

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Hoitotyö

Koskinen Heli, Puonti Sirpa & Suhonen Jani

PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN TYYTYVÄISYYS INTRAOPERATIIVISEEN
HOITOON KUUSANKOSKEN ALUESAIRAALAN LEIKKAUSOSASTOLLA

Opinnäytetyö 2009

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

KOSKINEN HELI,

PUONTI SIRPA,

SUHONEN JANI

Päiväkirurgisen potilaan tyytyväisyys intraoperatiiviseen hoitoon Kuusankosken aluesairaalan leikkausosastolla

Opinnäytetyö

30sivua + 1 liitesivua

Työn ohjaaja

THM Mettälä, Kristiina, THM Ronkainen, Raija

Toimeksiantaja

Kuusankosken aluesairaala leikkausosasto

Marraskuu 2009

Avainsanat

intraoperatiivinen hoitotyö, potilastyytyväisyys, potilasturvallisuus, pelko, kivunhoito

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kuusankosken aluesairaalaan päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevien potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon leikkausosastolla. Tutkimuksessa kuvataan potilaiden kokemuksia leikkausosastolle vastaanottamisesta, potilaiden turvallisuuden, kivunhoidon sekä pelkojen huomioimisesta leikkaussali- ja heräämöhoidossa.

Tutkimusote oli kvantitatiivinen eli määrällinen. Kyselylomakkeiden strukturoiduissa kysymyksissä käytettiin viittä eri vaihtoehtoa. Tutkimukseen osallistuivat Kuusankosken aluesairaalan päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulleet potilaat, joiden toimenpide tehtiin puudutuksessa. Annetut vastaukset (N=54) kerättiin manuaalisesti havaintomatriisiin SPSS- ohjelman avulla ja käsiteltiin tilastollisesti laskemalla frekvenssit. Kyselyyn vastaaminen oli potilaille vapaaehtoista.

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että päiväkirurgiset potilaat ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä Kuusankosken aluesairaalan leikkausosaston toimintaan. Potilaat kokivat olonsa turvalliseksi, henkilökunnan ammattitaitoiseksi ja ystävälliseksi. Heidän kipujaan hoidettiin riittävästi ja ympäristönä leikkausosasto oli potilaiden mielestä miellyttävä.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care,

KOSKINEN HELI,

PUONTI SIRPA,

SUHONEN JANI

Day Surgical Patient's Satisfaction with Intraoperative Care on the Surgical Ward of Kuusankoski District Hospital

Bachelor's Thesis

30 pages + 1 pages of appendices

Supervisor

Kristiina Mettälä, MNSc, Ronkainen Raija MNSc

Commissioned by

Surgical ward of Kuusankoski district hospital

November 2009

Keywords

intraoperative care, patient satisfaction, patient safety, fear, pain treatment

The purpose of this study was to examine the satisfaction of day surgical patients with the care they received at the surgical ward at Kuusankoski district hospital. The study describes the patients' experiences of entry at the surgical ward, how their safety, pain treatment and fears were taken into consideration in the operating room and in the recovery room. The study is a quantitative one. The questionnaire included five multiple choice questions.

The study was participated by patients coming to Kuusankoski district hospital for a day surgical operation carried out under local anaesthesia. The answers were collected manually into a visual matrix with the help of SPSS-programme and they were statistically dealt with by calculating frequencies. Answering the questionnaire was voluntary for the patients.

This study showed that the day surgical patients were generally satisfied with the treatment on the surgical ward of Kuusankoski district hospital. They felt safe there and they thought the personnel was professional and friendly. Their pain was treated adequately and as an environment the ward was pleasant according to the patients.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	PÄIVÄKIRURGINEN HOITOTYÖ	6
	2.1 Päiväkirurgisen hoitotyön määrittely	6
	2.2 Päiväkirurginen toimenpide	8
	2.3 Päiväkirurgisten potilaiden valintakriteerit	8
	2.4 Päiväkirurgisen hoidon periaatteet	9
	2.5 Päiväkirurgisen potilaan kotiutuminen	10
3	PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ	11
	3.1 Perioperatiivisen hoitotyön lähtökohdat	11
	3.2 Preoperatiivinen hoitotyö	11
	3.3 Intraoperatiivinen hoitotyö	12
	3.4 Postoperatiivinen hoitotyö	15
4	POTILASTYYTYVÄISYYS	16
	4.1 Potilastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä	16
	4.2 Turvallisuus käsitteenä	17
	4.3 Kipu	18
	4.4 Pelko	20
5	TUTKIMUSONGELMAT	21
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
	6.1 Aineiston kohderyhmä, keruu ja toteutus	21
	6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	22
7	TUTKIMUSTULOKSET	24
	7.1 Vastaajien taustatiedot	24
	7.2 Saapuminen leikkausosastolle	24
	7.3 Hoito leikkaussalissa	24

7.4 Hoito heräämössä	25
8 POHDINTA	26
LÄHTEET	30
LIITE	

Liite 1. Saatekirje ja kysymyslomake

1 JOHDANTO

Kuusankosken aluesairaalan leikkausosasto on pyytännyt meitä tutkimaan potilastyytyväisyyttä intraoperatiivisen hoidon aikana, koska aikaisemmin tällaista tutkimusta ei ole tehty. Tällä tutkimuksella on tarkoitus selvittää Kuusankosken aluesairaalaan tulevien päiväkirurgisten potilaiden tyytyväisyyttä leikkausosastolla saamaansa hoitoon. Aihe on ajankohtainen, sillä hoidon laatuun kiinnitetään nykyisin yhä enemmän huomioita ja potilastyytyväisyys on yksi tärkeimmistä osa-alueista hoidon laatua arvioitaessa. Aihetta ei ole tutkittu juurikaan 2000-luvun puolella, ja aiheeseen liittyvä teoria-tieto on lähes kaikki 90-luvun lopulta tai vanhempaa. Useimmat perioperatiivista hoitotyötä käsittelevät tutkimukset kohdistuvat leikkauspotilaan pre- ja postoperatiiviseen hoitovaiheeseen. Intraoperatiivista hoitotyötä on tutkittu vähän. (Hankela 1994; Vuorenheimo 1991.) Tutkimuksessa keskityttiin tutkimaan intraoperatiivista vaihetta, mutta leikkausosaston toimintaan liittyvät kiinteästi myös pre- ja postoperatiivinen hoitotyö. Tutkimus rajattiin koskemaan puudutettuja potilaita sekä jaksoa, joka alkaa potilaan saapumisesta leikkausosastolle ja päättyy, kun hänet siirretään heräämöstä osastolle. Kuusankosken aluesairaalan päiväkirurginen toiminta eroaa tavanomaisesta päiväkirurgisesta toiminnasta juuri siinä, että kotiutumista siirrytään odottamaan eri osastolle, osastolle kuusi. Tyypillisesti päiväkirurginen toiminta tapahtuu omassa yksikössään saapumisesta kotiutumiseen. Kuusankosken aluesairaala kuuluu Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin ja tarjoaa korkeatasoisia erikoissairaanhoidon palveluja.

2 PÄIVÄKIRURGINEN HOITOTYÖ

2.1 Päiväkirurgisen hoitotyön määrittely

Päiväkirurginen toimenpide määritellään sellaiseksi hoitotajaksi, joka on ennalta suunniteltu ja jonka aikana potilas viipyy sairaalassa enintään 12 tuntia tehtävän toimenpiteen tai hoidon aikana. Potilas saapuu sairaalaan leikkauspäivän aamuna ja kotiutuu vielä samana päivänä, eikä viivy sairaalassa yön yli. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 10.) Päiväkirurgisen toimenpiteen tarkoituksena on pyrkiä mahdollisimman hyvään hoitoon lyhyessä ajassa. Päiväkirurgian etuus on myös siinä, että hoito on tehokasta, yksikkökustannukset ovat pienemmät, sairaalainfektioiden riski pienenee, sairaalassaoloaika lyhenee ja potilaspaiikkoja vapautuu pitempää sairaalahoitoa tarvitseville potilaille. (Koso & Tyynynen 2003, 7.)

Potilas ja häntä hoitava henkilökunta pyrkivät keskittymään potilaalle suoritettavaan toimenpiteeseen mahdollisimman onnistuneesti ja mahdollisimman lyhyessä ajassa. He käyttävät omaa ammattitaitoaan tehokkaasti ja toteuttavat ammattitaitonsa edellyttämää pre-, intra- ja postoperatiivista hoitotyötä, jossa korostuvat etenkin potilaan tukeminen, potilastyytyväisyys, potilasturvallisuus sekä tehokas ja taloudellinen toiminta hoidon toteuttamiseen saman päivän aikana. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 82.)

Päiväkirurgiassa kokonaisvaltainen huolenpito on keskeinen osa intraoperatiivista hoitotyötä. Potilaat ovat hereillä ja puudutettuina koko toimenpiteen ajan, ja he kokevat, että sairaanhoitajien läsnäolo lisää turvallisuuden tunnetta, lievittää yksinäisyyden tunnetta ja tukee leikkauksen aikaista olemassaoloa. Hoitajien huolenpitotoimintoihin kuuluu myös tiedustelu potilaalta hänen subjektiivisesta voinnistaan ja fyysisistä tuntemuksistaan, esimerkiksi leikkauksen epämuikavuudesta, hyvästä olost ja kylmyydestä. (Hankela 1999, 63.)

Teknologian ja anestesiologian jatkuva kehitys luo uusia mahdollisuuksia erilaisten leikkaustoimenpiteiden toteuttamiseen päiväkirurgisesti. Tulevaisuudessa leikkaukset tulevat yhä vaativammiksi ja myös niiden määrä lisääntyy. (Klemetti, Suominen & Leino-Kilpi 2003, 1.) Päiväkirurgisten leikkauksien määrää ovat jo lisänneet uudet leikkausindikaatiot eli perusteet leikkaukselle. Päiväkirurgian kysyntää ja volyyymia kasvattavat myös laparoskooppiset eli tähystyksellä tehtävät leikkaukset. (Lahtinen, Alanko, Korttila, Kotilainen, Laatikainen, Nenonen, Permi, Punnonen, Rihkanen, Tenhunen & Toivonen 1998, 22 - 23.)

