitotyöhön eettisestä näkökulmasta.

ASIASANAT:

leikkaus, kirurgia, intraoperatiivinen, hoitotyö, etiikka, eettiset haasteet, moraalit, ongelma, yksityisyys, arvokkuus, vuorovaikutus, potilas, ensiapu, suostumus, postoperatiivinen, preoperatiivinen, perioperatiivinen, tahdostariippumaton

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care | Registered nurse (AMK)

May 2015 | 44

Tutor Tuija Leinonen

Noora Heinonen and Jenna Kailio

ETHICS IN PERIOPERATIVE NURSING – ADVANCING THE CONTENT OF A VIRTUAL DEGREE PROGRAMME IN ICU-GAME PROJECT

The aim of this thesis was to find out ethical issues in perioperative nursing and to produce a summary of the results. The Method of this thesis was a systematic review of 13 articles (n=13). This thesis was executed as a part of ICU-game- project.

The research in perioperative nursing ethics is quite deficient. There seems to be more foreign studies about ethics in perioperative nursing published, than Finnish. Articles been analyzed in this review examines the subject equally from both patient's and nurse's point of view, but none of the articles examined the subject from relative's point of view. Interaction between physicians and nurses were experienced as a moral issue and very distressing factor. Inadequate nursing environment, such as patient rooms, and insufficient staffing patterns were diminishing patient's privacy and dignity. Also some of the health care personnel's disability for empathy was experienced as a negative issue, naturally. Haste as a characteristic feature for emergency operations was experienced as precluding appropriate preoperative preparations of the patient such as anesthesia or operating pose. Constantly growing number of patients needing immediate care was experienced precluding for giving equally good care for every patient. Informed consent in surgical care and problems related to it was one of the ethical issues emerged. Ethical forum and increased conversation within the care personnel would help nurses to deal with ethically problematic situations and give frame to the future ethical conversations.

Additional research of ethics in perioperative nursing is required. The subject itself concerns nurses internationally and while the health care systems are constantly developing it would be useful to find out how these reforms effect on nursing practice from ethical point of view.

KEYWORDS:

operation, surgery, intraoperative, nursing, ethics, ethical challenges, moral, morality, problem, privacy, dignity, communication, patient, emergency, consent, postoperative, preoperative, perioperative, involuntary

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ JA HOITOTYÖN ETIIKKA	6
2.1 Perioperatiivinen hoitotyö	6
2.2 Hoidon tarpeen arviointi ja toteutus	7
2.3 Etiikka hoitotyössä	9
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ	14
4 TULOKSET	25
4.1 Julkaisut perioperatiivisesta etiikasta ja niiden tutkimusnäkökulmat	25
4.2 Päivystysleikkausten aiheuttamia erityispiirteitä perioperatiiviseen hoitotyöhön eettisestä näkökulmasta	31
4.3 Perioperatiivisen hoitotyön kehittäminen eettisestä näkökulmasta	32
4.4 Yhteenveto tuloksista	34
5 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	37
6 POHDINTA	37
LÄHTEET	42

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhaku­taulukko	15
Taulukko 2. Tutkimustaulukko	23
Taulukko 3. Tulostaulukko	26

1 JOHDANTO

Eettinen osaaminen on usein hyvin aliarvostettua ja sitä pidetään itsestäänselvyytenä. Kiire ja rutiinit hoitotyössä tuovat omat haasteensa eettisten arvojen toteutumiselle, toisaalta rutiinit ja ohjeistukset suojaavat niitä (Launis 2009, 6-9). Tietoa hoitotyön etiikasta tarvitaan, sillä muuttuvan terveydenhuoltojärjestelmän myötä hoitohenkilökunta joutuu yhä useammin työskentelmään säästöpainneiden alla pyrkien kuitenkin toimimaan myös potilaan parhaaksi. Tämän vuoksi tarvitaan eettisen tarkastelun kestäviä perusteluja hoitotyön ratkaisuille. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 16-17.)

Perioperatiivisen hoitotyön etiikka on aiheena haastava, sillä moni asia jonka kuvitellaan olevan eettinen ongelma, onkin itse asiassa valinta oikean ja väärän välillä. Aiheeseen perehtyminen tapahtuu tässä opinnäytetyössä muun muassa sairaanhoitajan eettisten ohjeiden, sekä näyttöön perustuvien tieteellisten artikkelien pohjalta. Aihetta on tehdyn kirjallisuuskatsauksen perusteella tutkittu Suomessa melko vähän sairaanhoitajien, ja vielä vähemmän potilaiden tai omaisten näkökulmista. Sairaanhoitajat toimivat työssään paitsi lakien, asetusten ja suositusten asettamissa rajoissa, myös omien arvojen ja ammattimoraalinsa varassa. Hoitotyön etiikka on tärkeä aihe, joka tulisi sisällyttää hoitohenkilökunnan jokapäiväiseen työhön. Hyvä eettinen työote auttaa sairaanhoitajia myös jaksamaan työssään paremmin. Eettisten ongelmatilanteiden purkaminen työyhteisöissä on myös tärkeää erityisesti työn mielekkyyden kannalta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on soveltaen systemaattista kirjallisuuskatsausta koota yhteen tutkittua tietoa perioperatiivisen hoitotyön etiikasta. Tavoitteena on lisätä hoitoalan opiskelijoiden ja ammattilaisten eettistä herkkyyttä perioperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutetaan osana ICU- game – hanketta (Intensive Care Unit) jonka tarkoituksena on luoda uudenlainen tehohoidon oppimisympäristö alan opiskelijoille ja ammattihenkilöille (Lakanmaa 2015).

2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ JA HOITOTYÖN ETIIKKA

2.1 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivinen hoitotyö koostuu kolmesta osasta; pre-, intra- ja postoperatiivisesta hoitotyöstä. Preoperatiivinen hoitotyö alkaa kun potilaalle tehdään leikkauspäätös. Preoperatiivisessa vaiheessa arvioidaan potilaan fyysinen ja psyykinen terveydentila, tunnistetaan leikkausriskit ja hoidetaan leikkauskelpoisuutta heikentäviä sairauksia. (Lukkari ym. 2013, 20.) Ennen leikkausta tapahtuvan hoidon tärkeänä osana annetaan potilaalle informaatiota tulevasta toimenpiteestä ja siitä toipumisesta. Myös preoperatiivisen fysioterapian tulisi, toimenpiteestä riippuen, olla osa potilaan leikkaukseen valmistamista. Fyysiset harjoitteet, esimerkiksi olkapään pinnetilan leikkausta edeltävästi, on tutkitusti todettu postoperatiivista kipua vähentäväksi ja toipumista edistäväksi tekijäksi (Vuorenmaa ym. 2011, 935-940).

Intraoperatiivinen hoitotyö alkaa kun potilaan hoitovastuu siirtyy leikkaustiimille ja päättyy kun potilas siirtyy valvontayksikköön, kuten heräämöön tai teho-osastolle (Lukkari ym. 2013, 20). Anestesian aikana potilas valmistellaan toimenpiteeseen desinfioimalla leikkausalueen iho ja rajaamalla leikkausalue steriilein liinoin. Intraoperatiivinen hoitotyö käsittää myös toimenpiteen ja sen aikaisen potilaan tarkkailun ja lääkitsemisen.

Postoperatiivinen hoitotyö alkaa valvontayksikössä, missä tarkkaillaan potilaan verenkiertoa, hengitystä, tajunnan tasoa, liiketoimintoja, kipua, pahoinvointia, lämpötilaa, virtsaneritystä, sekä verenvuotoa. Ennen vuodeosastolle siirtymistä potilaan edellä mainitut, tarkkailun kohteina olevat arvot ja toiminnot on oltava leikkausta edeltävällä tasolla. (Lukkarinen ym. 2012, 7-33.) Postoperatiivinen hoitotyö jatkuu potilaan siirtyessä osastolle tai kotiin. Toimenpiteen jälkeen hoitotyö keskittyy potilaan toipumiseen ja kuntoutumiseen, sekä toimenpiteestä aiheutuvien komplikaatioiden hallintaan. (Ahonen ym. 2012, 104-106.)

2.2 Hoidon tarpeen arviointi ja toteutus

Potilaan hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön, ja tarvittavat kuvantamis- ja laboratoriotutkimukset on toteutettava kolmen kuukauden kuluessa läheteen saapumisesta. Hoidon aloitus tulee järjestää 6 kuukauden kuluttua hoidon tarpeen toteutamisesta. (Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010.) Kiireellisen hoidon antamista varten on kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Yksiköissä, jotka toteuttavat päivystystä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen. (Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010.) Kirurgian päivystysyksikössä on oltava valmius leikkaushoitoon, leikkauksen jälkeiseen seurantaan ja tehostettuun valvontaan. Päivystäviltä yksiköiltä vaadittava valmius kirurgisen hoidon toteuttamiseen, ja asetukset potilaan siirrosta leikkaavaan yksikköön on esitetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. (Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010)

Päivystyshoito on äkillisen sairastumisen, tapaturman tai pitkäaikaissairauden vaikeutumisen vaatimaa välitöntä hoitoa. Päivystystoiminta jaetaan Suomessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoimintaan. Erikoissairaanhoidon päivystyksen järjestämisestä on vastuussa yleensä sairaanhoitopiiri ja päivystystoiminta on usein keskitetty yhteen alueelliseen päivystyspoliklinikkaan. Esimerkiksi neurokirurgiset, ja muut vaativimmat erikoissairaanhoidon potilasryhmät ovat keskitettyinä yliopistosairaaloihin. (Kuisma ym. 2013, 92-98.)

Päivystyspotilaan hoitoketjun tulee jatkua ensihoidosta päivystykseen sekä siitä jatkohoitoon mahdollisimman saumattomasti. Tiedonsiirto ja selkeä raportointi potilaan tilasta on tällöin hyvin tärkeää. Suomessa on siirrytty yhteispäivystystoimintaan viime vuosina ja käyttöön on otettu hoidon tarpeen ja kiireellisyyden luokitteluja, kuten triage. Potilaan saapuessa päivystykseen, vastaanottava triage-hoitaja selvittää potilaan tulosyyn, nykytilan ja mahdollisuuksien mukaan varmistaa henkilöllisyyden. Potilaasta tehdään välittömästi tilanarvio. Triagehoidon tarve- ja kiireellisyydenluokitteluun sisältyy potilaan hengitystien avoimuu-

den ja hengityksen arviointi, kuten hengitysfrekvenssin, hengitystyön, hengityssäntien ja potilaan puhekyvyn arviointi. Verenkierrosta arvioidaan syketaajuutta, ihon lämpöä ja väriä sekä lämpörajaa. Tilanarviota täydennetään mittaamalla muun muassa happisaturaatio ja verenpaine sekä kartoittamalla potilaan vammat ja niiden vammamekanismit. Hoidon tarpeen arvioinnissa määritetään tarvitseeko potilas päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa vai kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa lainkaan, ja potilaat luokitellaan eri kiireellisyysluokkiin sen mukaisesti. Suomessa on hoidon tarpeen luokittelussa otettu paikkakunnittain käyttöön ESI- kiireellisyysluokittelu sekä lisäksi sairaanhoitopiireittäin omia päivystyskohtaisia ohjeistoja. (Kuisma ym. 2013, 92-98.)

ESI (Emergency Severity Index) - kiireellisyysluokittelu koostuu viidestä eri kiireellisyysluokasta. ESI-I potilailla on jokin vakava peruselintoiminnon häiriö ja potilaan hoito tulee aloittaa välittömästi. Toisen tason potilailla (ESI-II) on suuri kliinisen tilan heikkenemisen riski. Triage- hoitaja voi harkita potilaan siirtämistä II-luokkaan jos potilaalla on kovia kipuja tai poikkeava peruselintoiminnon löydös. Kolmannen tason potilailla (ESI- III) ei ole peruselintoimintojen häiriöitä eikä tutkimus- tai hoitotoimenpiteiden viive aiheuta heille riskiä. Neljännen ja viidennen tason potilaat tarvitsevat vain yhden tai ei lainkaan toimenpiteitä ja heidät voidaan ohjata toimintaohjeiden mukaan perusterveydenhuollon päivystykseen. Potilaan tilan muuttuessa tehdään tilanearvio aina uudelleen. (Kuisma ym. 2013, 92-98.)

