



**TURUN  
YLIOPISTO**

# **Sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus leikkaussalissa**

Iines Mäkinen

PRO GRADU -tutkielma

Hoitotiede

Turun yliopisto

Hoitotieteen laitos

Huhtikuu 2024

*Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu*

*Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.*

Pro gradu -tutkielma

**Oppiaine:** Hoitotiede

**Tekijä:** Iines Mäkinen

**Otsikko:** Sairaanhoidajien toteuttama potilasohjaus leikkaussalissa

**Ohjaajat:** Dosentti Heli Virtanen ja väitöskirjatutkija Silja-Elisa Eskolin

**Sivumäärä:** 57 sivua, 22 liitesivua

**Päivämäärä:** 15.4.2024

Leikkauspotilaat kokevat hoitoon liittyvää terveydelle haitallista ahdistusta, jota voidaan vähentää potilasohjauksella. Intraoperatiivista leikkaushoidon aikaista potilasohjausta on kuitenkin tutkittu hyvin vähän. Tämän fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja tulkita perioperatiivisten sairaanhoidajien toteuttamaa potilasohjausta leikkaussalissa.

Poikkileikkausasetelmalla toteutettuun ei-osallistuvaan havainnointitutkimukseen osallistui 19 anestesia- ja leikkaussairaanhoitajaa ja 11 leikkauspotilasta suukirurgian ja korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloilta. Aineisto koostui kirjatusta kenttähavainnoista, joita analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä ja voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueita hyödyntäen. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä siitä, miten sairaanhoidajat ohjaavat potilaita leikkaussalissa, tuottaa laadullista tietoa voimavaraistumista tukevan leikkaussalissa tapahtuvan ohjauksen edistämiseksi ja tehdä leikkaussalin hoitotyötä näkyväksi.

Sairaanhoitajat ohjasivat potilaita leikkaussalissa sisällöllisesti voimavaraistumista tukevan tiedon eettisellä, toiminnallisella, kokemuksellisella, biofysiologisella ja kognitiivisella osa-alueella. Ohjauksessa painottui rutiininomainen leikkausvalmisteluista kertominen, mutta ohjausta toteutettiin myös yksilöllisesti potilaan mahdollisen ahdistuksen lievittämiseksi. Menetelmällisesti sairaanhoidajat toteuttivat potilasohjausta leikkaustiimin yhteistyönä. Sairaanhoitajat käyttivät ohjauksessa sekä sanallisen että sanattoman viestinnän keinoja.

Tutkimuksen tuottamat tulokset auttavat kehittämään leikkaussalissa toteutettavaa potilasohjausta ja siten välillisesti voivat auttaa lievittämään potilaiden leikkaushoitoon liittyvää ahdistusta ja esimerkiksi parantaa leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa ja tyytyväisyyttä hoitoon, sekä lyhentää sairaalassaoloaikaa. Perioperatiivisten sairaanhoidajien kannalta tutkimuksen tuottamat tulokset voivat auttaa ymmärtämään paremmin potilasohjauksen sisältöjä ja menetelmiä leikkaussalissa helpottaen voimavaraistumista tukevaa ohjausta jatkossa. Lisäksi tutkimus tekee leikkaussalin moniulotteisesta hoitotyöstä näkyvää ja saattaa parantaa perioperatiivisten sairaanhoidajien työtyytyväisyyttä ja työhön sitoutumista. Käytännössä tutkimus tuo painoarvoa ihmisläheiselle ja ei-tekniselle hoitotyölle leikkaussalissa muun kliinisen hoitotyön ohella.

**Avainsanat:** potilasohjaus, leikkaussali, voimavaraistumista tukeva potilasohjaus, leikkaussalihoitotyö, perioperatiivinen sairaanhoidaja, havainnointitutkimus

Master's thesis

**Subject:** Nursing science

**Author:** Iina Mäkinen

**Title:** Patient education conducted by nurses in the operating room

**Supervisors:** Docent Heli Virtanen and dissertation researcher Silja-Elisa Eskolin

**Number of pages:** 57 pages, 22 appendix pages

**Date:** 15.4.2024

Surgical patients experience anxiety that is harmful to health. Anxiety can be reduced through patient education. However, research on intraoperative patient education during surgery is scarce. The purpose of this phenomenological-hermeneutic study was to describe and interpret the patient education implemented by perioperative nurses in the operating room. A non-participatory observational study was conducted with 19 anesthesia and surgical nurses and 11 surgical patients from the specialties of oral surgery and ear, nose, and throat (ENT). The data consisted of written field observations, which were analysed using inductive content analysis. The dimensions of empowering knowledge were utilised in an inductive content analysis. The goal of the study was to increase understanding of how nurses educate patients in the operating room, generate qualitative information to promote empowering patient education in the operating room, and make the nursing work in the operating room visible.

The nurses educated patients in the operating room across ethical, functional, experiential, biophysiological, and cognitive dimensions of empowering knowledge. The patient education emphasized routine explanations of surgical preparations, but it was also tailored individually to alleviate possible patient anxiety. Methodologically, the nurses educated patients through collaboration with the surgical team. The nurses used both verbal and non-verbal means of communication in education.

The results of the study can help to improve patient education in the operating room and thus indirectly help to alleviate anxiety related to surgical care and, for example, improve post-operative pain management and satisfaction with care, as well as reduce hospital length of stay. For perioperative nurses, the results of the study can help to better understand the contents and methods of patient education in the operating room, facilitating empowering patient education in the future. Additionally, the study makes the multidimensional nursing provided in the operating room visible, potentially improving perioperative nurses' job satisfaction and commitment to their work. In practice, the research highlights the importance of people-centred and non-technical nursing alongside other clinical nursing in the operating room.

**Keywords:** patient education, operating room, empowering patient education, intraoperative nursing, perioperative nurse, observational study

# Sisällysluettelo

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Keskeiset käsitteet</b>	<b>8</b>
2.1	Potilaan valmistautuminen leikkaukseen	8
2.2	Intraoperatiivinen hoitotyö	10
2.3	Potilasohjaus	10
<b>3</b>	<b>Kirjallisuuskatsaus</b>	<b>13</b>
<b>3.1</b>	<b>Menetelmä</b>	<b>13</b>
3.1.1	Tiedonhaku	14
3.1.2	Mukaanottokriteerit	14
3.1.3	Kirjallisuuden hakuprosessi	15
3.1.4	Tutkimusten analyysi	16
<b>3.2</b>	<b>Tulokset</b>	<b>17</b>
3.2.1	Tutkimusten laatu	17
3.2.2	Tutkimusten kuvaus	18
3.2.3	Sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus leikkaussalissa	19
<b>4</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>Tutkimuksen empiirinen toteutus</b>	<b>23</b>
<b>5.1</b>	<b>Tieteenfilosofinen lähtökohta</b>	<b>23</b>
5.1.1	Tutkijan kulttuuriset ja teoreettiset lähtökohdat	23
<b>5.2</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>24</b>
<b>5.3</b>	<b>Tutkimukseen osallistujat</b>	<b>24</b>
<b>5.4</b>	<b>Aineistonkeruu</b>	<b>25</b>
<b>5.5</b>	<b>Aineiston analyysi</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>Tutkimustulokset</b>	<b>29</b>
<b>6.1</b>	<b>Potilasohjauksen toteutuminen leikkaussalissa</b>	<b>29</b>
<b>6.2</b>	<b>Potilasohjauksen sisällöllinen toteutuminen leikkaussalissa</b>	<b>30</b>
6.2.1	Ahdistuksen lievittäminen	30
6.2.2	Voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueiden toteutuminen	31
<b>6.3</b>	<b>Potilasohjauksen menetelmällinen toteutuminen leikkaussalissa</b>	<b>33</b>
6.3.1	Ohjaus osana leikkaussalin tiimityötä	33

6.3.2	Sanaton viestintä osana leikkaussalin potilasohjausta	34
6.3.3	Voimavaraistumista tukevien menetelmien toteutuminen leikkaussalissa	35
<b>7</b>	<b>Pohdinta</b>	<b>36</b>
<b>7.1</b>	<b>Tutkimustulosten tarkastelu</b>	<b>36</b>
7.1.1	Tutkijan omat käsitykset	39
<b>7.2</b>	<b>Tutkimuksen luotettavuus</b>	<b>40</b>
<b>7.3</b>	<b>Tutkimuksen eettisyys</b>	<b>42</b>
<b>7.4</b>	<b>Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset</b>	<b>44</b>
	<b>Lähteet</b>	<b>45</b>
	<b>Liitteet</b>	<b>58</b>
	<b>Liite 1. Tietokannat, hakulausekkeet ja rajaukset</b>	<b>58</b>
	<b>Liite 2. Tutkimusten tiedot ja laadunarviointi</b>	<b>59</b>
	<b>Liite 3. Havainnointirunko</b>	<b>79</b>

# 1 Johdanto

Leikkaussali on yksi monimutkaisimmista terveydenhuollon toimintaympäristöistä, jossa tiedon vastaanottaminen ja käsittely on keskeistä (Plaxton 2017, AORN 2014). Leikkaussalihoitotyössä kohdattavia eettisiä ongelmakohtia ovat muun muassa ammattilaisten kommunikaation puute potilaiden kanssa, potilaiden odotusten huomiotta jättäminen ja epävarmuus potilaiden tietoon perustuvasta suostumuksesta (Bruun ym. 2022, Bilik & Kaya 2017), samalla kun potilaiden tärkeimmät tarpeet perioperatiivisen hoidon aikana koskevat nimenomaan tietoa ja kommunikaatiota (Davis ym. 2014).

Leikkauspotilaat kokevat hoitoon liittyvää terveydelle haitallista ahdistusta (Friedrich ym. 2022, Abate ym. 2020). Leikkausta edeltävä potilasohjaus vähentää tutkitusti potilaiden kokemaa ahdistusta (Hernández ym. 2021, Abate ym. 2020, Lee & Lee 2012), mutta päiväkirurgisten leikkausten määrän kasvaessa potilaiden leikkausta edeltävälle ohjaukselle ja tietoon perustuvalle suostumukselle jää entistä vähemmän aikaa (Sohn & Ryu 2016). Anestesiaan ja intraoperatiiviseen vaiheeseen liittyvä potilasohjaus ajoittuu tyypillisesti leikkausta edeltävään vaiheeseen (Zhao ym. 2021, Powell ym. 2016), mutta tieto itse anestesiasta (Healy 2013) ja toimenpiteestä jää päiväkirurgisten potilaiden kohdalla usein vähäiseksi ja potilaat voivat tuntea olonsa hylätyksi (Gilmartin 2008).

Potilaat kokevat ohjauksen tärkeäksi myös leikkauksen aikana ja ammattilaisten välittävällä kohtaamisella ja aidolla läsnäololla voidaankin parantaa potilaiden hyvinvointia leikkauksen aikana (Forsberg ym. 2017, Pulkkinen ym. 2016, Kim ym. 2015, Bergman ym. 2012). Yksi haaste leikkaussalihoitotyössä on luoda luottamuksellinen hoitosuhde potilaaseen hyvin lyhyessä ajassa ennen leikkauksen aloittamista (Leppänen ym. 2022). Ajan puute voi johtaa potilaan yksilöllisten tarpeiden laiminlyöntiin (Kaptain ym. 2019, Sundqvist ym. 2016) ja vaikeuttaa ohjauksen toteutumista leikkaussalissa. Kun hoitosuhde on potilaan etua valvova ja vahvistava, on luottamuksen rakentaminen lyhyessäkin ajassa kuitenkin mahdollista (Boysen ym. 2017, Sundqvist ym. 2016).

Tämän fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja tulkita perioperatiivisten sairaanhoitajien toteuttamaa potilasohjausta

leikkaussalissa. Sairaanhoidtajien toteuttaman potilasohjauksen tutkiminen leikkaussalissa on tärkeää potilaiden hyvinvoinnin ja hoitajien työtyytyväisyyden sekä taloudellisen, sosiaalisen ja kulttuurisen kestävyiden kannalta perioperatiivisen hoidon kehittyessä.

## 2 Keskeiset käsitteet

### 2.1 Potilaan valmistautuminen leikkaukseen

Leikkauspäätöstä tehtäessä potilaalta tulee varmistaa tietoon perustuva suostumus (engl. *informed consent*). Se on keskeinen eettinen periaate, jolla varmistetaan potilaan riittävä tiedonsaanti ja päätöksenteon perustuminen tietoiseen valintaan. (Turku CRC 2024.) Tietoon perustuvan suostumuksen hankkimiseen liittyy kuitenkin eettisiä haasteita. Näitä ovat esimerkiksi potilaalle vaikeatajuisen kielen käyttö, aikarajoitukset, potilaan heikko tietoisuus oikeuksistaan, riittämätön tiedon välittäminen potilaalle ja epäselvyydet siitä, kuka on vastuussa tietoon perustuvan suostumuksen varmistamisesta. (Moeini ym. 2020.) Tietoon perustuvan suostumuksen varmistamisessa on huomioitava potilas yksilöllisesti.

Vajaakykyisten ja alaikäisten osalta lainsäädäntö asettaa erillisiä vaatimuksia (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, 7-8 §).

Leikkaukseen tulevan potilaan tulisi saada leikkausta edeltävää yksilöllistä ohjausta, jonka tarkoituksena on lisätä potilaan tietämystä kirurgisesta hoidosta sen eri vaiheissa ja vähentää potilaan mahdollista leikkaushoitoon liittyvää ahdistusta (Kim ym. 2021).

Tässä tutkimuksessa keskitytään potilasohjaukseen intraoperatiivisessa vaiheessa ja tässä yhteydessä leikkauspotilaiden tiedon odotuksia tai tarpeita ei juurikaan ole tutkittu. Potilaiden tiedontarpeet ovat myös hyvin yksilöllisiä (Koivisto ym. 2020). Leikkauspotilaiden kokema ahdistus on kuitenkin hyvin tiedostettu ja yleinen ilmiö (Friedrich ym. 2022, Abate ym. 2020), mikä muodostaa merkittävän tarpeen potilasohjaukselle myös leikkaussalissa.

Maa-ilmanlaajuisesti noin puolet potilaista kokee ahdistusta ennen leikkausta (Friedrich ym. 2022, Abate ym. 2020). Leikkaushoitoon liittyvää pelkoa ja ahdistusta kokevat todennäköisimmin naiset, iäkkäät, alhaisemman koulutustason tai heikomman sosiaalisen tukiverkoston omaavat sekä ne, joille tehdään suuri tai pitkäkestoinen kirurginen toimenpide (Ralph & Norris 2018). Leikkauspotilaiden kokemaa ahdistusta aiheuttavat esimerkiksi pelko anestesian aiheuttamasta kuolemasta (Costa 2001), pelko leikatuksi tulemisesta (Costa 2001), pelko kontrollin menettämisestä (Healy 2013, Bailey 2010, Costa 2001), ympäristön tuntemattomuus (Healy 2013), pelko leikkauksen aikaisesta ja sen jälkeisestä kivusta (Kharod ym. 2022, Bailey 2010) ja kehokuvan muuttuminen (Bailey 2010). Osalle potilaista nukutus on pelottavampi asia kuin itse leikkaus, ja toiset saattavat jopa perua leikkauksensa tästä syystä (Toor 2021). Päiväkirurgisten potilaiden leikkausten ajankohdan muutokset lisäävät

potilaiden ahdistusta (Gilmartin 2004). Myös leikkaussalin koneiden hälytysäänet ja instrumentaatiosta aiheutuva melu voivat lisätä potilaiden ahdistusta (Haugen ym. 2009). Ahdistus vaikuttaa mielenterveyden lisäksi fyysiseen terveyteen aktivoimalla elimistön sympaattista hermostoa (Rovasalo & Eerola 2023). Potilaiden leikkaushoitoon liittyvä ahdistus saattaakin lisätä lääkannosten tarvetta anestesian induktiossa, hemodynaamista epävakautta, sydänperäisiä sairauksia ja kuolleisuutta korkean riskin potilailla, leikkauksen jälkeistä sekavuustilaa, potilaiden tyytymättömyyttä (Abate ym. 2020) sekä pidentää sairaalassaoloaika ja lisätä terveydenhuollon kustannuksia (Liu ym. 2022, Abate ym. 2020). Lisäksi leikkausta edeltävä ahdistus on yhteydessä heikompaan kivunhallintaan leikkauksen jälkeen (Liu ym. 2022, Abate ym. 2020, Hoitotyön tutkimussäätiö 2019).

Leikkauspotilaiden ahdistuksen lievittäminen on yksi tärkeimmistä perioperatiivisen hoitotyön tavoitteista, sillä se parantaa potilastyytyvää ja leikkauspotilaiden hyvinvointia (Cardoso ym. 2023). Interventiot potilaiden rauhoittamiseen vaihtelevat psykoedukaatiosta lääkkeelliseen sedaatioon (Ralph & Norris 2018). Joillekin potilaille on tärkeää säilyttää jonkinasteinen kontrolli, kuten mahdollisuus kävellä itsenäisesti leikkaussaliin (Costa 2001). Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämän leikkaustiimin tarkistuslistan läpikäyminen näyttäisi vähentävän potilaiden kokemaa ahdistusta ja lisäävän turvallisuudentunnetta leikkaussalissa, vaikka sen tarkoituksen määrittelyssä ei viitata potilaiden psykologisiin näkökulmiin (Kawano ym. 2015). Musiikkia soitetään maailmanlaajuisesti 53% - 72 %:ssa kirurgisia toimenpiteitä (Weldon ym. 2015) ja se näyttäisi vähentävän potilaiden kokemaa leikkaushoitoon liittyvää ahdistusta (Cardoso ym. 2023, Yamasaki 2016). Anestesiaalääkärit voivat lisätä potilaan ja lääkärin välistä luottamusta anestesiaa edeltävällä haastattelulla, joka vähentää potilaiden leikkaushoitoa edeltävää pelkoa ja ahdistusta (Toor 2021). Anestesiaalääkärit eivät kuitenkaan aina tapaa potilasta ennen anestesian alkua (Ezike ym. 2011, Korttila 1998). Myöskään kaikkia päiväkirurgisia potilaita ei kutsuta leikkausta edeltävälle poliklinikkakäynnille, vaan leikkauspäätös on mahdollista tietyin ehdoin tehdä lähetteen perusteella (Bachmann ym. 2018). Lapsipotilaiden ja heidän vanhempiensa kokemaa leikkausta edeltävää ahdistusta on pyritty vähentämään suullisen ja kirjallisen tiedon antamisen lisäksi esimerkiksi vieraillemalla leikkausosaston odotus- ja heräämötiloissa, tutustumalla anestesiavälineisiin, katsomalla diaesityksiä ja videoita, lapsen elämän asiantuntijan avulla ja leikin kautta (Healy 2013).

Potilasohjauksen tiedetään olevan toimiva menetelmä leikkauspotilaiden kokeman ahdistuksen lievittämiseksi (Salazar-Maya 2022, Lemos ym. 2019, Lee ym. 2018).

Sairaanhoitajien tai kirurgien omaisille antama perioperatiivinen tieto on yhteydessä parempaan tyytyväisyyteen ja vähäisempiin ahdistusoireisiin sekä omaisilla että potilailla itsellään (De Jong ym. 2023). Sairaanhoitaja voi vastata toimenpiteeseen liittyviin kysymyksiin potilaan perheenjäsenille myös leikkaushoidon aikana (Herd & Rieben 2014) esimerkiksi informoimalla viestitse leikkauksen vaiheesta tai siitä, että ”kaikki on hyvin” (Poulsen 2019).

## **2.2 Intraoperatiivinen hoitotyö**

Englanninkielinen käsite ”*intraoperative*” määritellään sanakirjoissa joko ”lääketieteellisen operaation aikaiseksi” (engl. *during a medical operation*, Cambridge Dictionary 2023) tai ”leikkauksen aikaiseksi hoitotyöksi” (MOT 2023). Kun potilas siirtyy leikkaussaliin, intraoperatiivinen hoitotyö alkaa. Intraoperatiivinen hoitotyö päättyy siihen, kun potilas siirtyy leikkaussalista heräämöhön tai muualle jatkohoitoon. Hoitotyön tarkoituksena intraoperatiivisessa vaiheessa on potilasturvallisuuden takaaminen, potilaan emotionaalinen tukeminen, toimenpiteessä avustaminen, infektioiden ehkäisy ja riittävän fysiologisen vasteen saaminen anestesia- ja leikkaushoidosta. Intraoperatiivisessa vaiheessa potilaan elintoimintoja tarkkaillaan, potilaalle toteutetaan haluttu anestesia, potilas valmistellaan tulevaan leikkaukseen, peitellään leikkausalue steriileillä leikkausliinoilla ja potilaalle suoritetaan kirurginen toimenpide. (Goodman & Spry 2017, 2.)

Intraoperatiivisessa vaiheessa potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, joka koostuu vähintään anestesia- ja -sairaanhoitajista, leikkaavasta lääkäristä eli kirurgista ja kahdesta leikkaussairaanhoitajasta. Leikkaussairaanhoitajat työskentelevät joko instrumentoivina tai valvovina sairaanhoitajina. Perioperatiivinen sairaanhoitaja on yhteisnimitys leikkaussalissa työskenteleville sairaanhoitajille: anestesia- ja leikkaussairaanhoitajille. (Aura & Kinnunen 2022, 14-17.)