Potilas määrittellään sopivuudeltaan päiväkirurgiseen toimenpiteeseen ja tarjotaan hänelle päiväkirurgista hoitovaihtoehtoa, jolloin huomioidaan tarkasti anestesiologiset, operatiiviset, fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset tekijät. Nämä kaikki edellä mainitut tekijät vaikuttavat potilaan toipumiseen leikkauksen jälkeen. Näistä tärkeimpiä tekijöitä ovat potilaan lääketieteellinen tila, potilaan fyysinen kunto eli ASA-riskiluokitus, sydän- ja verisuonitaudit, muut perussairaudet, potilaan ikä, liikuntakyky sekä jälki-seuranta leikkauksen jälkeen ja potilaan hoidon mahdollistaminen kotona. (Hautakangas ym. 2003, 12,14.)

2.2 Päiväkirurginen toimenpide

Päiväkirurginen toimenpide vaatii leikkaussaliolosuhteet. Toimenpiteissä käytetään puudutusta ja yleisanestesiaa. Toimenpiteestä ei saa aiheutua suurta verenvuoto- tai nestehukkariskiä. Jälkihoito ei edellytä vuodeosastohoitoa ja jälkikivun tulisi olla hoidettavissa suun kautta otettavilla tai peräsuolen kautta annettavilla kipulääkkeillä. Pahoinvoinnin tulee olla hallittavissa, ja anestesian suositeltava kesto on korkeintaan kaksi tuntia, sillä mitä kauemmin leikkaus kestää, sitä suurempi riski on leikkauksen jälkeisiin komplikaatioihin. Toimenpiteeseen saa liittyä vain vähäinen hengitystiekomplikaatioiden riski, eikä toimenpide vaadi liikkumattomuutta. (Iivanainen, Jauhainen & Pikkarainen 2006, 511.)

2.3 Päiväkirurgisten potilaiden valintakriteerit

Potilaan fyysistä kuntoa arvioidaan ennen leikkausta ASA-luokituksella. Luokitus on kehitetty arvioimaan anestesia-riskiä viidessä eri ryhmässä.

Taulukko 1. ASA-luokitus

ASA-luokka 1-2	muuten terve potilas tai hänellä on lievä yleissairaus
ASA-luokka 3	potilaalla vaikea yleissairaus, mutta kykenee itse liikkumaan
ASA-luokka 4	potilaalla vaikea systeeminen sairaus, ei kykene itse liikkumaan
ASA-luokka 5	potilas elää alle 24 tuntia

Valinnat on tehtävä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten valintakriteerien perusteella. Päiväkirurgisen potilaan on oltava yleiskunnoltaan terve, (ASA-luokka 1) tai systeemisairausten tulee olla lieviä (ASA-luokka 2). Mikäli potilas on ASA-luokkaa kolme, on sairauden oltava tasapainossa. Potilaan on pystyttävä liikkumaan itsenäisesti ja ottamaan osaa aktiivisesti omaan hoitoonsa. Hänen painoindeksinsä tulisi olla alle 30.

Nykyisin riskiluokitus ASA 3 tai jopa 4 ei ole sellaisenaan este päiväkirurgialle, jos sairaus on hoidettu hyvin, sairaus on tasapainossa ja potilas pystytään hoitamaan toimenpidepäivänä ja kotiutuksen jälkeen. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen. 2001, 393.)

Psyykkisten valintakriteerien toteutumiseksi potilaan tulee olla kiinnostunut omasta hyvinvoinnistaan ja olla yhteistyökykyinen. Sosiaalsiin kriteereihin kuuluu, että potilaalla on saattaja kotimatkalta toimenpiteen jälkeen ja aikuinen seuralainen yön yli. Tällä varmistetaan, että potilas ja hänen läheisensä pystyvät hoitamaan toimenpiteeseen valmistautumisen ja toimenpiteen jälkeisen hoidon. (Iivanainen ym. 2006, 513; Holmia ym. 2006, 83.)

Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen saapuvalla potilaalle lähetetään kutsu, josta käy ilmi mihin toimenpiteeseen potilas on tulossa, minä päivänä ja mihin kellonaikaan hän tulee. Kutsun mukana potilas saa ohjeet miten valmistautua toimenpiteeseen. Potilaalle kerrotaan anestesiasta, ravinnosta olost, lääkkeistä ja niiden ottamisesta, mahdollisten tulehdustautien olemassaolosta, hygienian hoidosta ja ihon kunnosta. Ihon kunto on tarkastettava huolellisesti, koska infektio leikkausalueella saattaa siirtää leikkauksen ajankohtaa. (Iivanainen ym. 2006, 514.)

2.4 Päiväkirurgisen hoidon periaatteet

Päiväkirurgisen hoidon periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, joka perustuu ajatuksen yksilön vapaudesta. Potilaalla on oikeus tehdä päätöksiä ja määrätä omista asioistaan. (Laki potilaan oikeuksista.) Päiväkirurgiassa potilaan odotetaan ottavan vastuuta omasta hoidostaan ja hoitavan suurelta osin pre- ja postoperatiivisen vaiheen. (Viitamäki 1996, 18 - 19.)

Korostetuin periaatteista on turvallisuus. ”Turvallisuudella tarkoitetaan sekä potilaan kokemaa turvallisuuden tunnetta, että sitä turvallisuutta joka ilmenee aseptiikan, teknisten laitteiden ja välineiden käytön, toimenpiteen yksityiskohtaisen tarkkuuden suorittamisen sekä nopeiden ratkaisujen ja moniammatillisen yhteistyön hallintana.” (Viitamäki 1996, 19.) Henkilökunta vaikuttaa käyttäytymisellään potilaan mielikuvaan siitä, onko tilanne hallinnassa ja luottaako potilas hoitotiimiin. Potilaan turvallisuuden tunnetta lisää vuorovaikutus hoitotiimin kanssa.

Mikäli potilas ei koe oloaan turvalliseksi, ei vuorovaikutusta synny. Turvallisuuden tunnetta päiväkirurgisessa toiminnassa lisäävät henkilökunnan hyvä ammattitaito sekä inhimillinen ja ihmisläheinen työskentelytapa. ”Soveltuvuuskriteereillä rajataan potilaan ja suunnitellun toimenpiteen osalta toteutettavaksi ainoastaan ne toimenpiteet, jotka voidaan päiväkirurgiassa suorittaa turvallisesti. Turvallisuus vaarantuu aina samassa suhteessa kun suunnitelmallisuus toiminnassa vähenee.” (Viitamäki 1996, 20.) Potilaan turvallisuus varmistetaan myös kotiutuskriteerien avulla. Jokaisen potilaan tilanne arvioidaan kriteerien mukaan ennen kuin hänet voidaan turvallisesti kotiuttaa. (Viitamäki 1996, 20.)

Hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan sitä, että sairaalassa annettu hoito muodostaa vain osan potilaan kokonaishoidosta. Päiväkirurgisessa toiminnassa hoito suunnitellaan niin, että se mahdollistaa potilaan selviytymisen vaikeuksista kotona pre- ja postoperatiiviselta osalta. Hoidon tarkka dokumentointi potilaan sairaskertomukseen varmistaa hoidon jatkuvuuden tarvittaessa myös avohoidon puolella mahdollisten komplikaatioiden ilmaantuessa. (Viitamäki 1996, 21.)

Perhekeskeisyys muodostuu päiväkirurgisen potilaan pre- ja postoperatiivisesta hoidosta, josta potilaan tulisi selviytyä itsenäisesti kotona. Potilaalla on usein joku läheinen henkilö saattamassa häntä toimenpiteeseen, ja potilaan toivomuksesta läheinen voi olla mukana koko toimenpidepäivän ajan. Tutun henkilön läsnäolo voi rauhoittaa potilasta, ja pelon tunne toimenpidettä kohtaan voi vähentyä merkittävästi. (Viitamäki 1996, 22.)

2.5 Päiväkirurgisen potilaan kotiutuminen

Potilaan kotiutustilanne tulee olla rauhallinen ja sairaanhoitajan tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt hänelle annetut ohjeet. Ohjauksessa korostetaan niitä asioita, joita potilaalta ja hänen avustajaltaan odotetaan leikkauksen jälkeisessä hoidossa. Sairaanhoitaja varmistaa, että potilaan vitaalielintoiminnat ovat olleet vakaat vähintään tunnin ajan ja että potilas on aikaan ja paikkaan orientoitunut. Potilaalla ei saa esiintyä hallitsematonta pahoinvointia ja virtsaamisen tulee onnistua. Potilaan kipujen tulee olla hallinnassa suun kautta otettavilla kipulääkkeillä. (Iivanainen ym. 2006, 519 - 520.)

3 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

3.1 Perioperatiivisen hoitotyön lähtökohdat

Perioperatiivinen hoito-käsite otettiin käyttöön Yhdysvalloissa vuonna 1978, kuvaamaan leikkausta edeltävää, leikkauksen aikaista ja leikkauksen jälkeistä vaihetta kirurgisen potilaan hoidossa. Suomessa perioperatiivisen hoitotyön käsite otettiin käyttöön keskiasteen koulu-uudistuksen alkaessa vuonna 1987, jolloin leikkaus- ja anestesiahoitotyön opetus alkoi perioperatiivisen hoitotyön nimellä. (Lukkari ym. 2007, 11.)