Tiimityön onnistumiseksi kommunikointi on tärkein työkalu ja sen tulee olla kaksisuuntaista ja kohdennettua, jolloin tiedon vastaanottaja kuittaa ääneen saamansa tiedon oikeellisuuden tiedon antajalta, tässä ISBAR-raportointimenetelmä (Identify, situation, background, assessment ja recommendation) on hyödyllinen työväline. Raportti alkaa esittelemällä raportin antaja, sekä potilaan nimi ja henkilötiedot. Seuraavaksi kerrotaan potilaan hoidon syy ja tilanne lyhyesti. Tämän jälkeen kerrotaan potilaan tausta, tapahtumatiedot, potilaan oireet, vammamekanismit ja perussairaudet. Tilanearviossa todetaan potilaan senhetkinen kliininen tila, toteutetut hoitotoimenpiteet sekä niiden vaiku-

tukset. Viimeisenä annetaan suositus arvioidusta välittömän hoidon ja mahdollisen lisäavun tarpeesta. (Kuisma ym. 2013, 92-98.)

Leikkaushoitoa toteutetaan eri toimintamallien mukaan riippuen potilaan hoidon tarpeesta ja toimenpiteestä. LEIKO- toiminnan periaatteena on että potilas saapuu toimenpiteeseen suoraan kotoa. Potilas saapuu sairaalaan toimenpidepäivän aamuna. Tällä tavoin säästetään vuodeosaston paikkoja päivystys- ja postoperatiivisille potilaille ja myös vuodeosaston työntekijöiden taakka kevenee. Tulohaastattelun jälkeen potilas vaihtaa sairaalavaatteisiin ja jää odottamaan toimenpidettä. Toimenpiteen jälkeen potilas siirtyy kyseisen erikoisalan vuodeosastolle postoperatiiviseen hoitoon. (Ahonen ym. 2012,125.) LYHKI- kirurgian, eli lyhytjälkikirurgian toimintamallin mukaan potilas saapuu sairaalaan toimenpidepäivänä ja sairaalassaoloaika pyritään pitämään 1-3 vuorokaudessa. Kyseisen toimintamallin tarkoituksena on vähentää pitkittyneitä sairaalajaksoja, säästää hoitokustannuksissa sekä vähentää sairaalainfektioita. (Ahonen ym. 2012,124.) PÄIKI- eli päiväkirurgisessa toimintamallissa potilas saapuu sairaalaan ja kotiutuu sieltä toimenpidepäivänä. Päiväkirurginen malli on elektiivisen, eli etukäteen suunnitellun, leikkaushoidon ensisijainen vaihtoehto. (Hakala 2012, 6.) Potilaan hyvä sitoutuminen omaan hoitoonsa on edellytyksenä päiväkirurgiselle toimenpiteelle (Hakala 2012, 8). Jotkin toimenpiteet edellyttävät potilaan saapumista sairaalan vuodeosastolle jo toimenpidettä edeltävänä päivänä. Tällöin tehdään esimerkiksi toimenpiteen edellyttämiä tutkimuksia.

2.3 Etiikka hoitotyössä

Etiikka tulee kreikan kielen sanoista *ethike* ja *ethos* (tapa) (Aristoteles) (Knuutila ym. 1989, 27). Etiikka on oikeaa ja väärää tutkiva oppi, se siis pyrkii ymmärtämään oikeaa ja väärää koskevia käsityksiä. Eettisiksi ongelmiksi voidaan kutsua ihmisiä yleisesti mietityttäviä ongelmia, jotka herättävät pohdinnan oikeasta ja väärästä. (Juujärvi ym. 2007, 13.) Ammatillisten eettisten ongelmien ratkaiseminen edellyttää asiantiedon olevan mahdollisimman totuudenmukaista. Eettiselle ongelmalle on tyypillistä, että sille on useita ratkaisuvaihtoehtoja, joista

mikään ei täydellisesti poista ongelmaa, tällöin tulee valita ratkaisu joka tilanteessa olisi lähinnä oikeaa. (Juujärvi ym. 2007, 16-17; Launis 2009, 6-9.) Etiikassa tunnistetaan hyvin universaaleja periaatteita, jotka ovat lähes riippumattomia kulttuureista tai maailmankatsomuksesta. Näistä eräs hyvin tunnettu on nimeltään kultainen sääntö, jonka mukaan toiselle tulisi tehdä, kuten haluaisi itselleen tehtävän. Kultaisen säännön mukaan jokaisen tulisi asettua toisen asemaan ja eläytyä siihen, miltä tästä tuntuu. Näin syntyvät yhteisöllisyyden tunne, yhteisvastuu ja vastavuoroisuuden periaate. (Launis 1995, 63-65; Salo & Tähtinen 1996, 90-91.)

Moraali (*mos*) on etiikan lähikäsite. Sillä tarkoitetaan ihmisen käsitystä oikeasta ja väärästä. Moraalisesta ongelmasta on kyse silloin, kun ihminen ei tiedä miten hänen tulisi toimia, jotta hän toimisi oikein. Moraalisia ongelmia ammatillisessa tilanteessa kutsutaan yleensä eettiseksi ongelmaksi. (Juujärvi ym. 2007, 13.) Aristoteles jakoi ihmisen hyveet intellektuaalisiin ja luonteen hyveiksi. Intellektuaaliset hyveet perustuvat opetukseen ja kokemukseen, ja luonteen hyveet syntyvät tavoista. Aristoteleen mukaan hyveet eivät synny meissä luonnostaan, mutta eivät myöskään vastoin luontoa. Ihminen on luonnostaan kykenevä ottamaan ne vastaan ja opitut tavat ja kokemukset tekevät ne täydellisiksi. (Knuuttilla ym. 1989, 27.) Moraalisen ajattelun pohja muodostuu arvoista. Keskeisiä moraalisia arvoja ovat hyväntahtoisuus, universalismi ja yhdenmukaisuus. Yhdenmukaisuuden päämääränä on rajoittaa käyttäytymistä, joka aiheuttaisi paheksuntaa muissa. Hyväntahtoisuudella tarkoitetaan muista ihmisistä huolehtimista ja heidän tarpeidensa huomioimista. Universalismi pyrkii toteuttamaan oikeudenmukaisuutta. (Juujärvi ym. 2007, 41-42.) Myös jokaisen omat arvot, asenteet ja normit vaikuttavat kunkin yksilön moraaliseen ajatteluun. Asenteilla tarkoitetaan jokaisen ihmisen opittua tapaa ajatella, tuntea ja käyttäytyä, ne perustuvatkin kokemukseen eivätkä näin ollen ole sisäsyntyisiä. Normit ovat sovittuja sääntöjä ja yhteisön yhdessä sopimia toimintatapoja, joiden rikkominen useimmiten johtaa rangaistukseen. Arvot taas ovat jokaisen henkilökohtaisia, sisäisesti omaksuttuja ja viittaavat toimintatapoihin ja päämääriin, kuten esimerkiksi oikeudenmukaisuuteen. Arvot ovat myös yleisiä, elämää ohjaavia periaatteita. (Juujärvi ym. 2007, 37.) Moralismi noudattaa mustavalkoista maailmankuvaa:

Ihmiset, asiat ja käyttäytymistavat ovat joko hyviä tai pahoja, oikeita tai väärä, hyväksytyjä tai hylättyjä. Moralismi on eettiseltä kannalta kultaisen säännön vastakohta ja äärimmillään johtaa viholliskuvien muodostumiseen. Moralismien keinoja ovat pelottelu, syyllistäminen ja hylkääminen. (Launis 1995, 63-65; Salo & Tähtinen 1996, 90-91.)

”Eettinen herkkyys on osa jokaisen hoitajan ammatillista osaamista” (Launis 2009, 5). Taito tunnistaa eettinen ongelma tai sen mahdollisuus on edellytys eettiselle herkkyydelle. Osana eettiseen herkkyyteen liittyy taito tunnistaa tilanteeseen liittyvien ja siinä mukana olevien ihmisten erityispiirteet, tarpeet, velvollisuudet ja oikeudet. Näiden asioiden tunnistaminen taas edellyttää kykyä empatiaan ja taitoa asettua esimerkiksi jonkun toisen ihmisen rooliin. Eettinen herkkyys on pohdintaa erilaisista toimintatavoista ja niiden seurauksista ja mahdollisista vaikutuksista toiseen ihmiseen, sekä tilanteen herättämien omien tunteiden ja asenteiden tunnistamista. Yksilön eettinen herkkyys saattaa vaihdella tilanteesta riippuen. Uusissa tilanteissa ihminen saattaa kiinnittää huomiota enemmän jonkin asian tekniseen suorittamiseen, kuin sen moraalisiin, kun taas tutuissa tilanteissa aiempi tietopohja saattaa auttaa tilanteen moraalisen puolen hahmottamisessa. Voimakkaat eturistiriidat, kuten myötätunto toista osapuolta kohtaan saattaa ohjata huomion pois tilanteen moraalisisista vihjeistä, tai painottaa niitä eri tavalla, jolloin toimiminen objektiivisesti hankaloituu. Eettinen herkkyys on keskeisessä asemassa ammatillista toimintaa, koska käytännössä ilman sitä ei voi olla eettistä toimintaa. (Juujärvi ym. 2007, 21-24.)

Keskeisiä kysymyksiä hoitotyön etiikassa ovat huono-osaisimpien sosiaaliryhmien ihmisoikeudet, yksilön vastuu omista toimistaan ja valinnoistaan, sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja voimavarojen käytön priorisointi. Välittämisen kulttuuri, joka on ihmisluonnolle ominaista, pohjautuu inhimilliseen myötätuntoon ja kyseisen kulttuurin kautta tulisi terveydenhuoltojärjestelmänkin toimia. Hoitotyönkin etiikan on seurattava aikaansa, kuitenkin täysin sokeasti mukautumatta mihin tahansa virtaukseen. (Lindqvist 2004, 381-386.)

Sairaanhoitajaliiton julkaisemien eettisten ohjeiden mukaisesti sairaanhoitajan ensisijaisena tehtävänä on lievittää kärsimystä, ylläpitää ja edistää terveyttä

sekä ehkäistä sairauksia. Hoitotyössä tulee kunnioittaa jokaisen potilaan itsemääräämisoikeutta ja kohdella heitä tasavertaisina sukupuolesta, vakaumuksesta tai sosiaalisesta taustasta huolimatta. Sairaanhoidaja noudattaa salassapitovelvollisuutta ja luo potilaaseen luottamuksellisen hoitosuhteen, joka perustuu avoimeen vuorovaikutukseen. Sairaanhoidaja on itse vastuussa toimistaan, arvioi ja kehittää jatkuvasti omaa, sekä koko työyhteisön osaamista. (Sairaanhoidajaliitto 1996.)

Laki määrittää rajat joiden sisällä toimitaan, mutta yksilön omatunto kertoo, mikä on kunkin velvollisuus kanssaihmistä kohtaan. Hoitotyötä määrittää ennen kaikkea laki potilaan asemasta ja oikeuksista, josta on poimittu työhön keskeisesti liittyvät asetukset: ”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoidon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoidon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä. Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Hoitotyössä on löydettävä oikeat arvot, jotka auttavat valinnoissa ja rajat, joiden ylittäminen kääntyy elämää ja inhimillisyyttä vastaan. Etiikka kehittyy jatkuvasti ja uskottava etiikka nousee ihmisen arvosta ja elämän yhteisöllisestä luonteesta. Hoitotyössä syntyy ajoittain tilanteita, joissa ei voida välttää haitan aiheuttamista toisille, sillä vaihtoehdot ovat vähäisiä ja jokaisessa ratkaisussa voi olla oma varjopuolensa. Näissä tilanteissa tulee tarttua sisäisiin ristiriitoihin, ilmaista oma kantansa asiaan eikä paeta moraalista vastuuta. (Lindqvist 2004, 381-386.)

Eettinen työympäristö vaikuttaa sairaanhoitajien kokemaan moraaliseen ahdistukseen (Corley ym. 2005, 386). Työntekijöiden eettistä kuormitusta voidaan vähentää erilaisilla koulutuksilla, työnohjauksella sekä sopimalla työympäristöön yhteiset toimintaohjeet ja säännöt (Työterveyslaitos 2011). Hoitotyössä moraalista ahdistusta voi aiheuttaa myös ristiriidat potilaan itsemääräämisoikeuden ja oman tahdon, sekä suositellun hoidon välillä. Eräässä lääkäreiden eettisessä foorumissa käsiteltiin potilastapausta, jossa potilas kieltäytyi hänelle selkeää hyötyä tuovasta leikkaushoidosta. Tapaus oli eettisesti arveluttava, sillä potilaan kyky määrätä omasta hoidostaan oli tulkinnanvaraista perussairautena olevan skitsofrenian ja potilaan lisääntyneen aggressiivisuuden vuoksi. Leikkaushoito on useimmiten peruuttamaton ratkaisu, jolloin tulee huolellisesti harkita toimenpiteeseen liittyviä eettisiä ristiriitoja. Leikkaushoidon hyötyjä ja haittoja tulee verrata keskenään jokaisen potilaan kohdalla erikseen. (Saarni 2012, 2641-2642.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on koota yhteen tutkittua tietoa perioperatiivisen hoitotyön etiikasta.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa vastataan seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä on julkaistu perioperatiivisen hoitotyön etiikasta?
2. Mistä näkökulmista perioperatiivisen hoitotyön etiikkaa on tutkittu?
3. Mitä erityispiirteitä päivystysleikkaukset aiheuttavat perioperatiiviseen hoitotyöhön eettisestä näkökulmasta?
4. Miten perioperatiivista hoitotyötä voitaisiin kehittää eettisestä näkökulmasta?