## **2.3 Potilasohjaus**

Potilasohjaus on monitahoinen ilmiö, joka sisältää mikro-, meso-, makro- ja metatasot (Kääriäinen 2007). Ohjauksen käsite on määritelty potilaan ja hoitajan aktiiviseksi toiminnaksi vuorovaikutussuhteessa, joka perustuu yhteistyöhön ja on tavoitteellista (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Potilasohjaus on dialoginen prosessi, jossa usein yksi henkilö ohjaa potilasta kerrallaan, mutta potilaan näkökulmasta ohjausta tapahtuu usein monen eri henkilön, esimerkiksi lääkärin, sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän ja ravitsemusterapeutin,

toimesta hoitoprosessin eri vaiheissa (Simonds 1983.) Potilasohjaus on myös määritelty oppimiskokemukseksi, jonka tulee perustua vapaaehtoisuuteen (Green 1980). Melein keskitason muutostilanteisiin liittyvässä hoitotieteen teoriassa (2010) sairaanhoitajien toteuttaman potilasohjauksen on esitetty olevan ensisijainen tuen muoto potilaille (Meleis 2010).

Sairaanhoitajien koulutussäätiön erikoissanastossa potilasohjauksen yläkäsitteitä ovat opastaminen (engl. *guidance*), tiedon antaminen (engl. *informing*) ja potilaan opettaminen (engl. *patient education*) (Hoidokki 2010). Englanninkielisiä termejä potilaan ohjaukselle ovat *counselling* (suom. ohjaus), *guidance* (suom. opastus) ja *education* (suom. koulutus) (De Haes 1982, Soohbany 1999). *Counselling* määritellään sanakirjassa tehtäväksi tai prosessiksi, jossa kuunnellaan jotakuta ja annetaan tälle neuvoja hänen ongelmistaan. *Guidance* tarkoittaa puolestaan apua ja neuvoja siitä, miten tehdä jotakin tai miten käsitellä työhön, koulutukseen tai henkilökohtaisiin suhteisiin liittyviä ongelmia. *Patient education* määritellään opetus- tai oppimisprosessiksi. (Cambridge Dictionary 2023.) Potilasohjaus on lisäksi määritelty tapaamiseksi, jossa potilaalle selvitetään vaivan tai sairauden luonne ja ennuste sekä opetetaan hänelle itsehoidon menetelmät, joilla hän voi hallita kipunsa (MOT 2023).

Nykyisin potilasohjauksen tulisi olla voimavaraistumista tukevaa (Eskolin ym. 2023).

Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa oleellista on potilaan tiedon odotusten ja saadun tiedon suhde (Leino-Kilpi ym. 2020) ja siksi ohjauksessa huomioidaan potilaan taustatekijät, aiempi tieto (Pekonen ym. 2020, Johansson ym. 2007, Kääriäinen 2007), toimintakyky, valta ja käyttäytyminen (Pekonen ym. 2020). Terveystieteiden ammattilaisten on tärkeää tunnistaa ohjauksessa potilaiden tunteet informaation ylikuormituksesta. Kerralla välitetty liian suuri tietomäärä aiheuttaa potilaalle esimerkiksi stressiä ja ahdistusta ja johtaa heikompaan päätöksentekokykyyn ja itsehoitoon. Tiedonsietokykyyn vaikuttavat tiedon välittämisen ajoitus, tiedon muoto, tietosisältö ja potilaiden terveydenlukutaito sekä yksilöllinen tiedonsietokynnys. (Wang & Voss 2022.) Voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueita voidaan jaotella monin tavoin, joista tässä tutkimuksessa käytetään jakoa kokemukselliseen, toiminnalliseen, eettiseen, taloudelliseen, biofysiologiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen osa-alueeseen (Leino-Kilpi ym. 1998).

Hoitotyöntekijät ovat havainneet potilasohjaukseen käytettävissä olevan ajan ja tilan olevan usein riittämättömiä, mikä heikentää potilasohjauksen laatua (Lipponen ym. 2008, 129).

Toisaalta potilaat arvostavat edellä mainittuja toimintamahdollisuuksia enemmän myönteistä vuorovaikutusta ja henkistä tukea (Falco ym. 2017, Kaakinen ym. 2012). Myös potilaan

osallistuminen hoitoon parantaa potilaiden autonomiaa sekä tyytyväisyyttä edellyttäen tiedon vaihtoa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välillä (Larnebratt ym. 2019). Potilaan voimavaraistumista voidaan siis tukea esimerkiksi yhteisellä päätöksenteolla voimavaraistumista tukevan ohjauksen keinoin (Eskolin ym. 2023, Jotterand ym. 2016). Potilasohjaus on lakisääteistä ja kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuus. Tiedonsaantioikeuden mukaan potilaalle on selvitettävä hänen terveydentilansa, hoidon merkitys eri hoitovaihtoehtoineen ja muut merkitykselliset hänen hoitoonsa liittyvät asiat. Selvitystä ei tule kuitenkaan antaa potilaan tahdonvastaisesti tai silloin, kun potilaan terveydentila voisi selvityksen vuoksi vaarantua vakavasti. Terveydenhuollon ammattilaisen on käytettävä potilaalle ymmärrettävää kieltä tai mahdollisuuksien mukaan välittää tieto tulkin avulla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 5§.)

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus käsitetään vuorovaikutuksellisenä, lakisääteisenä, eettisenä ja vapaaehtoisuuteen perustuvana hoitotyön keskeisenä interventiona, johon kuuluu sisällöllinen ja menetelmällinen osa-alue ja jonka tavoitteena on vähentää leikkauspotilaiden kokemaa pelkoa ja ahdistusta ja tukea potilaan hyvinvointia leikkaussalissa.

### 3 Kirjallisuuskatsaus

#### 3.1 Menetelmä

Tämän tutkimuksen perustaksi tehtiin integratiivinen kirjallisuuskatsaus kohdistuen aiempiin vertaisarvioituihin tutkimuksiin perioperatiivisten sairaanhoitajien toteuttamasta potilasohjauksesta leikkaussalissa. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus voi sisältää joko empiiristä tai teoreettista kirjallisuutta tai molempia (Stolt ym. 2016). Integratiivisessa katsaustyyppissä keskeistä on tutkimusten tulosten synteesi, ja sen tarkoituksena on tuottaa syvällinen ymmärrys tutkittavasta aiheesta (Whittemore & Kanfl 2005). Lisäksi katsaus auttaa tutkijaa ymmärtämään oman tutkimuksensa sijoittuminen aikaisemmin tehtyjen tutkimusten joukkoon (Gough & Thomas 2012). Integratiiviselle kirjallisuuskatsaukselle on tyypillistä prosessimainen luonne (Cooper 1982) ja sen sisältämät viisi vaihetta ovat (1) tutkimusongelman ja tutkimuksen tarkoituksen selkeä määrittely, (2) kattavalla hakustrategialla toteutettu kirjallisuushaku, (3) aineiston aitouden, metodologisen laadun, informaatioarvon ja edustavuuden arviointi, (4) aineiston analyysi ja synteesi, ja (5) tulosten esittäminen, jossa kuvataan integraatioprosessi kattavasti (Hopia ym. 2016, Whittemore & Kanfl 2005).

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden ja eettisyyden arvioimiseksi on tärkeää kuvata sen vaiheet tarkasti (Kangasniemi ym. 2013). Tutkimusaiheen jäsentämisessä sovellettiin PCC-menetelmää (Taulukko 1), joka sopii laajemman kartoittavan haun tueksi (Hoitotyön tutkimussäätiö 2023).

Taulukko 1 PCC-menetelmä tutkimusaiheen jäsentämiseksi

P (populaatio)	C (käsite)	C (konteksti)
Sairaanhoitajat Leikkauspotilaat	Potilasohjaus	Leikkaussali Intraoperatiivinen hoitotyö

Tämän tutkimuksen taustaksi tehdyn kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata aiemmat vertaisarvioidut empiiriset ja teoreettiset tutkimukset ja niiden tulokset tiivistetysti perioperatiivisten sairaanhoitajien toteuttamasta potilasohjauksesta leikkaussalissa sekä muodostaa kokonaisvaltainen ymmärrys tutkittavasta aiheesta. Katsauksen tavoitteena oli lisätä tietoa leikkaussalin potilasohjauksesta ja tunnistaa mahdollisia kehittämiskohteita leikkauspotilaiden intraoperatiivisessa ohjauksessa. Lisäksi tavoitteena oli ymmärtää

katsauksen avulla tämän tutkimuksen sijoittuminen muiden tutkimusten joukkoon. Kirjallisuuskatsausta ohjasivat seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Mitä aikaisempaa tutkimusta on tehty sairaanhoitajien toteuttamasta potilasohjauksesta leikkaussalissa?
2. Miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita leikkaussalissa?

### 3.1.1 Tiedonhaku

Integratiivisen katsauksen aineisto hankittiin kansainvälisistä Medline- ja CINAHL-tietokannoista sekä kotimaisesta Medic tietokannasta lokakuussa 2023. Katsauksen vaiheet on kuvattu mahdollisimman tarkasti ja metodologinen osaaminen varmistettiin luotettaviin lähteisiin perustuen. Hakutermien muodostukseen vaikutti aiempiin tutkimuksiin kattava tutustuminen kandidaatintutkielman yhteydessä, lukuisat koehaut, kirjastoinformaatioilta saatu apu ja perehtyminen jokaisen tietokannan omiin hakumenettelyihin. Medline- ja CINAHL-tietokannoissa hakusanoiksi valikoituivat tutkimuskohteeseen liittyvät MeSH-termit, joita täydennettiin vapaasanahauilla. Kotimaisessa Medic-tietokannassa käytettiin vapaasanahakua. Tiedonhaussa käytetyt hakulausekkeet on esitetty liitteessä (Liite 1). Tulosten voimaa ja yleistettävyyttä tarkasteltaessa on huomioitava mahdollinen subjektiivisuuden synnyttämä vinouma (Kangasniemi 2013), koska tiedonhaun suoritti yksi tutkija.

### 3.1.2 Mukaanottokriteerit

Haku rajattiin englannin- ja suomenkielisiin tutkimuksiin. Aikarajaus tehtiin 10 vuoteen perioperatiivisessa hoitotyössä viime vuosikymmenen aikana tapahtuneen kehityksen vuoksi (ASA 2018, Cozowicz ym. 2016, Ruohoaho 2016, Sohn & Ryu 2016). Tarkemmat mukaanottokriteerit on esitetty taulukossa (Taulukko 2).

Taulukko 2 Mukaanottokriteerit

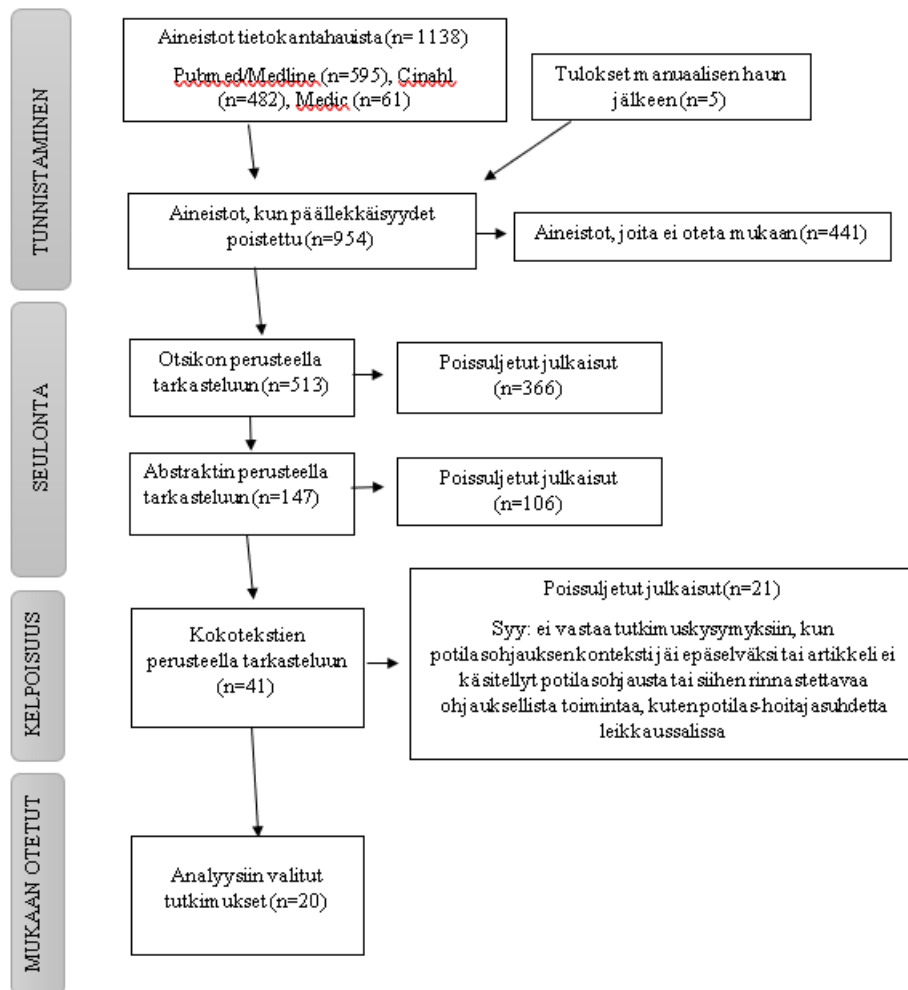
Mukaanottokriteerit
Tutkimus liittyy sairaanhoitajien toteuttamaan potilasohjaukseen leikkaussalissa, tai siihen rinnastettavaan ohjaukselliseen toimintaan

Tutkimus koskee hoitohenkilöstöä
Tutkimus kohdistuu leikkaussaliympäristöön tai intraoperatiiviseen vaiheeseen
Vertaisarvioitu empiirinen tai teoreettinen tutkimus
Englannin- tai suomenkielinen
Julkaisuvuosi on 2013-2023
Julkaisu on saatavilla sähköisessä muodossa joko Turun yliopiston kirjaston tai Open access -lisenssin kautta

### 3.1.3 Kirjallisuuden hakuprosessi

Yhteensä tietokantahaku tuotti 1138 tulosta, joista CINAHL-tietokannan sisäisiä kaksois- tai kolmoiskappaleita oli 10 kappaletta ja CINAHL- ja Medline-tietokantojen välisiä kaksoiskappaleita oli yhteensä 179 kappaletta. Tulosten käsittelyssä käytettiin apuna Zotero-viitteidenhallintaohjelmaa. Kaksois- ja kolmoiskappaleiden poiston jälkeen tarkasteluun jäi 949 tulosta. Manuaalinen haku toteutettiin tietokantahaun jälkeen seulomalla valittujen julkaisujen lähdeluetteloita ja manuaalinen haku tuotti 5 tulosta, joista mukaan katsaukseen valittiin lopulta 1 artikkeli. Artikkelit valittiin ensin otsikoiden perusteella, sitten tiivistelmien perusteella ja lopuksi kokotekstien perusteella. Otsikkotason tarkastelussa poissuljettiin 441 tulosta ja tiivistelmien perusteella poissuljettiin edelleen 366 tulosta. Suurin osa poissuljetuista artikkeleista käsitteli leikkaustiimin keskinäistä tai potilassiirtojen yhteydessä tapahtuvaa kommunikaatiota tai ei-tekniisiä taitoja ja niiden merkitystä potilasturvallisuuteen, tai leikkaussalin henkilökunnan opetusta. Kokotekstien perusteella poissuljettiin edelleen 127 tulosta, jotka eivät läpäisseet tutkielman mukaanottokriteerejä. Tarkempia syitä poissulkuun tässä vaiheessa oli tutkimuskysymyksiin vastaamattomuus, kun potilasohjauksen konteksti jäi epäselväksi tai artikkeli ei käsitellyt potilasohjausta tai siihen rinnastettavaa ohjauksellista

toimintaa, kuten potilas-hoitajasuhdetta leikkaussalissa. Lopulliseen katsaukseen valittiin 20 tutkimusta. Tiedonhakuprosessi on kuvattu tarkemmin kuviossa 1.



Kuvio 1 Tiedonhaku mukailien Prisma 2020 Flow-diagrammia (Page ym. 2021).

### 3.1.4 Tutkimusten analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä sovellettiin Whitemoren (2008) integroidun kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysimenettelyä, joka on mukailtu alkuperäisesti Milesin ja Hubermanin (1994) määrittelemistä analyysin vaiheista. Analyysin vaiheisiin kuuluu 1) tiedon kokoaminen, jäsentely ja luokittelu, 2) tiedon esittäminen esimerkiksi taulukkojen tai käsitekarttojen avulla, 3) tiedon vertailu muun muassa teemojen ja suhteiden hahmottamiseksi, 4) yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien osoittaminen sekä yhteenveto tunnistetuista teemoista ja 5) mahdollisten ristiriitaisuuksien osoittaminen ja johtopäätösten varmistaminen vertailemalla niitä alkuperäisiin tiedonlähteisiin. (Whitemore 2008, 153.) Katsaukseen valitut tutkimukset luettiin läpi vähintään kahdesti ja ne tulokset, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen (*Miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita leikkaussalissa?*) merkittiin

korostusväreillä. Merkinnoista tehtiin muistiinpanoja ajatuskarttaan kokonaiskuvan ja teemojen hahmottamiseksi. Tiedoista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia sekä mahdollisia ristiriitoja. Tietoja jaoteltiin ohjauksen sisällöllisiin ja menetelmällisiin näkökohtiin sekä sen mukaan, miten sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus leikkaussalissa toteutuu hoitajien tai potilaiden näkökulmasta. Valmiista muistiinpanoista muodostettiin vastauksia tutkimuskysymykseen virkkeinä ja lopulta tekstinä.

## **3.2 Tulokset**

### **3.2.1 Tutkimusten laatu**

Saadun tiedon kattavuuden ja tulosten edustavuuden arvioimiseksi on tärkeää tarkastella katsaukseen valittuja tutkimuksia (Whittemore 2005). Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laatua arvioitiin Hoitotyön tutkimussäätiön suomeksi kääntämällä Joanna Briggs (JBI) -instituutin tutkimusten laadunarviointikriteeristöillä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2023). Käytetyt kriteeristöt (JBI kriteerit laadulliselle, kvasikokeelliselle, satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle, tapauselostukselle ja poikkileikkaustutkimukselle) valittiin kunkin tutkimusasetelman mukaan. Laadullisia tutkimuksia löytyi 17 kappaletta, 1 kvasikokeellinen tutkimus, 1 satunnaistettu kontrolloitu tutkimus ja 1 monimenetelmätutkimus. Laadullisista tutkimuksista 4 oli erilaisia havainnointitutkimuksia ja 12 oli haastattelututkimuksia. Kaksi mukaan valituista tutkimusta arvioitiin kahdella eri kriteeristöllä. Toisessa tutkimusasetelma oli epäselvä ja tutkimusta arvioitiin sekä tapauselostuksen kriteereillä (4/8 pistettä) että laadullisen tutkimuksen kriteereillä (6/10 pistettä). Toinen tutkimus oli monimenetelmätutkimus, johon sisältyi sekä laadullinen (5/10 pistettä) että poikkileikkaustutkimus (8/8 pistettä). Pääasiassa tutkimukset olivat laadultaan hyviä ja esimerkiksi laadullisten tutkimusten pisteiden keskiarvoksi muodostui 8,25/10 pistettä. Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus sai yhteensä vain 8 pistettä 13:sta. Kokonaistarkastelussa pisteiden menetykset liittyivät lähinnä puutteellisiin kuvauksiin tutkijan kulttuurisesta tai teoreettisesta taustasta, tutkijan vaikutuksesta tutkimukseen tai tutkimuksen vaikutuksesta tutkijaan sekä puutteellisiin kuvauksiin tieteenfilosofisista lähtökohdista. Annetut tutkimusten arviointikriteeristöjen (JBI) mukaiset pisteet on kuvattu tarkemmin liitteessä (Liite 2).

### 3.2.2 Tutkimusten kuvaus

Maantieteellisesti tutkimukset jakautuivat Arabiemiraatteihin (n=1), Australiaan (n=1), Etelä-Koreaan (n=2), Iraniin (n=2), Islantiin (n=1), Iso-Britanniaan (n=1), Norjaan (n=2), Ruotsiin (n=8), Suomeen (n=1) ja Tanskaan (n=1). Yli puolet tutkimuksista on siis tehty Pohjoismaissa painottuen Ruotsiin. Kohderyhmäksi oli tarkoitettu kaikki leikkaussalisairaanhoitajat, mutta suurella osalla (n=9) tutkimuksia kohderyhmänä oli nimenomaan anestesiahoitajat. Suurimmassa osassa katsaukseen valituista tutkimuksista tutkimusilmiö ei suoranaisesti ollut potilasohjaus, vaan jokin muu siihen rinnastettava toiminta, kuten potilaskeskeinen perioperatiivinen hoitotyö, leikkauspotilaan edunvalvonta (engl. *advocacy*) tai sairaanhoitajien kokemukset ahdistuneiden potilaiden kohtaamisesta leikkaussalissa ja kokemukset leikkaussalisairaanhoitajien ei-teknisistä taidoista ja eettisistä tilanteista. Potilaan ohjaamisen kuvaamiseen käytettiin esimerkiksi käsitteitä **kommunikaatio** (engl. *communication*) (Abelsson & Nygårdh, 2020; Clair ym., 2020; Hanssen ym., 2020; Kim ym., 2015; Krupic ym., 2016; Pulkkinen ym., 2016; Shin & Kang, 2019; Sundqvist ym., 2018), **vuoropuhelu** (engl. *dialogue*) (Abelsson & Nygårdh, 2020; Bengtsson ym., 2016; Hanssen ym., 2020; Pulkkinen ym., 2016; Sundqvist ym., 2018) ja **tiedottaminen, tiedon jakaminen, antaminen tai vastaanottaminen** (engl. *informing or sharing, giving or receiving information*) (Abelsson & Nygårdh, 2020; Bengtsson ym., 2016; Clair ym., 2020; Kim ym., 2015; Krupic ym., 2016; Pulkkinen ym., 2016; Shin & Kang, 2019; Sundqvist ym., 2018).