Perioperatiivinen hoitoajattelu perustuu perioperatiivisen hoitotyön filosofiaan, jonka lähtökohdana ovat hoitotyöhön perinteisesti liitetyt humanistiset ja holistiset arvot. Näiden arvojen soveltaminen perioperatiiviseen hoitotyöhön ilmaisee, millaista on ”potilaan hyvään” pyrkivä hoitotyö. Potilaan vaikuttimet, tavoitteet ja toimintakyky ovat hoidon lähtökohkia. Humanistiset arvot näkyvät hoidossa pyyteettömänä huolenpirona ja välittämisenä sekä solidaarisena ja oikeudenmukaisena toimintana, jossa jokaiselle potilaalle ja asiakkaalle turvataan oikeus hyvään ja asiantuntevaan hoitoon. Kaikilla ihmisillä on myös samat ihmisoikeudet ja sama oikeus niiden kunnioittamiseen. (Korte ym. 2000, 14.)

Holistisuudessa eli kokonaisvaltaisuudessa korostetaan tajunnallisuutta, kehollisuutta ja situationaalisuutta. Tajunta nähdään inhimillisen kokemuksen kokonaisuutena ja sen merkitys tulee esiin elämyksien ja mielen yhdistyessä. Kehollisuus edustaa ihmisen elollisuutta ja orgaanisuutta, säilyen aina elintoimintojen lakkaamiseen asti. Situaatiossaan eli elämäntilanteessaan ihmisellä on ainutlaatuinen suhde ympäröivään maailmaan. (Lukkari ym. 2007, 17.)

3.2 Preoperatiivinen hoitotyö

Potilaan kanssa tehdyn leikkauspäätöksen jälkeen alkaa preoperatiivinen vaihe eli leikkausta edeltävä vaihe. Tässä vaiheessa keskeisenä asiana on potilaan yleiskunnon kohentaminen mahdollisimman hyväksi ennen tulevaa leikkausta. Potilaan valmentautuminen tapahtuu joko kotona, poliklinikalla tai kirurgisella vuodeosastolla mahdollisimman hyvin. Valmentautumisessa otetaan huomioon potilaan yksilöllisyys ja toimenpiteen laatu.

Tässä vaiheessa suunnitellaan myös jatkohoidot, joka tapahtuu kotona tai jossakin muualla. Potilas saa myös kirjalliset ohjeet, joihin hän voi tutustua ennen leikkausta ja valmistautua itse leikkaustoimenpiteeseen. Preoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilas viedään leikkausosastolle ja vastuu potilaasta siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. (Holmia ym. 2006, 59.)

Preoperatiivisessa hoitotyössä kaikkein tärkeintä on potilaan ohjaus ja neuvonta, jotta potilas on tietoinen niistä hoitomenetelmistä ja toimenpiteistä, joita hänen sairautensa hyväksi voidaan tehdä. Tutkimuksen mukaan potilaat ovat kokeneet ohjauksen myönteisenä leikkauksen jälkeisessä toipumisessa. Ne potilaat, jotka ovat saaneet hyvää ohjausta ennen leikkausta, pelkäävät vähemmän tulevaa toimenpidettä ja ovat leikkauksen jälkeen aktiivisempia. Heillä on pahoinvointi leikkauksen jälkeen vähäisempää, leikkauskomplikaatiot vähenevät, ja he pääsevät pois sairaalasta nopeammin kuin vähemmän ohjausta saaneet potilaat. Hoidon selkeät tavoitteet, potilaan tuntemus ja aikaisempien kokemusten huomioiminen antavat hyvät mahdollisuudet arvioida hoitotyön yksilöllistä onnistumista ennen leikkausta. (Holmia ym. 2006, 64.)

3.3 Intraoperatiivinen hoitotyö

Intraoperatiivinen hoitovaihe voidaan jakaa kahteen osaan: anestesiaa edeltävään ja anestesian aikaiseen hoitovaiheeseen. Intraoperatiivinen vaihe alkaa potilaan vastaanottamisesta leikkausosastolle ja päättyy, kun potilas vastaanotetaan heräämään. (Lukkari ym. 2007, 20; Panelius & Varisto 1990, 12.; Kuuri-Riutta 1995, 4.) Intraoperatiivisen hoitotyön tehtävä on leikkauspotilaan selviytymisen ja leikkauksen aikaisen elämäntilanteen hallinnan tukeminen. (Hankela 1994, 154) Intraoperatiivisessa vaiheessa korostuu systemaattinen työskentelytapa ja intensiivinen toiminta. Potilaan hoidosta vastaa tiimi, jonka jokainen jäsen työskentelee vastuualueensa mukaisesti. (Rummukainen 1996, 4; Holmia ym. 2006, 59)

Pääperiaatteina intraoperatiivisen hoidon aikana ovat aseptiikka, riittävä anestesia, kivuttomuus, potilaan fyysinen ja psyykinen turvallisuus, hypotermian ja hermovaurioiden ennaltaehkäiseminen, potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja emotionaalinen tuki. (Panelius & Varisto 1990, 12.) Intraoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilas vastaanotetaan heräämään. Tämän jälkeen siirrytään potilaan postoperatiiviseen vaiheeseen, jonka tärkeimpänä tavoitteena on potilaan elintoimintojen vakiinnuttaminen leikkauksen jälkeen. (Holmia ym. 2006, 59.)

Potilaan vastaanottavat leikkausosastolle häntä hoitavat sairaanhoitajat. Raportin vastaanottaa anestesiahoitaja. Sairanhoitaja esittelee itsensä ja tarkistaa potilaan henkilöllisyyden. Vastaanottaessa raporttia ollaan kasvot potilaaseen päin, jotta potilas kuulee puheen ja pystyy halutessaan täydentämään raporttia tai tekemään tarkentavia kysymyksiä. Potilaalta on myös hyvä kysyä, miten esilääkitys on vaikuttanut ja millainen vointi hänellä on. Huomioimalla potilas raportointitilanteessa luodaan hänelle tunne turvallisuudesta ja osallistumisesta omaan hoitoonsa. Potilaan saapuessa leikkausosastolle käydään raportin yhteydessä lävitse aikaisemmat sairaudet ja niihin voimassa olevat lääkitykset. Potilaan lääkehoito pyritään pitämään muuttumattomana ennen leikkausta ja sovittamaan anestesia vallitsevaan tilanteeseen. Anestesiahoitaja päättää leikkausaamun lääkityksestä samoin kuin esilääkityksestä. (Korte ym. 2000, 21.)

Intraoperatiivinen vaihe alkaa potilaan valmistelulla. Valmisteluvaiheessa koko hoitotiimi keskittää huomionsa potilaan hyvinvointiin. Potilaan toivomuksia kunnioitetaan ja häntä autetaan sopeutumaan tilanteeseen mahdollisimman hyvin. Ennen seurantalaitteiden kiinnittämistä potilaaseen, on hyvä vaihtaa hänen kanssaan muutama sana. Potilaalta voidaan kysyä onko hän saanut nukutuksi toimenpidettä edeltävänä yönä ja minkälainen olo hänellä on sillä hetkellä. Muutamalla kysymyksellä voi olla potilasta rauhoittava vaikutus ja samalla häneen saadaan luoduksi luonteva kontakti. Valmisteluvaiheessa informaation tulee olla selkeää ja ymmärrettävää, koska potilas voi olla jännittynyt tai esilääkityksen vuoksi unelias. Potilaan hoidon tulee tapahtua rauhallisesti ja kiireettömästi, jotta luodaan turvallinen ilmapiiri, jossa potilas uskaltaa ilmaista itseään. Hoitaja varmistaa potilaalta, että hänen asentonsa on mukava ja hänellä on lämmin. Asetettaessa tarkkailulaitteita potilaalle kerrotaan ymmärrettävästi ja yksinkertaisesti mitä laitteilla tehdään. (Korte ym. 2000, 352 - 353.)

Termillä *anestesia* tarkoitetaan tunnottomuutta, ja se on peräisin kreikan kielestä. Anestesiolla tarkoitetaan kivuttomuutta ja niitä menetelmiä, joilla saadaan aikaan kivuttomuus erilaisten toimenpiteiden ja leikkausten aikana. Anestesia voidaan toteuttaa kahdella tavalla: puuduttamalla tai nukuttamalla. Nukutus vaikuttaa koko potilaaseen, mutta puuduttaminen vain rajoitetulle alueelle. (Korhonen 1990, 6.)

Potilaan on tärkeä tietää, mitä hänelle tehtävän toimenpiteen aikana tapahtuu. Puudutetulle potilaalle voidaan antaa tietoa koko leikkauksen ajan ja tarvittaessa potilaalla on myös mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa. Potilas, jota ei ole aikaisemmin puudutettu, ei välttämättä tiedä, miltä se tuntuu. Silloin on oleellista jo ennen puudutusta kertoa potilaalle mitä puudutuksessa tapahtuu, kuinka laaja puudutettava alue on, miten kauan puudutus kestää ja miltä puutuneena oleminen tuntuu. Potilaalle tulee myös kertoa mahdollisista puudutuksen aiheuttamista muutoksista, kuten verenpaineen ja pulssin laskusta sekä siihen liittyvästä huonosta olost ja hapen tarpeesta. (Kuuri-Riutta 1995, 27.)

Potilasta ei saa jättää hetkeksikään yksin, koska hän ei itse pysty huolehtimaan itsestään. Potilaan anestesiaan liittyvät toimenpiteet tehdään rauhallisesti ja viivyttämättä. Potilaan kannalta valmisteluihin saattaa liittyä arkaluontoisiakin asioita, joten olisi toivottavaa, että toiminta on asiallista ja hienotunteista. (Korte ym. 2000, 352.)

Anestesiahoitajalla tulee olla asiantuntemusta ja kykyä tarkkailla potilaan tilaa, jotta puudutetun potilaan hoito on turvallista. Anestesiahoitaja tarkkailee potilasta sekä kliinisin keinoin, että potilaaseen kiinnitettyjen valvontalaitteiden avulla. Leikkausasennon tulee olla toimenpiteen, puudutuksen ja potilaan hyvinvoinnin kannalta tarkoituksenmukainen ja mukava. Potilaan jännittyneisyydestä johtuen leikkaus-asento saattaa olla huono, ja asentoa on mahdollista muuttaa puudutuksen aikana. (Kuuri-Riutta 1995, 25.)