Tämä opinnäytetyö toteutettiin soveltaen systemaattista kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsaus toteuttamismenetelmänä tarkoittaa jo olemassa olevan tiedon kartoittamista ja yhteen kokoamista sekä analysointia. Luotettavan tiedon löytyminen edellyttää tiedon hankkimisen menetelmän kriittistä arviointia (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 17-18, 53-54). Tutkimusmetodina kirjallisuuskatsaus on laadullisen ja määrällisen tutkimuksen välimuoto. Systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa tiivistetään useita tietyn aihepiirin aiempia tutkimuksia. (Salminen 2011, 4,9.) Tavoitteena systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on vähentää katsauksesta syntyvien vääristymien riskiä pyrkien toistettavuuteen; jokin asia esitetään todistettavasti samalla tavoin useassa eri lähteessä (Malmivaara 2008, 877–879). Työssä käytettävän tutkimusmetodin avulla on ollut mahdollista löytää uusia tutkimusongelmia perioperatiivisen hoitotyön etiikasta.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin suorittamalla systemaattinen tiedonhaku seuraaviin tietokantoihin: Medic, Cinahl, Pubmed ja Medline. Tiedonhaku täydennettiin läpikäymällä manuaalisesti hoitoalan julkaisuista Nursing ethics- lehdet vuosilta 2005-2015. Tähän opinnäytetyöhön hyväksytyt artikkelit ovat vuosilta 2005-

2015. Vuosirajaus on perusteltu hoitotyön etiikan muuttumattomuudella vuosien kuluessa sekä oletuksella löytyvän tutkitun tiedon vähäisyydestä. Tiedonhaussa Medline- tietokanta antoi vähiten osumia, parhaimmat osumat löytyivät manuaalisesti Nursing ethics- lehdestä. Tiedonhaku on kuvattu hakusanojen ja rajausten kanssa taulukossa 1.

Taulukko 1. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus, kaikki artikkelit 2005-2015	Osumat	Otsikonperusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Medic	eett*OR hoit* AND oper*	kaikki kielet, väitöskirjat ja alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä, vain kokotekstit	66	0	1	0
	eett*AND hoit* OR oper*	kaikki kielet, väitöskirjat ja alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä, vain kokotekstit	82	0	1	0
	ethics OR nursing AND operative	kaikki kielet, alkup.tutk., synonyym, (+väitöskirjat, vain kokotxt)	28	0	0	0
	ethics AND nursing OR operative	kaikki kielet, alkup.tutk., synonyym, (+väitöskirjat, vain kokotxt)	42	0	0	0
	etiikka OR hoitotyö AND operatiivinen	kaikki kielet, alkup.tutk., synonyym, (+väitöskirjat, vain kokotxt)	23	0	0	0
	Etiikka AND hoitotyö OR operatiivinen	kaikki kielet, alkup.tutk., synonyym, (+väitöskirjat, vain kokotxt)	14	0	0	0
	arvot AND hoitotyö OR moraali	kaikki kielet, alkup.tutk., synonyym, (+väitöskirjat, vain kokotxt)	4	0	0	0
	arvot OR hoitotyö AND moraali	kaikki kielet, alkup.tutk., synonyym, (+väitöskirjat, vain kokotxt)	32	0	0	0
	values OR nursing AND morality	kaikki kielet, alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä (kaikki kielet, väitöskirjat, synon., kokotxt)	54	0	0	0
	surgic* OR privacy* AND patient*	kaikki kielet, alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä (kaikki kielet, väitöskirjat, synon., kokotxt)	149	2	1	1

Taulukko 1. jatkuu

Taulukko1.jatkuu

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus, kaikki artikkelit 2005-2015	Osumat	Otsikonperusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Medic	kirurg* OR yksityisyys AND potil*	kaikki kielet,alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä (kaikki kielet,väitöskirjat,synon., kokotxt)	113	3	0	1
	surgical consent AND nursing OR ethics	kaikki kielet,alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä (kaikki kielet,väitöskirjat,synon., kokotxt)	28	2	0	0
	suostumus leikkaushoittoon AND hoitotyö OR etiikka	kaikki kielet,alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä (kaikki kielet,väitöskirjat,synon., kokotxt)	23	1	0	0
	surgical nursing AND emergency OR ethics	kaikki kielet,alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä (kaikki kielet,väitöskirjat,synon., kokotxt)	34	1	0	0
	kirurginen hoitotyö AND hätä OR etiikka	kaikki kielet,alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä (kaikki kielet,väitöskirjat,synon., kokotxt)	23	1	0	0
	surgical nursing AND moral issue OR ethics	kaikki kielet,alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä (kaikki kielet,väitöskirjat,synon., kokotxt)	27	1	0	0
	kirurginen hoitotyö AND moraalinen ongelma OR etiikka	kaikki kielet,alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä (kaikki kielet,väitöskirjat,synon., kokotxt)	39	1	0	0
	leikkau* AND hoit* OR tahd	kaikki kielet,alkuperäistutkimukset, asiasanojen synonyymit käytössä (kaikki kielet,väitöskirjat,synon., kokotxt)	199	2	0	0
Cinahl	ethical issues and nursing care and surgery or surgical	2005-2015	22	3	2	0
	ethical issues and surgery and surgery patient	2005-2015	18	4	3	1

Taulukko 1. jatkuu

Taulukko 1. jatkuu

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus, kaikki artikkelit 2005-2015	Osumat	Otsikonperusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Cinahl	ethical issues and surgery and emergency	2005-2015	16	1	1	1
	ethical decision making and surgery	2005-2015	87	5	3	1
	ethical challenges in nursing	2005-2015	11	1	1	1
	perioperative nursing OR ethical issues AND emergency	Full text saatavilla, Akateemiset julkaisut, subject: major heading: Perioperative nursing, julkaisut journal of clinical nursing-lehdestä	22	1	0	0
	ethical issues in practise OR postoperative care NAD emergency	Full text saatavilla, Akateemiset julkaisut, subject: major heading: Perioperative nursing, julkaisut journal of clinical nursing-lehdestä	15	3	0	0
	Ethics AND Operation AND Patient	205-2015	18	0	0	0
	moral distress AND surgical nurses	2005-2015	4	1	1	1
	Moral distress AND nursing AND surgery	2005-2015	3	1	0	0
	Ethics in nursing AND privacy AND surgery OR surgical	2005-2015	11	3	1	1
	Ethics in nursing AND communication problems AND operating room	2005-2015	0	0	0	0
	intraoperative AND ethics in nursing AND patient	2005-2015	0	0	0	0
Pubmed	perioperative nursing AND ethics	2005-2015, Free full text	5	0	0	0
	perioperative nursing AND ethics	2005-2015, Clinical trial, comparative study	3	0	0	0
	surgical patients AND ethics OR privacy	2005-2015, Free full text	7	2	0	0

Taulukko 1. jatkuu

Taulukko1. jatkuu

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus, kaikki artikkelit 2005-2015	Osumat	Otsikonperusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Pubmed	surgical patients AND ethics OR privacy	2005-2015	22	4	2	2
	postoperative care AND ethical issues OR patient	2005-2015, Free full text, clinical trial, comparative study	22	0	0	0
	nursing ethics AND surgical consent	2005-2015, Free full text	6	1	0	0
	nursing ethics AND involuntary OR autonomy	2005-2015	2	0	0	0
	ethical issues and perioperative care	2005-2015, Free full text, clinical trial, comparative study	20	0	0	0
Medline	nursing' ethic' operation'	2005-2015, ovid full text available	0	0	0	0
	surgical nursing AND ethics	2005-2015	21	3	0	0
	surgical AND privacy	2005-2015	41	2	1	1
	nursing AND dignity	2005-2015, clinical trial, case reports, comparative study, full text, humans	26	1	1	1
	patient dignity AND operative AND ethics	2005-2015	0	0	0	0
	surgical AND moral distress	2005-2015, full text, humans, nursing, comparative study, clinical trial, all adult, surgical services, health professions	287	7	1	1

Taulukko 1. jatkuu

Taulukko 1. jatkuu, manuaalinen haku

Julkaisu	Julkaisuvuosi	Volumi, numero	osumat	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Nursing Ethics	2005	Vol. 12. No. 1	15	0	0	0
	2005	Vol. 12. No. 2	15	0	0	0
	2005	Vol.12. No.3	15	1	1	1
	2005	Vol.12. No.4	13	0	0	0
	2005	Vol.12 No.5	14	0	0	0
	2005	Vol.12 No.6	15	0	0	0
	2006	Vol.13. No.1	13	0	0	0
	2006	Vol. 13. No. 2	13	0	0	0
	2006	Vol.13. No.3	15	0	0	0
	2006	Vol.13. No.4	13	0	0	0
	2006	Vol.13. No.5	13	0	0	0
	2006	Vol.13. No.6	13	0	0	0
	2007	Vol14. No.1	13	0	0	0
		Vol.14. No.2	19	0	0	0
	2007	Vol.14. No.3	18	0	0	0
	2007	Vol.14. No.4	15	1	1	1
	2007	Vol.14. No.5	14	0	0	0
	2007	Vol.14. No.6	19	0	0	0
	2008	Vol.15. No.1	20	0	0	0
	2008	Vol.15. No.2	20	0	0	0
	2008	Vol.15. No.3	16	0	0	0
	2008	Vol.15. No.4	23	0	0	0
	2008	Vol.15. No.5	19	0	0	0
	2008	Vol.15. No.6	18	0	0	0
	2009	Vol.16. No.1	18	0	0	0
	2009	Vol.16. No.2	17	0	0	0
	2009	Vol.16. No.3	22	0	0	0

Taulukko 1. jatkuu

Taulukko 1. jatkuu

Julkaisu	Julkaisuvuosi	Volumi ja numero	Osumat	Otsikonperusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Nursing Ethics	2009	Vol.16. No.4	17	0	0	0
	2009	Vol.16. No.5	23	1	1	1
	2009	Vol.16. No.6	22	0	0	0
	2010	Vol.17. No.1	25	0	0	0
	2010	Vol.17. No.2	19	0	0	0
	2010	Vol.17. No.3	19	0	0	0
	2010	Vol.17. No.4	19	0	0	0
	2010	Vol.17. No.5	21	0	0	0
	2010	Vol.17. No.6	22	0	0	0
	2011	Vol.18. No.1	20	0	0	0
	2011	Vol.18. No.2	24	0	0	0
	2011	Vol.18. No.3	25	0	0	0
	2011	Vol.18. No.4	21	0	0	0
	2011	Vol.18. No.5	17	0	0	0
	2011	Vol.18. No.6	16	0	0	0
	2012	Vol.19. No.1	20	0	0	0
	2012	Vol.19. No.2	14	0	0	0
	2012	Vol.19. No.3	16	0	0	0
	2012	Vol.19. No.4	21	0	0	0
	2012	Vol.19. No.5	12	0	0	0
	2012	Vol.19. No.6	18	0	0	0
	2013	Vol.20. No.1	13	0	0	0
	2013	Vol.20. No.2	14	0	0	0
	2013	Vol.20. No.3	13	0	0	0
	2013	Vol.20. No.4	15	0	0	0
	2013	Vol.20. No.5	15	0	0	0

Taulukko 1. jatkuu

Taulukko 1. jatkuu

Julkaisu	Julkaisuvuosi	Volumi ja numero	Osumat	Otsikonperusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Nursing Ethics	2013	Vol.20. No.6	11	2	2	2
	2013	Vol.20. No.7	14	0	0	0
	2013	Vol.20. No.8	11	0	0	0
	2014	Vol.21. No.1	14	0	0	0
	2014	Vol.21. No.2	14	0	0	0
	2014	Vol. 21. No.3	15	2	2	2
	2014	Vol.21. No.4	12	0	0	0
	2014	Vol.21. No.5	15	1	1	1
	2014	Vol.21. No.6	16	0	0	0
	2014	Vol.21. No.7	13	0	0	0
	2014	Vol.21. No.8	11	0	0	0
	2015	Vol.22. No.1	14	0	0	0
	2015	Vol.22. No.2	16	0	0	0

Yhteensä: 22

Päällekkäisiä 9

n=13

Tämän opinnäytetyön tulososioon valikoitui 13 artikkelia joiden tekijätiedot, toteuttamismenetelmät, tarkoitus ja keskeisimmät tulokset on kuvattuna taulukossa 2.