Yhteenvetona ensimmäiseen tutkimuskysymykseen (*Mitä aikaisempaa tutkimusta on tehty sairaanhoitajien toteuttamasta potilasohjauksesta leikkaussalissa?*) voidaan todeta, että aiemmat tutkimukset sairaanhoitajien toteuttamasta potilasohjauksesta leikkaussalissa

- ovat tyypillisesti laadullisia haastattelututkimuksia,
- keskittyvät usein ainoastaan anestesiahoitajan näkökulmaan,
- sijoittuvat pääasiassa Ruotsiin
- ja että tutkittavana ilmiönä potilasohjaus leikkaussalissa on huonosti tunnettu, koska potilasohjauksen käsitettä ei käytetä leikkaussalikontekstissa ja tutkimukset eivät yksinomaan kohdistu potilasohjaukseen, vaan muuhun vuorovaikutukselliseen toimintaan, jossa potilaan ohjaaminen on kuitenkin osa leikkaussalin hoitotyötä.

### 3.2.3 Sairaanhoidajien toteuttama potilasohjaus leikkaussalissa

Keskeinen näkökohta tutkimuksissa oli leikkaussalin potilasohjauksen toteutuminen

- yksilöllisesti (Bengtsson ym., 2016; Clair ym., 2020; Krupic ym., 2016; Pulkkinen ym., 2016; Rudolfsson, 2014; Shin & Kang, 2019; Skråmm ym., 2021; Sundqvist ym., 2018)
- sekä sanallisesti että sanattomasti (Aagaard ym., 2017; Abelson & Nygårdh, 2020; Berg ym., 2013; Chellam Singh & Arulappan, 2023; Hanssen ym., 2020; Hudson ym., 2015; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Karlsson ym., 2013; Kim ym., 2015; Krupic ym., 2016; Pulkkinen ym., 2016; Shin & Kang, 2019; Sundqvist ym., 2018).

Sairaanhoidajat vastaanottivat potilaan leikkaussaliin tervehtimällä ja esittäytymällä (Abelson & Nygårdh, 2020; Berg ym., 2013) tai ottaen potilaaseen kontaktia katseellaan ja nyökkäämällä (Abelson & Nygårdh, 2020). Ohjauksessa käytettiin selkokieltä (Shin & Kang, 2019; Sundqvist ym., 2018) ja ohjausta annettiin puhumalla, kirjoittamalla tai muilla tavoin (Chellam Singh & Arulappan, 2023). Sairaanhoidajat kertoivat potilaalle, mitä tulee tapahtumaan seuraavaksi (Berg ym., 2013; Pulkkinen ym., 2016; Shin & Kang, 2019; Sundqvist ym., 2018) ja antoivat lääketieteellistä tietoa potilaille (Abelson & Nygårdh, 2020), mikä kannustaa potilaita yhteistyöhön leikkaustiimin kanssa (Bakhtiari ym., 2020). Sairaanhoidajat esittelivät potilaalle häntä ympäröiviä laitteita, kysyivät potilaalta rauhoittavan lääkityksen tarpeesta (Abelson & Nygårdh, 2020) ja kertoivat, mitä tapahtuu leikkauksen jälkeen (Berg ym., 2013). Lisäksi sairaanhoidajat puhuivat potilaan kanssa arkielämän asioista (Chellam Singh & Arulappan, 2023; Clair ym., 2020; Sundqvist ym., 2018) ja välttivät arkoja aiheita keskusteluissa (Bengtsson ym., 2016). Sairaanhoidajat saattoivat myös ohjata potilaita ajattelemaan mieluisia asioita ennen nukumista ja pyytää potilaita keskittymään hengittämiseen (Clair ym., 2020).

Leikkauspotilaiden ohjauksessa korostui potilaiden rauhoittelu (Aagaard ym., 2017; Bengtsson ym., 2016; Berg ym., 2013; Chellam Singh & Arulappan, 2023; Hanssen ym., 2020; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Pulkkinen ym., 2016; Sundqvist ym., 2018), joka näyttäytyi

- potilaan vakuuttamisena siitä, että hänestä pidetään hyvää huolta (Aagaard ym., 2017; Berg ym., 2013; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Sundqvist ym., 2018),

- sanattomasti sairaanhoitajan läsnäolona (Chellam Singh & Arulappan, 2023; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Pulkkinen ym., 2016; Sundqvist ym., 2018) esimerkiksi sijoittumalla potilaan vierelle (Hudson ym., 2015; Krupic ym., 2016; Sundqvist ym., 2018)
  - rohkaisemalla potilasta puhumaan ja kysymään (Abelsson & Nygårdh, 2020; Rudolfsson, 2014; Skråmm ym., 2021),
  - empatian osoittamisena (Bengtsson ym., 2016; Chellam Singh & Arulappan, 2023; Shin & Kang, 2019; Sundqvist ym., 2018).
  - potilaan informoimisena siitä, että hoitaja on kokoajan läsnä (Abelsson & Nygårdh, 2020; Berg ym., 2013)
- ja
- ohjaamisen tietyinä äänensävyinä antaen potilaalle hallinnantunnetta haavoittuvassa asemassa ollessaan (Aagaard ym., 2017).

Ohjauksen yksilöllisyys huomioitiin kehitysvammaisten ja lasten (Abelsson & Nygårdh, 2020) sekä muistisairaiden (Krupic ym., 2016) kohdalla hitaammin toimimisena. Yleisesti ottaen sairaanhoitajat kuuntelivat potilasta (Abelsson & Nygårdh, 2020; Hanssen ym., 2020; Pulkkinen ym., 2016; Rudolfsson, 2014; Shin & Kang, 2019; Skråmm ym., 2021) ja kysyivät potilaan mielipidettä (Clair ym., 2020) ja tuntemuksia (Bengtsson ym., 2016). Potilasta kutsuttiin kunnioittavilla sanoilla (Shin & Kang, 2019) tai käyttäen potilaan oikeaa etunimeä (Sundqvist ym., 2018). Sairaanhoitajat huomioivat potilaan yksilölliset tarpeet myös tunnustellen, haluaako potilas keskustella vai olla puhumatta (Abelsson & Nygårdh, 2020; Clair ym., 2020; Pulkkinen ym., 2016). Hoitajat kokivat, että jotkut potilaat arvostavat huumoria vakavissa tilanteissa (Clair ym., 2020).

Sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus leikkaussalissa tapahtui eettisestä velvoitteesta ymmärtää potilaan huolia, olla ystävällinen ja vastata potilaan yksilöllisiin tarpeisiin (Aghamohammadi ym., 2021) sekä ammatillisesta velvollisuudesta antaa potilaalle tietoa (Bakhtiari ym., 2020). Aina ohjaus ei kuitenkaan toteutunut potilaslähtöisesti. Sairaanhoitajat saattoivat kontrolloida vuorovaikutusta (Aagaard ym., 2017; Karlsson ym., 2013) ja ohjaus saattoi olla rutiininomaista (Karlsson ym., 2013; Rudolfsson, 2014), jolloin potilaan tarpeita ei huomioitu tai hoitaja ei ollut aktiivisesti läsnä potilaalle (Karlsson ym., 2013).

Kulttuurisesti ja kielellisesti monimuotoisia potilaita saatettiin ohjata huonosti, jos yhteinen kieli puuttui (Clayton ym., 2016). Lisäksi erityisen ahdistuneiden potilaiden kohdalla saatettiin turvautua lääkkeelliseen hoitoon mahdollisimman nopeasti jopa informoimatta potilasta ensin tästä (Bengtsson ym., 2016).

Sairaanhoitajat huomioivat potilasohjauksessa leikkaustiimin välisen yhteistyön (Aagaard ym., 2017; Aghamohammadi ym., 2021; Bakhtiari ym., 2020; Hanssen ym., 2020; Karlsson ym., 2013; Skråmm ym., 2021; Sundqvist ym., 2018), koska tehokas viestintä leikkaustiimin kesken on potilasturvallisuuden kannalta välttämätöntä (Aghamohammadi ym., 2021; Bakhtiari ym., 2020; Hanssen ym., 2020; Skråmm ym., 2021).

## 4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja tulkita perioperatiivisten sairaanhoitajien toteuttamaa potilasohjausta leikkaussalissa. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä siitä, miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita leikkaussalissa. Lisäksi tavoitteena oli syvällisen tiedon tuottaminen voimavaraistumista tukevan ohjauksen edistämiseksi leikkaussalissa sekä leikkaussalin hoitotyön tekeminen näkyväksi.

Tutkimusta ohjasi kysymys:

- Miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita leikkaussalissa sisällöllisesti ja menetelmällisesti?

## 5 Tutkimuksen empiirinen toteutus

### 5.1 Tieteenfilosofinen lähtökohta

Tutkijalle on olennaista ymmärtää tiedon olemus ja sen taustalla vaikuttavat epistemologiset kysymykset. Ontologia koskee todellisuuden ja olemassaolon luonnetta, ja epistemologia puolestaan on tieto-oppia, joka käsittelee kysymystä siitä, mikä on validia tietämistä.

(Holloway & Galvin 2017, 21.) Potilasohjaus tutkittavana ilmiönä edellyttää sosiaalisten ilmiöiden merkitysten huomioimista. Ontologinen käsitys tutkimuskohteesta perustuu ihmiskäsitykseen ja epistemologisesti tutkimusilmiön ymmärtäminen edellyttää laadullisia menetelmiä.

Tämän laadullisen tutkimuksen tieteenfilosofiaa luonnehtii fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa. Fenomenologialla tarkoitetaan filosofista suuntausta, joka tutkii ilmiöitä kokemuksen rakenteiden ja merkitysten kautta. Kuvailevan fenomenologisen tutkimusmenetelmän päätavoitteena on tuottaa kuvaus jokapäiväiseen kokemukseen liittyvästä ilmiöstä, jotta voidaan ymmärtää sen olennainen rakenne. (Holloway & Galvin 2017, 219.) Tässä tutkimuksessa potilasohjaus on tutkittava ilmiö, jonka rakenne leikkaussaliympäristössä on melko tuntematon.

Hermeneutiikassa pyritään tulkitsemaan kokonaisvaltaisesti inhimillistä toimintaa sen merkityksen löytämiseksi. Ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä syvenee niin kutsutun hermeneuttisen kehän mukaan tutkimusprosessin edetessä tulkintojen kautta (Ray & Locsin, 2023.) Fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa auttaa tässä tutkimuksessa ymmärtämään leikkaussalin potilasohjauksen merkitystä, kun tutkija oppii ilmiöstä havainnointien kautta.

#### 5.1.1 Tutkijan kulttuuriset ja teoreettiset lähtökohdat

Kontekstin ymmärtäminen on välttämätöntä kokonaiskuvan hahmottamiseksi (Salmon 2015), joten tutkijan oma työkokemustausta anestesia- ja leikkaussalisairaanhoitajana auttaa sairaanhoitajien toteuttaman leikkaussalin potilasohjauksen merkitysten löytämistä. Tutkija kirjasi omat ennako-olettamukset ylös jo ennen tutkimussuunnitelman lopullista valmistumista.

Tutkijan ennako-olettamukset olivat seuraavat:

1. Anestesiahoitajat käyttävät potilaan ohjaamiseen eniten aikaa, valvovat sairaanhoitajat korkeintaan minuutteja ja instrumentoivat sairaanhoitajat eivät välttämättä

ohjaa potilasta lainkaan. Potilasohjaukseen käytetään aikaa oletettavasti minuutista ylöspäin ja potilasohjauksen sisältöön vaikuttavat erityisesti anestesiaamuoto, hoidon kiireellisyys, hoitajan työkokemus ja toimintatavat sekä potilas itse.

2. Sisällöllisesti ohjaus liittyy oletettavasti hoitotyön toimiin (esimerkiksi seurantalaitteiden kytkeminen ja kanylointi, nesteen, lääkkeiden ja hapen anto, asentohoito, lämpötalous ja kivunhoito). Lisäksi sairaanhoitajat esittäytyvät potilaalle ja osa hoitajista lievittää potilaan jännitystä rupattelunomaisella puheella tai ajatustensiirtotekniikkaa apuna käyttäen esimerkiksi nukutustilanteessa ohjaamalla ajatuksia potilaalle mukaviin asioihin. Tässä tutkimuksessa hoidon kiireellisyyden tai hoitajien työkokemustaustan vaikutusta sairaanhoitajien toteuttamaan potilasohjaukseen leikkaussalissa ei tutkittu.

## **5.2 Tutkimusasetelma**

Tutkimus on kuvaileva ja tulkitseva, puolistrukturoitu havainnointitutkimus ja se toteutettiin poikkileikkausasetelmalla. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin havainnointi, koska se tarjoaa kokonaisvaltaisen näkökulman tutkimuskohteesta (Holloway & Galwin 2017, 111), kuvaa kontekstia antaen tietoa fyysisen ympäristön vaikutuksesta (Mulhall 2003) ja sopii tutkimusmenetelmäksi vuorovaikutustilanteisiin hoitajien ja potilaiden välillä (Sinivuo ym. 2012; Mulhall 2003).

## **5.3 Tutkimukseen osallistujat**

Tutkimukseen osallistujat olivat leikkaussalissa työskentelevät terveysalan ammattilaiset (anestesia- ja sairaanhoitajat, instrumentoivat sairaanhoitajat, valvovat sairaanhoitajat, anestesia- ja kirurgit, kirurgit ja sairaanhoidon ja lääketieteen opiskelijat) ja leikkauspotilaat. Tutkimuspotilaiksi valikoituivat yhteyshenkilöiden ehdotuksesta suukirurgiset ja korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalain potilaat (Taulukko 3). Tutkimuskohteena oli sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus, mutta leikkaussalin hoitotyö on selvästi tiimityötä (Holmes ym. 2020) ja aihetta haluttiin tutkia luonnollisessa kontekstissa luotettavuuden vuoksi. Tästä syystä tutkimukseen osallistuivat hoitohenkilökunnan lisäksi myös muut leikkaussalissa työskentelevät terveysalan ammattilaiset siltä osin, kun heidän osallisuutensa vaikutti sairaanhoitajien toteuttamaan potilasohjaukseen. Potilasohjaus on vuorovaikutuksellista (Kääriäinen & Kyngäs 2005) ja ohjauksen vastaanottajina potilaat olivat keskeisesti osallisina tutkimuksessa.

Tutkimussuunnitelmassa ilmaistu tavoitteellinen lukumäärä havainnointitilanteille oli 20-30. Lopulliseen otoskokoön vaikutti tiedon saturoituminen suhteessa tutkimuksen laadulliseen tavoitteeseen lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimukseen osallistui 19 sairaanhoitajaa, joista 15 oli naisia ja 4 miehiä. Tutkimukseen osallistui 11 potilasta, joista 2:lle suoritettiin toimenpide hereillä paikallispuudutuksessa ja 9 potilasta nukutettiin. Havainnoitavia tilanteita oli siis yhteensä 11. Lisäksi tutkimuksessa oli mukana 7 anestesia lääkäriä ja 2 kirurgia sekä muuta henkilökuntaa (lääketieteen kandidaatti, sairaanhoidon opiskelija), jotka eivät osallistuneet potilasohjaukseen. Kukaan tutkimukseen osallistuvista henkilöistä ei keskeyttänyt osallistumistaan tutkimukseen.

Tutkimus toteutettiin yhden suomalaisen yliopistollisen keskussairaalan leikkausosastolla syys – marraskuussa 2023. Valintakriteereinä olivat leikkaussalin henkilökunnan ja potilaiden tietoonperustuva suostumus ja suomenkielisyys. Tarkemmat tutkittavien valintakriteerit on esitetty taulukossa (Taulukko 3). Anestesia muodolla ei ollut merkitystä tutkimukseen valinnassa. Jos potilas nukutettiin leikkauksen ajaksi, tutkija havainnoi tilannetta potilaan nukahtamiseen saakka.

Taulukko 3 Valintakriteerit tutkittaville

Valintakriteerit
Leikkaussalin henkilökunta ja potilaat antoivat tietoon perustuvan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta.
Potilas tuli ennalta suunniteltuun toimenpiteeseen.
Tutkimukseen osallistuvat puhuivat suomea.
Potilas oli vähintään 18-vuotias.
Potilaalla oli kognitiiviset edellytykset antaa tietoon perustuva suostumus.

## 5.4 Aineistonkeruu

Tutkimuksen toteuttamisaikataulu on kuvattu taulukossa (Taulukko 4).

Taulukko 4 Tutkimuksen toteuttamisaikataulu

Tutkimussuunnitelma	Toukokuu 2023
Eettinen ennakoarviointi	Kesäkuu 2023
Tutkimuslupa	Syyskuu 2023
Tutkittavien rekrytointi	Syys - Marraskuu 2023

Aineistonkeruu	Syys - Marraskuu 2023
Aineiston analyysi	Syys - Joulukuu 2023
Raportointi	Huhtikuu 2024

Tutkimukselle haettiin eettinen ennakoarviointi (lausunnon numero 31/2023) ja se sai puoltavan lausunnon 5.6.2023. Tutkimukseen osallistuvien rekrytoimiseksi otettiin aluksi yhteyttä suunniteltuun yksikköön yhteyshenkilöiden sopimiseksi ja haettiin tutkimukselle lupa tutkimusorganisaatiolta. Tutkija esittäytyi aluksi yksikön osastokokouksen yhteydessä, jolloin tutkimukselle saatiin kaksi yhteyshenkilöä. Tutkija esittäytyi myös leikkausosaston henkilökunnalle syyskuun 2023 alussa ja kertoi tutkimuksestaan ja sen tarkoituksesta hyvissä ajoin ennen aineistonkeruun suunniteltua alkamisajankohtaa. Henkilökunnan kahvihuoneeseen jätettiin tiedotteet tutkimuksesta anestesia- ja leikkaussalisairaanhoitajille ja muille leikkausosaston työntekijöille. Toinen yhteyshenkilöistä auttoi tutkimuksen aineistonkeruun käynnistämässä ja edelleen hoitohenkilökunnan tiedottamisessa. Tutkija tapasi sairaanhoitajat havainnointipäivänä leikkaussalissa, jossa heiltä pyydettiin tietoon perustuva suostumus.

Toinen yhteyshenkilö otti aluksi puhelimitse yhteyttä mukaanottokriteerit täyttäviin potilaisiin ja tiedusteli alustavasti halukkuutta osallistua tutkimukseen. Kiinnostuksen osoittaneille potilaille lähetettiin tiedote tutkimuksesta sähköpostitse, mikäli potilas käytti sähköpostia. Tutkimuksen yhteyshenkilö informoi tutkijaa mahdollisista tutkimuspotilaista ja alustavista leikkausaikatauluista sähköpostilla mainitsematta yksilöiviä tietoja tässä vaiheessa. Leikkauspäivänä tutkija sai osastonsihteeriltä tiedoksi alustavan kiinnostuksen osoittaneiden potilaiden nimet ja heille suunnitellun leikkauksen aikataulun. Tutkija tapasi nämä potilaat päiväkirurgisen yksikön aulatilassa tai vastaanottohuoneessa esittäytyen, kertoen tutkimuksestaan ja antaen suostumuslomakkeet allekirjoitettavaksi.

Muulta henkilökunnalta (anestesia- ja kirurgit ja opiskelijat) pyydettiin tietoon perustuva suostumus joko aamulla päiväkirurgisen yksikön aulatilassa tai leikkaussalissa, mikäli henkilöä ei ollut tavoitettu aiemmin. Jokaisella oli oikeus olla osallistumatta tutkimukseen, mutta yksikään potilas tai ammattilainen ei kieltäytynyt osallistumasta.

Aineistonkeruun menetelmäksi valittiin puolistrukturoitu havainnointi. Tutkija ei osallistunut hoitotilanteisiin, vaan pidättäytyi havainnoitsijan roolissaan seuraten hoitajien toteuttamaa potilasohjausta havainnointirungon avulla, kun potilas saapui leikkaussaliin. Tutkija sijoittui

leikkaussalissa sellaiseen paikkaan, missä hän ei häirinnyt työntekijöiden toimintaa. Yleensä tutkija havainnoi tilannetta leikkaussalin nurkassa istuen jakkaralla ja tehden muistiinpanoja kenttäpäiväkirjaan. Leikkaussalissa oli kello, josta tutkija arvioi ohjaukseen käytettävää aikaa.

Havainnointirunkona (Liite 3) käytettiin soveltaen Spradleyn (1980) viitekehystä, jossa havainnoitavia kohteita ovat tila, toimijat, aktiviteetit, esineet, yksittäiset toiminnot, tapahtumat, aika, tavoitteet ja tunteet. Havainnoitava aktiviteetti tarkoittaa tässä tutkimuksessa hoitajien potilaille suunnattuja ohjauksellisia toimintoja, ja ohjauksen sisällöllisessä tunnistamisessa hyödynnettiin Leino-Kilven ym. (1998) voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueita.