Puudutetun potilaan hengityksen ja verenkierron tarkkailu on tärkeitä. Puudutus ei saa nousta liian korkealle, jotta potilaan hengitys ei vaikeudu. Anestesia on onnistunut, mikäli puudute leviää tasaisesti ja riittävästi halutuille alueille, puudutus kestää tarvittavan ajan ja potilas on kivuton. (Kuuri-Riutta 1995, 26.)

Potilasta tarkkailtaessa anestesiahoitajan on tiedettävä mahdolliset komplikaatiot ja osattava ennakoida puudutuksesta johtuvat fysiologiset muutokset sekä niiden aiheuttamat tuntemukset potilaalla. Anestesiahoitajan tärkein tehtävä on pysyä potilaan lähellä, toimia ja puhua rauhallisesti sekä tarvittaessa pyytää apua leikkausryhmän muilta jäseniltä. On tärkeä informoida potilasta tilanteen muutoksista. (Kuuri-Riutta 1995, 26.)

3.4 Postoperatiivinen hoitotyö

Postoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämään, jossa potilas on seurannassa, kunnes hän on hereillä ja hänen verenpaineensa on tasainen sekä hänen hengityksensä on normaali. Postoperatiivinen hoito perustuu potilaasta pre- ja intraoperatiivisen vaiheen aikana saatuihin tietoihin. Tiedot siirtyvät suullisesti sekä kirjallisesti raportoinnin välityksellä vuodeosaston sairaanhoitajalta leikkausosaston henkilökunnalle ja jälleen heräämön kautta takaisin osastolle, johon potilas siirtyy leikkausosastolta toimenpiteen jälkeen. (Holmia ym. 2006, 68.)

Potilaan siirtyessä heräämään kerrotaan potilaan tilanne häntä vastaanottavalle sairaanhoitajalle. Sairaanhoitajalle selvitetään myös leikkauksen kulku ja se, minkälainen toimenpide potilaalle on tehty. Samoin kerrotaan anestesiaamuoto ja se, miten leikkaus on sujunut ja onko leikkauksen aikana esiintynyt jonkinlaisia komplikaatioita. Sairaanhoitajat kertaavat potilaan leikkauksen jälkeisen jatkohoidon, potilaan tarkkailun ja asentohoidon. Heräämössä sairaanhoitajat tarkastavat potilaalla mahdollisesti olevat haavat ja niiden hoidon. Sairaanhoitaja toteuttaa potilaan nestehoidon sekä verensiirron annettujen hoitomääräysten mukaan. Sairaanhoitaja huomioi potilaan tarvitsemat kipulääkkeet ja seuraa potilasta kokonaisvaltaisesti, kiinnittää huomiota potilaan mielialaan ja tuntemuksiin. (Holmia ym. 2006, 68.)

Heräämössä sairaanhoitaja tarkkailee potilaan hengitystä, verenkiertoa, nestetasapainoa, tuntoa, tajuntaa, haavavuotoa sekä mahdollisia kipuja. ”*Tavoitteena on potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, kivuttomuuden, ja turvallisuuden tunteen saavuttaminen ja ylläpitäminen*”. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 68.) Potilas on heräämössä yhdestä kahteen tuntia. Potilas saa siirtyä heräämöstä vuodeosastolle anestesia lääkäriin, päivystävän lääkäriin tai lääkäriin valtuuttaman sairaanhoitajan luvalla. (Holmia ym. 2006, 68.) Siirron yhteydessä vastuu potilaan hoidosta siirtyy potilasta vastaanottavalle osastolle. Potilasta luovutettaessa leikkausosaston sairaanhoitaja ja osaston sairaanhoitaja kirjoittavat kumpikin nimensä anestesia lomakkeelle. Leikkausosaston sairaanhoitaja antaa raportin potilaasta vastaanottavalle vuodeosaston sairaanhoitajalle samanlaisena kuin potilaan siirtyessä leikkaussalista heräämään. (Holmia ym. 2006, 68.)

4 POTILASTYYTYVÄISYYS

4.1 Potilastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä

Selkeä ja tarkka potilastyytyväisyyden määritelmä puuttuu toistaiseksi. Useimmat määrittelyt sisällyttävät potilaan kokemuksiin kognitiivisia asioita yhdessä potilaan hoitoon liittyvien emotionaalisten tuntemusten kanssa. Käsite on moniulotteinen ja siihen liitetään esimerkiksi sellainen asia, kuten hoitajan kyky vuorovaikutukseen ja inhimillisyyteen. (Kunnallislääkäri 4B/ 2004.)

Potilastyytyväisyydellä saadaan kuva siitä, miten päiväkirurginen toiminta on kaikilta osilta onnistunut. Holmian, Murtosen, Myllymäen ja Valtosen (2006, 86) mukaan päiväkirurgisista potilaista yli 90 prosenttia on ollut heille suoritettuun toimenpiteeseen tyytyväisiä ja yli 95 prosenttia heistä tulisi päiväkirurgiseen toimenpiteeseen uudelleen, jos tarve vaatii. Merkittävin seikka arvioitaessa potilastyytyväisyyttä on leikkauksen jälkeisen kivun hoidon toteuttaminen. Kohtalaiseksi tai kovaksi on kivun kokenut noin 30 prosenttia potilaista, ja vaikeaksi kivun on kokenut noin viisi prosenttia potilaista.

Päiväkirurgisesta leikkauksesta annettu informaatio ennen varsinaista toimenpidettä on myös osaltaan vaikuttanut potilastyytyväisyyteen. Sairaanhoitaja antaa potilaalle hyvät suulliset ja kirjalliset kotihoito-ohjeet ennen kotiutumista osastolta. Toimenpiteen jälkeinen puhelinkysely täydentää osaltaan potilaalle jo aikaisemmin annettuja ohjeita ja varmistaa sen, että potilas on ollut tyytyväinen hoitoonsa koko prosessin ajan. (Holmia ym. 2006, 86.)

Potilastyytyväisyys voidaan määritellä potilaan subjektiiviseksi arvioinniksi saamaan hoidosta ja hoidon kyvystä vastata potilaan hoitoonsa kohdistuneisiin odotuksiin. Potilastyytyväisyys on laajasti hyväksytty hoidon laadun mittari, mutta yksinään se ei anna luotettavaa kuvaa hoidon laadusta. (Kvist 2004, 27 - 28.)

Potilaiden ja hoitohenkilökunnan välisen yhteistyösuhteen toimivuus on keskeinen asia hoidon onnistumiselle. Potilaan vuorovaikutuksella ja kohtelulla perustellaan tyytymättömyyttä tai tyytyväisyyttä hoitoon. (Holmia ym. 1999.) Hiidenhovin, Åsted-Kurjen & Paunonen-Ilmosen (2001) tutkimuksessa potilaiden mielestä palvelua olivat hoitajien osaaminen, tiedon anto, hyvä kohtelu ja joustava toiminta.

Muita oleellisia tekijöitä potilaan tyytyväisyydessä saamansa kohteluun olivat yksilöllisyys, potilaan asema ja potilaan kokema oma elämänhallinta.

Sara-Ahon (1998) tutkimuksen mukaan usein leikkaukseen liittyvät pelot ja turvallisuus. Potilaan omat voimavarat vaikuttavat potilaan turvallisuuden tunteeseen, koska potilaat pelkäävät eri asioita. Aikaisemmin saadut myönteiset kokemukset auttavat potilasta leikkauksesta toipumisessa.

Leikkauksen aikainen rohkaisu ja rauhoittaminen tukevat ja lujittavat potilasta. Hyväksi koettu rauhoituskeinoja olivat kosketus ja leikkauksen aikainen tiedollinen tukeminen ja ajan tasalla pitäminen. Nämä yhdistyvät kokemukseen, että hoitoa toteutetaan yhteistyössä ja potilaat kokevat olevansa osallisena omassa hoidossaan. Yhteenguuluvuuden tunnetta voidaan lisätä epävirallisella kommunikaatiolla, ja näin voidaan auttaa potilasta selviämään pelkojensa kanssa leikkauksen aikana. Huumori oli useimpien potilaiden mielestä positiivinen asia, sillä leikinlaskulla saadaan kevennettyä ilmapiiriä, autetaan unohtamaan pelkoja, saatetaan laukaista lukkiutunut tilanne ja edesauttaa leikkauksesta selviytymistä. Kuitenkin osa potilaista ei pitänyt huumoria sopivana keinona leikkauksen aikaiseen selviytymiseen. (Hankela 1999, 64.)

Potilaiden tyytymättömyyteen vaikuttaa potilaiden vaivojen vähättely, huono tiedon saanti, henkilökunnan kiire ja potilaan epäasiallinen hoitaminen. Tyytymättömyys kohdistuu etenkin puutteelliseen tiedonsaantiin hoidon aikana ja potilaan kokemuksiin siitä, että hänet jätetään omaa hoitoaan koskevan tiedon ulkopuolelle. (Paunonen 2000, 38.)

4.2 Turvallisuus käsitteenä

Turva ja turvallinen tarkoittavat Nykysuomen sanakirjan (1996) mukaan sitä, että turva on ”sitä mihin voi tarvittaessa turvautua, sitä mikä varjelee ja antaa turvaa, turvattuina olemista; hoivaa ja suojaaa”.