Taulukko 2. Tutkimustaulukko

Tekijä, maa ja vuosi	Tutkimusmenetelmä ja otanta	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
Park M. ; Jeon S.H. ; Hong H-J. & Cho S-H, Korea, 2014	Kvantitatiivinen kyselytutkimus n=913	Selvittää hoitajien työssään kokemien eettisten ongelmien luonnetta ja yleisyyttä sekä eroja eri hoitoyksiköiden välillä.	Kaikkein häiritsevimmät ja yleisimmät eettiset ongelmat kaikkien yksiköiden kesken olivat ristiriidat hoitaja-lääkäri-vuorovaikutuksessa, potilaiden hoitaminen oman terveyden uhalla ja rekrytointikaavat jotka rajoittavat potilaiden hoidon saatavuutta. Leikkaussalin koettuja eettisiä ongelmia olivat muun muassa elinten tai kudosten antaminen elinsiirtoon sekä riittämättömien tai kalliiden resurssien käyttöön varaaminen.
Langeland, K. & Sørli, V, Norja, 2011	Kvalitatiivinen haastattelu tutkimus. n=5	Valaista hoitajien kokemuksia eettisesti vaikeista tilanteista ensiapuyksikössä	Vähäinen henkilökunta potilasmäärään nähden koettiin myös eettisesti hankalaksi, koska hoitajat eivät voineet taata jokaiselle potilaalle samanlaista hoitoa. Hoitajat mainitsivat myös lääkäreiden ja hoitajien väliin olevan eettinen ongelma. Hoitajat kokivat että lääkärit eivät arvosta heidän mielipiteitään, eivätkä huomioi heidän tietojaan ja taitojaan potilaiden hoidossa, jolloin helposti tulee väärinymmärryksiä ja asioita potilaan tilasta jää huomioimatta. Hoitajat kertoivat että suurin eettinen ongelma oli hoitopäätösten teossa, kenet hoidetaan ensiksi, jos hoitoa tarvitsevia on monta?
Lindwall L. & von Post I. Ruotsi, 2014	Tiedot kerättiin hoitajien kirjoittamien tarinoiden	Selvittää hoitajien kokemuksia potilaiden perusteella yksityisyyden säilyttämisestä ja toteutumisesta.	Hoitajat kokivat potilaan arvokkuuden rikkoutuneen esimerkiksi tilanteissa, joissa hoitoalan ammattilaiset kohtelivat potilasta työkeästi ja eivät ottaneet häntä riittävästi huomioon. Hankalaksi koettiin myös lääkäreiden ja hoitajien vuorovaikutus ja yleiset välit.
Rice E. Rady M. Hamrick A. Verheijde J & Pendergast D. USA, 2008	Kyselytutkimus n= 239	Mitata hoitajien kokeman moraalisen ahdingon määrää eri tilanteissa	Hoitajien ja lääkäreiden välillä ilmeni mielipide- eroja potilaan hoidosta. Epäpätevän henkilökunnan kanssa työskentely nousi häiritsevänä asiana esille. Problematiikka elämää ylläpitävän hoidon toteuttamisessa omaisten toivomuksesta nousi myös esille.
Manderbacka K. Arffman M. Karvonen S. & Keskimäki I. Suomi, 2008	Tilastotutkimus, kohdejoukkona kaikki Suomessa asuvat 25-84-vuotiaat läpikäymässä ensimmäistä elektiivistä leikkausta.	Kuvata elektiivisen kirurgian käyttöön liittyviä eroja parempi- ja huono-osaisten terveydenhuollon asiakkaiden kesken, sekä sitä, käyttävätkö huono-osaiset näitä palveluja huomattavasti vähemmän.	Pienituloisuus, työttömyys ja yksinasuminen ovat yhteydessä elektiivisiin leikkauksien toimenpiteisiin. Leikkaukseen pääsyn todennäköisyys heikkeni asteittain huono-osaisuuden lisääntymisen myötä

Taulukko 2. jatkuu

Taulukko 2. jatkuu

Tekijä, maa ja vuosi	Tutkimusmenetelmä ja otanta	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
Pacsi, AL. USA, 2008	Tapaustutkimus	Tarkoituksena demonstroida hoitohenkilökunnan kohtaamaa eettistä dilemmaa heidän hoitaessaan kriittisessä tilassa olevaa Jehovan todistajaa.	Tapauksen esiintuoma eettinen ongelma syntyi tilanteesta, jossa täytyi valita potilaan autonomian ja uskonnollisten näkemysten kunnioittamisen ja elämän vaalimisen välillä.
Mei-Ling L. Chuen-Teng H. Hsien-Hsien C & Ching-Huey C. Taiwan, 2012	Toteutettiin käyttäen kvalitatiivista metodia, jota ohjasi fenomenologinen lähestymistapa ja siitä saadut tiedot analysoitiin Colazzin metodia käyttäen	selvittää elektiivisten kirurgisten potilaiden kokemuksia leikkaus päätöksen teossa.	Potilaat kertoivat päätöksen teon olevan hankalaa, koska he eivät olleet ymmärtäneet kaikkia heille kerrottuja ohjeita ja tietoja sairaudesta. Myös hoitohenkilökunnan pätevyys ja ystävällisyys vaikutti päätöksen tekoon. Potilaat mainitsivat myös pelkäävänsä omien mielipiteiden esille tuomisen vaikuttavan kriittisesti heidän hoitoonsa.
Akyüz, E. & Erdemir, F. Turkki, 2013	Semikvalitatiivinen haastattelututkimus Hoitajille 5-osainen ja potilaille 2-osainen haastattelu. (poikkileikkaustutkimus) n= 149 (47 hoitajaa, 102 potilasta)	Selvittää kirurgisen toimenpiteen läpikäyneiden potilaiden ja heitä hoitaneiden sairaanhoitajien odotuksia ja kokemuksia potilaiden yksityisyyden säilyttämisestä hoidossa. Tutkimuksessa selvitettiin myös kuinka hoitajat kunnioittavat potilaan henkilökohtaista tilaa.	Useimmat potilaat olivat huolissaan henkilökohtaisten tietojen salassapidosta ja siitä ettei luottamuksellisia tietoja suojella riittävästi. Hoitajat vaikuttivat tutkimuksen perusteella suojelevan enimmäkseen potilaan fyysistä yksityisyyttä, kun taas potilaat esittivät odotuksiaan myös kunnioittavasta ja huolellisesta käyttäytymisestä ja lähestymistavasta. Kyselyyn vastanneista hoitajista vain yksi mainitsi potilaan kunnioittamisen tärkeänä asiana.
Larsson Mauleon, A.; Palo-Bengtsson Liisa. & Ekman, S-L. Ruotsi, 2005	Bennerin metodi, kvalitatiivinen haastattelututkimus n=7	Selvittää ikääntyneiden potilaiden anestesiahoitoa ja siihen liittyviä eettisiä asioita anestesiahoitajien kokemana	Tuloksissa nousee esille kyvyttömyys auttaa ja osoittaa kunnioitusta potilasta kohtaan, tai elää omien henkilökohtaisten odotuksiensa mukaisesti. Tämä oli yleinen piirre joka nousi haastatteluissa hoitajien kuvailemissa ongelmatilanteissa esille. Akuuteissa tilanteissa anestesiahoitajille oli tärkeää saada kokeneemman anestesiahoitajan tai kollegan tarjoamaa tukea. Haasteet tehokkuuden asettamien vaatimusten ja rajoitusten ylittämässä olivat yleisimpiä kokemuksia jotka nousivat haastatteluissa esille.

Taulukko 2. jatkuu

Taulukko 2. jatkuu

Tekijä, maa ja vuosi	Tutkimusmenetelmä ja otanta	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
Torjuul, K.; Elstad, I. & Sørli, V. Norja, 2007	Kvalitatiivinen haastattelu tutkimus n=10	Selvittää hoitajien kokemien eettisten ongelmien laatua ja sitä, kuinka hoitajat kokivat nämä eettiset ongelmatilanteet?	Potilaiden ilmaisema tuska ja epätoivo koettiin taakkana. Potilaiden ja omaisten vaikeisiin elämäntilanteisiin eläytymisen ja myötätunnon osoittamisen. Hoitajan vastuu toimia potilaan kärsimysten lopettamiseksi nousi myös esille. Hoitajien tulisi kyseenalaistaa hoitopäätökset, jotka eivät lievitä potilaan kärsimyksiä millään tavoin.
Faghanipour S. Joolae S. & Sobhani M. Iran, 2014	Haastatteluin täydennetty kvantitatiivinen kyselytutkimus n=300	Määritellä miten paljon potilaita oli informoitu tulevasta leikkauksesta ja siitä mitkä asiat sairaalassa vaikuttavat siihen.	Potilaat eivät olleet saaneet tarpeeksi tietoa kirurgisesta prosessista, anestesia muodosta, mahdollisista komplikaatioista leikkaukseen liittyen, leikkauksen riskeistä, mahdollisista muista hoito keinoista, sairaala jakson pituudesta, sekä leikkauksen jälkeisistä seurauksista ja hoitojen kuluista. Tutkimuksessa selvisi myös, että potilaiden koulutuksen tasolla oli merkitystä tiedon saantiin
Torjuul, K. & Sørli, V. Norja, 2006	Kvalitatiivinen haastattelu tutkimus n=10	Kuvailta hoitajien kokemien eettisten ongelmien tyyppiä kirurgisessa yksikössä.	Hoitajat kokivat vaikeaksi potilaan tietojen luovuttamisen omaisille potilaan antamien rajoitusten vuoksi. Tilanteet joissa potilas ei vielä tiedä omasta huonosta ennusteestaan hoitajien sen jo tietäessä koettiin eettisesti haastaviksi. Päihdetaustaisiin potilaisiin luottaminen ja yksityishuoneiden puutteen aiheuttama potilaideen yksityisyyden heikkeneminen koettiin ongelmaksi.
Ulrich, CM. ; Taylor, C. ; Soeken, K. ; O'Donnel, P. ; Farrar, A. ; Danis, M. & Grady, C. USA, 2010	Kvalitatiivinen kysely tutkimus n=422	Raportoida hoitajien työssään kokemien eettisten ongelmien yleisyyttä ja tyyppiä, sekä niiden aiheuttaman stressin määrää.	Vastauksissa nousi esiin viisi yleisintä stressiä aiheuttavaa eettistä ongelmaa: hoitoa rajoittavat henkilöstöstrategiat, vaikeiden päätösten tekeminen, potilaan yksityisyyden ja luottamuksen rikkominen, epäeettinen toiminta hoitotyössä, sekä hoidon lopettamiseen tai jatkamiseen liittyvät päätökset. Nuoremmat hoitajat kokivat enemmän moraalista stressiä, kuin vanhemmat hoitajat.

4 TULOKSET

4.1 Julkaisut perioperatiivisesta etiikasta ja niiden tutkimusnäkökulmat

Perioperatiivisen hoitotyön etiikasta on julkaistu melko vähän tutkittua tietoa. Aiheesta on kirjoitettu enemmän pohtivia artikkeleita tutkimustiedon määrään verraten. Valtaosa tähän opinnäytetyöhön valituista tutkimuksista on julkaistu hoitotieteellisissä lehdissä. Perioperatiivisen hoitotyön etiikan tutkimustiedosta nousi esille seitsemän pääteemaa. Nämä pääteemat on käsitelty järjestäen tutkittavan teeman ja näkökulman mukaan (taulukko 3).