## **5.5 Aineiston analyysi**

Aineisto koostui kirjatusta kenttähavainnoista, joita analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä ja deduktiivisesti voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueita (Leino-Kilpi ym. 1998) hyödyntäen. Induktiivisessa sisällönanalyysissä etsitään aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, joita kuvataan kategorioina ja/tai teemoina siirtyen spesifistä aineistosta yleisempään teoreettiseen ymmärrykseen. Induktiivisen sisällönanalyysin tulkinta- ja abstraktiotasot vaihtelevat. Fenomenologinen lähestymistapa mahdollistaa ilmeisen (engl. manifest) ja hermeneuttinen piilevän (engl. latent) sisällön analysoimisen. Haasteena menetelmässä on välttää pinnallisia ja jo tiedossa olevia yleisiä yhteenvetoja. (Graneheim ym. 2017.)

Tässä tutkimuksessa pinnallisia ja yleisiä yhteenvetoja on pyritty välttämään reflektoiden omia kokemuksia ja ennakoajatuksia esimerkiksi laatimalla hypoteettisia tuloksia ennen varsinaista aineistonkeruuta. Lisäksi tutkija tiedostaa lukeneensa aiheeseen liittyviä tutkimustuloksia osittain jo ennen aineistonkeruuvaiheita, mikä osaltaan voi suunnata havainnoiteja aiemmin tehtyjen tutkimustulosten suuntaan. Tutkimuksen taustaksi tehty kirjallisuuskatsaus toteutettiin käytännössä loppuun kuitenkin vasta aineistonkeruun ja alustavan analyysin päätyttyä, jotta tutkija pystyi havainnoimaan ja analysoimaan aineistoa mahdollisimman objektiivisesti. Myös aineistonkeruu ja analyysi etenivät päällekkäisinä vaiheina, koska fenomenologis-hermeneuttinen analyysiprosessi ei ole lineaarinen (Crist & Tanner 2003).

Ennakkotietämys toisaalta lisää tutkijan ymmärrystä aiheesta ja auttaa syventämään tässä tutkimuksessa kerättyä tietoa. Fenomenologis-hermeneuttisessa analyysiprosessissa tutkijan

ennakkokäsitykset nähdäänkin erottamattomana osana maailmaa. Käsitukset voivat täydentyä ja saada uusia tulkintoja prosessin edetessä. (Crist & Tanner 2003.)

Analyysin apuna käytettiin laadullisen analyysin Nvivo 20 -ohjelmistoa. Kirjoitettu aineisto ja muistiinpanot siirrettiin jokaisen havainnoinnin jälkeen sähköiseen muotoon, minkä jälkeen aineistosta etsittiin koodeja. Koodeja ryhmiteltiin ja niistä hahmoteltiin alustavia kategorioita. Taulukoissa 5 ja 6 on esitetty esimerkkejä ilmeisen ja piilevän aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä kategorioihin. Aineistosta etsittiin myös voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueita, joita koodattiin eri väreillä osa-alueiden tunnistamiseksi. Aineistossa esiintyviä nimiä ei kirjattu ylös tietosuojaan vuoksi.

Taulukko 5 Kategoriataulukko ilmeisestä (engl. manifest) sisällöstä

Alkuperäisilmaisu	Koodi	Alakategoria	Pääkategoria
Instrumenttihoitaja: <i>"Laitetaan sut piiloon."</i>	Ohjataan steriilien peittelyliinojen laitosta	Tapahtumakulku ohjauksen sisältönä	Ohjauksen sisältö
Anestesiahoitaja: <i>"Sä oot hyvissä käsissä!"</i>	Potilaan kannustaminen	Ahdistuksen lievittäminen	Ohjauksen sisältö
Valvova hoitaja: <i>"Juu, tuli tämmönen telttä (steriili peittelyliina), mut kuullaan sut koko ajan."</i>	Potilaan osallisuuden vahvistaminen	Voimavaraistumista tukeva ohjaus	Ohjauksen sisältö

Taulukko 6 Kategoriataulukko piilevästä (engl. latent) sisällöstä

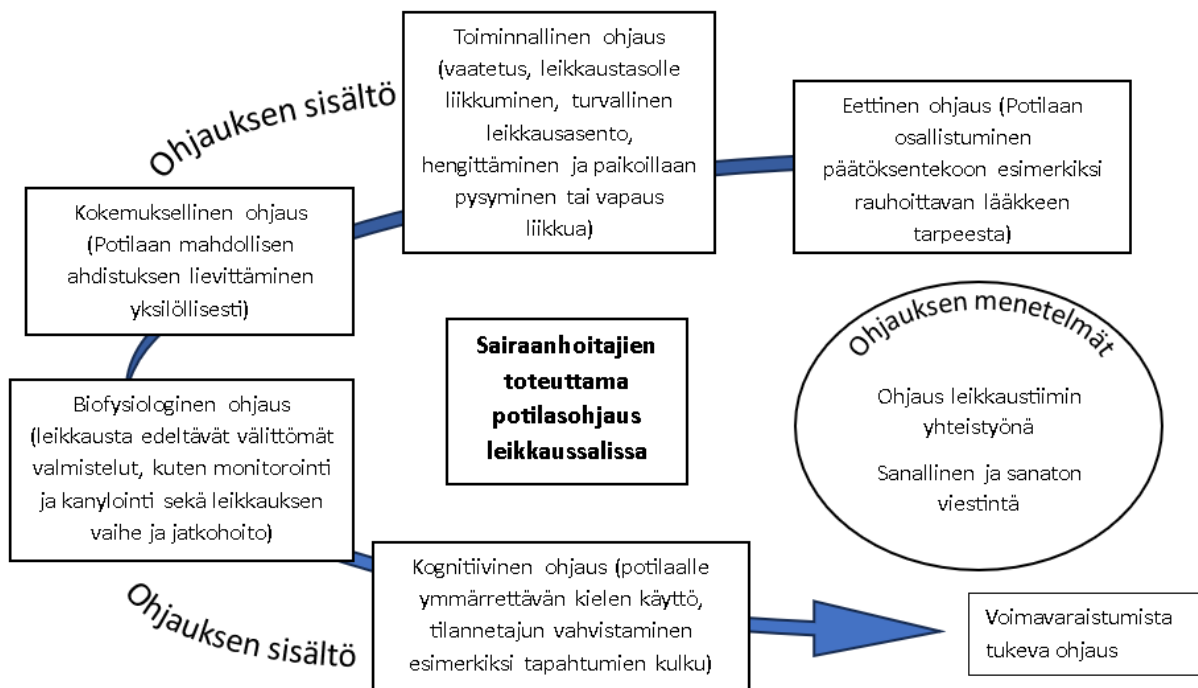
Alkuperäisilmaisu	Koodi	Alakategoria	Pääkategoria
Anestesiahoitaja: <i>"Laitetaan sinne käteen vielä yksi mittari ja sitten ollaan valmiita..."</i> Anestesia lääkäri: <i>"Onko kysyttävää mielessä ennen kuin nukutellaan?..."</i> <i>...Tuntuuko että lääke menee perille?"</i> Valvova hoitaja: <i>"Jaksaks hengittää oikein syvään pari kertaa?"</i>	Ohjataan yhdessä induktiotilanteesta/nukuttamisesta	Ohjaus leikkaustiiminä	Ohjauksen menetelmä
Potilas nostaa tasolla päätään ja hakee katseellaan apua. Anestesiahoitaja huomaa ja tulee potilaan luo.	Läsnäolo ohjauksessa	Non-verbaalinen viestintä	Ohjauksen menetelmä

## 6 Tutkimustulokset

Tutkimuksen lopullinen otanta koostui 11 havainnoinnista. Tutkimukseen osallistui 19 sairaanhoitajaa, joista 15 oli naisia ja neljä miehiä. Tutkimukseen osallistui 11 potilasta, joista kahdelle suoritettiin toimenpide hereillä paikallispuudutuksessa ja yhdeksän potilasta nukutettiin. Lisäksi tutkimuksessa oli mukana seitsemän anestesialääkärinä ja kaksi kirurgia sekä muuta henkilökuntaa (lääketieteen kandidaatti, sairaanhoidon opiskelija), jotka eivät osallistuneet potilasohjaukseen. Kukaan osallistujista ei keskeyttänyt osallistumistaan tutkimukseen.

### 6.1 Potilasohjauksen toteutuminen leikkaussalissa

Tutkimustuloksista laadittu tiivistelmä on esitetty kuviossa 2. Voimavaraistumista tukevaan potilasohjaukseen kuuluu potilaan kokeman ahdistuksen lievittäminen. Koska ahdistuksen lievittäminen kuitenkin korostuu merkittävästi tämän tutkimuksen tuloksissa, sitä analysoitiin omana kokonaisuutenaan.



Kuvio 1 Sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus leikkaussalissa

## 6.2 Potilasohjauksen sisällöllinen toteutuminen leikkaussalissa

Potilas vastaanotettiin saliin tervehtimällä ja ohjeistamalla vaatetuksen kanssa sekä ohjeistamalla asettumisesta leikkaustasolle. Suuri osa henkilökunnasta esittäytyi potilaalle kertoen nimensä ja ammattiroolinsa, mutta vastaanottotilanteet olivat vaihtelevia.

Sairaanhoitaja 5: ”Päivää vaan! Täältä tarkistetaan ekana henkilötunnus (katsoo potilasrannekkeesta). Mä oon (nimi).”

Sairaanhoitaja 12: ”Hei hei, tervetuloa! Tänne päin!”

Sisällöllisesti ohjaus painottui leikkausta edeltäviin välittömiin valmisteluihin. Sairaanhoitajat kertoivat jatkuvasti, mitä he potilaalle tekevät tai mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Käytännössä asiasisältö koski monitorointia, kanylointeja, lämpötaloudesta huolehtimista, asentohoitoa, hengittämistä, lääkehoitoa, kivunhoitoa, jatkohoitoa, leikkausalueen pesua ja peittelyjä.

Sairaanhoitaja 1: ”Häärätään tässä kaikki sun ympärillä - - tähän käteen tulee kanyyli, josta tulee ne varsinaiset nukuttavat aineet.”

Sairaanhoitaja 2: ”Aloitin pesemään, älä pelästy - - tähän tulee sellainen telttarakennelma. - - Mä pidän maskia tässä lähellä. Sieltä tulee happea. Voit hengitellä normaalisti.”

Sairaanhoitaja 3: ”Tässä on paljon tällaisia valmisteluja ennen kuin päästään alkuun.”

Sairaanhoitaja 9: ”...Mä pyyhin sun otsaa, tähän tulee unensyvyysmittari - - mä vähän painan tästä.”

Sairaanhoitaja 10: ”Laitetaan tyyny jalkojen alle. Saat tulla vielä 10 cm tänne päin.”

Sairaanhoitaja 14: ”Mä vähän koputtelen näitä suoniasia esiin - - pyyhin alkoholipitoisella lapulla. Nyt pistää kädessä. Noin, otan kiristyksen pois ja sit mä otan neulan täältä pois.”

### 6.2.1 Ahdistuksen lievittäminen

Potilaan ahdistuksen lievittäminen oli yksi ohjauksessa ilmenevä osa-alue, jonka sisältö käytännössä vaihteli yksilöllisesti.

Esimerkkitapaus 1. Sairaanhoitajat yrittivät huomioida potilasta ja suorittaa samalla potilaalle epämieluisia leikkaushoitotyön toimia. Potilaan toiveesta hän sai tilanteessa rentouttavaa

lääkettä ahdistukseen ja anestesiasairaanhoitaja kertoi potilaalle, että hänellä on mahdollisuus saada tarvittaessa myös lisää lääkettä.

Sairaanhoitaja 6: "Hei vaan. Mä oon (nimi). Täältä tulee näitä peittelyliinoja - - puhekyky teille jää niin voit kertoa, jos on tuntemuksia."

Potilas 3: "Ei siinä paljon pysty."

Sairaanhoitaja 5: "No mutta jotain hihkaisee, niin me tiedetään.."

Sairaanhoitaja 6: "Eihän teille tule ahtaanpaikan kammoa?"

Potilas 3: "No kyllä mulle vähän tulee, mutta toivotaan ettei nyt tuu."

Sairaanhoitaja 6: "Silmiä voi avata, niin valo kajastaa sieltä ainakin vähän, jos se auttaa."

Esimerkkitapaus 2. Potilaan mahdollista jännitystä lievitettiin vitsailemalla, joka osoittautui toimivaksi. Potilas ei vaikuttanut erityisen ahdistuneelta missään vaiheessa.

Potilas 5: "Toivottavasti herään sitten vielä..."

Sairaanhoitaja 11: "Se kuuluu samaan hintaan!" (Potilas ja hoitajat nauravat yhdessä.)

Esimerkkitapaus 3. Potilas oli ilmaissut ennen leikkaussaliin saapumisestaan jännittävänsä kovasti ja oli myös olemukseltaan leikkaussaliin saapuessaan melko jännittyneen oloinen. Sairaanhoitaja avasi keskustelun, mikä auttoi potilasta purkamaan tuntemustaan.

Sairaanhoitaja 15: "Onko sua leikattu aikaisemmin?"

Potilas 9: "Joo."

Sairaanhoitaja 15: "Noni vähän tuttu juttu..."

(Potilas ja hoitaja keskustelevat aikaisemmista kokemuksista ja rauhoittavasta lääkityksestä.)

Potilas 9 kuvailee tuntemustaan: "ei nämä mitään elämän huippuhetkiä ole".

## 6.2.2 Voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueiden toteutuminen

Potilaiden odotukset ohjauksen suhteen leikkaussalissa vaikuttivat yksilöllisiltä. Suurin osa potilaista ei esittänyt kysymyksiä, vaan lähinnä kuuntelivat ammattilaisia ja vastasivat yksittäisillä sanoilla kysymyksiin. Osa potilaista vaikutti kaipaavansa lähinnä emotionaalista tukea, eivät niinkään tietoa. Huomionarvoista on se, että tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat saaneet ohjausta jo leikkausta edeltävästi. Joissakin tilanteissa potilaat esittivät kysymyksiä koskien lähinnä siinä hetkessä tapahtuvaa toimintaa.

Potilas 3: "...onkse mun reppuni (katetripussi) vielä mukana?" - - Mihin aikaan mä suurinpiirtein pääsen..? Täytyy olla avustaja..."

Potilas 4: "Onks mun pää ihan oikeessa kohdassa?"

Potilas 6: "Mites nää silmälasit..?"

Potilaan voimavaraistumista tuettiin ohjauksessa välittämällä potilaalle tietoa, kehumalla, kannustamalla, kysymällä potilaan mielipidettä ja huomioimalla potilasta yksilöllisesti. Nuorempien potilaiden kohdalla sinuteltiin ja osa sairaanhoitajista teititteli iäkkäämpiä potilaita.

Sairaanhoitaja 1: "Sulla on hauska etunimi - - onko kaikki hyvin? - - hymy on hyvä merkki - - nyt on (potilaan etunimi) valmista, kaikki hyvin? - - Sä oot hyvissä käsissä!"

Sairaanhoitaja 5: "Hienosti meni!"

Sairaanhoitaja 13: "Me toivotellaan teille oikein hyviä unia ja herätellään sit ku ollaan valmiit."

Voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueista leikkaussalin potilasohjauksessa ilmenivät biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, eettinen ja kognitiivinen osa-alue (Leino-Kilpi ym. 1998). Biofysiologinen ohjaus liittyi lähinnä hoitotoimenpiteisiin, joita oltiin paraikaa tekemässä. Joissakin tilanteissa sairaanhoitajat kuitenkin ohjasivat esimerkiksi jatkohoitoon ja lääkehoitoon liittyviä asioita.

Sairaanhoitaja 13: "Toimenpiteen jälkeen todennäköisesti ensimmäiset muistikuvat tulevat heräämöstä - - toimenpiteen jälkeen ei saisi niistä..."

Sairaanhoitaja 1: "...puuduteaineessa adrenaliini voi aiheuttaa sydämen tykytystä tai voi olla jännitystäkin..."

Toiminnallinen ohjaus liittyi muun muassa leikkaustasolle oikeaan asentoon asettumiseen, hengittämiseen ja paikoillaan pysymiseen. Potilaan omaa toimintakykyä huomioitiin mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi siten, että potilaat asettuivat leikkaustasolle ja nousivat tasolta itse silloin, kun he siihen kykenivät.

Kokemuksellinen ohjaus liittyi aiempiin kokemuksiin ja potilaan senhetkisten kokemusten huomioimiseen. Potilaalta kysyttiin aktiivisesti hänen tuntemuksistaan ja varmisteltiin, että leikkaustasolla on hyvä asento.

Sairaanhoitaja 16: "...onko aikaisemmin nukutettu? - - okei, ihan uusi kokemus sitten!"

Eettinen ohjaus ilmeni potilaan osallistumisena päätöksentekoon ja luottamuksellisuuden vahvistamisessa.

Sairaanhoitaja 1: "...Tähän käteen tulee kanyyli, josta tulee ne varsinaiset nukuttavat aineet..."

Potilas 2: "Se on se käsi semmonen, ettei se taivu."

Sairaanhoitaja 1 ja potilas 2 keskustelevalle kanyylin paikasta ja sairaanhoitaja varmistaa potilaalta: "...saako tänne silti laittaa?.."

Sairaanhoitaja 4: "Pärjäätkö vai kaipaatko lisää lääkettä?"

Sairaanhoitaja 10 kertoo potilaalle unensyvyysmittaria asettaessaan, että henkilökunta ei näe mitä unia potilas näkee, vaan hän saa rauhassa nähdä mitä tahansa unia.

Sairaanhoitaja 2: "Sopiiko, että laitetaan radio päälle?"

Kognitiivinen osa-alue ilmeni potilaan tietämyksen huomioimisena. Ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää, kansantajuista kieltä. Esimerkiksi nesteinfuusiota kutsuttiin "tipaksi", induktiota/ nukuttamista "unen tulemiseksi", anestesia-ainetta "unilääkkeeksi" ja steriiliä peittelyä "telttarakennelmaksi". Potilaan tilannetajua pyrittiin vahvistamaan esimerkiksi kertomalla leikkauksen vaiheesta, tapahtumien kulusta ja jatkohoidosta.

### **6.3 Potilasohjauksen menetelmällinen toteutuminen leikkaussalissa**

#### **6.3.1 Ohjaus osana leikkaussalin tiimityötä**

Leikkaussalissa oli potilasohjaustilanteissa mukana potilaan lisäksi yleensä vähintään kolme ammattilaista, mikä poikkeaa tavanomaisesta potilasohjaustilanteesta yhden ammattilaisen ja potilaan välillä. Tiimityö ja yhdessä ohjaaminen oli tavallista ja se ilmeni sekä tärkeänä yhteistyönä että hallitsevuutena potilaaseen nähden. Perioperatiivisilla sairaanhoitajilla oli leikkaussalissa useita hoitotyön toimia tehtävänänsä lyhyessä ajassa. Ohjaukseen käytettiin nukutettavien potilaiden kohdalla aikaa suunnilleen muutamasta minuutista kymmeneen minuuttiin. Puudutuksessa tehtävien potilaiden kohdalla ohjaus painottui leikkauksen alkuun ja loppuun. Sujuva ja ripeä tiimityö vaikutti olevan tavoite, joka ohjauksen kannalta näyttäytyi ajoittain sekavana. Potilasta informoitiin eri suunnista vuorotellen ja joskus samanaikaisesti. Osa hoitajista, yleensä instrumentoiva sairaanhoitaja, kuitenkin vetäytyi potilaan luota antaen muille tilaa toimia potilaan ympärillä ja ohjata potilasta. Muiden leikkaustiimin jäsenten toiminta vaikutti sairaanhoitajien toteuttamaan potilasohjaukseen. Anestesia- ja lääkärit saattoivat

esimerkiksi kertoa potilaalle nukuttamisesta, jolloin samoja asioita ei toisteltu. Ohjauksen sisällöt välittömien valmistelujen osalta ennen nukutusta vaikuttivatkin olevan sairaanhoitajien ja anestesia-ääkäreiden kesken hyvin samankaltaisia.

Anestesia-ääkäri 7: "...kanyylin kautta tulee sitten unilääkkeet. Maskista tulee tässä vaiheessa ihan vaan happea."

Anestesia-ääkäri 4 ohjeisti potilasta nukuttamisesta ja kertoi, että unilääke saattaa kirvellä. Potilas kommentoi kirvelyä. Sairaanhoitaja 10 vastasi: "Joo, se on ikävää. Se joskus polttaa sinne ylös asti, mutta se menee ihan kohta ohi."

Puudutuksessa tehdyissä toimenpiteissä sairaanhoitajat ajoittivat ohjausta leikkauksen mukaan huomioiden kirurgin toiminnan ja välttämällä sen keskeyttämistä. Potilaat harvemmin itse kysyivät mitään, vaan vastailivat enimmäkseen lyhyesti. Sairaanhoitajat keskustelivat myös keskenään kaiken toiminnan lomassa. Sairaanhoitajien keskinäinen rupattelu loi rennomman ilmapiirin leikkaussaliin ja valtaosa keskusteluista liittyi nimenomaan senhetkiseen työntekoon.

### 6.3.2 Sanaton viestintä osana leikkaussalin potilasohjausta

Sanaton viestintä näyttäytyi oleellisena osana sairaanhoitajien toteuttamaa potilasohjausta leikkaussalissa. Leikkaussaliympäristö loi omat haasteensa ohjaukselle, kun hektisyys ei antanut ajallisesti sijaa pitkille vuorovaikutustilanteille. Sairaanhoitajien sanaton viestintä potilaalle vaihteli. Osa hoitajista otti heti kontaktia potilaaseen, kun potilas saapui leikkaussaliin. Parhaimmillaan tämä näkyi tilanteessa, jossa hoitaja käveli iloisesti potilasta vastaan salin ovensuuhun. Osa hoitajista keskittyi enemmän muihin hoitotyön toimiin ja jäi etäämmälle potilaasta koko ohjaustilanteen ajaksi. Myös hoitajien erilaiset persoonallisuudet vaikuttivat ohjaukseen, mikä teki tilanteista aitoja ja luovia.