Turvallisuus on ”suojaista, vaaratonta, varmaa”. Useimpiin näistä määritteistä sisältyy viite suhteesta toiseen ihmiseen. (Jahren, Nortvedt & Skaug. 2006, 222 - 223)

Jokainen tietää arkikokemuksen kautta jotakin turvallisuudesta. Ihminen kokee turvallisuuden tunteen tiedostaen mitä se on. Sen tuntee kehossaan elämän monien kokemusten kautta muiden ihmisten kohtaamisista syntyneistä muistijäljistä. Käsite turvallisuus eroaa elämässä koetusta turvallisuuden tunteesta. Turvallisuuden tunteen moninaisuudesta ei välttämättä saada tuntumaa määrittelemällä käsite turvallisuus. Mikäli turvallisuutta pyritään määrittämään tarkasti, voi määritelmä johtaa harhaan. (Jahren ym. 2006, 222 - 223)

Turvallisuuden tunnetta voidaan kokea eleistä, ilmeistä, äänensävyistä ja etenkin hiljaisuudessa - siitä, mitä ei sanota. Luokittelu tai kategoriointi voi heikentää ymmärrystä turvallisuuden tunteesta. Turvallisuus, huolenpito ja rakkauden tunne on pystyttävä pitämään käsitteenä ilman rajoittavia määritelmiä. (Jahren ym. 2006, 222 - 223)

Turvallisuus voidaan luokitella sisäiseen ja ulkoiseen turvallisuuteen. Sisäinen turvallisuus on ihmisen elämän tärkeimpiä asioita. Sisäisen turvan laatua ei voi määrittellä sen enempää kuin elämänlaatuakaan. Sisäistä turvaa voidaan ehkä ilmaista jossakin määrin kertomuksilla, mutta turvalle ei voida antaa sen laadusta kertovaa määritelmää. Ulkoiselle turvallisuudelle voidaan asettaa tarkka määritys. Se voidaan varmistaa laadun määrittämisellä eli sairaalassa käytettävillä lääketieteellisillä laitteilla, paloturvallisuudella, sekä mahdollisimman varmojen menetelmien tekemisen avulla. Näillä menetelmillä edellytetään saavutettavan tietty turvallisuustaso. Tämä on erittäin tärkeää, jotta sairaala olisi turvallinen paikka potilaalle. (Jahren ym. 2006, 222 - 223)

4.3 Kipu

Kivun kokemukseen vaikuttavat psyykkiset ja emotionaaliset tekijät, kuten masennus, ahdistus, pelko ja jännittyneisyys. Vaikka kivun sensorinen aistiminen on eri yksilöiden välillä hyvin yhdenmukainen, voi potilaiden kokeman kivun välillä olla kuitenkin suuria eroja. Toimenpiteellä on myös vaikutusta potilaan elämänlaatuun ja mielialaan. Potilas sietää kipua eri tavalla, jos kyseessä on ortopedinen korjausleikkaus, joka parantaa elämänlaatua, kuin jos kysymyksessä on välttämätön pahanlaatuisen syöpäkasvaimen poistaminen. Leikkaukseen liittyvä jonkinasteinen kipu on luonnollinen asia.

Potilaalle kivusta johtuneet kärsimykset ovat kuitenkin eettisesti tarkasteltuina epäinhimillisiä. Kivun tehokkaaseen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon on tarjolla useita menetelmiä. Usein potilaiden kipuja aliarvioidaan hoitohenkilökunnan toimesta vedoten kipulääkkeiden yliannostelusta johtuvaan lääkeriippuvuuteen. Potilas on kuitenkin omien kipujensa paras asiantuntija. (Korte ym. 2000, 318)

Anestesia- ja kipulääkitys arvioi esilääkityksen tarpeen potilaan iän, fyysisen ja psyykkisen tilan, perussairauksien, lääkkeiden käytön ja potilaan aikaisempien kokemusten mukaan. Lääkkeen tarkoituksena on helpottaa potilaan oloa, vähentää tuskaisuutta ja pelkoja, sekä poistaa kipuja. Esilääkityksen tavoitteena on myös vähentää mahdollisesti anestesia-aineista aiheutuvia allergisia reaktioita ja aspiraatiovaaraa. Leikkausta edeltäväksi yöksi annettu unilääke tai anksiolyytti voi taata potilaalle rauhalliset yöunet. Levännyt potilas kestää toimenpiteen aiheuttamat stressireaktiot paremmin. (Korte ym. 2000, 321)

Ohjaamalla ja potilaan itsemääräämisoikeutta tukemalla voidaan vähentää potilaan taajuntaan vaikuttavien esilääkkeiden rutiininomaista käyttöä. Potilaan ohjaamisen tarve korostuu päiväkirurgisten potilaiden osalla, koska tarvitaan nopeaa toipumista anestesiasta ja riittävät itsehoitotaidot potilaan kotiutuessa. (Korte ym. 2000, 322)

Asianmukainen kivunhoito ja kipulääkitys ovat olennainen osa turvallista anestesiamenetelmää. Kivunhoidon suunnitteluun vaikuttavat potilaasta saadut preoperatiiviset tiedot, perussairaudet, esitiedot, laboratorio- ja röntgentutkimukset, ASA-luokitus sekä potilaalle tehtävä toimenpide. Näiden tietojen perusteella anestesiahoitaja ja -lääkäri arvioivat potilaan kipukäyttäytymistä toimenpiteen aikana. Anestesiahoitaja huolehtii potilaan kivunhoidosta anestesia- ja kipulääkityksen ohjeiden mukaan. Puudutetun potilaan verbaalisten ja nonverbaalisten viestien tulkinta on olennainen osa anestesiahoitajan työtä toimenpiteen aikana. Anestesiahoitajan jatkuva läsnäolo ja huolenpito lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta hoidon aikana. Raportoiminen ja kivunhoidon kirjaaminen sekä havainnointi on välttämätöntä potilasturvallisuuden ja kivunhoidon jatkuvuuden kannalta. (Korte ym. 2000, 322 - 323)

Ennaltaehkäisy postoperatiivisen kivun hoidossa alkaa jo leikkaussalissa. Postoperatiivisen kivunhoidon tavoitteena on, että potilas on kivuton tai että hän tulee toimeen kipunsa kanssa. Leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttavat leikkaushaavan sijainti, kudosaaurioiden laajuus ja käytetty leikkaustekniikka.

Leikkauksen jälkeinen kipu on luonteeltaan lyhytaikaista, ajoittaista ja ohimenevää. Kivun kesto voi olla muutamista minuuteista muutamaan viikkoon ja on voimakkainta kolmen ensimmäisen päivän aikana. Oikean tiedon antaminen kivunhoidosta ja leikkauksesta on potilaalle tärkeää ja sairaanhoitajan tulee omata hyvät tiedot fysiologiasta ja anatomiasta ymmärtääkseen potilaan yksilöllistä kipukäyttäytymistä postoperatiivisen hoidon aikana. (Korte ym. 2000, 324)

4.4 Pelko

Leikkauspelko on tilannekohtainen pelko, joka kohdistuu tulevaan leikkaukseen tai toimenpiteeseen. Pelkoa aiheuttaa leikkauskokemus kokonaisuutena ja lisäksi pelko voi liittyä anestesiaan, kipuun ennen leikkausta, kipuun leikkauksen aikana ja sen jälkeen. Myös vieras hoitoympäristö aiheuttaa pelkoa. (Laitinen 2003, 12.) Ennen toimenpidettä ilmenevä ahdistus alkaa usein silloin, kun potilas kuulee toimenpiteen olevan välttämätön. Potilaille ahdistusta voi aiheuttaa kuoleman pelko, epävarmuus oman identiteetin säilymisestä ja kontrollin menettäminen. (Hankela 1994, 48,49.)

Hankelan (1994, 118,132.) tutkimuksen mukaan leikkauksen aikana potilaat pelkäsivät kehon osansa toiminnan menetystä. Epävarmuus leikkauksen tuloksesta ja sen vaikutuksesta tulevaisuuteen aiheuttivat epämurkavuutta myös leikkauksen aikana. Leikkausta ennen potilaat olivat huolestuneita leikkauksen pitkästä kestosta, leikkauksen aikana hereillä olemisesta ja hankalasta leikkausasennosta.

Pelko ja ahdistus aiheuttavat muutoksia potilaiden fysiologiassa, käyttäytymisessä ja mielialassa. Pelokas ihminen saattaa käyttäytyä aggressiivisesti ja äänekkäästi. Potilas saattaa olla myös rauhaton, hermostunut, yliaktiivinen, kalpea, hikinen, itkuinen, puhumaton tai sulkeutunut. (Laitinen 2003, 16, 25.)

Paras hoito leikkauspelkoon on potilaalle annettu asianmukainen informaatio tulevasta toimenpiteestä. Potilasta ahdistavassa tilanteessa tarvitaan hienotunteisuutta, empatiaa ja keskustelua potilaan kanssa. Yksistään leikkauspelon hoito ennen leikkausta ei riitä, vaan tukea tarvitaan myös leikkauksen jälkeen. (Ukkola ym. 2001, 63 - 64.; Kuuri-Riutta 1995, 29 - 30.)

5 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten potilaat kokivat intraoperatiivisen hoidon Kuusankosken aluesairaalan leikkausosastolla.

Tutkimusongelmat:

1. Miten potilaat kokivat tullessa vastaanotetuiksi leikkausosastolle?
2. Miten turvalliseksi potilaat kokivat olonsa intraoperatiivisen vaiheen aikana?
3. Miten kivunhoidosta huolehdittiin intraoperatiivisen vaiheen aikana?
4. Miten potilas koki tullessa huomioiduksi intraoperatiivisen vaiheen aikana?
5. Miten potilaat kokivat postoperatiivisen hoidon heräämössä?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Aineiston kohderyhmä, keruu ja toteutus

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin tietyltä ajanjaksolta Kuusankosken aluesairaalaan päiväkirurgiseen leikkaukseen tulleet potilaat, joiden toimenpide tehtiin puudutuksessa. Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen kyselytutkimus. Kysely tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Termi survey tarkoittaa sellaisia kyselyä, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat näytteen tai otoksen perusjoukosta. Surveyn avulla kerätty aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. (Hirsijärvi ym. 2000, 180.)

Kyselylomakkeen kysymykset olivat strukturoituja eli vastausvaihtoehdot olivat valmiina. Suljettujen kysymysten tarkoituksena oli vastausten käsittelyn yksinkertaistamisen lisäksi myös tiettyjen virheiden torjunta. Kaikki vastaajat eivät ole kielellisesti lahjakkaita eivätkä osaa itse muotoilla vastauksiaan, ja jotkut vastaajat puolestaan pyrkivät välttämään esimerkiksi arvostelevia vastauksia.