Taulukko 3. Tulostaulukko

Tutkittava aihe	Näkökulma	Tutkijat ja julkaisuvuosi
Kiire ja hoitohenkilökunnan riittämättömyys	sairaanhoidaja	Larsson Mauleon ym. 2005, Ulrich ym. 2010, Langeland & Sørлие 2011
Lääkäreiden ja sairaanhoitajien vuorovaikutuksen hankaluudet	sairaanhoidaja	Torjuul & Sørлие 2006, Torjuul ym. 2007, Rice ym. 2008, Langeland & Sørлие 2011, Park ym. 2014, Lindvall & Von Post 2014
Potilaiden hoitaminen oman terveyden uhalla sekä työskenteleminen epäpätevän, epäeettisen ja valmistautumattoman kollegan kanssa	sairaanhoidaja	Larsson Mauleon ym. 2005, Ulrich ym. 2010, Park ym. 2014,
Sairaalatiolojen ja hoitovälineiden puutteet	sairaanhoidaja potilas	Torjuul & Sørлие 2006, Langeland & Sørлие 2011, Akyüz & Erdemir 2013,
Potilaiden yksityisyyden ja arvokkuuden säilyttäminen	sairaanhoidaja potilas	Torjuul & Sørлие 2006, Ulrich ym. 2010, Langeland & Sørлие 2011, Akyüz & Erdemir 2013, Lindvall & Von Post 2014
Potilaiden hoitopäätösprosessi ja siihen vaikuttavat tekijät	sairaanhoidaja potilas	Pacsi 2008, Ulrich ym. 2010, Mei-Ling ym. 2013, Faghanipour ym. 2014
Sosioekonomiset erot kirurgisten potilaiden välillä sekä niiden vaikutukset hoitopäätöksiin	potilas	Torjuul & Sørलिए 2006, Manderbacka ym. 2008, Mei-Ling ym. 2013

Tutkimustietoa kiireen ja riittämättömän henkilökunnan tuomista negatiivisista vaikutuksista hoitotyön etiikan toteutumiseen on saatu sairaanhoitajien näkökulmasta kolmesta tutkimuksesta. Tulosten mukaan sairaanhoitajille koitui moraalista ahdistusta potilasmäärien kasvaessa, jolloin tasa-arvoisen hoidon järjestäminen jokaiselle potilaalle on haastavaa. Potilaiden lisääntyvä määrä pakottaa sairaanhoitajat myös kiirehtimään työssään, jolloin työn painostavuus kasvaa, hoitovirheet saattavat lisääntyä ja tyytyväisyys omaan työhön kärsiä. Riittämätön henkilökunta ja muut järjestelmän hankaluudet koettiin tutkimusten tuloksissa yleiseksi ja stressiä aiheuttavaksi asiaksi. (Ulrich ym. 2010, 2510-2519; Langeland & Sørli 2011, 2064-2070.) Kiire perioperatiivisessa hoitotyössä, johtuen potilaan heikosta fyysisestä tilasta tai esimerkiksi leikkausaikatauluista, saattaa johtaa tilanteeseen, jossa sairaanhoitajan on kiirehdittävä potilaan hoidossa jolloin asianmukaiset valmistelut, kuten anestesia ja leikkausasennon varmistaminen, jäävät vajaiksi. Sairanhoitajat kokivat näissä tilanteissa turhautuneisuutta ja epäonnistuneensa työssään. (Larsson Mauleon ym. 2005, 263-271.)

Ongelmat vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä sairaanhoitajien, tai sairaanhoitajien ja lääkärin välillä koettiin useassa tutkimuksessa moraalista ahdistusta aiheuttavana asiana. Sairanhoitajat kokivat ahdistusta tilanteissa, joissa lääkärit eivät ottaneet hoitopäätöksissä huomioon sairaanhoitajien eriäviä näkemyksiä potilaan parhaasta. Sairanhoitajat kokivat vastuuta toimia potilaan kärsimysten lopettamiseksi, jolloin esimerkiksi turhien tai tehottomien hoitojen jatkaminen tulisi kyseenalaistaa. Erityisesti tämä koettiin vaikeaksi kokemattomien sairaanhoitajien keskuudessa. (Torjuul ym. 2007, 522-534.) Sairanhoitajat raportoivat tilanteista, joissa sairaanhoitaja olisi tehnyt päätöksen keskeyttää potilaalle hyödytön hoito jo kauan ennen lääkäreitä. Ajoittain lääkärit pitkittivät potilaiden hoitoa, ja sairaanhoitajat kokivat tämän vain pitkittävän potilaan kärsimyksiä ja heikentävän tämän elämänlaatua. Sairanhoitajat kokivat myös, että lääkärit keskittyivät potilaan hoidossa vain somaattisiin oireisiin, eivätkä kiinnostuneet lainkaan sairaanhoitajien esittämistä epäilyistä esimerkiksi potilaan mäsennuksesta. (Torjuul & Sørli 2006.) Esimerkiksi potilaalle kivuliaissa toimenpiteissä kirurgin epäeettisen toiminnan kyseenalaistaminen tai jopa keskeyttämi-

nen koettiin vaikeaksi. Sairaanhoidajien raportoimat kokemukset osoittavat, etteivät heidän kanssaan työskentelevät lääkärit aina ota sairaanhoidajien taitoja ja osaamista huomioon potilaan hoidossa. Esimerkiksi juuri potilaan kipulääkityksen tarvetta arvioitaessa lääkärit eivät luottaneet sairaanhoidajan arviointikykyyn eivätkä määränneet potilaalle riittävästi kipulääkettä, koska eivät uskoneet sille olevan tarvetta tai pelkäsivät lääkkeen tuomia sivuvaikutuksia, jolloin potilas jäi kivuliaaksi. (Rice ym. 2008, 360-373; Lindvall & Von Post 2014, 335-346.)

Epäpätevän, epäeettisen tai valmistautumattoman kollegan kanssa työskentely nousivat esille kolmessa tutkimuksessa. Sairaanhoidajat olivat tutkimustulosten mukaan riippuvaisia muun hoitotiimin tuesta ja eettisistä taidoista, jotta voitaisiin toimia potilaan hyväksi eettisesti kyseenalaisissa tilanteissa. Erityisesti akuuteissa tilanteissa sairaanhoidajille oli tärkeää saada kokeneemman sairaanhoidajan tai lääkärin tukea hoitolinjauksiin. Henkisen tuen puute ja hoitoryhmän erilaiset näkemykset vaikeissa hoitotilanteissa aiheutti sairaanhoidajissa riittämättömyyden ja yksinäisyyden tunteita. (Larsson Mauleon ym. 2005, 263-271.) Työtoverin osaamattomuus tai kokemattomuus aiheutti kolmanneksi eniten ahdistusta ja stressiä sairaanhoidajille (Ulrich ym. 2010, 2510-2519; Park ym. 2014, 594-607). Tähän teemaan liittyi potilaan hoitaminen oman terveyden uhalla, mikä koettiin eräässä tutkimuksessa paljon moraalista ahdistusta aiheuttavaksi tekijäksi. Työskentely turvattomien hoitovälineiden/laitteiden kanssa tai terveydelle haitallisessa ympäristössä sijoittui neljänneksi tutkimuksessa, jossa selvitettiin sairaanhoidajia henkilökohtaisesti häiritsevimpiä eettisiä epäkohtia. (Park ym. 2014, 594-607.)

Asianmukaisten sairaalatiilojen, kuten tutkimus- ja potilashuoneiden puutteet, sekä puutteelliset hoitovälineet olivat niin ikään tarkastelussa kolmessa tutkimuksessa. Kaksi käsitteli aihetta vain sairaanhoidajien näkökulmasta kun taas yksi otti huomioon myös potilaiden mielipiteet ja odotukset. Sairaanhoidajat kokivat häiritsevänä potilaiden tutkimisen avoimissa tiloissa, joissa muut potilaat sekä omaiset näkevät ja kuulevat hoidettavasta potilaasta yksityisiä ja ajoittain järkyttäviäkin asioita (Langeland & Sørli 2011, 2064-2070). Sairaanhoidajien haastatteluissa ilmeni, että yksityisten potilashuoneiden puute aiheutti haasteita

esimerkiksi potilaan haastattelu- ja ohjaustilanteissa. Sairaanhoitajat kokivat, että ajoittain potilaat salaavat joitain asioita terveydentilastaan huonetoverin ollessa paikalla. Potilaiden kanssa tuli myös erikseen sopia, mistä asioista on sopivaa keskustella huonetoverin kuullen. Sairaanhoitajat kokivat myös potilaiden huonetoverien vaikuttaneen nolostuneilta heidän kuullessaan yksityisiä asioita toisesta potilaasta. (Torjuul & Sørli 2006, 404-413.) Potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta toteutettu tutkimus osoitti, että potilaat toivoivat potilashuoneiden olevan ovellisia ja mukavia yksityishuoneita. Kyseinen tutkimus selvitti myös kuinka moni sairaanhoitajista koputtaa potilashuoneen oveen ennen kuin astuvat sisään; 59,5% tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista kertoivat aina koputtavansa potilashuoneen oveen, 36,2% koputtivat joskus/satunnaisesti ja 4,3% eivät koskaan koputtaneet ennen sisään astumista. Kyseiseen tutkimukseen vastanneista potilaista 17,4% ja sairaanhoitajista 25,5% olivat sitä mieltä, että useimmat sairaalan ohjesäännöistä rajoittavat potilaiden oikeutta yksityisyyteen. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista (95,7%) olivat sitä mieltä, että sairaalaympäristö tulisi järjestää siten, että se mahdollistaa potilaiden yksityisyyden. Esimerkiksi yksityishuoneiden ja potilaspaikkojen erotusverhojen lisäämisellä kunnioitettaisiin potilaan oikeutta yksityisyyteen. Potilashuoneiden tarjoama yksityisyys oli yleisin potilaiden esille tuoma tekijä sekä toiseksi yleisin sairaanhoitajien vastauksissa. Yksityinen huone sallii yksityisyyden toteutumisen sen kaikilla osa-alueilla; tietosuoja, fyysisen yksityisyyden, sekä psykologisen ja sosiaalisen yksityisyyden toteutumisen. (Akyüz & Erdemir 2013, 660-671.)

Potilaan yksityisyyden ja arvokkuuden säilyttäminen nousivat esille viidessä tutkimuksessa. Neljä tutkimuksista käsitteli aihetta vain sairaanhoitajien näkökulmasta. Potilaan oikeuksien suojelemiseen liittyvät eettiset ongelmat olivat Yhdysvaltalaiseen kyselytutkimukseen vastanneiden sairaanhoitajien kesken yleisimmin hoitotyössä esiintyviä, sekä myös toiseksi eniten stressiä aiheuttavia asioita (Ulrich ym. 2010, 2510-2519). Sairaanhoitajat kokivat olevansa eettisessä pulmatilanteessa silloin, kun potilas on kieltänyt kertomasta terveydentilastaan, esimerkiksi sairauden huonosta ennusteesta, tämän omaisille. Omaisten kysyessä potilaan tilasta sairaanhoitajat joutuivat antamaan epätyytyttäviä ja

vajavaisia vastauksia, jotta kunnioittaisivat potilaan oikeutta päättää, kenelle tietoja kerrotaan. Sairaanhoitajat kokivat haastavaksi myös löytää tavan kertoa potilaalle ja tämän omaisille potilaan vakavasta terveydentilasta arvokkaalla tavalla, ilman pelottelua ja toivon riistämistä. (Torjuul & Sørлие 2006, 404-413.) Eräässä tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat hankalaksi esimerkiksi tilanteet, joissa kirurgi vaati heitä paljastamaan potilaan intiimialueita jo kauan ennen toimenpiteen alkamista, jotta toimenpide voitaisiin aloittaa ripeämmin. Tällöin sairaanhoitajat joutuivat näkemään asioita, joita eivät olisi halunneet nähdä ja kokivat potilaan fyysisen yksityisyyden kärsineen. (Lindwall & Von Post 2014, 335-346.) Myös asiallisten hoitotilojen puute johti tutkimustiedon mukaan potilaan yksityisyyden heikentymiseen tilanteissa, joissa esimerkiksi vakavan trauman saanut potilas tulee tutkia huolellisesti vammojen kartoittamiseksi. Tällöin potilaan vartalo joudutaan joissain tapauksissa paljastamaan avoimissa hoitotiloissa. (Langeland, K. & Sørлие 2011, 2064-2070.) Sairaanhoitajat vaikuttivat tulosten mukaan suojelevan enimmäkseen potilaiden fyysistä yksityisyyttä. Potilaan tietosuojaa suojellakseen sairaanhoitajat myös raportoivat toteuttavansa erinäisiä varotoimia, kuten raporttien antaminen potilashuoneen ulkopuolella, puhuminen hiljaisella äänellä ja lääketieteellisen sanaston käyttäminen potilaaseen liittyvässä tiedonsiirrossa. (Akyüz & Erdemir 2013, 660-671.)

Yksi tutkimuksista tarkasteli potilaan yksityisyyden säilymistä myös potilaan näkökulmasta. Tuloksissa kävi ilmi, että potilaiden odotukset yksityisyyden säilyttämisestä erosivat hiukan sairaanhoitajien vastaavista. Potilaat odottivat hoitajilta myös kunnioitettavaa, varovaista ja herkkää lähestymistapaa hoitotyössä. Suuri osa potilaista oli tulosten mukaan tyytyväisiä fyysisen yksityisyytensä kunnioittamiseen, mutta oli huolissaan luottamuksellisten tietojen säilymisestä luottamuksellisina. (Akyüz & Erdemir 2013, 660-671.)