Rintamasuunta ja sijoittuminen potilaaseen nähden ohjaustilanteissa näyttäytyi leikkaussalissa ajoittain haastavana. Potilaan maatessa leikkaustasolla hoitajat olivat potilaan yläpuolella ja usein ohjaus toteutui myös eri suunnista, jolloin kasvotusten tapahtuva ohjaaminen ei toteutunut. Hoitajat kuitenkin ottivat potilaaseen katsekontaktia ja useissa havainnointitilanteissa hoitajat istuutuivat potilaan tasolle ennen nukuttamista, jolloin heidän ei tarvinnut ohjata potilaan yllä. Suurimmassa osassa ohjaustilanteita käytettiin normaalia puheääntä, mutta joissakin tilanteissa potilaalle puhuttiin enemmän kannustavasti tai rauhoittavasti. Rauhoittelu näkyi äänenpainon lisäksi esimerkiksi käden laskemisena potilaan polvelle.

### 6.3.3 Voimavaraistumista tukevien menetelmien toteutuminen leikkaussalissa

Sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus leikkaussalissa oli menetelmällisesti osittain voimavaraistumista tukevaa. Potilasohjausta annettiin leikkaussalissa suullisesti. Yleensä potilas oli passiivinen ohjauksen vastaanottaja, ja sairaanhoitajat toteuttivat yhdensuuntaista viestintää kertoen mitä he tekivät. Kysymykset olivat tyypillisesti suljettuja, jolloin ohjaus ei ollut dialogista. Voimavaraistumista edisti kuitenkin potilaiden reflektion tukeminen, sillä useissa ohjaustilanteissa huomioitiin potilaiden aiempia kokemuksia ja sen hetkisiä tunteita. Lisäksi voimavaraistumista tuki turvallisen ilmapiirin luominen, joka näyttyi sairaanhoitajien läsnäolona ja fyysisen ympäristön huomioimisena. Suurin osa sairaanhoitajista oli läsnä potilaalle. Läsnäoloa osoitettiin sanattoman viestinnän keinoin esimerkiksi ottaen katsekontaktia ja hymyilemällä potilaalle. Potilaan saapuessa leikkaussaliin, sairaanhoitajat hiljensivät tarpeettoman äänekkäät laitteet, kuten lämpöpuhaltimen. Tämä mahdollisti normaalin puheäänen ohjauksessa. Lisäksi potilaan voimavaraistumista tuettiin osassa ohjaustilanteista osallistuttamalla potilasta hoitoon. Potilasta esimerkiksi ohjattiin käymään leikkaustasolle itse silloin, kun hän siihen kykeni.

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja tulkita perioperatiivisten sairaanhoitajien toteuttamaa potilasohjausta leikkaussalissa. Tutkimusta ohjasi kysymys: Miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita leikkaussalissa sisällöllisesti ja menetelmällisesti?

Sairaanhoitajat ohjasivat potilaita leikkaussalissa sisällöllisesti voimavaraistumista tukevan tiedon eettisellä, toiminnallisella, kokemuksellisella, biofysiologisella ja kognitiivisella osa-alueella. Ohjauksessa painottui rutiininomainen leikkausvalmisteluista kertominen, mutta ohjausta toteutettiin myös yksilöllisesti potilaan mahdollisen ahdistuksen lievittämiseksi. Menetelmällisesti sairaanhoitajat toteuttivat potilasohjausta leikkaustiimin yhteistyönä. Sairaanhoitajat käyttivät ohjauksessa sekä sanallisen että sanattoman viestinnän keinoja. Tämän tutkimuksen perusteella potilasohjaus on keskeinen osa hoitamisen ydintä myös leikkaussalissa, joskin se näyttäytyy tässä yhteydessä erilaisena muihin terveydenhuollon ympäristöihin verrattuna. Potilasohjauksen käsitettä ei ole aiemmin selvästi käytetty intraoperatiivisessa hoitotyössä. Käsitteiden ymmärtäminen ja soveltaminen saattavat kuitenkin johtaa parempaan hoidon laatuun ja parempaan potilaiden elämänlaatuun (Castro ym. 2016). Lisäksi työtyytyväisyys ennustaa alalla pysyvyyttä (Richards & Kieffer 2023) ja hoitotyön toimien näkyväksi tekeminen onkin yhteydessä työssä jaksamiseen ja siten alalla pysymiseen (Muro ym. 2022).

Tämän tutkimuksen havainnointitilanteissa potilaat kysyivät kysymyksiä tai tekivät omaa hoitoaan koskevia päätöksiä vain harvoin. Tämä saattaa olla yhteydessä leikkaussaliin ympäristönä tai sairaanhoitajien tapaan toteuttaa ohjausta usein yhdensuuntaisesti ja suljetuin kysymyksin. On tärkeää ymmärtää, että kaikki potilaat eivät halua tehdä omaa hoitoaan koskevia päätöksiä, vaan turvautuvat mieluummin ammattilaisiin (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 109). Tässä tutkimuksessa ei tutkittu potilaita, joten heihin liittyvien tekijöiden osalta ei tulosten pohjalta voida tehdä johtopäätöksiä. Koska leikkaussali on tietointensiivinen ympäristö (Plaxton 2017) on kuitenkin tärkeää, että ammattilaiset huomioivat potilaan tiedonsietokyvyn (Wang & Voss 2022) ja varmistavat aktiivisesti potilaalta, että tämän tiedontarpeet on huomioitu ja että hän kokee voivansa esittää kysymyksiä. Leikkausta edeltävää, preoperatiivista ohjausta ei myöskään pidä missään tapauksessa unohtaa, sillä sen

hyödyt ovat selkeitä (Cardoso ym. 2023; Salazar-Maya 2022; Lemos ym. 2019; Lee ym. 2018).

Tässä tutkimuksessa ei havaittu potilasohjausta voimavaraistumista tukevan ohjauksen sosiaaliselta tai taloudelliselta tiedon osa-alueelta (Leino-Kilpi ym. 1998). Elorannan ym. (2014) tutkimuksessa potilaan yksilöllisen ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen ja ohjauksen tuloksellisuuden arviointi olivat yhden suomalaisen yliopistollisen keskussairaalan vuodeosastojen ja poliklinikoiden hoitotyöntekijöiden itsearvioimana heikentyneet vuonna 2010 verrattuna vuoteen 2001. Tämä herättää miettimään myös perioperatiivisten sairaanhoitajien toteuttaman potilasohjauksen yksilöllisyyttä. On mahdollista, että sairaanhoitajat tekivät omia tulkintojaan leikkauspotilaan tiedontarpeista, mutta leikkaussalin potilasohjaus näyttäytyi usein yhdensuuntaisena tiedottamisena. Joka tapauksessa potilasohjaus on lakisääteistä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 5§) ja ohjausta tarvitaan silloinkin, vaikka potilas ei haluaisi aktiivisesti osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tällöin potilaskeskeisessä, voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa kunnioitetaan potilaan päätöstä olla osallistumatta päätöksentekoon (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 114-115). Potilasta onkin hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 6§).

Tässä tutkimuksessa myös valvovat ja instrumentoivat sairaanhoitajat ohjasivat paljon potilaita, kun taas valtaosa katsaukseen valituista tutkimuksista keskittyi anestesia- ja sairaanhoitajan näkökulmaan. Tämä saattaa selittyä sillä, että tutkimusyksikössä valtaosa hoitajista kiersi eri rooleissa ja toimintakulttuuri päiväkirurgisessa yksikössä saattaa poiketa esimerkiksi niihin yksiköihin verrattuna, joissa suoritetaan päivystyksellisiä ja vaativimpia toimenpiteitä. Tutkimus keskittyi myös tiettyjen erikoisalojen potilaisiin, mikä saattaa vaikuttaa niin ikään toimintakulttuuriin ja tutkimuksen tuloksiin.

Tässä havainnointitutkimuksessa sairaanhoitajien perimmäiset käsitykset potilasohjauksesta leikkaussalissa eivät selvinneet. Katsauksessa ilmeni, että sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus leikkaussalissa tapahtuu eettisestä velvoitteesta ymmärtää potilaan huolia, olla ystävällinen ja vastata potilaan yksilöllisiin tarpeisiin (Aghamohammadi ym., 2021) sekä ammatillisesta velvollisuudesta antaa potilaalle tietoa (Bakhtiari ym., 2020). Korkean teknologian ympäristönä leikkaussalissa korostuu tarve kehittää potilaslähtöistä ja yksilöllistä hoitoa (Sørensen ym. 2014), mutta toisaalta ajatellaan, että viestintä tässä riskialttiissa ympäristössä on pelkistettävä olennaiseen (Osborne-Smith & Hodgen 2017) ja ylimääräistä keskustelua tulisi välttää (Plaxton 2017).

Tässä tutkimuksessa potilas ja leikkaussali- ja anestesiahoitajat tapasivat ensimmäisen kerran vasta leikkaussalissa, mikä haastaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Hoitotyö leikkaussalissa merkitsee perinteisesti vähäistä kontaktia potilaisiin ennen leikkausta ja sen jälkeen (Dias ym. 2022) ja joissakin yksiköissä leikkaussali- ja anestesiahoitajat tapaavat potilaan usein ainoastaan intraoperatiivisessa vaiheessa (Rudolfsson ym. 2003). Perioperatiivisessa hoitomallissa (engl. perioperative dialogue) hoidon jatkuvuutta on pyritty takaamaan siten, että sama perioperatiivinen sairaanhoitaja hoitaa potilasta pre-, intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa. Mallin käyttö on osoittanut potilaiden lisääntyneen turvallisuuden- ja osallisuuden tunnetta ja hoitajien parempaa työhön sitoutumista. (Lindwall & von Post 2009.)

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että ohjaus on usein yhdensuuntaista tiedottamista hoitajilta potilaalle koskien monitorointia, kanylointeja, lämpöaloudesta huolehtimista, asentohoitoa, hengittämistä, lääkehoitoa ja muita välittömiä valmisteluja. Tämä vaikutti kuitenkin olevan seurausta enemmän leikkaussaliympäristön tuomista haasteista kuin osaamattomuudesta voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa. Myös katsauksessa ilmeni, että sairaanhoitajat saattavat kontrolloida vuorovaikutusta (Aagaard ym., 2017; Karlsson ym., 2013) ja ohjaus voi olla rutiininomaista (Karlsson ym., 2013; Rudolfsson, 2014). Tämä herättää kysymyksen siitä, millaista sairaanhoitajien toteuttaman potilasohjauksen leikkaussalissa olisi oltava.

Perioperatiivisilta sairaanhoitajilta edellytetään sekä teknistä osaamista että ei-teknisiä taitoja, kuten moniammatillista yhteistyötä ja potilaiden näkemistä ihmisinä eikä kohteina (Sørensen ym. 2014). Perioperatiiviset sairaanhoitajat pyrkivät suojelemaan potilaiden yksityisyyttä, kohtelemaan potilaita ystävällisesti ja huomioimaan potilaiden yksilöllisiä tarpeita, mutta kiire ja uupumus voivat johtaa epäammattimaiseen käytökseen potilaita kohtaan (Leppänen ym. 2022). Potilaat kokevat haavoittuvuuden ja ulkopuolisuuden tunnetta, jos he eivät ole kontaktissa hoitajaan leikkaushoidon aikana (Karlsson ym. 2013). Luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseksi hoitajan tulee huomioida leikkauspotilaan elämismailma; pyrkiä luomaan vastaanottavainen ilmapiiri ensikohtaamisessa, käyttää ymmärrettävää kieltä, osallistuttaa potilasta hoitoon ja pyrkiä yksilöllisesti huomioimaan potilaan tarpeet (Boysen ym. 2017).

Tässä tutkimuksessa potilaan ohjaaminen toteutui osana leikkaussalin tiimityötä. Aiemmissä tutkimuksissa leikkauspotilaan ohjaus ei ilmennyt tiimityönä, mutta leikkaustiimin välinen yhteistyö huomioitiin samanaikaisesti ohjauksen kanssa (Aagaard ym., 2017; Aghamohammadi ym., 2021; Bakhtiari ym., 2020; Hanssen ym., 2020; Karlsson ym., 2013;

Skråmm ym., 2021; Sundqvist ym., 2018). Leikkaustiimin onnistuminen riippuikin johdonmukaisesta viestinnästä leikkaustiimin jäsenten välillä ja potilaan aktiivisesta osallistumisesta hoitoonsa, mikä vähentää virhemahdollisuuksia ja lisää potilastyytyväisyyttä. Aktiivinen osallistuminen merkitsee avointa vuoropuhelua potilaan kanssa. (Crosson 2015.) Vallitseva lääketieteellinen kulttuuri voi joskus aiheuttaa eettisiä ongelmia potilasohjauksen toteutumisessa (Redman 2011). Leikkauspotilaiden ahdistuksen vähentäminen on kuitenkin merkittävä asia, johon voidaan myös lääkkeettömästi vaikuttaa potilasohjauksella (Hernández ym. 2021). Potilaan rauhoittaminen lääkkeellisesti huomioimatta ensin inhimillisyyttä ja muunlaisen tuen tarvetta heikentää perioperatiivisen hoitotyön laatua (Ralph & Norris 2018). Lääkkeellisestä potilaan rauhoittamisesta voi seurata myös haittavaikutuksia, kuten hengityslamaa ja toipumisen pitkittymistä (Wang ym. 2022). Myös esimerkiksi kättilötyössä äidin ja vauvan ihokontaktiin ohjaaminen heti synnytyksen jälkeen leikkaussalissa on tärkeää, mutta tällaisen sosiaalisen ja emotionaalisen hoidon toteuttaminen käytännössä voi olla haastavaa lääketieteellisen organisaation ja ympäristön asettamien esteiden vuoksi (Niela-Vilen ym. 2020, Stevens ym. 2016). Yhteistyö ja tiedon välittäminen eri tieteenalojen välillä voi kuitenkin auttaa ymmärtämään eri näkökulmia ja kehittymään omissa tieteenalakohtaisissa käytännöissä (McEvoy & Duffy 2008).

### 7.1.1 Tutkijan omat käsitykset

Tutkijan ymmärrys sairaanhoitajien toteuttamasta potilasohjauksesta leikkaussalissa syveni ja osittain muuttui tutkimuksen myötä. Ennako-oletukset pitivät osittain paikkaansa, mutta tässä tutkimuksessa myös valvovat ja instrumentoivat sairaanhoitajat osallistuivat ajoittain hyvinkin aktiivisesti potilaan ohjaamiseen. Ohjaukseen käytettiin aikaa arviolta enemmän, mitä tutkija etukäteen oletti. Yhteistyö ohjauksessa ilmeni tutkijalle uudella tavalla ja lisääntynyt ymmärrys ympäristön asettamista haasteista selvensi sitä, millaisena potilasohjaus leikkaussalissa näyttäytyy. Anestesiamuodon vaikutusta ohjaukselle ei voitu tässä tutkimuksessa kovin luotettavasti arvioida, koska vain kaksi potilasta hoidettiin puudutuksessa ja loput yhdeksän nukutuksessa. Sairaanhoitajien työkokemuksen tai erilaisten ohjaustapojen vaikutusta ei voitu myöskään kovin luotettavasti tutkia, koska tutkija ja tutkittavat olivat entuudestaan vieraita toisilleen, sairaanhoitajien taustatietoja ei tässä tutkimuksessa selvitetty ja tutkija tapasi osan hoitajista vain kertaalleen.

Havainnointitilanteissa kuitenkin ilmeni vaihtelevuutta ja osa hoitajista otti potilaaseen

enemmän kontaktia kuin toiset. Myöskään potilaan vaikutusta ohjaukselle ei voitu kovin luotettavasti tutkia, koska potilaiden tiedontarpeet jäivät tässä tutkimuksessa tutkijan havainnointitulokinnan varaan. Sisällöllisesti ohjaus painottui hoitotyön toimiin, kuten tutkija oletti. Havainnointi paljasti kuitenkin paljon sellaisia tilanteita, joita tutkija ei osannut ennakoita. Voimavaraistumista tukeva ohjaus näytti sisältyvän sairaanhoitajien toteuttamaan potilasohjaukseen leikkaussalissa.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin Whitemore ym. (2001) laadullisen tutkimuksen ensisijaisilla valideittikriteereillä, joita ovat: uskottavuus (engl. credibility), autenttisuus (engl. authenticity), kriittisyys (engl. criticality) ja yhtenäisyys (engl. integrity).

Uskottavuuden osalta voidaan kysyä, kuvaavatko tutkimustulokset sairaanhoitajien toteuttamaa potilasohjausta leikkaussalissa uskottavalla tavalla (Whitemore ym. 2001). Hyvä fenomenologis-hermeneuttinen kuvaus auttaa tutkimuksen lukijaa tunnistamaan kokemuksen, vaikka lukijalla ei olekaan tätä täysin samaa kokemusta (Ray & Locsin 2023). Tulososiossa on esitetty alkuperäisilmauksia, jotta lukija voi eläytyä paremmin sairaanhoitajien toteuttamaan potilasohjaukseen leikkaussalissa.

Tutkimuspotilaiksi valikoituivat suukirurgiset ja korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalan potilaat ja tutkimus toteutettiin vain yhdessä yksikössä. Lisäksi vain kaksi potilasta hoidettiin puudutuksessa ja loput yhdeksän potilasta nukutettiin. Siltä osin aineisto on hyvin rajallista. Aineistossa havaittiin kuitenkin selkeää saturoitumista niin, että 11 havainnointia arvioitiin kattavaksi aineistoksi vastaamaan tämän tutkimuksen kysymykseen näiden potilasryhmien osalta.

Yhteyshenkilöt auttoivat sairaanhoitajien rekrytoinnissa ja tiedottivat heitä yleensä edeltävänä päivänä tulevista havainnoinneista. Tutkijalle ei selvinnyt, kieltäytyikö joku osallistumasta tutkimukseen tässä vaiheessa. Kaikki sairaanhoitajat, jotka tutkija itse tapasi havainnointipäivänä, antoivat tietoon perustuvan suostumuksen. Oletettavasti tutkimukseen osallistuivat säännönmukaisesti kaikki leikkaustiimiin alun perin sijoitetut hoitajat. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkimukseen eivät osallistuneet pelkästään esimerkiksi ne, joita aihe kiinnosti.

Tutkimus toteutettiin yhden tutkijan toimesta, mutta tutkimuksen tieteenfilosofiset ja teoreettiset lähtökohdat sekä metodologinen lähestymistapa ja tutkijan vaikutus tutkimuksessa on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi. Havainnointi tutkimusmenetelmänä asettaa

tiettyjä haasteita luotettavuudelle. Hawthornen efekti tarkoittaa tutkittavien käyttäytymisen muutosta joko tietoisesti tai tiedostamattaan, kun he tietävät, että heitä tarkkaillaan (Goodwin ym. 2017). Tutkija kävi kuitenkin osastolla etukäteen esittäytymässä ja kertomassa tutkimuksestaan, jotta tutkijan läsnäoloon totuttaisiin. Tutkija myös pukeutui samanlaiseen leikkausosaston työntekijöiden vaatetukseen kuin muutkin. Lisäksi tutkija saattoi keskustella hoitohenkilökunnan kanssa havainnointien välissä, mikäli osallistujat avasivat keskustelun. Tällä tavoin tutkija pääsi lähemmäs tutkimukseen osallistuvia sairaanhoitajia, mikä saattoi lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Joissakin tilanteissa hoitohenkilökunta vitsaili tutkijan läsnäolosta esimerkiksi mainitsemalla, että nyt pitää käyttäytyä tai miettiä, mitä ”sammakoita” suustaan päästää.

Aineistonkeruumenetelmänä kenttäpäiväkirjaan tehtävät havainnot sopivat tutkimusasetelmaan hyvin, mutta aivan kaikkea sanallista ja sanatonta viestintää ei ehditty kirjaamaan tilanteissa ylös. Lisäksi on mahdollista, että alkuperäisilmaisut eivät ole sanasta sanaan täysin samoja, mitä aidossa tilanteessa ilmeni, koska vuorovaikutusta tapahtui lyhyessä ajassa paljon ja tutkijalla oli välillä kova kiire kirjata havaintoja ylös. Tutkija kuitenkin harjoitteli havainnointimerkintöjen tekemistä arkielämän tilanteissa ennen aineistonkeruuta ja reflektoi omia tulkintojaan kriittisesti koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen voidaan kuitenkin sanoa tuottaneen uskottavaa, joskaan ei yleistettävää tietoa sairaanhoitajien toteuttamasta potilasohjauksesta leikkaussalissa.

Autenttisuuskriteeri arvioi osallistujien äänten aitoa kuulumista ja sitä, miten kuvaukset heijastavat osallistujien antamia merkityksiä ja kokemuksia (Whittemore ym. 2001). Tuloksissa on esitetty alkuperäisilmaisuja, jotta tutkittavien ääni saatiin esille. Tutkija reflektoi kriittisesti tekemiään havaintoja ja tulkintoja ja varoi tekemästä liian nopeita tai harhaanjohtavia johtopäätöksiä tutkimukseen osallistuvien puolesta. Havainnointikertomusten laatua arvioidaan sen perusteella, missä määrin ja kuinka hyvin lukija pystyy eläytymään tilanteeseen ja ymmärtämään kuvausta (Salmon 2015). Tulososiossa esitettyjä esimerkkitapauksia on myös selostettu alkuperäisilmaisuja ohella, jotta konteksti selviää paremmin lukijalle.