Kun vastaajille tarjotaan vaihtoehtoja, vastaaminen ei esty kielellisen lahjattomuuden takia ja näin on helpompi antaa myös moittivia ja arvostelevia vastauksia. (Heikkilä 1998, 49 - 50.)

Kysymykset laadittiin Likertin asteikon mukaisesti. Likertin asteikko on mielipidevääntämissä käytetty, tavallisesti neljä- tai viisiportainen asteikko, jossa toisena ääripäänä on useimmiten täysin samaa mieltä ja toisena ääripäänä täysin eri mieltä. Vastaajan tulee valita asteikolta parhaiten omaa käsitystä vastaava vaihtoehto. (Heikkilä 1998, 52)

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin antamalla saate ja kyselylomake (liite 1) Kuusankosken aluesairaalan osasto 6:n henkilökunnalle jaettavaksi osaston päiväkirurgisille potilaille. Kysely toteutettiin 2009 touko-kesäkuun vaihteessa. Hoitohenkilökunta antoi kyselylomakkeen potilaalle tämän saapuessa toimenpiteeseen osastolle. Potilas palautti lomakkeen suljetussa kuoressa kotiutuessaan osastolta. Kyselylomakkeita toimitettiin osastolle yhteensä 80 kappaletta. 54 lomaketta palautettiin hyväksytysti vastattuina, kuuteen oli vastattu puutteellisesti, ja 20 kappaletta jäi osastolla jakamatta. Strukturoituihin kysymyksiin annetut vastaukset kerättiin manuaalisesti havaintomatriisiin, jota käsiteltiin tilastollisesti laskemalla frekvenssit. Tuloksia analysoitaessa vastaajat luokiteltiin neljään ikäryhmään. Vastaajien taustatietoina kysytyt ikä, sukupuoli ja siviilisäätö otettiin huomioon vastauksia tarkasteltaessa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Jotta tutkimus olisi luotettava, täytyy kysymyslomakkeen kysymysten olla helposti ymmärrettäviä ja selkeitä. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että kysymysten kohdistuksen tulee olla tarkka, jotta saaduilla vastauksilla voidaan mitata tutkimuksessa tavoiteltuja asioita. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja kykyä ei-satumanvaraisiin tuloksiin. (Hirsijärvi ym. 2000, 213–215.)

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa myös se, että kysymykset esitetään kaikille vastaajille samassa muodossa. (Aaltola & Valli 2001, 101). Vastaajien henkilötietoja ei kysytä missään vaiheessa, eikä heitä voida tunnistaa vastausten perusteella. Hyvä puoli kyselylomaketutkimuksessa on se, ettei tutkija itse pääse vaikuttamaan olemuksellaan eikä läsnäolollaan vastauksiin, toisin kuin haastattelussa. Vastaaja voi valita itselleen sopivimman vastaamisajankohdan ja pohtia rauhassa vastauksia ja tarkistaa niitä.

Kyselytutkimuksen heikkoutena voidaan pitää vastausprosentin jäämistä alhaiseksi. Toisena haittapuolena on se, että vaikka aineiston kerääminen on nopeaa, uusinta- kyselyjen tekeminen lisää vastausaikaa sekä työtä ja kustannuksia. (Aaltola & Valli 2001, 31.)

Valmiit lomakkeet toimitettiin osastolle kuusi, jaettavaksi päiväkirurgisille potilaille, joiden toimenpide oli tehty puuduttamalla. Kyselyyn vastaaminen oli potilaille vapaaehtoista. Vastattuaan kyselylomakkeeseen he palauttivat lomakkeen suljetussa kirjekuoressa osaston henkilökunnalle. Luottamuksellisuuden kannalta on tärkeitä, ettei lomakkeessa ole henkilöiden tunnistetietoja.

Lomakkeet olivat jaossa aiotun kahden viikon sijasta neljä viikkoa, jotta vastauksia olisi saatu enemmän ja tutkimus olisi luotettavampi. Potilaat olivat vastanneet pääosin kaikkiin väittämiin rengastamalla vaihtoehdon, joka vastasi lähinnä heidän kokemukstaan saamastaan hoidosta. Vajaasti vastattuja lomakkeita palautui muutamia kappaleita ilmeisesti sen takia, että lomakkeita oli jaettu myös nukutetuille potilaille ja he eivät olleet pystyneet vastaamaan intraoperatiivista vaihtetta koskeviin kysymyksiin. Osaan lomakkeista potilas oli itse kirjoittanut olleensa nukutettuna operation ajan.

Osastolle toimitetuista 80 kysymyslomakkeesta 20 lomaketta jäi jakamatta. Paremmiin organisoidulla kyselylomakkeiden jakamisella olisi vastaajia saatu enemmän. Jakamalla lomakkeet itse, olisi mahdollisesti saatu suurempi otos, jolloin tutkimuksen luotettavuus olisi ollut parempi. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että vastausprosentiksi muodostui 90 %. 60 jaetusta kyselylomakkeesta 54:ään oli vastattu hyväksytysti. Kuusi lomaketta hylättiin, sillä niihin oli vastattu vain muutama väittämään. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että kysymyslomaketta muokattiin yhdessä leikkausosaston henkilökunnan kanssa. Leikkausosaston henkilökunta teki lomakkeisiin haluamansa muutosehdotukset, jotka vastasivat heidän käsityksiään tutkimusongelmista. Tämän tutkimuksen luotettavuutta vähentää se, että emme esitettäneet kysymyslomaketta.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastanneista potilaista oli naisia 29 ja miehiä 25. (N=54). N=54 tarkoittaa koko tutkimukseen hyväksytysti vastanneiden määrää. Vastaajia oli kaikista ikäryhmistä, vähiten 18–30 vuotiaita ja eniten yli 61-vuotiaita. Tutkimustuloksissa on käytetty n-lukua niissä väittämissä joissa vastaajien määrä on ollut vähäisempi kuin 54 vastaajaa.

7.2 Saapuminen leikkausosastolle

Vastaajista (N=54) kaikki yhtä lukuunottamatta olivat sitä mieltä, että hoitaja esitteli itsensä heille heidän saapuessaan leikkausosastolle.

Kyselyyn osallistuneista (n=52) 32 oli 'täysin samaa mieltä', 13 'samaa mieltä' ja seitsemän 'jokseenkin samaa mieltä' siitä, että hoitaja tiedusteli heidän vointiaan.

Vastaajista (N=54) 53 vastasi 'samaa mieltä' tai täysin samaa mieltä, että hoitaja kertoi mitä seuraavaksi tapahtuu. Yksi vastaajista oli valinnut vaihtoehdon 'täysin eri mieltä'.

7.3 Hoito leikkaussalissa

'Henkilökunta kohteli minua ystävällisesti leikkaussalissa'-väittämään vastanneista (N=54) 'täysin samaa mieltä' oli 44 vastaajaa ja 'samaa mieltä' yhdeksän vastaajaa. Yksi vastaaja oli 'jokseenkin samaa mieltä'.

Kaikki vastaajat (N=54) olivat sitä mieltä, että siirto potilasvuoteesta leikkauspöydälle tapahtui turvallisesti.

Vastaajista (n=47) 39 oli 'täysin samaa mieltä', viisi vastaajaa 'samaa mieltä' ja kaksi vastaajaa 'jokseenkin samaa mieltä', että puudutus onnistui hyvin. Vastaajista yksi oli täysin eri mieltä asiasta.

Vastaajista (n=52) 50 oli 'täysin samaa mieltä' siitä että heitä käsiteltiin kipua tuottamatta leikkaussalissa. Kaksi vastaajista oli 'jokseenkin samaa mieltä'.

Vastaajista (n=45) 31 oli 'samaa mieltä' tai 'täysin samaa mieltä' väittämän 'Sain jatkuvasti tietoa minulle tapahtuvista asioista leikkauksen aikana' kanssa. Yhdeksän vastanneista oli 'jokseenkin samaa mieltä' ja viisi vastanneista 'eri mieltä' väittämän kanssa.

'Minua pelotti leikkauksen aikana' väittämän kanssa 'täysin samaa mieltä' oli seitsemän vastaajaa (N=54), 'samaa mieltä' viisi vastaajaa ja 'jokseenkin samaa mieltä' viisi vastaajaa. Väittämään vastanneista 'eri mieltä' oli 10 ja 'täysin eri mieltä' 19 vastaajaa.

Väittämään vastanneista (n=46) 39 oli 'täysin eri mieltä' tai 'eri mieltä' väittämän 'leikkaussalissa kuuluvat äänet pelottivat minua' kanssa. 'Samaa mieltä' tai 'täysin samaa mieltä' oli seitsemän vastanneista.

Kyselyyn osallistuneista (n=38) 23 vastasi olevansa 'täysin samaa mieltä' siitä, että heille kerrottiin mitä toimenpiteessä oli tehty. Väittämän kanssa 'samaa mieltä' oli 10 vastanneista ja 'jokseenkin samaa mieltä' oli neljä vastaajaa. 'Täysin eri mieltä' oli yksi vastaaja.

'Vointiani kysyttiin leikkauksen aikana' -väittämän kanssa 'täysin samaa mieltä', 'samaa mieltä' tai 'jokseenkin samaa mieltä' olivat 36 vastaajaa (n=42). 'Eri mieltä' tai 'täysin eri mieltä' olivat kuusi vastaajaa.

Väittämään 'kanssani keskusteltiin rauhoittavasti' oli vastanneista (n=48) 45 valinnut vaihtoehdon 'täysin samaa mieltä', 'samaa mieltä' tai 'jokseenkin samaa mieltä'. Yksi vastanneista oli valinnut vaihtoehdon 'täysin eri mieltä' ja kaksi vastanneista vaihtoehdon 'eri mieltä'.