Tutkimuksista neljä käsitteli potilaiden hoitopäätösprosessia, sekä siihen vaikuttavia tekijöitä kuten riittävää tiedonsaantia sekä koulutustasoa. Potilaan autonomian ja tietoisien suostumusten toteutuminen sijoittui Yhdysvaltalais tutkimuksessa toiseksi yleisimmäksi sairaanhoitajien kokemaksi eettiseksi asiaksi (Ulrich 2010, 2510-2519). Suuri osa potilaista suostui tutkimustulosten mukaan

leikkaushoitoon vasta kun sairauden/vaivan haitat, kuten kipu ja alentunut toimintakyky, alkoivat olla sietämättömiä. Lääkärien ja sairaanhoitajien tapa kohdata potilas ja tämän sairaus, sekä heidän osoittamansa ammattitaito ja luotettavuus vaikuttivat potilaiden hoidon aloituspäätöksiin, kuin myös tuttujen suositukset ja kokemukset. Lääkärien käyttämä ammattisanasto potilaskeskusteluissa ja potilaiden tietämättömyys omasta sairaudestaan pitkittivät potilaiden tekemää päätöstä suostua leikkaushoitoon. (Mei-Ling ym. 2013, 672-683.) Potilaiden riittävä tiedonsaanti kirurgisesta hoidosta, siihen liittyvistä riskeistä, anestesiamuodoista, leikkaushoidon kestosta ja sen jälkeisistä seurauksista ei ollut tutkimustiedon mukaan riittävää. Korkeammin koulutetut potilaat saivat kyseisen tutkimuksen tulosten mukaan enemmän tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta kuin alemman tason koulutuksen saaneet. Kirurgi oli tiedon antajana valtaosassa tapauksista, mutta myös sairaanhoitajat saattoivat tiedottaa ja ohjata potilaita. Joissain tapauksissa potilas sai tietoa toimenpiteestä vasta toimenpidepäivänä. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilaat toivoivat saavansa enemmän tietoa tarvitsemastaan hoidosta. (Faghanipour ym. 2014, 314-322.)

Eräs Yhdysvaltalainen tapaustutkimus käsitteli potilaan oikeutta kieltäytyä leikkaushoidosta perustuen uskonnollisiin näkemyksiin. Eettisesti arveluttavan tilanteesta teki naispotilaan jo pitkälle edennyt raskaus (32vk). Nainen kieltäytyi hänelle ja sikiölle välttämättömästä leikkaushoidosta, sillä se olisi edellyttänyt verensiirtoa. Potilas oli Jehovan todistaja, eikä hänen uskontonsa salli verensiirtoa. Potilas synnytti kuolleen poikavauvan jonka jälkeen hän itse menehtyi tehosastolla aktiivisesta tehohoidosta huolimatta. Kyseisessä tapauksessa uskonnolliset näkemykset ja elämänkatsomus vaikuttivat ratkaisevasti potilaan päätökseen kieltäytyä leikkaushoidosta. (Pacsi 2008, 4-7.)

Sosioekonomiset erot kirurgisten potilaiden välillä nousi esiin hoitoon pääsyä selvittävässä tutkimuksessa. Tutkimuksen mukaan huono-osaisuus vaikutti heikentävästi leikkaukseen pääsyyn. Joissain leikkauksissa, esimerkiksi polven ja lonkan tekonivel leikkauksissa, sekä sepelvaltimo toimenpiteissä potilaan leikkaukseen pääsyn todennäköisyys kasvoi tultaessa alempiin tuloluokkiin. Kaikkein alimpien tuloluokkien kohdalla leikkauksen todennäköisyys oli kuitenkin

pienempi. Tultaessa ylempiin sosiaaliryhmiin eräiden toimenpiteiden todennäköisyys kasvoi, kuten kohdun- ja eturauhasen poistot, sekä selän välilevyn operaatiot. Tutkimus osoitti, että maaseudulla ja kaupungissa asuvien potilaiden välillä oli eroja hoitoon pääsyssä. Maaseudulla asuvat huono-osaisiksi laskettavat potilaat pääsivät leikkauksiin lähes yhtä todennäköisesti, kuin kaupungissa asuvat hyväosaiset. (Manderbacka ym. 2008, 2025-2031.) Sairaanhoidajat raportoivat tutkimustuloksissa myös ajoittaisia vaikeuksia luottaa esimerkiksi päihdetaustaisten potilaiden kivun valitukseen. Kyseisen potilasryhmän hoitaminen koettiin haastavaksi, sillä sairaanhoidajat eivät olleet varmoja, onko kyse aidosta kivusta vai haluavatko kyseiset potilaat huumaavia lääkkeitä väärinkäytöstarkoituksessa. (Torjuul & Sørli 2006, 404-413.)

4.2 Päivystysleikkausten aiheuttamia erityispiirteitä perioperatiiviseen hoitotyöhön eettisestä näkökulmasta

Päivystyspotilaiden kohdalla eettisiä ongelmia esiintyi hyvän hoidon turvaamisen suhteen (Larsson Mauleon ym. 2005, 263-271; Langeland & Sørli 2011, 2064-2070). Sairaanhoidajien kertoman mukaan potilasmäärä on suhteettoman suuri verrattuna hoitohenkilökunnan määrään, jolloin hoitajat eivät voi taata tasa-arvoista hoitoa jokaiselle potilaalle. Sairaanhoidajat joutuivat usein jättämään valvontaa vaativat potilaat yksin hoitaakseen vielä kriittisemmässä tilassa olevaa potilasta. Hoitohenkilökunnan vähäisyys aiheuttaa myös kiirettä, joka saattaa johtaa hoitovirheisiin. (Langeland & Sørli 2011, 2064-2070.) Tilanteessa, jossa kriittisessä tilassa oleva potilas vaatii kiireellistä hoitoa, potilaan valmistelut toimenpidettä varten saattavat jäädä vajaiksi. Tutkittaessa anestesiahoitajien kokemuksia iäkkäiden potilaiden hoidosta, hoitajat raportoivat kokevansa ajoittain kyvyttömyyttä auttaa potilasta siten kuin oma ammattietiikka vaatisi. Leikkausjonot ja kirurgien kiire painostavat sairaanhoidajia kiirehtimään asioissa joissa ei voi kiirehtiä, kuten anestesia, tai leikkausasento-asioissa. (Larsson Mauleon ym. 2005, 263-271.)

Potilasmäärien kasvaessa tilanpuute nousee merkittäväksi ongelmaksi potilaiden yksityisyyden kannalta. Päivystystilanteissa potilaita joudutaan ajoittain sijoittamaan käytäville ja hoitamaan avoimissa huoneissa, jolloin potilastietojen luottamuksellisuus kärsii. Suuren trauman kärsineet potilaat täytyy myös tutkia hyvin laajasti vammojen kartoittamiseksi; kun tämä tapahtuu avoimessa tilassa, potilaan fyysinen yksityisyys kärsii. (Langeland & Sørлие 2011, 2064-2070.)

4.3 Perioperatiivisen hoitotyön kehittäminen eettisestä näkökulmasta

Moraalinen vastuu hoidon laadun varmistamisesta kirurgisissa palveluissa tulisi jakaa tasaisemmin sairaanhoitajien, lääkärin ja sairaalan hallinnon kesken ja hoitohenkilökunnan eettistä työympäristöä tulisi kehittää työssä jaksamista tukevaksi (Torjuul & Sørлие 2006, 404-413). Sairaanhoitajien tietoisuutta potilaiden yksityisyyttä kohtaan tulisi lisätä, ja heidän herkkyyttään yksityisyyden suojelemista kohtaan tulisi tukea. Sairaalaympäristön järjestäminen tulisi toteuttaa sellaisten sairaanhoitajien suunnittelemana, jotka todella ovat tietoisia potilaan yksityisyyden säilyttämisen tärkeydestä ja ovat täten tehokkaita ratkaisemaan ongelmia joita ilmenee kyseisellä aihealueella. Lisätutkimuksia potilaiden yksityisyyden säilymiseen vaikuttavista tekijöistä suositellaan. (Akyüz & Erdemir 2013, 660-671.) Tutkimustulokset osoittavat, että lisää eettistä keskustelua potilaan arvokkuudesta sekä sen vaikutuksista kirurgisen hoidon piirissä tarvitaan (Lindwall & Von Post 2014, 335-346). Tarve eettiselle foorumille, jossa sairaanhoitajat voisivat käsitellä kokemaansa moraalista ahdistusta ja näin toivottavasti vähentää sitä, nousi esille tärkeänä kehitystekijänä. Eettinen keskustelufoorumi voisi auttaa sairaanhoitajia kannatteleamalla heitä vaikeissa tilanteissa, ja tukeamalla moraalisiin konflikteihin joutuneita. Eettinen foorumi voisi myös tarjota jalustan tuleville keskusteluille siitä, miten eettisiä ongelmia voisi jatkossa käsitellä. (Larsson Mauleon ym. 2005, 263-271.) Myös terveydenhuoltoalan johtajien välistä keskustelua ja yhteistyötä tulisi kehittää siten, että sairaaloissa toteutetaan yhteistä hoidon moraalista standardia (Torjuul & Sørлие 2006, 404-413).

Kirurgien ja muiden hoitotyöntekijöiden tulisi tarjota potilaille enemmän tietoa heidän saamastaan kirurgisesta hoidosta, anestesiamuodoista, mahdollisista leikkaukseen liittyvistä komplikaatioista ja riskeistä, vaihtoehtoisista hoitomuodoista, sairaalajakson pituudesta, postoperatiivisista seurauksista sekä hoitokuluista tavalla, jonka potilas pystyy ymmärtämään. Näin voidaan varmistaa, että potilaan antama suostumus hoitoon on tehty täydessä ymmärryksessä. Potilaalle tulisi myös korostaa heidän oikeuttaan saada tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. Lääke- ja hoitotieteiden opetussuunnitelmien tulisi painottaa potilaiden tietoisuuden tärkeyttä, kuin myös lääkäreille ja kirurgisten osastojen hoitotyöntekijöille suunnattujen jatkokoulutussuunnitelmien. (Faghanipour ym. 2014, 314-322.) Sairaanhoidajien tulisi olla herkkiä vaistomaan potilaiden hiljaisia tarpeita potilaan hoidosta keskusteltaessa, sekä toimia ohjaajina ja parantaa kommunikaatiota potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, sillä he toimivat kaikkein läheisimmin potilaan kanssa (Lindwall & Von Post 2014, 335-346).

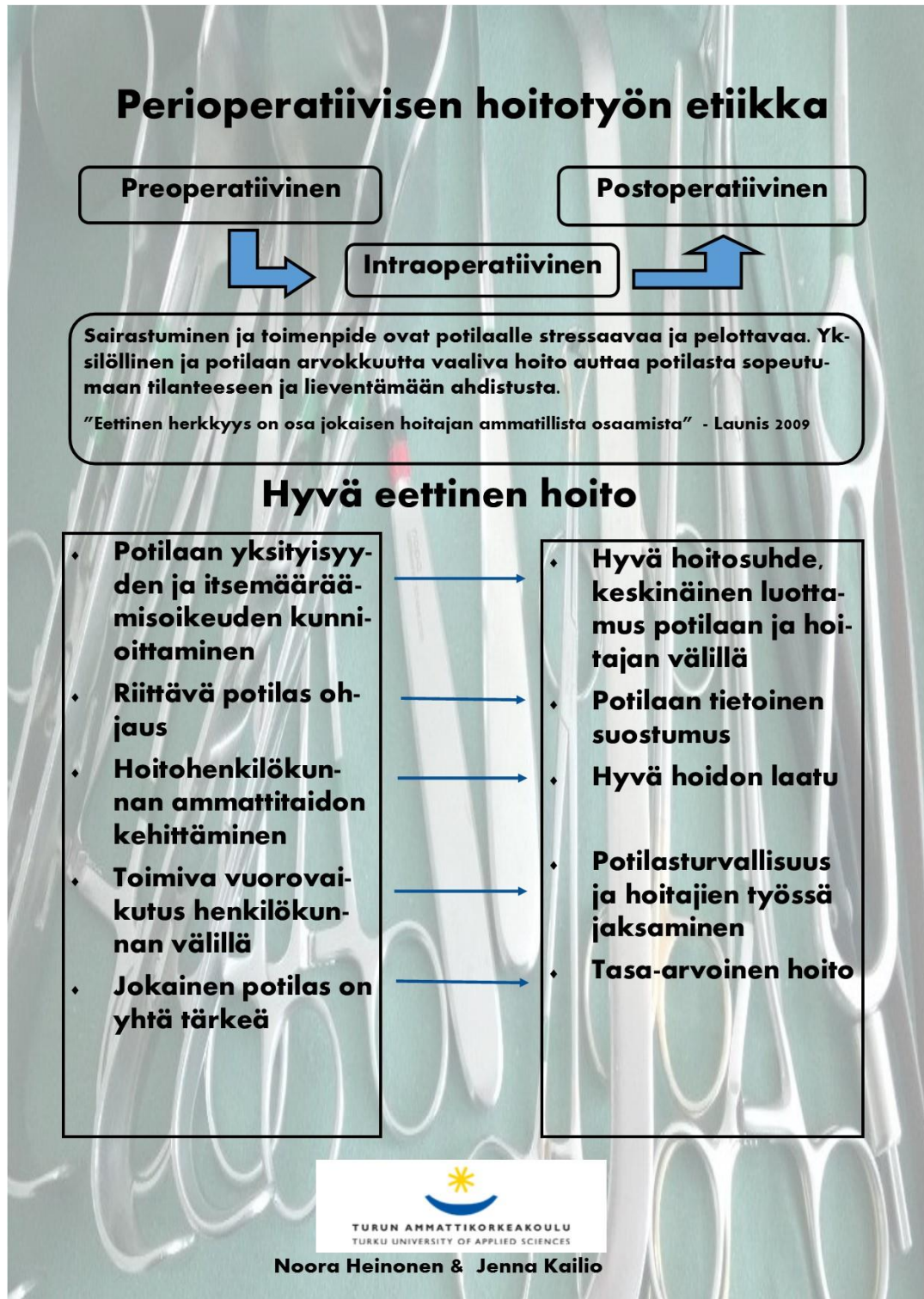
Hoitoympäristön hallinnon tulisi kehittää ohjelmia helpottamaan tehokasta kommunikaatiota, moni ammatillista yhteistyötä, rakenteellisen kommunikaation, kuten ISBAR:in, testausta sairaalaympäristössä ja avointa monialaista ryhmäkeskustelua. Lisätutkimuksia vaaditaan selvittämään tehokkaiden kommunikaatiometodien ja kehitettyjen potilasfoorumien vaikutuksia, joiden tarkoituksena on vähentää potilaiden turhia hoitoja. (Rice ym. 2008, 360-373.) Etiikan sisällyttäminen hoitotyön koulutusohjelmien opetussuunnitelmiin sairaanhoidajien kokemien eettisten ongelmien yleisyyden ja ahdistavuuden pohjalta, auttaisi tarjoamaan tukea eettisissä ongelmissa sairaanhoidajille heidän jokapäiväisessä työssään (Park ym. 2014, 594-607). Hoitotiimin yhteinen tuki auttaa sairaanhoidajia sietämään eettisesti vaikeita tilanteita työssään (Torjuul ym. 2007, 522-534).