Kriittisyyden osalta relevantti kysymys on, osoittaako tutkimus näyttöä kriittisestä arvioinnista (Whittemore ym. 2001). Tutkija on ilmaissut oman osuutensa tutkimuksessa ja mahdollisen vaikutuksensa tutkimukseen. Subjektiiivisuudesta aiheutuva vinouma on huomioitava tulosten yleistettävyyttä tarkasteltaessa (Whittemore ym. 2001). Tässä fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa aineistonkeruu ja analyysi etenivät

päällekkäisinä vaiheina ja lopulliset tutkimustulokset syntyivät jatkuvan ajatusprosessin kautta. Tutkimuksen empiiristä toteutusta ja analyysiprosessia on kuitenkin pyritty kuvaamaan siten, että lukijalla olisi mahdollisuus seurata tutkijan loogista päättelyketjua ja tutkimuksen etenemistä kysymyksenasettelusta johtopäätöksiin. Käytetyt lähteet valittiin huolella ja metodilähteisiin tutkija sai apua ohjaajiltaan sekä kurssimateriaalien kautta. Tutkimuksen yhtenäisyys tarkoittaa tutkimusprosessissa toistuvaa luotettavuuden arvioimista ja tulosten nöyrää esittämistapaa, jossa huomioidaan mahdollinen poikkeava aineisto ja vaihtoehtoiset käsitykset (Whittemore ym. 2001). Joissain tilanteissa ohjaus ilmeni tutkijalle voimavaraistumista tukevalla tavalla ja toisaalta joissain tilanteissa ohjaus näyttäytyi sekavana ja yhdensuuntaisena tiedottamisena. Tutkija on tuonut tuloksissa mahdollisimman rehellisesti esiin kaiken tiedon, mitä tutkimus tuotti. Potilaiden yksilölliset ohjauksen tarpeet, odotukset ja kokemukset jäivät tässä tutkimuksessa tutkijan havainnointitulokinnan varaan samoin kuin sairaanhoitajien käsitykset ohjaustilanteissa. Tulokset eivät ole yleistettäviä, mutta ne voivat auttaa ymmärtämään paremmin, miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita leikkaussalissa.

### **7.3 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkija sitoutui noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä koko tutkimusprosessin ajan (TENK 2023). Tutkimuksessa noudatettiin tietosuojalainsäädäntöä (Tietosuojalaki 2018/1050). Tutkimukselle haettiin eettinen ennakoarviointi (lausunnon numero 31/2023) ja tutkimuslupa haettiin kohdeorganisaation käytänteiden mukaisesti.

Tutkija varmisti, ettei tieteellinen toiminta vaaranna kenenkään terveyttä tai turvallisuutta (TENK 2023). Tutkija huolehti omasta, potilaiden ja henkilökunnan turvallisuudesta noudattaen tavanomaisia varotoimia ja ymmärtäen infektion torjunnan perusteet leikkaussalissa sekä huolehtien muun muassa säteilyturvallisuudesta.

Tutkimukseen osallistuvien potilaiden yhteystietoja käsittelevät ainoastaan valitut yhteyshenkilöt, osastonsihteeri ja tutkija itse. Mikäli tutkimuksen yhteyshenkilö ei tavoittanut soveltuvaa tutkimuspotilasta etukäteen, jätettiin potilas pois tutkimuksesta. Näin toimimalla noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, kun kaikilla tutkimukseen osallistuvilla potilailla oli harkinta-aikaa osallistua tai olla osallistumatta tutkimukseen. Tutkija korosti tutkimuksen vapaaehtoisuutta informoidessaan potilaita tutkimuksesta.

Hoitohenkilökunnan tietoon perustuva suostumus pyydettiin suullisesti ennen potilaan saapumista leikkaussaliin. Useimmiten tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat antoivat myös kirjallisen suostumuksen hyvissä ajoin ennen aineistonkeruuta, mutta kahdella kerralla

sairaanhoitajat kirjoittivat suostumuslomakkeen kiireen vuoksi vasta leikkauksen päätyttyä alkuvalmisteluiden ollessa vielä kesken. Käytännöstä sovittiin yhteisymmärryksessä suullisesti ennen aineistonkeruuta.

Joidenkin anestesia- ja lääkäri-työntekijöiden kohdalla tietoon perustuvan suostumuksen toteutuminen oli haastavaa, sillä he kiersivät usein eri osastoilla, olivat kiireisiä eivätkä olleet etukäteen tietoisia tutkimuksesta. Jokaisella tutkimukseen osallistuvalla oli kuitenkin oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen ja saada kirjallinen tiedote tutkimuksesta itselleen, johon sisältyi muun muassa peruste henkilötietojen käsittelyyn ja oikeus valituksen tekemiseen yhteystietoineen. Yksikään potilas tai ammattilainen ei kieltäytynyt osallistumasta tutkimukseen.

Tutkimukseen osallistuvien tietosuojasta huolehdittiin asianmukaisesti ja tutkija sitoutui noudattamaan salassapitoon, vaitioloon ja luottamuksellisuuteen liittyviä velvoitteita (TENK 2023). Tutkija on pyrkinyt raportoimaan tulokset siten, ettei niistä voida tunnistaa yksilöä. Aineistossa esiintyvät nimet on muutettu ja alkuperäisilmaisuja pseudonymisoitiin tutkittavien suojelemiseksi jo aineistonkeruuvaiheessa jättäen yksilöivät tiedot kirjaamatta ylös. Tällaisia tietoja ilmeni esimerkiksi leikkaussalin tarkistuslistaa läpikäydessä. Tutkimuksen tarkka toteuttamispaikka ei ole myöskään tulosten kannalta oleellinen tieto. Kaikki aineisto säilytetään salassa lukollisessa kaapissa ja tietoturvallisesti, ja hävitetään pysyvästi viiden vuoden kuluttua tutkimuksen valmistumisesta.

Tutkimus vaati organisaatiolta kaksi yhteyshenkilöä, jotka auttoivat tutkimukseen osallistuvien potilaiden ja henkilökunnan tiedottamisessa ja leikkaustilanteiden valinnassa. Leikkausosaston henkilökunnan kuormitus tutkimuksessa pyrittiin minimoimaan avoimella ja tehokkaalla viestinnällä rekrytointiprosessissa. Tutkija teki tutkimustyötään kunnioittaen potilaita ja leikkaussalin henkilökuntaa. Havainnointitilanteissa tutkija oli selvästi sivussa tarkkailijan roolissa ja poistui leikkaussalista yleisanestesiassa suoritettavien toimenpiteiden kohdalla suunnitellusti ja lyhyesti kiittäen osallistujia, kun potilas oli nukutettu.

Tutkimuksesta ei välttämättä ollut suoraa hyötyä tutkittaville, mutta tutkimuksesta saatu tieto auttaa ymmärtämään paremmin sairaanhoitajien toteuttamaa potilasohjausta leikkaussalissa, lisää leikkaussalin hoitotyön näkyvyyttä sekä saattaa edistää voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista leikkaussalin hoitotyössä. Tutkimusta ei rahoitettu, eikä tutkijalla ollut muitakaan sidonnaisuuksia tutkimuksessa. Tutkimus ei aiheuttanut tutkittaville mitään ylimääräistä tehtävää tai kustannuksia.

Mukaanotto- ja poissulkukriteerit asettavat tutkimuksen eettisen tarkastelun kohteeksi. Tutkimukseen ei otettu alaikäisiä tai päätöskyvyltään rajoittuneita potilaita eikä vieraskielisiä potilaita tai henkilökuntaa. Tämä ei tarkoita, etteikö potilasohjausta olisi tärkeä tutkia jatkossa myös näiden potilaiden ja työntekijöiden osalta.

#### **7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Sairaanhoitajat ohjasivat potilaita leikkaussalissa sisällöllisesti voimavaraistumista tukevan tiedon eettisellä, toiminnallisella, kokemuksellisella, biofysiologisella ja kognitiivisella osa-alueella. Ohjauksessa painottui rutiininomainen leikkausvalmisteluista kertominen, mutta ohjausta toteutettiin myös yksilöllisesti potilaan mahdollisen ahdistuksen lievittämiseksi. Menetelmällisesti sairaanhoitajat toteuttivat potilasohjausta leikkaustiimin yhteistyönä. Sairaanhoitajat käyttivät ohjauksessa sekä sanallisen että sanattoman viestinnän keinoja. Tutkimus lisäsi ymmärrystä sairaanhoitajien toteuttamasta potilasohjausta leikkaussalissa kuvausten ja tulkintojen kautta. Tulokset tekevät leikkaussalin hoitotyötä näkyväksi ja voivat lisätä ymmärrystä potilasohjauksesta leikkaussalissa sekä mahdollisesti edistää voimavaraistumista tukevaa ohjausta tässä ympäristössä. Potilaiden kannalta tutkimus saattaa siis välillisesti auttaa leikkaushoitoon liittyvän ahdistuksen lievittämisessä ja siten esimerkiksi parantaa leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa ja tyytyväisyyttä hoitoon sekä lyhentää sairaalassaoloaika.

Perioperatiivisten sairaanhoitajien kannalta tutkimus voi auttaa ymmärtämään paremmin potilasohjauksen sisältöjä ja menetelmiä leikkaussalissa helpottaen voimavaraistumista tukevaa ohjausta jatkossa. Lisäksi tutkimus tekee leikkaussalin moniulotteisesta hoitotyöstä näkyvää ja saattaa parantaa perioperatiivisten sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä ja työhön sitoutumista. Käytännössä tutkimus tuo painoarvoa ihmisläheiselle ja ei-tekniselle hoitotyölle muun kliinisen hoitotyön ohella.

Jatkossa olisi tärkeää tutkia potilaiden tiedon odotuksia leikkaussalissa sekä sitä, miten leikkaussalissa toteutettu potilasohjaus mahdollisesti vaikuttaa potilaiden ahdistukseen ja toipumiseen leikkauksen jälkeen. Tässä tutkimuksessa vain kaksi havainnointitilannetta koski puudutetun potilaan ohjaamista, joten hereillä olevan potilaan ohjaamisesta leikkaussalissa tarvittaisiin lisää tutkimusta. Lisäksi olisi tärkeää tutkia eri erikoisalojen ja erityisryhmiin kuuluvien potilaiden ohjausta sekä eri kiireellisyysluokitusten mukaista ohjausta sekä henkilökunnan että potilaiden näkökulmasta. Leikkaustiimin sujuvan yhteistyön edistämiseksi leikkaussalin potilasohjausta tulisi tutkia lisää myös moniammatillisesta näkökulmasta.

## Lähteet

- Aagaard, K., Laursen, B. S., Rasmussen, B. S., & Sørensen, E. E. (2017). Interaction Between Nurse Anesthetists and Patients in a Highly Technological Environment. *Journal of Perianesthesia Nursing : Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 32(5), 453–463. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.02.010>
- Abate, S., Chekol, Y., & Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open* 25, 6–16.
- Abelsson, A., & Nygårdh, A. (2020). The nurse anesthetist perioperative dialog. *BMC Nursing*, 19, 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00429-7>
- Aghamohammadi, F., Imani, B., & Moghadari Koosha, M. (2021). Operating room nurses' lived experiences of ethical codes: A phenomenological study in Iran. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(3), 332–338. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.012>
- AORN. (2014). AORN Position Statement on Managing Distractions and Noise During Perioperative Patient Care. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 99(1). <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.10.010>
- ASA. (2018). Position on monitored anesthesia care. Position on Monitored Anesthesia Care | *American Society of Anesthesiologists (ASA)*, PDF-julkaisu. (24.3.2023).
- Aura, S., & Kinnunen, T. (2022). *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ay, F., Polat, S., & Kashimi, T. (2020). Relationship Between the Problem-Solving Skills and Empathy Skills of Operating Room Nurses. *Journal of Nursing Research*, 28(2), e75.
- Bachmann, M., Hersio, K., & Pere, P. (2018). Leikkauskelpoisuuden arviointi ja leikkaukseen valmistaminen. *Duodecim Terveysportti*. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00411> (21.11.2023).
- Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting: The official voice of perioperative nursing. *AORN Journal*, 92(4), 445–457. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/strategies-decreasing-patient-anxiety/docview/756207628/se-2>
- Bakhtiari, S., Sharif, F., Shahriari, M., & Rakhshan, M. (2020). Perspective and Experience of Hospital Operating Room Nurses with the Concept of Excellence: A Qualitative

- Study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 125–134.  
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S236389>
- Bengtsson, Y., Johansson, A., & Englund, E. (2016). Nurse anaesthetists' experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(3), 148–154.  
<https://doi.org/10.1177/2057158516631433>
- Berg, K., Kaspersen, R., Unby, C., & Hollman Frisman, G. (2013). The interaction between the patient and nurse anesthetist immediately before elective coronary artery bypass surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing : Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 28(5), 283–290. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.10.008>
- Bergman, M., Stenudd, M., & Engström, Å. (2012). The experience of being awake during orthopaedic surgery under regional anaesthesia. *International Journal of Orthopaedic & Trauma Nursing*, 16(2), 88–96.
- Bilik, O., & Kaya, C. (2017). In which part of operating rooms is ethic? It is where the nurses are. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 4(2), 218–224.
- Boysen, G., Nyström, M., Christensson, L., Herlitz, J., & Sundström, B. (2017). Trust in the early chain of healthcare: lifeworld hermeneutics from the patient's perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 12(1), 1356674.  
<http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2017.1356674>
- Bruun, A., Valeberg, B., & Leonardsen, A. (2022). Moral Courage: Student Registered Nurse Anesthetist Experiences on the Operating Team. *AANA Journal*, 90(2), 121–126.
- Cambridge Dictionary. Intraoperative. *Dictionary*. (5.1.2024). Saatavilla  
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/intraoperative>
- Cambridge Dictionary. Counselling. *Dictionary*. (10.11.2024). Saatavilla  
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/counselling>
- Cardoso, M., Baixinho, C., Silva, G., & Ferreira, Ó. (2023). Nursing Interventions in the Perioperative Pathway of the Patient with Breast Cancer: A Scoping Review. *Healthcare*, 11, 1717. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121717>
- Castro, EM., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counselling*, 99(12), 1923–1939.

- Chellam Singh, B., & Arulappan, J. (2023). Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231186247.  
<https://doi.org/10.1177/23779608231186247>
- Clair, C., Engström, Å., & Strömbäck, U. (2020). Strategies to Relieve Patients' Preoperative Anxiety Before Anesthesia: Experiences of Nurse Anesthetists. *Journal of Perianesthesia Nursing : Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 35(3), 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.10.008>
- Clayton, J., Isaacs, A. N., & Ellender, I. (2016). Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 7–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014>
- Cooper, HM. (1982). Scientific Guidelines for Conducting Integrative Research Reviews. *Review of Educational Research*, 52(2), 291–302.
- Costa, M. (2001). The Lived Perioperative Experience of Ambulatory Surgery Patients. *AORN Journal*, 74(6), 874–881. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61505-6](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61505-6)
- Cozowicz, C., Poeran, J., Zubizarreta, N., Mazumdar, M., & Memtsoudis, S. (2016). Trends in the Use of Regional Anesthesia: Neuraxial and Peripheral Nerve Blocks. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 41(1), 43–49.
- Crist, JD., & Tanner, CA. (2003). Interpretation/analysis methods in hermeneutic interpretive phenomenology. *Nursing Research*, 52(3), 202–205. doi: 10.1097/00006199-200305000-00011.
- Crosson, J. (2015). Keeping patients safe: The importance of collaboration: The official voice of perioperative nursing. *AORN Journal*, 101(2), 279–281.  
<https://www.proquest.com/scholarly-journals/keeping-patients-safe-importance-collaboration/docview/1650876393/se-2>.
- Davis, Y., Perham, M., Hurd, A., Jagersky, R., Gorman, W., Lynch-Carlson, D., & Senseney, D. (2014). Patient and Family Member Needs During the Perioperative Period. *Journal of perianesthesia nursing*, 29(2), 119–128.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2013.05.013>
- De Haes, W. (1982). Patient education: A component of health education. *Patient counselling and health education*, 4(2), 95–102.

- De Jong, A., Penne, C., Kapandji, N., Touaibia, M., Laatar, C., Penne, M., Carr, J., Pouzeratte, Y., & Jaber, S. (2023). Determinants of information provided by anaesthesiologists to relatives of patients during surgical procedures. *BJA Open*, *28*(7), 100205.
- Dias, P., Clerc, D., da Rocha Rodrigues, M.G., Demartines, N., Grass, F., & Hübner, M. (2022). Impact of an Operating Room Nurse Preoperative Dialogue on Anxiety, Satisfaction and Early Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Major Visceral Surgery—A Single Center, Open-Label, Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, *11*, 1895. <https://doi.org/10.3390/jcm11071895>
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2014). Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede*, *26*(1), 63–73.
- Eskolin, S., Inkeroinen, S., Leino-Kilpi, H., & Virtanen, H. (2023). Instruments for measuring empowering patient education competence of nurses: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *00*, 1–15.
- Ezike, H., Amucheazi, A., & Ajuzieoegu, V. (2011). Pre-operative Anaesthesia visit: Problems and Prospects in a University Teaching Hospital in Enugu, South East Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, *1*(1), 97–101.
- Falco, D., Rutledge, D., & Elisha, S. (2017). Patient Satisfaction With Anesthesia Care: What Do We Know? *AANA Journal*, *85*(4), 286–292.
- Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, B-M., & Engström, Å. (2017). Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, *30*(3), 13–22.
- Friedrich, S., Reis, S., Meybohm, P., & Kranke, P. (2022). Preoperative anxiety. *Current Opinion in Anaesthesiology*, *35*(6), 674–678.
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, *17*, 2418–2425. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x>
- Gilmartin, J. (2004). Day surgery: patients' perceptions of a nurse pre-admission clinic. *Journal of Clinical Nursing*, *13*, 243–250.
- Goodman, T., & Spry, C. (2017). Introduction to perioperative nursing. Teoksessa T. Goodman & C. Spry *Essentials of perioperative nursing*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2.

- Goodwin, MA., Stange, KC., Zyzanski, SJ., Crabtree, BF., Borawski, EA., & Flocke, SA. (2017). The Hawthorne effect in direct observation research with physicians and patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practise*, 23, 1322–1328. <https://doi.org/10.1111/jep.12781>
- Gough, D., & Thomas, J. (2012). *An introduction to systematic reviews*. London: Sage Publications.
- Graneheim, U., Lindgren, B., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Green, L. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California: Mayfield Publishing Co.
- Hanssen, I., Smith Jacobsen, I., & Skråmm, H. (2020). Non-technical skills in operating room nursing: Ethical aspects. *Nursing Ethics*, 27(5), 1364–1372. <https://doi.org/10.1177/0969733020914376>
- Haugen, A., Eide, G., Olsen, M., Haukeland, B., Remme, Å., & Wahl, A. (2009). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2301–2310. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1111/j.1365-2702.2009.02792.x>
- Healy, K. (2013). A Descriptive Survey of the Information Needs of Parents of Children Admitted for Same Day Surgery. *Journal of pediatric nursing*, 28(2), 179–185.
- Herd, H., & Rieben, M. (2014). Establishing the Surgical Nurse Liaison Role to Improve Patient and Family Member Communication. *AORN Journal*, 99(5). <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.10.024>
- Hernández, C., Gómez-Urquiza, J., Pradas-Hernández, L., Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín- García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 3274–3285.
- Hoidokki. (2010). *Termin sanastossa – Hoitotoiminnot – Tiedon antaminen*. (10.09.2023). Saatavilla [http://www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat\\_puu&kieli=fin&eshaku=tiedon+antaminen](http://www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat_puu&kieli=fin&eshaku=tiedon+antaminen)

- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2023). *Tutkimustiedon hakeminen*. (19.10.2023). Saatavilla <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-hakeminen/>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2023). *Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI)*. (18.12.2023). Saatavilla <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2019). *Mitkä leikkausta edeltävät tekijät ovat yhteydessä huonoon kivunhallintaan leikkauksen jälkeen?* (21.11.2023). Saatavilla [nayttovinkki-13.pdf \(hotus.fi\)](#)
- Holloway, I., & Galwin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare*. Fourth edition. West Sussex: Wiley Blackwell.
- Holmes, T., Vifladd, A., & Ballangrud, R. (2020). A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. *Nursing Open*, 7(2), 571–580.
- Hudson, B. F., Ogden, J., & Whiteley, M. S. (2015). Randomized controlled trial to compare the effect of simple distraction interventions on pain and anxiety experienced during conscious surgery. *European Journal of Pain (London, England)*, 19(10), 1447–1455. <https://doi.org/10.1002/ejp.675>
- Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: From the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 951–960. <https://doi.org/10.1111/scs.12532>
- Jotterand, F., Amodio, A., & Elger, B. (2016). Patient education as empowerment and self-rebiasing. *Medicine, health care and philosophy*, 19(4), 553–561.
- Kaakinen, P., Kääriäinen, M., & Kyngäs, H. (2012). The chronically ill patients' quality of counselling in the hospital. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4), 114–123.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, M., Pietilä, M., Jääskeläinen, P., & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25(4), 291–301.
- Kaptain, K., Ulsøe, M., & Dreyer, P. (2019). Surgical perioperative pathways—Patient experiences of unmet needs show that a person-centred approach is needed. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 2214–2224.
- Karlsson, M., Mauléon, A., & Österberg, S. (2013). An intraoperative caring model – the 'awake' patient's need for a genuine caring encounter. *Clinical Nursing Studies*, 1(4), 23–35.
- Karlsson, A.-C., Ekebergh, M., Larsson Mauléon, A., & Almerud Österberg, S. (2013). Patient-nurse anesthetist interaction during regional anesthesia and surgery based on

- video recordings. *Journal of Perianesthesia Nursing : Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 28(5), 260–270.  
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.11.009>
- Kawano, T., Tani, M., Taniwaki, M., Ogata, K., & Yokoyama, M. (2015). A preliminary study of patients' perceptions on the implementation of the WHO surgical safety checklist in women who had Cesarean sections. *Journal of Anesthesia*, 29, 459–462.
- Kharod, U., Panchal, N., Varma, J., & Sutaria, K. (2022). Effect of pre-operative communication using anaesthesia information sheet on pre-operative anxiety of patients undergoing elective surgery—A randomised controlled study. *Indian Journal of Anaesthesia*, 66(8), 559–572.
- Kim, N., Yang, J., Lee, K., & Shin, I. (2021). The Effects of Preoperative Education for Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 44(6), E715–E726.
- Kim, B., Kang, H.-Y., & Choi, E.-Y. (2015). Effects of handholding and providing information on anxiety in patients undergoing percutaneous vertebroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3459–3468. <https://doi.org/10.1111/jocn.12928>
- Koivisto, J., Saarinen, I., Kaipia, A., Puukka, P., Kivinen, K., Laine, K. & Haavisto, E. (2020). Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(1), 35–40. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1093/intqhc/mzz032>
- Korttila, K. (1998). Päiväkirurgisen anestesian haasteet. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 114(16), 1607.
- Krupic, F., Eisler, T., Sköldenberg, O., & Fatahi, N. (2016). Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 99–107. <https://doi.org/10.1111/scs.12226>
- Kääriäinen, M. (2007). Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Oulu: Oulu university press.  
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>
- Kääriäinen, M., & Kyngäs, H. (2005). Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede*, 17(5), 250–258.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta., Pub. L. No. 488 (1999). Saatavilla  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista., Pub. L. No. 785 (1992).