7.4 Hoito heräämössä

'Minut oli peitelty lämpimästi' väittämän kanssa oli 'täysin samaa mieltä' 33 väittämään vastanneista (n=52), 'samaa mieltä' 16 vastanneista ja 'jokseenkin samaa mieltä' yksi vastanneista.

Väittämään vastaajista (n=49) kaikki olivat 'samaa mieltä', että he olivat saaneet kipulääkettä tarvittaessa heräämössä ollessaan.

Yksi vastaajista(n=49) oli 'eri mieltä' että hänen kipujaan hoidettiin riittävästi heräämössä. 48 vastaajaa olivat 'samaa mieltä', 'täysin samaa mieltä' tai 'jokseenkin samaa mieltä' että heidän kipujaan hoidettiin riittävästi heräämössä.

Väittämään 'tunsin oloni turvalliseksi heräämössä' vastanneista (n=51) 41 oli 'täysin samaa mieltä' ja kahdeksan 'samaa mieltä'. Kaksi väittämään vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä.

Heräämöö miellyttävänä hoitoympäristönä piti suurin osa vastaajista. Vastaajista (N=54) kaksi oli 'eri mieltä' ja yksi 'täysin eri mieltä'.

Heräämön kiireen häiritseväksi koki kahdeksan vastaajaa (N=54) ja loput vastanneista oli sitä mieltä että kiire ei häirinnyt heitä lainkaan.

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka tyytyväisiä päiväkirurgiset puudutetut potilaat ovat Kuusankosken aluesairaalan leikkausosaston toimintaan. Tutkimus oli laadultaan määrällinen ja se on tehty aluesairaalan leikkausosaston pyynnöstä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten potilaat ovat kokeneet leikkausosaston ohjauksen, tukemisen ja kivun hoidon heidän tarpeitaan tyydyttäväiksi. Useiden päiväkirurgisten tutkimusten mukaan potilaat pitävät tarpeellisena tiedonsaantia, tukemista ja ohjausta. (Hankela 1999; Holmia 2006; Korte 2000; Panelius & Varisto 1990; Paunonen 2000).

Tämän tutkimuksen mukaan kyselyyn osallistuneista 98 % potilaista oli tyytyväisiä Kuusankosken aluesairaalan leikkausosaston hoitohenkilökunnan toimintaan ja kohteluun heidän saapuessaan leikkausosastolle. Intraoperatiivisen hoidon tavoitteena on leikkauspotilaiden tiedollinen tukeminen, ajan tasalla pitäminen ja potilaan voinnin tiedusteleminen. Edellä mainitut tekijät auttavat potilasta selviytymään tilanteesta vieraassa ympäristössä ja tukevat potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa. Potilaan selviytymistä edesauttaa myös luottamus hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. (Hankela 1994.)

Hiidenhovin, Åsted-Kurjen ja Paunonen-Ilmosen (2001) tutkimustulosten perusteella potilaat kokivat oleellisena osana potilastyytyväisyyttä hoitajien tiedonannon, hyvän kohtelun ja joustavan toiminnan, potilaan ja hoitohenkilökunnan välisessä yhteistyösuhteessa. Leikkauksen aikana potilaan rohkaiseminen ja rauhoittaminen tukevat ja auttavat potilasta. Hyväksi koettuja rauhoituskeinoja olivat leikkauksen aikainen tiedonsaanti ja tukeminen sekä kosketus. (Hankela 1999.) Tutkimukseen osallistuneista 89 % oli tyytyväisiä leikkauksen aikaiseen tiedonsaantiin Kuusankosken aluesairaalan leikkausosastolla.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että eniten eriäviä mielipiteitä aiheuttivat väittämät 'minua pelotti leikkauksen aikana' ja 'leikkaussalissa kuuluvat äänet pelottivat minua'. Tämä lienee selitettävissä sillä, että Sara-Aho (1998) on tutkimuksessaan todennut, että potilaan omat voimavarat vaikuttavat turvallisuuden tunteeseen leikkauksen aikana, koska potilaat pelkäävät eri asioita.

Asianmukainen kivunhoito ja kipulääkitys ovat osa turvallista anestesiamenetelmää. Anestesiahoitajan läsnäolo ja huolenpito lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta hoidon aikana. (Korte ym. 2000). Hankelan (1994) tutkimuksen mukaan leikkauksen aikana potilaat pelkäävät jonkin kehonsa osan toiminnan menettämistä. Potilaat ovat myös huolestuneita leikkauksen kestosta, leikkauksen aikana hereillä olemisesta ja hankalasta leikkausasennosta. Paras hoito leikkauspelkoon on potilaalle annettu oikeanlainen informaatio ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen. (Ukkola ym. 2001; Kuuri-Riutta 1995).

Tämän tutkimuksen mukaan valtaosa päiväkirurgisista potilaista oli tyytyväisiä saamaansa kohteluun tiedonsaantiin ja tukemiseen leikkauksen aikana Kuusankosken aluesairaalan leikkausosastolla. Tutkimukseen osallistuneista potilaista suurin osa oli sitä mieltä, että heitä kohdeltiin ystävällisesti ja heidän vointiaan kysyttiin leikkauksen aikana. Potilaat saivat myös mielestään tarpeellista tietoa leikkauksen aikana tapahtuvista asioista, ja heidän kanssaan keskusteltiin rauhoittavasti.

Tutkimuksessamme vain yksi vastaajista oli täysin eri mieltä, että puudutus ei ollut onnistunut. Valtaosa vastaajista oli kuitenkin kokenut puudutuksen onnistuneen hyvin ja kukaan vastanneista ei tuntenut kipua potilasvuoteelta siirron aikana.

Vastaajista suurin osa oli myös sitä mieltä, että heitä käsiteltiin kipua tuottamatta koko toimenpiteen ajan. Tämän tutkimuksen osalta voi päätellä, että potilaat olivat saaneet riittävää ja selkeää ohjausta puudutuksen aikana Kuusankosken aluesairaalan leikkausosastolla. Heidän leikkausasetonsa on ollut hyvä ja henkilökunta leikkaussalissa on informoinut potilasta, kun häntä on liikuteltu leikkauspöydällä. Leikkausta valvova sairaanhoitaja, on huomionnut potilaan tilanteen leikkaussalissa ja sovittanut työnsä ryhmän kanssa niin, että potilas tunsu olonsa turvalliseksi. Potilasta ei ole jätetty yksin, vaan potilaan lähellä on aina yksi leikkausryhmän jäsenistä varmistamassa, ettei potilas putoa leikkauspöydältä.

Potilaan postoperatiivinen hoitotyö hoidetaan leikkausosaston yhteydessä olevassa valvontayksikössä, heräämössä. Postoperatiivisen vaiheen aikana tarkkaillaan ja edistetään potilaan leikkauksesta toipumista. Osaa potilaista tarkkaillaan vain vähän aikaa ja osaa tarkkaillaan ja hoidetaan useita tunteja riippuen potilaan elintoimintojen vakautumisesta ennen kuin hänet siirretään jatkohoitoon osastolle. (Lukkari ym. 2007.)

Luottamuksellisen ja hyvän hoitosuhteen perustana on se, että huomioidaan potilaan tarpeet mahdollisimman hyvin. Sairaanhoitajan tulee tukea ja rohkaista potilasta, jotta hän kokee olonsa turvalliseksi heräämössä. Potilas tarvitsee myös tukea ja ohjausta selviytyäkseen mahdollisista kivuista, pahoinvoinnista ja peloista heräämövaiheen aikana. (Lukkari ym. 2007.) Tämän tutkimuksen mukaan potilaat kokivat olonsa turvalliseksi heräämövaiheen aikana. Vastaajien mielestä myös heidän kipujaan hoidettiin riittävästi, vain yksi vastaaja koki kivunhoidon puutteelliseksi. Saatujen tulosten perusteella potilaan yksilölliset tarpeet on huomioitu hyvin Kuusankosken aluesairaalan heräämössä. Potilaat ovat saaneet myös kipulääkettä tarvittaessa.

Heräämöltä vaaditaan tiettyjä ominaisuuksia hoitoympäristönsä suhteen. Hoitoympäristönä sairaanhoitajat ovat luonnehtineet heräämööä ajoittain levottomaksi ja ylikuormitetuiksi, jossa vaaditaan hoitohenkilökunnalta hyvää stressinsietokykyä. Potilaille tulee suoda rauhallinen ja meluton ympäristö leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. (Lukkari ym. 2007). Tutkimuksessamme kävi ilmi, että potilaat pitivät Kuusankosken aluesairaalan heräämööä hoitoympäristönä miellyttävänä eikä hoitajien ajoittainen kiire häirinnyt heitä. Näiden tulosten perusteella voisi päätellä, että heräämössä on otettu potilaan tarpeet hyvin huomioon hoitoympäristön suhteen.

Heräämön ammattitaitoinen hoitohenkilökunta auttaa potilasta luomalla heräämööseen rauhallisen ja turvallisen ilmapiirin, joka parantaa potilaan viihtyvyyttä ja edistää potilaan toipumista leikkauksen jälkeen.

Hyväksytysti vastattujen kysymyslomakkeiden määrä olisi voinut olla suurempi ja jakaminen nopeampaa, mikäli lomakkeet olisi jaettu leikkausosastolla pelkästään puudutetuille potilaille. Osasto kuuden henkilökunta jakoi lomakkeita myös niille päiväkirurgisille potilaille, jotka olivat nukutettuina, koska heillä ei ollut tiedossa anestesiaa lomakkeiden jakovaiheessa.