4.4 Yhteenveto tuloksista

Perioperatiivisen hoitotyön, sekä hoitotyön yleisesti ottaen, eettisiä ongelmia ovat kasvavien potilasmäärien aiheuttama kiire ja henkilökunnan riittämättömyys, kuin myös asiallisten hoitotilojen puute (Larsson Mauleon ym. 2005, 263-271; Ulrich ym. 2010, 2510-2519; Langeland & Sørлие 2011, 2064-2070). Näistä johtuen potilaan hoidon konkreettinen laatu, potilaan yksityisyys ja arvokkuus kärsivät, eikä potilaan saama tieto tämän tarvitsemasta hoidosta ole aina laadukasta jos se on hätäisesti annettu (Ulrich 2010, 2510-2519; Mei-Ling ym. 2013, 672-683; Faghanipour ym. 2014, 314-322). Myös potilaan itse antamat rajoitukset esimerkiksi tämän omaisille potilaan terveydentilasta annettavan tiedon määräästä ja laadusta aiheuttivat sairaanhoitajissa ristiriitaisia tuntemuksia (Ulrich 2010, 2510-2519). Hoitohenkilökunnan väliset vuorovaikutusongelmat nousivat esille useassa tutkimuksessa. Sairaanhoitajat kokivat, ettei heidän ammatitaitoaan aina kunnioiteta ja etteivät lääkärit tai kaikki sairaanhoitajatkaan aina toimi hoitotyön eettisten ohjeiden mukaisesti. (Torjuul & Sørлие 2006, 404-413; Torjuul ym. 2007, 522-534; Rice ym. 2008, 360-373; Lindvall & Von Post 2014, 335-346; Park ym. 2014, 594-607.) Potilaat kokivat että fyysistä yksityisyyttä suojellaan mutta olivat huolissaan tietosuojastaan (Akyüz & Erdemir 2013, 660-671). Potilaiden tietoinen suostumus ei tutkimustulosten mukaan aina toteutunut johtuen potilaiden sairaudestaan, ja tulevasta toimenpiteestä saamansa tiedon riittämättömyydestä. Tulosten mukaan korkeammin koulutetut potilaat saivat hoidostaan enemmän tietoa kuin alemman koulutustason potilaat. (Faghanipour ym. 2014, 314-322.) Päihdetaustaiset potilaat koettiin haastaviksi esimerkiksi kivun arvioinnissa (Ulrich 2010, 2510-2519).

Päivystysleikkausten erityispiirteinä tuloksissa nousivat esille kiireen aiheuttama hoidon esivalmistelun huono taso tai tietoisien suostumuksen saamisen ongelmat (Langeland & Sørлие 2011, 2064-2070; Larsson Mauleon ym. 2005, 263-271). Myös potilaan oikeutta kieltäytyä hoidosta käsiteltiin eräässä tapaustutkimuksessa, jossa raskaana oleva nainen kieltäytyi hänen ja syntymättömän lapsen eloonjäämisen kannalta välttämättömästä leikkauksesta, koska hänen uskontonsa kieltää verensiirrot (Pacsi 2008, 4-7).

Parannusehdotuksina tutkimukset ehdottivat esimerkiksi eettisiä keskusteluforumia jotka auttaisivat sairaanhoitajia käsittelemään vaikeita tilanteita. Potilaiden informointia tulisi lisätä ja sairaalaympäristöjä tulisi kehittää potilaan yksityisyyttä kunnioittaviksi. Hoitohenkilökunnan välisiä vuorovaikutustaitoja tulisi myös kehittää kuin myös hoitotiimien yhteishenkeä. Myös hoidon vastuuta hoidon laadun tarkkailusta ja varmistamisesta tulisi jakaa eri ammattiryhmien välillä tasaisemmin. (Torjuul & Sørлие 2006, 404-413; Akyüz & Erdemir 2013, 660-671; Lindwall & Von Post 2014, 335-346; Larsson Mauleon ym. 2005, 263-271; Torjuul & Sørлие 2006, 404-413.) Tätä opinnäytetyötä ja sen tuomia tuloksia havainnollistetaan kuviossa 1.



Kuvio 1. Perioperatiivisen hoitotyön etiikka.

5 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tämä opinnäytetyö ei aiheuta erityisiä eettisiä ongelmia, sillä toteuttamismenetelmänä on sovellettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja kaikki tähän työhön hyväksyttävät artikkelit ovat julkista tietoa. Työssä on käytetty useita ulkomaisia tutkimuksia ja noudatettu tulosten raportoinnissa tutkimuseettisen neuvottelukunnan tutkimuseettisiä ohjeita. Koska työhön tehty vuosirajaus on 10 vuotta, tutkimuksia on tarkasteltu pitkällä aikavälillä. Etiikka hoitotyössä ei ole juurikaan 10 vuoden aikana muuttunut, vaikka tekniikka ja hoitotyö itsessään ovat kehittyneet. Näin ollen on perusteltua tarkastella myös vanhempia tutkimuksia perioperatiivisen hoitotyön etiikkaan liittyen. Artikkelien lukumäärä (n=13) antaa melko kattavan kuvan tutkittavasta ilmiöstä.

Perioperatiivista etiikkaa on tässä työssä käsitelty potilaan ja sairaanhoitajan näkökulmista, mutta omaisten ja esimerkiksi lääkärien näkökulmat jäivät käsittelemättä. Myös uudistuneen tekniikan hoitotyön etiikkaan tuomat haasteet ja erityispiirteet jäivät vähälle huomiolle työn tuloksissa. Tämän opinnäytetyön selkeä heikkous on näiden näkökulmien puuttuminen. Kotimaiset tutkimustulokset jäivät hyvin vähäisiksi tässä kirjallisuuskatsauksessa, mutta pohjoismaista muun muassa Norjasta ja Ruotsista saatiin tutkimuksia analyysiin. Tiedon lähteinä käytetyt artikkelit olivat lähes kaikki englanninkielisiä, mutta kielitaito ei ollut suurena esteenä artikkelien sisällön ymmärtämiselle. Kyseisistä artikkeleista saatiin tietoa useassa eri maassa toteutetuista erilaisista tutkimuksista, mutta yleistettävyyden osalta Suomen terveydenhuoltojärjestelmään ei ole täydellinen. Kuitenkin eettinen ajattelutapa hoitotyössä lienee melko samanlainen ainakin länsimaissa, joten samojen ongelmien luulisi koskettavan sairaanhoitajia myös Suomessa.

6 POHDINTA

Perioperatiivista hoitotyötä varjostaa ajoittain kiire ja leikkausjonojen vaatima toimintatehokkuus. Hoitotyössä ei kuitenkaan pitäisi syntyä tilanteita, joissa potilaan hoito heikentyy kiireestä, tai mistään muustakaan tekijästä johtuen. Oman toiminnan eettisyys on asia, jota jokaisen hoitotyötä tekevän tulisi tarkastella. Potilaat asettavat itsensä alttiiksi sekä luottavat sairaanhoitajiin ja lääkäreihin. Tuon luottamuksen rikkominen käyttäytymällä töykeästi tai epäkunnioittavasti tai rikkomalla tietosuojan jättää potilaaseen lähtemättömän jäljen. Eettisesti hyvä sairaanhoitaja pyrkii suojelemaan potilaan oikeuksia ja parasta omasta imagoista huolimatta. Tämä voi olla vaikeaa, jos hoitotiimi ei pyri samoin potilaan parhaaseen, kuin yksittäinen sairaanhoitaja.

Hoitotyön hyvän etiikan toteutuminen oli tulosten mukaan riippuvaista koko hoitotiimin yhteisymmärryksestä potilaan hoidon toteuttamisen suhteen (Larsson Mauleon ym. 2005, 263-271). Hoitotyössä ilmenee arvojen välisiä ristiriitoja tilanteissa, joissa joku hoitotiimin jäsenistä käyttäytyy potilasta kohtaan epäkohdellaasti tai välinpitämättömästi, ja näin ollen rikkoo potilaan arvokkuutta tai estää muita sairaanhoitajia toteuttamasta eettisesti hyvää hoitoa. Jos sairaanhoitajat hyväksyvät sen mitä he näkevät, he hyväksyvät potilaiden kärsimyksen ja arvottomuuden ja näin myös edistävät sen jatkumista. (Lindwall & Von Post 2014, 343.) Joskus tulee tilanteita, joissa esimerkiksi potilaan yksityisyyden kunnioittaminen ei tilan tai ajan puutteen vuoksi ole mahdollista ilman, että potilaalle aiheutuu siitä vahinkoa. Tällöin potilaalle tulisi perustella yksityisyyden rikkomus ja hoitohenkilökunnalle tulisi tarjota paikka, ja aika käsitellä tilanteesta syntyneitä tunteita, kuten turhautuneisuutta, epäonnistumisen tunnetta ja yksinäisyyttä.

Lääkärien ja sairaanhoitajien väliset vuorovaikutustilanteet koettiin useissa tutkimuksissa hankaliksi, jolloin sairaanhoitajille aiheutui ahdistusta (Torjuul ym. 2007, 522-534; Rice ym. 2008, 360-373; Lindvall & Von Post 2014, 335-346). Vuorovaikutusta lääkärien kanssa on tässä opinnäytetyössä käsitelty vain sairaanhoitajien ja potilaiden näkökulmasta. Lääkärien näkemys asiasta jäi käsitte-

lemättä, sillä mikään tähän opinnäytetyöhön valituista artikkeleista ei käsitellyt asiaa heidän kannaltaan. Vuorovaikutuksen tulee olla kaksisuuntaista, tasaverstaista ja toisen osapuolen ammattitaitoa kunnioittavaa. Sairaanhoidajien ja lääkärin välistä vuorovaikutusta voisi kehittää esimerkiksi yhteisillä taukutiloilla, joita ei kaikilla osastoilla edelleenkään ole. Myös yhteiset kokoustilaisuudet sekä kehitys- ja virkistyspäivät voisivat kehittää hoitohenkilökunnan yhteishenkeä.