- Larnebratt, A., Fomichov, V., Björnsson, B., Sandströms, P., Lindhoff Larsson, A., & Drott, J. (2019). Information is the key to successful participation for patients receiving surgery for upper gastrointestinal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 28(2), e12959. <https://doi.org/10.1111/ecc.12959>
- Lee, C., & Lee, I. (2012). Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2551–2561.
- Lee, C., Liu, J., Lin, S., Hsu, T., Lin, C., & Lin, L. (2018). Effects of educational intervention on state anxiety and pain in people undergoing spinal surgery: A randomized controlled trial. *Pain Management Nursing*, 19(2), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.08.004>
- Leino-Kilpi, H., Inkeroinen, S., Cabrera, E., Charalambous, A., Fatkulina, N., Katajisto, J., Sigurðardóttir, Á. K., Sourtzi, P., Suhonen, R., Zabalegui, A., & Valkeapää, K. (2020). Instruments for Patient Education: Psychometric Evaluation of the Expected Knowledge (EKhp) and the Received Knowledge of Hospital Patients (RKhp). *Journal of multidisciplinary healthcare*, 13, 1481–1505. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S271043>.
- Leino-Kilpi, H., Luoto, E., & Katajisto, J. (1998). Elements of empowerment and MS patients. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 30(2), 116–123.
- Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2015). *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lemos, M., Lemos-Neto, S., Barrucand, L., Vercosa, N., & Tibirica, E. (2019). Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 69(1), 1–6.
- Leppänen, T., Kvist, T., McDermott-Levy, R., & Kankkunen, P. (2022). Nurses' and nurse managers' perceptions of sustainable development in perioperative work: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(7-8), 1061–1072. <https://doi.org/10.1111/jocn.15970>
- Lindwall, L., & von Post, I. (2009). Continuity created by nurses in the perioperative dialogue – a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 395–401.
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H., & Ukkola, L. (2008). Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 45, 121–135.

- Liu, X., Luan, Y., Zhang, L., & Li, Y. (2022). Influence of aromatic essential oil nursing on mental state of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, *101*(13), e29122.
- McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice - A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, *8*(6), 412–419. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Moeini, S., Shahriari, M., & Shamali, M. (2020). Ethical challenges of obtaining informed consent from surgical patients. *Nursing Ethics*, *27*(2), 527–536.
- MOT. (2024). MOT Sanakirjat. Intraoperative. (5.1.2024). Saatavilla <https://www.sanakirja.fi/english-finnish/intraoperative>
- MOT. (2023). MOT Sanakirjat. Potilasohjaus. (16.11.2023). Saatavilla <https://sanakirja-fi.ezproxy.utu.fi/finnish-english>
- Mulhall, A. (2003). In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, *41*(3), 306–313.
- Muro, P., Calco, J., & Garcia, G. (2022). Burnout in nursing: A vision of gender and “invisible” unrecorded care. *Journal of Advanced Nursing*, *00*, 1–7. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1111/jan.15523>
- Niela-Vilen, H., Axelin, A., & Flacking, R. (2020). The golden hour in Finnish birthing units - An ethnographic study. *Midwifery*, *89*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102793>
- Osborne-Smith, L., & Kyle, Hodgen R. (2017). Communication in the Operating Room Setting. *Annual Review of Nursing Research*, *35*(1), 55–69. doi: 10.1891/0739-6686.35.55. PMID: 27935774.
- Page, MJ., McKenzie, JE., Bossuyt, PM., Boutron, I., Hoffmann, TC., Mulrow, CD., Shamseer, L., Tetzlaff, JM., Akl, EA., Brennan, SE., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, JM., Hróbjartsson, A., Lalu, MM., Li, T., Loder, EW., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, LA., Stewart, LA., Thomas, J., Tricco, AC., Welch, VA., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*(71).
- Pekonen, A., Eloranta, S., Stolt, M., Virolainen, P. & Leino-Kilpi, H. (2020). Measuring patient empowerment - A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *103*(4), 777–787.

- Plaxton, H. (2017). Communication, noise, and distractions in the operating room: The impact on patients and strategies to improve outcomes. *ORNAC Journal*, 35(2), 13–16.
- Poulsen, K. (2019). Implementing Patient-Family Communication Technology. *AORN Journal*, 110(4), 372–376. <https://doi.org/10.1002/aorn.12821>
- Powell, R., Scott, N., Manyande, A., Bruce, J., Vögele, C., Byrne-Davis, L., Unsworth, M., Osmer, C., & Johnston, M. (2016). Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1–280.
- Pulkkinen, M., Junttila, K., & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue—A model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 145–153. <https://doi.org/10.1111/scs.12233>
- Ralph, N., & Norris, P. (2018). Current opinion about surgery-related fear and anxiety. *Journal of Perioperative Nursing*, 31(4), 3–6. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1046>
- Ray, M., & Loesin, R. (2023). Toward an adequate understanding of phenomenological and hermeneutic-phenomenological nursing research. *Nursing & Health Sciences*, 25(1), 3–8. <https://doi.org/10.1111/nhs.13015>
- Redman, B. (2011). Ethics of patient education and how do we make it everyone's ethics. *Nursing Clinics of North America*, 46, 283–289.
- Richards, A., & Kieffer, J. (2023). Addressing the associate level nurse faculty shortage: Do job and mentoring satisfaction predict retention? *Teaching and Learning in Nursing*, 18(1), 219–224.
- Rovasalo, A., & Eerola, H. (2023). Ahdistus ja ahdistuneisuus. *Lääkärikirja Duodecim*. (2.1.2023). Saatavilla <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00188>
- Rudolfsson, G. (2014). Being altered by the unexpected: Understanding the perioperative patient's experience: A case study. *International Journal of Nursing Practice*, 20(4), 433–437. <https://doi.org/10.1111/ijn.12195>
- Ruohoaho, U. (2016). Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa - LYHKI, HERKO, SEUKO? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 132(12), 1098–2000.
- Salazar-Maya, A. (2022). Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 40(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.

- Salmon, J. (2015). Using observational methods in nursing research. *Nursing Standard*, 29(45), 36–41.
- Shin, S., & Kang, J. (2019). Development and Validation of a Person-Centered Perioperative Nursing Scale. *Asian Nursing Research*, 13(3), 221–227.  
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.07.002>
- Simonds, S. (1983). Individual health counselling and education: Emerging directions from current theory, research, and practice. *Patient counselling and health education*, 4(4), 175–181.
- Sinivuo, R., Koivula, M., & Kylmä, J. (2012). Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä kliinisessä ympäristössä. *Hoitotiede*, 24(4), 291–301.
- Skråmm, S. H., Smith Jacobsen, I. L., & Hanssen, I. (2021). Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study. *Nursing Open*, 8(4), 1822–1828. <https://doi.org/10.1002/nop2.830>
- Sohn, H., & Ryu, J. (2016). Monitored anesthesia care in and outside the operating room. *Korean Journal of Anesthesiology*, 69(4), 319–326.
- Soohbany, M. (1999). Counselling as part of the nursing fabric: where is the evidence? A phenomenological study using 'reflection on actions' as a tool for framing the 'lived counselling experiences of nurses'. *Nurse Education Today*, 19(1), 35–40.
- Sørensen, E., Olsen, I., Tewes, M., & Uhrenfeldt, L. (2014). Perioperative nursing in public university hospitals: an ethnography. *BMC Nursing*, 13(45).  
<https://doi.org/10.1186/s12912-014-0045-7>
- Spradley, J. (1980). *Making descriptive observations. Participant observation*. Orlando: Holt, Rinehart & Winston.
- Stevens, Jeni., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2016). A juxtaposition of birth and surgery: Providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. *Midwifery*, 37, 41–48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.015>
- Stolt, M., Axelin, A., & Suhonen, R. (2016). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja raportteja A: 73/2016. Turku: Grano Oy.
- Sundqvist, A., Holmefur, M., Nilsson, U., & Anderzén-Carlsson, A. (2016). Perioperative Patient Advocacy: An Integrative Review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(5), 422–433.
- Sundqvist, A., Nilsson, U., Holmefur, M., & Anderzén-Carlsson, A. (2018). Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An

- observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2403–2415.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14181>
- Tietosuoja laki., Pub. L. No. 1050 (2018). Saatavilla  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>
- Toor, A. (2021). Preanesthesia Anxiety. *Anesthesiology*, 135(2), 368–369.  
<https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003836>
- TurkuCRC. (2024). *Tietoon perustuva suostumus. Tietoon perustuva suostumus - Turun Kliininen tutkimuskeskus* (29.2.2024). Saatavilla  
[http://www.turkucrc.fi/tutkimuksen\\_toteuttaminen/tietoon\\_perustuva\\_suostumus](http://www.turkucrc.fi/tutkimuksen_toteuttaminen/tietoon_perustuva_suostumus)
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö. (25.3.2023). Saatavilla  
<https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>
- Wang, R., Huang, X., Wang, Y., & Akbari, M. (2022). Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. *Frontiers in Public Health*, 11(10), 854673.
- Wang, T., & Voss, J. (2022). Information Overload in Patient Education: A Wilsonian Concept Analysis. *Nursing Science Quarterly*, 35(3), 341–349. <https://doi.org.ezproxy.utu.fi/10.1177/08943184221092451>
- Weldon, S., Korhonen, T., Bezemer, J., & Kneebone, R. (2015). Music and communication in the operating theatre. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2763–2774.
- Whittemore, R., Chase, S., & Mandle, C. (2001). Validity in Qualitative Research. *Qualitative health research*, 11(4), 522–537.
- Whittemore, R. (2008). *Rigour in integrative reviews*. Teoksessa Webb C & Roe B (toim.). Reviewing research evidence for nursing practise: Systematic reviews. Oxford: Blackwell Publishing, 149–156.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- World Health Assembly, 69. (2016). *The Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252783>
- Yamasaki, A., Mise, Y., Lee, J., Aloia, T., Katz, M., Chang, G., Lillemoe, K., Raut, C., & Conrad, C. (2016). Musical preference correlates closely to professional roles

and specialties in operating room: A multicenter cross-sectional cohort study with 672 participants. *Surgery*, *159*(5), 1260–1268.

Zhao, J., Guozhe, C., Fangjie, Y., Xu, L., Zhao, J., Wang, Y., & Liu, C. (2021). Analysis of the change of clinical nursing pathway in health education among patients with ovarian carcinoma. *American Journal of Translational Research*, *13*(4), 3138–3146.

## Liitteet

### Liite 1. Tietokannat, hakulausekkeet ja rajaukset

Tietokanta	Hakulauseke	Rajaukset
CINAHL	(MH "Intraoperative Period") OR intraoperative* OR "operating room*" OR "operating theat*" AND (MH "Patient Education+") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR "patient education*" OR "nurse-patient relation*" OR informing* OR communication* OR dialog* OR co-operation* OR collaboration* OR interaction* AND nurs* AND patient*	2013-2023 Englanninkieliset
Pubmed/Medline	("operating room*" OR "operating theat*" OR intraoperative* OR "Intraoperative Period"[Mesh]) AND ("patient education*" OR "nurse-patient relation*" OR informing* OR communication* OR dialog* OR co-operation* OR collaboration* OR interaction* OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Patient Education as Topic"[Mesh]) AND nurs* AND patient*	2013-2023 Englanninkieliset
Medic	potilasohjau* hoitaja-potilas* neuvon* kommunik* yhteistyö* vuoropuhelu* vuorovaikut* "patient education*" "nurse- patient relation*" informing* communication* dialog* co- operation* collaboration* interaction* AND "operating room*" "operating theat*" intraopera* leikkaussali*	2013-2023 Englannin- tai suomenkieliset

## Liite 2. Tutkimusten tiedot ja laadunarviointi

Tekijä(t), tutkimuksen nimi, tutkimuspaikka ja julkaisuvuosi	Tarkoitus	Tutkimusmenetelmät, aineisto, aineiston keruu ja tulkinta	Keskeiset tulokset (ja linkittyminen tutkimuskysymyksiin)	Laadunarviointi Joanna Briggs Instituutin (JBI) kriteeristöillä
<b>Aagaard, Laursen, Rasmussen, Sorensen</b>  <i>Interaction Between Nurse Anesthetists and Patients in a Highly Technological Environment</i>  Tanska, 2017	Tarkoituksena tutkia erityisiä vuorovaikutussuhteita potilaan ja anestesiahoitajan välillä keskittyen ajanjaksoon potilaan leikkaussaliin saapumisesta nukutukseen	Laadullinen, fokusoitu etnografia  N= 13 potilasta ja 13 anestesiahoitajaa  Osallistuva havainnointi ja haastattelut  Grounded Theory -analyysi	Emotionaalisen energian luominen on ydinmuuttuja, jonka alamuuttujiksi hahmottuivat luottamuksen herättäminen ja ruumiillisten toimien suorittaminen.	Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle  8/10

---

<b>Abelsson &amp; Nygårdh</b>	Tarkoituksena kuvailla anestesiahoitajien kokemuksia	Laadullinen haastattelututkimus	Tuloksissa ilmeni kolme pääluokkaa: keskinäinen tapaaminen, potilaan perustarpeet ja toiveet ja turvallisen tilanteen luominen.	Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle
<b>The nurse anesthetist perioperative dialog</b>	perioperatiivisesta vuoropuhelusta	N=12 anestesiahoitajaa  Laadullinen, tulkitseva sisällön analyysi Krippendorffin mukaan	Keskinäinen tapaaminen (preoperatiivinen dialogi), jossa potilas ja sairaanhoitaja luovat kontaktin kautta suhteen. Sairanhoitaja on läsnä ja kuuntelee potilasta, jotta potilas saisi luottamuksen hoitajaan.	8/10
<b>Ruotsi, 2020</b>		Menetelmät toteutettiin COREQ-ohjeiden mukaisesti	Potilaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuva (intraoperatiivinen dialogi) sairaanhoitajankehonkieli sekä kykyä lukea potilaan kehonkieltä kuvataan tärkeäksi.	
			Turvallisen tilanteen luomiseksi (postoperatiivinen dialogi) hoitaja varmistaa, että potilaalla on tieto siitä, mitä on tapahtunut ja tulee	

---

			tapautumaan, jotta potilaan kontrolli palautuu.	
<b>Aghamohammadi, Imani &amp; Koosha</b>	Tarkoituksena tutkia leikkaussalihoitajien eettisistä ohjeista saatuja kokemuksia	Laadullinen, fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus	Aineiston analyysi paljasti kolme pääteemaa ja 11 alateemaa, jotka kuvaavat leikkaussalihoitajien kokemuksia eettisistä kysymyksistä.	Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 8/10
<b><i>Operating room nurses' lived experiences of ethical codes: A phenomenological study in Iran</i></b>		N= 10 leikkaussalihoitajaa, tarkoituksenmukainen otanta	Pääteemat olivat: ammatillisten sitoumusten noudattaminen, potilaan ihmisarvon säilyttäminen ja kollegoiden kunnioittaminen.	
<b>Iran, 2021</b>		Puolistrukturoidut syvähaastattelut Analyysi Van Manen (1997) lähestymistapaa käyttäen	Alateemoja olivat mm. potilaan yksityisyyden kunnioittaminen, potilaiden emotionaalinen ja psykologinen tuki sekä potilaan autonomian kunnioittaminen.	

---

<p><b>Bakhtiari, Sharif, Shahriari &amp; Rakhshan</b></p> <p><i><b>Perspective and Experience of Hospital Operating Room Nurses with the Concept of Excellence: A Qualitative Study</b></i></p> <p><b>Iran, 2020</b></p>	<p>Tarkoituksena tunnistaa leikkaussalihoitajien käsityksiä ja kokemuksia käsitteestä: excellence (suom. huippuosaaminen)</p>	<p>Laadullinen</p> <p>N= 20 leikkaussalihoitajaa</p> <p>Puolistrukturoidut syvähaastattelut</p> <p>Sisällönanalyysi Lundman &amp; Graneheim (2004) soveltaen ja jatkuvan vertailun menetelmä</p> <p>Analyysissä hyödynnettiin MAXQDA 10 -ohjelmistoa</p>	<p>Haastatteluaineistosta löytyi neljä pääluokkaa: "vahvistunut persoonallisuus", luonteenpiirteet", "kasvu ja kehitys", "tiedon lisääminen" ja "tehokas tiimityö".</p> <p>Lisäksi löydettiin yhteensä 10 alaluokkaa. Potilaiden ja omaisten ohjaaminen ja valmentaminen olivat huippuosaamisen yksi alaluokka.</p>	<p>Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 8/10</p>
--	---	--	---	--

---

---

<p><b>Bengtsson, Johansson &amp; Englund</b></p> <p><i><b>Nurse anaesthetists' experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study</b></i></p> <p><b>Ruotsi, 2016</b></p>	<p>Tarkoituksena selvittää anestesiahoitajien kokemuksia ensimmäisestä kohtaamisesta ahdistuneiden aikuispotilaiden kanssa intraoperatiivisessa vaiheessa</p>	<p>Laadullinen</p> <p>N=10 anestesiahoitajaa</p> <p>Yksilöhaastattelut</p> <p>Strateginen otanta</p> <p>Avoimet kysymykset</p> <p>Laadullinen kuvaileva ja tulkitseva sisällön analyysi Graneheimin &amp; Lundmanin ja Lundmanin &amp; Hällgren Graneheimin mukaan</p>	<p>Vastauksista muodostui kolme pääluokkaa:</p> <p>tilanteet, jotka vaikuttavat potilaan ahdistuksen käsittelyyn</p> <p>strategiat, joilla ahdistukseen puututaan</p> <p>kokemukset puuttumisesta potilaan ahdistukseen</p> <p>Tutkimus osoitti, että potilaan ahdistuneisuuteen puuttuminen helpottui ammatillisen kokemuksen myötä. Merkittävimmät havainnot olivat erot siinä, miten potilaan ahdistukseen puututaan joko lääketieteellisillä tai hoitotyön interventioilla.</p>	<p>Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle</p> <p>7/10</p>
---	---	--	---	---

---

---

<b>Berg, Kaspersen, Unby &amp; Frisman</b>	Tarkoituksena tunnistaa ja kuvata potilaan ja anestesiahoitajan välistä	Laadullinen, grounded theory - havainnointitutkimus	Havaintojen analyysi osoitti, että potilaan ja anestesiasairaanhoidajan välisen vuorovaikutuksen	Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 9/10
<b><i>The Interaction Between the Patient and Nurse Anesthetist Immediately Before Elective Coronary Artery Bypass Surgery</i></b>	vuorovaikutusta juuri ennen suunniteltua sepelvaltimon ohitusleikkausta	N= 11 leikkaustilannetta (11 potilasta ja 10 anestesiahoitajaa)	päämerkitys oli rauhoittelu/ vakuuttelu. Rauhoittelu/ vakuuttelu muodostui kolmesta kategoriasta, jotka olivat jatkuvuus, varmistuminen ja hallinta. Jatkuvuudelle oli ominaista nopea ja laadukas anestesiahoido, varmistuminen liittyi luottamuksellisessa ilmapiirissä tapahtuvaan viestintään ja hallinta liittyi ammattitaitoihin hoitotoimenpiteisiin rintakehän leikkauksessa.	
<b>Ruotsi, 2013</b>		Analyysi jatkuvan vertailun menetelmänä grounded theoryn mukaan		