Opinnäytetyö eteni jokseenkin suunnitellun aikataulun mukaan ja yhteistyö ryhmässä sujui hyvin. Aiheeseen liittyvää kirjallisuutta työhömmee löytyi jonkin verran, suurin osa löytämistämme tutkimuksista on kuitenkin jo 90-luvulta. Uudempien lähteiden etsiminen vei suunniteltua enemmän aikaa. Aikataulusta jäimme hieman jälkeen myös kyselylomakkeiden jakovaiheessa. Olimme suunnitelleet että lomakkeiden jakaminen tapahtuisi kahden viikon sisällä, joutuimme kuitenkin pidentämään aikaa kahdella viikolla alhaisen vastaajamäärän vuoksi.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastava ja antoisa prosessi. Olemme saaneet harjoitusta teorian tiedon ja aikaisemmin tutkitun tiedon etsimiseen ja hyödyntämiseen. Jatkotutkimusaiheeksi voisi soveltua tutkimus päiväkirurgisen potilaan kotiutumisen jälkeisestä selviytymisestä, mikä oli haasteellisinta potilaiden mielestä ja tapahtuiko toipuminen suunnitellusti.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R., (toim.), 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Arponen, L. 2003. Päiväkirurgisten potilaiden potilastyytyväisyys, tiedonsaanti, ohjaus ja kivunhoito-potilastyytyväisyyskysely. Opinnäytetyö. Kymenlaakson Ammattikorkeakoulu. Terveysala Kotka.

Hankela, S. 1992. Lonkkaproteesileikkauspotilaiden Intraoperatiiviseen hoitotyöhön kohdistamat odotukset. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden koulutusohjelma.

Hankela, S. 1994. Intraoperatiivinen hoitotyö leikkauspotilaiden kokemana. Lisensiaattitutkimus. Tampereen yliopisto.

Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä - Liljeström, P. & Raappana, M., 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Heikkilä, T. 1998. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.

Hiidenhovi, H., Åstedt - Kurki, P. & Paunonen - Ilmonen, M. 2001. Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. Hoitotiede 13(1).

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Kuudes painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 1999. Sisätautikirurginen hoitotyö. 1.-2.painos. Porvoo: WSOY.

Huotari, A. 1984. Itsehoitoa tukeva hoitotyö leikkaushoidossa olleiden potilaiden arvioimana. Turun sairaanhoito-oppilaitoksen julkaisuja, Sarja A No 8. Turku.

- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. 1. painos. Helsinki: Tammi.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F & Skaug, E-A. 2006. Hoitotyön perusteet. 1. painos. Edita / Narayana Press, Tanska.
- Jokela, J. 1987. Leikkauspotilaan ja sairaanhoitajan välinen vuorovaikutus potilaan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Klemetti, S., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.), 2003. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. A: 43/2003.
- Korhonen, M. 1990. Anestesia. WSOY, Juva.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L., Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. painos. WSOY, Porvoo.
- Koso, P., Tyynynen, A-R., 2005. Päiväkirurgisten potilaiden kokemuksia hoidosta. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, Kuusankoski. Opinnäyte-työ.
- Kunnallislääkäri numero 4B/ 2004, yleislääketieteen vuosikirja 19. Saatavissa: http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/vuosikirja/vuosikirja2004/yleislaaketieteen_erik_erikoislaakarikuulust.pdf [viitattu 25.3.2009].
- Kuuri-Riutta, A. 1995. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Lahtinen, J., Alanko, A., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Nenonen, M., Permi, J., Punnonen, H., Rihkanen, H., Tenhunen, A. & Toivonen, J. 1998. Päiväkirurgia. 1. painos. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.

Laitinen, R. 2003. Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.2.1992/785.

Lukkari, L., Kinnunen, T., Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY, Porvoo.

Nykysuomen sanakirja 6. 1996. WSOY, Juva.

Panelius, M. & Varisto, H. 1990. Perioperatiivisen hoito-opin perusteet. SHKS. WSOY, Juva.

Paunonen, T. 2000. Potilasohjaus päiväkirurgiassa. Laadullinen tutkimus päiväkirurgisen polventähystyspotilaan kokemuksista, odotuksista ja tarpeista hoitoketjun eri vaiheissa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:
<http://selene.lib.jyu.fi:8080/gradu/f/tarjapaunonen.pdf>

Rummukainen, T. 1996. Puudutetun potilaan ja anestesiahoitajan vuorovaikutus intraoperatiivisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Sara-aho, A. 1998. Toipuminen päiväkirurgisesta vaivaisenluokeikkauksesta potilaiden kokemana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

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

Viitamäki, R. 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Tampere: Kirjayhtymä

Vuorenheimo, J. 1991. Hyvä perioperatiivinen hoito selkäleikkauspotilaiden arvioimana. Hoitotiede 3.

KYSELY KUUSANKOSKEN ALUESAIRAALAN PÄIVÄKIRURGISILLE POTILAILLE

HEI!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta Kuusankosken toimipisteestä. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää potilastyytyväisyyttä ja kokemuksia leikkaussalihenkilökunnan toiminnasta ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen.

Olisimme kiitollisia jos Te voisitte vastata kyselylomakkeen kysymyksiin. Teidän vastauksistanne saamme arvokasta tietoa leikkaukseen tulevan potilaan tuntemuksista, toiveista ja odotuksista sekä siitä miten toimintaa pystyttäisiin kehittämään leikkausosastolla.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä, hoitohenkilökunta poistaa tämän sivun ennen kyselylomakkeen palautusta tutkijoille. Pyydämme Teitä ystävällisesti laittamaan kyselylomakkeen ohessa olevaan palautuskuoreen. Kirjekuoren voitte palauttaa hoitohenkilökunnalle ennen kotiin lähtöänne. Hoitohenkilökunta toimittaa sen edelleen allekirjoittaneille.

Kiitos etukäteen vastaamisesta!

Terveisin

Sirpa Puonti, Jani Suhonen ja Heli Koskinen

Ymmärrän tämän tutkimuksen tarkoituksen ja haluan osallistua tutkimukseen vastaamalla kysymyksiin.

Allekirjoitus

Mikäli ette halua/pysty vastaamaan kyselyyn, valitkaa oikea vaihtoehto seuraavista kahdesta vaihtoehdosta ja palauttakaa kyselylomake hoitajille.

1. En halua vastata kyselyyn.
2. En pysty vastaamaan kyselyyn.

Mikäli haluatte vastata kyselyyn, ympyröikää numeroiduista väittämistä se vaihtoehto, joka vastaa mielipidettänne parhaiten.

TAUSTATIETOJEN KYSELY

1. Sukupuoli
 1. nainen
 2. mies
2. Ikä
 - 18 - 30
 - 31 – 45
 - 46 – 60
 - yli 61 v
3. Siviilisäätö
 1. naimaton
 2. naimisissa
 3. avoliitossa
 4. eronnut
 5. leski
4. Koulutustaso
 1. kansakoulu ja/ tai keskikoulu tai peruskoulu
 2. ammattitutkinto
 3. ylioppilastutkinto
 4. opistotason tutkinto
 5. korkeakoulututkinto
5. Onko tämä teille ensimmäinen päiväkirurginen leikkaus?
 1. kyllä
 2. ei

SAAPUMINEN LEIKKAUSOSASTOLLE

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	jokseen- kin samaa mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä
a. Vastaanottanut hoitaja esittäytyi minulle	1	2	3	4	5
b. Anestesia lääkäri/ hoitaja kertoi minulle riittävästi puudutukseen liittyvistä asioista.	1	2	3	4	5
c. Vastaanottanut hoitaja tiedusteli vointiani.	1	2	3	4	5
d. Vastaanottanut hoitaja oli ystävällinen.	1	2	3	4	5
e. Vastaanottanut hoitaja kertoi, mitä seuraavaksi tapahtuu.	1	2	3	4	5

HOITO LEIKKAUSSALISSA

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	jokseen- kin samaa mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä
a. Henkilökunta kohteli minua ystävällisesti.	1	2	3	4	5
b. Minut siirrettiin sängystä leikkauspöydälle turvallisesti.	1	2	3	4	5
c. Mielestäni puudutus onnistui hyvin.	1	2	3	4	5

d. Minut asetettiin mukavan tuntuiseen leikkausasettoon.	1	2	3	4	5
e. Minut oli peitelty lämpimästi.	1	2	3	4	5
f. Minua käsiteltiin kipua tuottamatta.	1	2	3	4	5
g. Sain jatkuvasti tietoa minulle tapahtuvista asioista leikkauksen aikana.	1	2	3	4	5
h. En joutunut tilanteisiin, jossa tunsin itseni kiusaantuneeksi tai noloksi.	1	2	3	4	5
i. Minua pelotti leikkauksen aikana.	1	2	3	4	5
j. Leikkaussalissa kuuluvat äänet pelottivat minua.	1	2	3	4	5
k. Sain kipulääkettä tarvittaessa.	1	2	3	4	5
l. Minut siirrettiin leikkauspöydältä sänkyyn turvallisesti.	1	2	3	4	5
m. Tunsin kipua siirron aikana	1	2	3	4	5
n. Minulle kerrottiin, mitä minulle oli tehty	1	2	3	4	5
o. Vointiani kysyttiin leikkauksen aikana.	1	2	3	4	5
p. Kanssani keskusteltiin rauhoittavasti.	1	2	3	4	5

HOITO HERÄÄMÖSSÄ

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	jokseen- kin samaa mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä
a. Minut oli peitelty lämpimästi	1	2	3	4	5
b. Minulla oli kipuja.	1	2	3	4	5
c. Sain kipulääkettä tarvittaessa.	1	2	3	4	5
d. Minulla oli pahoinvointia.	1	2	3	4	5
e. Tunsin oloni turvalliseksi.	1	2	3	4	5
f. Heräämössä häiritsi yksityisyyden puute.	1	2	3	4	5
g. Heräämö oli hoitoympäristönä miellyttävä.	1	2	3	4	5
h. Heräämössä vointiani tarkkailtiin riittävästi.	1	2	3	4	5
i. Heräämössä häiritsi hoitajien kiire.	1	2	3	4	5
j. Heräämön äänet häiritsivät minua.	1	2	3	4	5
k. Heräämön valaistus oli miellyttävä.	1	2	3	4	5