Potilaiden hoitaminen oman terveyden tai turvallisuuden kustannuksella koettiin runsaasti ahdistusta aiheuttavaksi asiaksi, kuin myös epäpätevän tai valmistautumattoman kollegan ja turvattomien hoitolaitteiden kanssa työskentely (Larsson Mauleon ym. 2005, 263-271; Park ym. 2014, 594-607). Sairaanhoidajan puutteet käytännön hoitotoimenpiteissä tai eettisissä taidoissa saattaa aiheuttaa työtovereille henkisiä paineita ja kasvavaa vastuun tunnetta. Oman ammattitaidon jatkuva kehittäminen on jokaisen hoitotyöntekijän velvollisuus, kuin myös työtovereiden mahdolliseen osaamattomuuteen tai virheelliseen tietoon puuttuminen (Sairaanhoidajaliitto 1996). Erityisesti kokemattomien sairaanhoidajien keskuudessa tämä saattaa tuntua kuitenkin hankalalta toteuttaa astumatta kenenkään varpaille. Säännölliset koulutukset ja ohjeiden päivittäminen yhteisissä tilaisuuksissa auttavat yhtenäisten ohjeiden kautta hoitotiimiä toimimaan yhdessä.

Tulosten mukaan potilaiden odotukset yksityisyyden kunnioittamisen suhteen keskittyivät sairaanhoidajilta edellytettyyn kunnioittavaan, sekä hellävaraiseen lähestymiseen ja toimintatapaan, sekä tietosuojan säilymiseen. Sairaanhoidajien tulisi, potilaan fyysisen yksityisyyden suojelemisen lisäksi, kunnioittaa potilasta ihmisenä sekä säilyttää potilaan antamat luottamukselliset tiedot luottamuksellina. (Lindwall & Von Post 2014, 335-346; Langeland, K. & Sørli 2011, 2064-2070; Akyüz & Erdemir 2013, 660-671.) Tämän toteutuminen vaatii sairaanhoidajilta eettistä herkkyyttä jokaisen potilaan kohdalla, eli kykyä tunnistaa tilanteet, joissa potilaan oikeuksien toteutuminen vaarantuu. Potilashuoneiden puute pakottaa sijoittamaan potilaat esimerkiksi käytäville, jolloin potilaiden fyysinen, psykologinen ja tiedollinen yksityisyys ovat vaarassa rikkoutua. Tilanpuute myös pakottaa hoitohenkilökunnan tekemään päätöksiä potilaiden hoitojärjestyksestä.

Hoidon kiireellisyyden arvioinnissa käytetyt ohjeistukset ja luokitteluohjelmat, kuten triage tai ESI- luokitus, auttavat yhtenäistämään hoitotyöntekijöiden näkemyksiä siitä, kenet tulisi hoitaa ensimmäisenä.

Potilaan riittävää tiedonsaantia omasta terveydentilastaan on käsitelty potilaan tekemän hoitopäätösprosessin kautta. Potilaiden päätökseen valita leikkaushoito vaikutti hoitohenkilökunnan pätevyys ja luotettavuus, sekä tulevasta toimenpiteestä annetun informaation laatu. Informaation antamiseen vaikutti tulosten mukaan myös potilaan koulutustaso. (Mei-Ling ym. 2012, 672-683; Faghanipour ym. 2014, 314-322.) Riittävä tietämys omasta hoidosta on oleellista potilaan harkitessa eri hoitovaihtoehtoja, tai halutessaan hoidosta kieltäytyessään. Potilaan saaman tiedon ei pitäisi rajoittua pelkästään suulliseen ohjaukseen, vaan suullista ohjausta voisi täydentää esimerkiksi esitteillä, videoilla tai potilaille tarkoitetuilla luennoilla. Potilaan voi myös ohjata etsimään tietoa luotettavista lähteistä, kuten esimerkiksi potilasyhdistysten tai sairaanhoitopiirin kotisivuilta.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksissa esiin nousseet asiat soveltuvat perioperatiivisen hoitotyön jokaiseen vaiheeseen. Tietoisien hoitopäätösten tekemiseen ja aidon suostumuksen antamiseen tulisi potilaalle antaa mahdollisuus. Preoperatiivisessa vaiheessa on siis hoidon eettisyyden kannalta tärkeää, että potilas tietää toimenpiteen syyn ja vaihtoehtoiset hoitomuodot, tietää käytettävän anestesia- ja lääkehoitojen riskit ja mahdolliset vaihtoehdot sille, sekä ymmärtää oikeutensa kieltäytyä hoidosta. Sairaanhoitajan ja lääkärin tehtävä on perustella toimenpiteen tarpeellisuus ja hyödyt potilaalle, kuitenkin välttämällä potilaan määrittelyä tai pelottelua. Potilaan oman näkemyksen kuunteleminen ja kunnioittaminen ovat hyvän eettisen hoidon lähtökohdat. Tällä tavoin varmistetaan potilaan antaman suostumuksen tietoisuus.

Intraoperatiivisessa vaiheessa eettisesti hyvä hoito rakentuu potilaan vartalon käsittelemisestä kunnioittavasti sekä huolellisesta esivalmistelu- ja anestesia-työskentelystä. Toimiva yhteistyö ja kommunikointi koko hoitotiimin kesken auttavat kaikkia sen jäseniä jaksamaan työssään, sekä toteuttamaan potilaalle turvallista hoitoa. Hoitovirheisiin tulisi puuttua rohkeasti tukien näin hoitotiimin jokaisen jäsenen ammatillista kasvua. Potilaalle turhaksi kesken kaiken muuttunut

toimenpide keskeytetään, esimerkiksi jos leikkauksessa selviää, että syöpäpotilaan etäpesäkkeitä on liikaa; ei olisi kannattavaa jatkaa, sillä syöpä on jo levinnyt liiaksi.

Postoperatiivisessa vaiheessa potilaalle tulisi kertoa rehellisesti toimenpiteen toteutumisesta sekä jatkohoitosuunnitelmista. Postoperatiivinen vaihe sijoittuu lopulta usein vuodeosastolle, jossa eettisestä näkökulmasta korostuu riittävän kipulääkityksen tarjoamisen lisäksi huoneiden avoimuus ja sen huomioiminen esimerkiksi hoitotoimenpiteitä tehdessä tai luottamuksellisia tietoja käsiteltäessä. Potilaan itsemääräämisoikeutta myös omaisille luovutettavien tietojen suhteen tulisi kunnioittaa. Myös potilaan oman tilan kunnioittaminen fyysisesti lisää potilaan itsemääräämisen tunnetta ja luottamusta hoitohenkilökuntaan.

Tämä opinnäytetyö tarjoaa tutkittua tietoa perioperatiivisen hoitotyön etiikasta. Tietoa tähän kirjallisuuskatsaukseen löytyi useasta eri maasta, sekä kahdesta eri näkökulmasta, potilaiden ja sairaanhoitajien. Lisätutkimusaiheiksi tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella sopisi leikkauspotilaiden omaisten kokemukset kirurgisen hoidon eettisyydestä, sekä lääkärien kokemukset vuorovaikutustilanteista sairaanhoitajien kanssa tai leikkaussalin hoitotiimin toiminnasta.

LÄHTEET

Ahonen, O.; Ekola, S.; Partamies, S.; Sulosaari, V.; Blek-Vehtaluoto, M.; Uski-Tallqvist, T. & Partamies, S. 2012. Kliininen Hoitotyö. Sanoma Pro.

Akyüz, E. & Erdemir, F. 2013. Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics*. Vol 20, No. 6, 660-671.

Corley, CM; Minick, P; Elswick, RK & Jacobs, M. 2005. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing ethics*. Vol. 12, No. 4, 381-390.

Faghanipour, S.; Joolaei, S. & Sobhani, M. 2014. Surgical informed consent in Iran – how much is it informed? *Nursing Ethics*. Vol 21, No. 3, 314-322.

Hakala, N. 2012. Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja. VKS- Päikiyksikkö. Viitattu 26.1.2015 <http://paivakirurginenyhdistys.net/tiedostot/paivakirurgisen-heraamon-kasikirja.pdf>.

Juujärvi, S.; Myyry, L. & Pessso, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuisma, M.; Holmström, P.; Nurmi, J.; Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3.-4. painos. Sanoma Pro Oy Helsinki.

Lakanmaa, R-L. 2015. Icu competence - ICU game. Viitattu 25.2.2015 <https://optima.turkuamk.fi/learning/id10/bin/user>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Langeland, K. & Sørli, V. 2011. Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal of Clinical Nursing*. No. 20, 2064-2070.

Larsson Mauleon, A.; Palo-Bengtsson, L. & Ekman, S-L. 2005. Anaesthesia care of older patients as experienced by nurse anaesthetists. *Nursing Ethics*. Vol. 12, No. 3, 263-272.

Launis, V. 1995. Lääkintä- ja hoitoetiikka. Helsinki. Painatuskeskus Oy.

Launis, V. 2009. Etiikka(a) voi parantaa. Aikamoisia arvoja. Pohdintoja hoitamisen etiikasta. *Tehyn julkaisusarja* 1/09, 6-9.

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2014. Etiikka Hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lin, M-L.; Huang, C-T.; Chiang, H-H. & Chen, C-H. 2012. Exploring ethical aspects of elective surgery patients' decision-making experiences. *Nursing Ethics*. Vol 20, No. 6, 672-683.

Lindvall, L. & von Post, I. 2014. Preserved and violated dignity in surgical practice – nurses' experiences. *Nursing Ethics*. Vol 21, No. 3, 335-346.

Lukkari, L.; Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lukkarinen, H.; Virsiheimo, T.; Hiivala, K.; Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö.

- Lukkarinen, H.; Virsiheimo, T.; Savo, M.; Hiivala, K.; Salomäki, T. & Hoikka, A. 2013. Anestesia-hoitotyön käsikirja. Postoperatiivisen hoidon yleisperiaatteet. ?Kustannus Oy Duodecim?. Viitattu 22.1.2015 http://www terveystoiminta.fi/dtk/shk/koti?p_haku=perioperatiivinen%20hoitotyö.
- Malmivaara, A. 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus– työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. Duodecim. Viitattu 26.2.2015 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92921.pdf>.
- Manderbacka, K.; Arffman, M.; Karvonen, S. & Keskimäki, I. 2008. Huono-osaisuus terveydenhuollossa: Sosioekonomiset erot elektiivisessä kirurgiassa. Suomen Lääkärilehti. Vol 63, No. 22, 2025-2031.
- Pacsi, AL. 2008. Case Study: An ethical dilemma involving a dying patient. Journal of New York State nurses association. Vol. 39, No. 1, 4-7.
- Park M. ; Jeon S.H. ; Hong H-J. & Cho S-H. 2014. A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units. Nursing Ethics. Vol. 21 No. 5, 594-607.
- Pauly, B; Varcoe, C; Storch, J & Newton, L. 2009. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. Nursing ethics. Vol. 16, No. 5, 561-573.
- Rice, E.M.; Rady, M.Y.; Hamrick, A.; Verheijde, J.L. & Pendergast, D.K. 2008. Determinations of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. Journal of nursing management. No. 16, 360-373.
- Saarni, S. 2012. Tehdäkö aivoleikkaus vastoin skitsofreniapotilaan tahtoa? Suomen lääkäri-lehti. Vol. 67, No. 38, 2641-2642.
- Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 26.1.2015 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppisiin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 23.2.2015 http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.
- Salo, S. & Tähtinen, H. 1996. Etiikan puutarhassa, eettisyys ja arki terveydenhuollossa. 1.painos. Helsinki. Suomen kuntaliitto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Finlex. Viitattu 23.3.2015 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130652>.
- Terveydenhuoltolaki. 2010. Finlex. Viitattu 23.3.2015 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Torjuul, K. & Sorlie, V. 2006. Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. Journal of advance nursing. Vol. 56, No. 4, 404-413.
- Torjuul, K.; Elstad, I. & Sørli, V. 2007. Compassion and responsibility in surgical care. Nursing Ethics. Vol 14, No. 4, 522-534.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 25.2.2015 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut.
- Ulrich CM. ; Taylor, C. ; Soeken, K. ; O'Donnel, P. ; Farrar, A. ; Danis, M. & Grady, C. 2010. Everyday Ethics: Ethical Issues and Stress in Nursing Practice. Journal of advanced nursing. Vol. 66, No. 11, 2510-2519.

Vuorenmaa, M.; Häkkinen, A.; Paloneva, J.; Kiviranta, I.; Kautiainen, H.; Oikari, M. & Ylinen, J. 2011. Preoperatiivinen fysioterapia ja olkapään pinnetilan leikkauksesta toipuminen. *Duodecim*. Vol. 127, No. 9, 937-940.

Walker JA. 2010. Total hip replacement: improving patients' quality of life. *Nursing Standard*. Vol. 24, No. 23, 54.

Walton B. Farrow C. & Cook T.M. 2006. A national survey of epidural use and management in elderly patients un-dergoing elective and emergency laparotomy. *The association of anaesthetists of Great Britain and Ireland*. No. 61, 456-461.

Weinstein, JN.; Clay, K. & Morgan, TS. 2007. Perspective, informed patient choice: Patient-Centered Valuing Of Surgical Risks And Benefits. *Health Affairs*. Vol. 26, No. 3, 726-730.