---

---

<b>Clair, Engstrom &amp; Stromb</b>	Tarkoituksena tutkia anestesiahoitajien kokemuksia menetelmistä,	Laadullinen, semistrukturoitu haastattelututkimus	Aineistosta löydettiin neljä pääluokkaa: anestesiahoitajan käyttäytyminen, preoperatiivinen ohjaus, huomion muualle suuntaaminen	Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 9/10
<b>Strategies to Relieve Patients' Preoperative Anxiety Before Anesthesia: Experiences of Nurse Anesthetists</b>	joilla he lievittävät potilaiden leikkausta edeltävää ahdistusta ennen anestesian alkua	N=6 Aineiston analysointi kriittisten tapausten tekniikkaan perustuen	turvallisuudentunteen luomiseksi ja lääketiede vaihtoehtona.	
<b>Ruotsi, 2020</b>				

---

---

<b>Clayton, Isaacs &amp; Ellender</b>	Tarkoituksena tutkia leikkaussalihoitajien	Laadullinen hermeneuttis-fenomenologinen puolistrukturoitu haastattelututkimus	Osallistujien kokemuksista muodostui pääteemaksi kommunikaatiovaikeudet.	Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 9/10
<b><i>Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study</i></b>	kokemuksia monikulttuurisessa leikkaussalissa	N= 14 sairaanhoitajaa	Kommunikaation vaikeudet vaikuttivat potilaiden hoitoon ja työilmapiiriin. Sosiaalinen integraatio näytti parantavan kommunikaatiota.	
<b>Australia, 2016</b>		Analyysi perustuen tieteenfilosofiaan		

---

---

<p><b>Hanssen, Jacobsen &amp; Skråmm</b></p> <p><i>Non-technical skills in operating room nursing: Ethical aspects</i></p> <p><b>Norja, 2020</b></p>	<p>Tarkoituksena oppia mitkä eettiset asiat leikkaussalihoitajat näkevät tärkeinä liittyen ei-teknisiin taitoihin</p>	<p>Laadullinen</p> <p>N=11</p> <p>Syvähaastattelut</p> <p>Semistrukturoitu</p> <p>Analyysissä hyödynnettiin Brown &amp; Clarkin 6 vaiheen temaattista sisällön analyysiä</p>	<p>Kolme pääluokkaa olivat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Potilaan kunnioitus ja hoito</li> <li>2.Potilaan turvallisuudentunteen luominen</li> <li>3.Perioperatiivisen tiimin kunnioittaminen</li> </ol> <p>Nämä yhteistyöhön ja kommunikaatioon liittyvät teemat nähtiin olevan tiiviisti yhteydessä potilasturvallisuuteen.</p>	<p>Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 8/10</p>
--	---	--	--	--

---

---

<b>Hudson, Ogden &amp; Whiteley</b>	Tarkoituksena oli vertailla neljän leikkauksen aikana toteutettavan	Määrällinen, prospektiivinen, sokkouttamaton satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Intraoperatiiviset ahdistuneisuusarviot olivat merkittävästi alhaisemmat, kun	Kriittisen arvioinnin tarkistuslista satunnaistetulle
<b>Randomized controlled trial to compare the effect of simple distraction interventions on pain and anxiety experienced during conscious surgery</b>	menetelmän (potilaan valitsema musiikki, potilaan valitsema DVD, vuorovaikutus hoitajien kanssa ja kosketus: stressipallot) vaikutusta ahdistuksen ja kivun hallintaan verrattuna tavanomaiseen hoitoon paikallispuudutuksessa tehtävän mini-invasiivisen laskimoleikkauksen aikana.	N= 398 potilasta  Kipua ja ahdistusta itsearvioitiin STAI (the state scale of the state–trait anxiety inventory) -asteikolla, kyselylomakkeella (the Shot-form McGill pain questionnaire) ja numeerisella asteikolla (NRS).	osallistujat olivat vuorovaikutuksessa sairaanhoitajien kanssa, käyttivät stressipalloja tai katsoivat DVD:tä leikkauksen aikana verrattuna tavanomaiseen hoitoon.	kontrolloidulle tutkimukselle (RCT) 8/13
<b>Iso-Britannia, 2015</b>		Tiedot analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Aineistoa arvioitiin kovarianssianalyseillä ja merkitseviä ANCOVA-arvoja seurattiin Sidakin moninkertaisen vertailun post hoc -testeillä.	Intraoperatiiviset kipuarviot olivat merkittävästi alhaisemmat kuin tavanomaisessa hoidossa, kun osallistujat olivat vuorovaikutuksessa hoitajien kanssa tai käyttivät stressipalloja leikkauksen aikana.  Käytetyt menetelmät eivät vaikuttaneet merkittävästi potilastyytyväisyyteen.	

---

---

<b>Ingvarsdottir &amp; Halldorsdottir</b>	Tarkoituksena selvittää kokeneiden leikkaussalihoitajien	Laadullinen, fenomenologinen (The Vancouver School of phenomenology) haastattelututkimus	Kokeneiden sairaanhoitajien mukaan potilasturvallisuus merkitsee jatkuvaa pyrkimystä riskien hallintaan ja potilashaittojen	Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 8/10
<b><i>Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses</i></b>	näkökulmasta, miten potilasturvallisuutta leikkaussalissa voidaan parantaa	N= 11 sairaanhoitajaa  Analyysi Vancouverin fenomenologian mukaan	ehkäisyyn, jossa potilas on ensisijainen kohde koko perioperatiivisen jakson ajan.	

Islanti, 2017

---

---

<p><b>Karlsson, Ekebergh, Maulèon &amp; Österberg</b></p> <p><i><b>Patient-Nurse Anesthetist Interaction During Regional Anesthesia and Surgery Based on Video Recordings</b></i></p>	<p>Tarkoituksena tulkita ja kuvata potilaan ja anestesiahoitajan välistä vuorovaikutusta paikallispuudutuksessa tehtävän toimenpiteen aikana</p>	<p>Laadullinen, hermeneuttinen tutkimus</p> <p>Videokuvataallenteet ja kenttähavainnot</p> <p>N= 3 leikkaustilannetta (3 potilasta ja 3 anestesiahoitajaa)</p> <p>Ricoeurin ja Gadamerin innoittama hermeneuttinen analyysi</p>	<p>Analyysin tulokset osoittivat, että anestesiahoitaja oli joko "läsnä" tai "poissa" hereillä olevan potilaan kanssa leikkauksen aikana.</p> <p>Anestesiahoitajan ammatilliset toimet hallitsivat toisinaan potilaan eksistentiaalista olemusta intraoperatiivisessa tilanteessa.</p>	<p>Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 9/10</p>
<p><b>Ruotsi, 2013</b></p>				

---

---

<p><b>Kim, Kang &amp; Choi</b></p> <p><b><i>Effects of handholding and providing information on anxiety in patients undergoing percutaneous vertebroplasty</i></b></p> <p><b>Etelä-Korea, 2015</b></p>	<p>Arvioitiin kädestä pitämisen ja suullisen informaation vaikutusta niiden potilaiden ahdistuneisuuteen, joille tehtiin selkärangan perkutaaninen vertebroplastia paikallispuudutuksessa</p>	<p>Määrällinen Kvasikokeellinen tutkimus</p> <p>N=94</p> <p>30 potilasta koeryhmässä 1 (hoitajat pitivät kädestä kiinni ja tarjosivat suullista informaatiota), 30 potilasta koeryhmässä 2 (hoitajat pitivät kädestä kiinni) ja 30 potilasta kontrolliryhmässä (olemassa oleva, tavanomainen hoito)</p> <p>Psykologista ahdistusta arvioitiin <i>Amsterdam preoperative anxiety</i> -asteikolla, fysiologista ahdistusta arvioitiin mittaamalla verenpaine ja pulssi</p> <p>Tiedot analysoitiin SPSS-ohjelmistolla. Osallistujien homogeenisuutta arvioitiin käyttämällä khiin neliö-testejä ja yksisuuntaista varianssianalyysia (ANOVA). Heterogeenisiä tulosmuuttujia arvioitiin käyttämällä kovarianssianalyysia (ANCOVA).</p>	<p>Psykologinen ahdistuneisuus koeryhmässä 1 oli vähäistä verrattuna koeryhmään 2 ja kontrolliryhmään. Erot ahdistuneisuudessa olivat koe- ja kontrolliryhmissä tilastollisesti merkitseviä (pre-test p=0,005, post-test p=0,001).</p> <p>Lisäksi systolinen verenpaine laski merkittävästi molemmissa koeryhmissä kontrolliryhmään verrattuna.</p>	<p>Arviointikriteerit kvasikokeelliselle tutkimukselle</p> <p>9/10</p>
--	---	--	---	--

---

---

<p><b>Krupic, Eisler, Skoldenberg &amp; Fatahi</b></p> <p><i>Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia</i></p>	<p>Tarkoituksena kuvata anestesiahoitajien kokemuksia vaikeuksista hoitotilanteissa, ja miten voidaan ylläpitää kommunikointia dementiaa sairastavien lonkkamurtumapotilaiden kanssa perioperatiivisessa hoitotyössä.</p>	<p>Laadullinen Kartoittava pilottitutkimus</p> <p>N=10 sairaanhoitajaa</p> <p>Yksilöhaastattelut Avoimet kysymykset</p> <p>Laadullinen kuvaileva ja tulkitseva sisällön analyysi Graneheimin &amp; Lundmanin mukaan</p>	<p>Dementiaa pidettiin yhtenä vaikeimmista ja vaihtelevimmista sairauksista, joita yksilö voi sairastaa. Aikaa on varattava selkeään ja kärsivälliseen kommunikaatioon, hoidon huolelliseen suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä selkeän tiedon antamiseen, jotta potilas voi osallistua hoitoon. Henkisen sillan luominen vahvistamalla potilaiden käsityksiä/tunteita vähensi merkittävästi useimpien potilaiden ahdistusta. Kokonaisvaltaista ja kunnioittavaa lähestymistapaa pidettiin aina pakollisena. Pienet, henkilökohtaiset, lähellä olevat esineet voivat rauhoittaa potilasta. Nykyaikainen kivunhoito ja rentouttava lääkitys ovat pakollisia perioperatiivisessa hoitotyössä.</p>	<p>Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 9/10</p>
<p><b>Ruotsi, 2016</b></p>				

---

---

<b>Pulkkinen &amp; Junttila</b>	Kuvailla, miten ihanteelliseksi potilaat, joille tehtiin joko lonkan tai polven	Laadullinen, kuvaileva haastattelututkimus	Analyysin tuloksista käy ilmi kolme teemaa: 1. kärsimys leikkausta odottaessa, 2. jatkuvuus luoyhteenkuuluvuutta ja 3.	Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 7/10
<b><i>The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia</i></b>	tekonivelleikkaus spinaalipuudutuksessa, kokivat perioperatiivisen vuoropuhelun hoitomallin	N=19 potilasta, 4 anestesiahoitajaa 4 anestesiahoitajaa haastatteli potilaita ja kirjoitti ylös kokemuksistaan vuoropuheluista kustakin perioperatiivisesta vaiheesta	ainutlaatuisuus - potilas on nähty Tulokset osoittavat perioperatiivisen vuoropuhelun mallin olevan ihanteellinen hoitotyölle, sen palvellessa potilaiden toiveita yksilöllisestä ja arvokkaasta hoidosta. Potilaat arvostavat suuresti, jos hoitotyössä käytetään aikaa välittävään kohtaamiseen oman hoitajan kanssa. Kun potilas kohdataan välittäen, hän on osallisena omaan hoitoonsa.	
<b>Suomi, 2016</b>		Tulkitseva (latentti) sisällön analyysi		

---

---

<b>Rudolfsson</b>	Tarkoituksen kuvata miten leikkaussalihoitajan	Laadullinen, hermeneuttinen tapaustutkimus perustuen tutkijan omaan kokemukseen leikkaussalihoitajana	Perioperatiivisessa kontekstissa potilas saattaa hävetä kehoaan jo ennen leikkaussaliin saapumistaan. Tämä uusi ymmärrys syntyi tämän tutkimuksen hermeneuttisessa vuoropuhelussa.	Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tapausselostukselle (case report) 4/8
<b><i>Being altered by the unexpected: Understanding the perioperative patient's experience: A case study</i></b>	ja osoittaa miten tutkija tulkitse tilannetta.	N= 1 case		Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 6/10
<b><i>experience: A case study</i></b>		Analyysi Gadamerin hermeneuttiseen filosofiaan perustuen		

**Ruotsi, 2014**

---

---

<b>Shing &amp; Kang</b>	Tarkoituksena kehittää asteikko, jolla mitataan ihmiskeskeistä perioperatiivista hoitotyötä, ja osoittaa asteikon psykometriset ominaisuudet päteviksi	Mixed methods Kehittämistutkimus	Lopullinen asteikko koostuu 5 osaluokasta, jotka ovat myötätuntoisuus, vuorovaikutus, kunnioitus, lohduttaminen, tiedon välittäminen ja hoitotyön asiantuntemus.	Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle vaiheessa 1 5/10
<b>Development and Validation of a Person-Centered Perioperative Nursing Scale</b>		Vaihe 1: Asteikko kehitettiin käsiteanalyysin, aiemmin luodun mallin (perioperative patient focused model, PPFM), kirjallisuuskatsauksen ja avoimien yksilöhaastattelujen (N=10 hoitajaa, N=10 potilasta) perusteella. Haastattelut käsiteltiin sisällön validiteettianalyysillä.	Kunkin tekijän sisäinen johdonmukaisuus oli hyvä, cronbachin alfan mukaan 0,76-0,88. Asteikon luotettavuus ja pätevyys todettiin hyväksi.	Arviointikriteerit poikkileikkaustutkimukselle vaiheessa 2 8/8
<b>Etelä-Korea, 2019</b>		Vaihe 2: Kyselylomaketta esiteltiin (N=20 hoitajaa). Kyselylomaketutkimus (N=459) Eksploratiivinen faktorianalyysi ja konfirmatiivinen faktorianalyysi SPSS- ja AMOS-ohjelmilla		

---

---

<p><b>Singh &amp; Arulappan</b></p> <p><b><i>Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice</i></b></p> <p><b>Arabimiraatit, 2023</b></p>	<p>Tarkoituksena selvittää leikkaussalihoitajien käsityksiä heidän roolistaan ja vastuustaan potilaiden hoidossa ja turvatoimissa intraoperatiivisessa hoitotyössä</p>	<p>Laadullinen, kuvaileva ja kartoittava tutkimusasetelma</p> <p>Semistrukturoidut yksilöhaastattelut tarkoituksenmukaisella otannalla</p> <p>N=8 leikkaussalihoitajaa</p> <p>Analyysi Colaizzin seitsemänvaiheisen strategian mukaisesti</p>	<p>Analyysissä tunnistettiin 7 pääteemaa: potilasturvallisuus, leikkausta edeltävä valmistelu, käytäntöjen standardointi, ajanhallinta, henkilökunnan asianmukaisuus, henkilökunnan koulutus ja viestintä sekä potilaan tukeminen leikkaussalissa.</p>	<p>Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 9/10</p>
---	--	---	--	--

---

---

<p><b>Skråmm, Jacobsen &amp; Hanssen</b></p> <p><i>Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study</i></p> <p>Norja, 2021</p>	<p>Tarkoituksena selvittää, miten leikkaussalihoitajat kokevat leikkaussaliin välisen viestinnän muiden kuin teknisten taitojen osalta</p>	<p>Laadullinen</p> <p>Puolistrukturoidut syvähaastattelut</p> <p>N= 11 leikkaussalihoitajaa</p> <p>Temaattinen analyysi Braunin ja Clarken kuusivaiheisen menetelmän mukaan</p>	<p>Hyvän tiedonkulun varmistaminen koko tiimin sisällä on tärkeää. Kun tarvitaan hiljaisuutta, leikkaussalihoitajat viestivät elein, katsein ja nyökkäyksin. Positiivisen ja turvallisen tiimikulttuurin luominen helpottaa keskustelua, kysymistä ja tiedon jakamista.</p>	<p>Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 8/10</p>
---	--	---	---	--

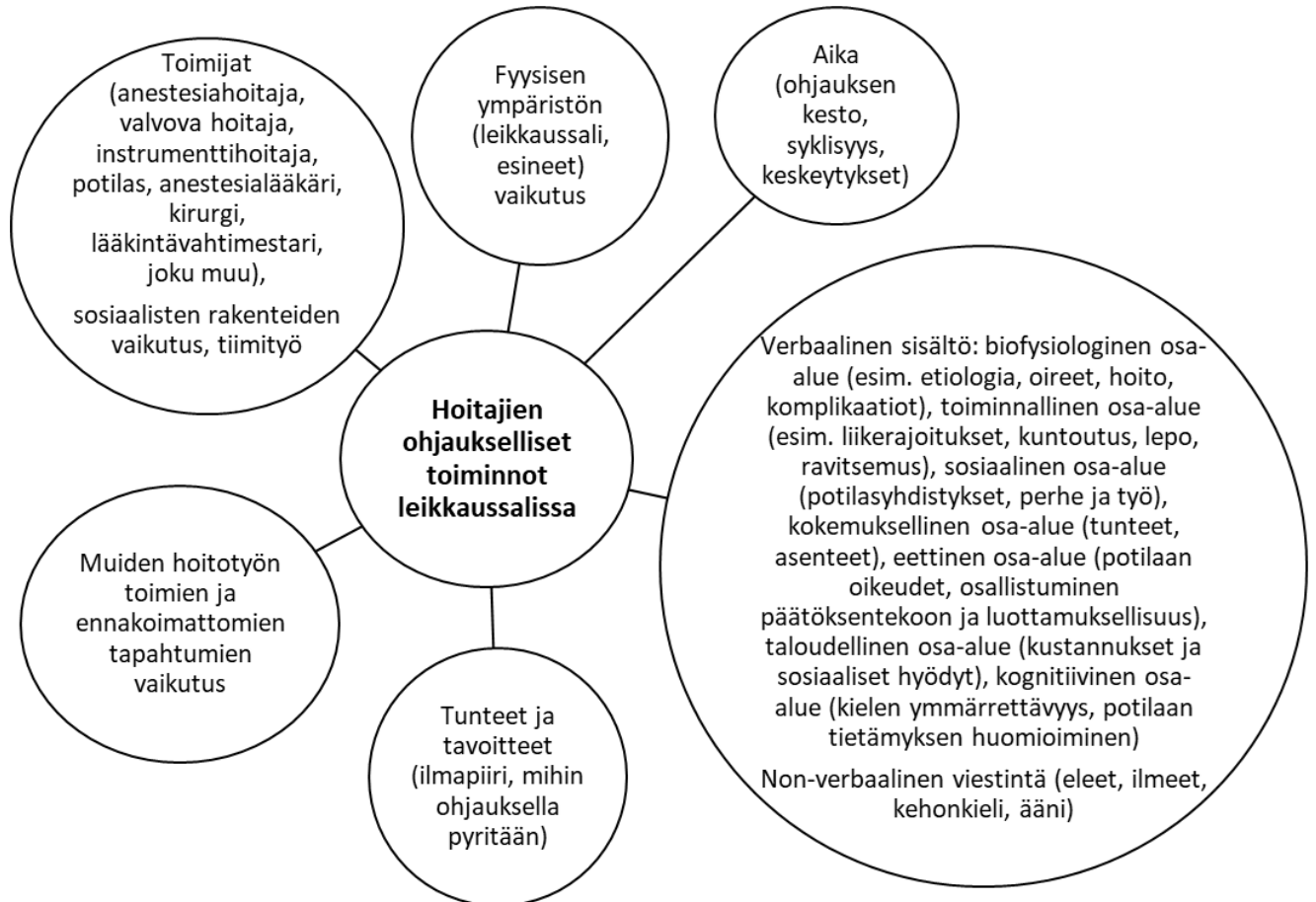
---

---

<p><b>Sundqvist, Nilsson, Holmefur &amp; Anderzen-Carlsson</b></p> <p><i><b>Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study</b></i></p> <p><b>Ruotsi, 2018</b></p>	<p>Tarkoituksena tutkia, missä määrin perioperatiivista potilaan tukemista/edunvalvontaa koskevan integratiivisen katsauksen tulokset voivat saada empiiristä tukea, ja kuvata ruotsalaisten rekisteröityjen anestesiahoitajien toimia potilaan tukemiseksi ja vuorovaikutusta perioperatiivisen ajanjakson aikana.</p>	<p>Laadullinen, kuvaileva, ei-osallistuva havainnointitutkimus</p> <p>N= 8 anestesiahoitajaa, 16 havainnointia</p> <p>Analyysi suoritettiin kohdennetulla sisällönanalyysillä neljän ennalta määritellyn kategorian (suojeleminen, arvon säilyttäminen, tukeminen ja tiedottaminen) perusteella, jotka tunnistettiin aiemmassa perioperatiivisen potilaan edunvalvonnan integratiivisessa katsauksessa.</p>	<p>Ennalta määritetyt kategoriat saivat empiiristä tukea. Niitä tarkennettiin edelleen yksilöimällä 11 uutta alaluokkaa, mikä johti teoreettisen kehyksen käsitteelliseen laajentumiseen. Anestesiahoitajat olivat vuorovaikutuksessa potilaan ja kaikkien leikkaustiimin jäsenten kanssa harjoittaessaan perioperatiivista potilaan tukemista/edunvalvontaa, ja toimet olivat useimmiten anestesiahoitajien itsensä käynnistämiä.</p>	<p>Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 8/10</p>
--	---	---	--	--

---

### Liite 3. Havainnointirunko



Iines Mäkinen

2023

Hoitajien ohjaukselliset toiminnot leikkaussalissa

Hoitotieteen laitos

Turun yliopisto