

Johanna Hakala

KIRURGISEN POTILAAN HYVÄN UNEN TUKEMINEN
VUODEOSASTOLLA - HOITOTYÖN TOIMINTAMALLIN
IMPLEMENTOINTI JA ARVIOINTI SATASAIRAALASSA

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2020

KIRURGISEN POTILAAN HYVÄN UNEN TUKEMINEN VUODEOSASTOLLA-HOITOTYÖN TOIMINTAMALLIN IMPLEMENTOINTI JA ARVIOINTI SATASAIRAALASSA

Hakala, Johanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Terveysten edistämisen koulutusohjelma, Ylempi AMK

Helmikuu 2020

Sivumäärä: 76

Liitteitä:11

Asiasanat: uni, unen tukeminen, näyttöön perustuva hoitotyö, toimintamalli

Uni on välttämätöntä fysiologiselle toipumiselle ja henkiselle hyvinvoinnille. Sairaala- lassa potilaat nukkuvat usein huonosti ja kirurgisilla vuodeosastoilla potilaiden nuk- kumisessa on omat erityiset haasteensa johtuen toimintaympäristöstä.

Toimintatutkimuksena toteutetun kehittämistyön tarkoituksena oli implementoida Sa- tasairaalan kahdelle kirurgiselle vuodeosastolle potilaan hyvän unen tukemisen toi- mintamalli ja arvioida implementointia sekä toimintamallia hoitotyöntekijöille tehtä- vällä kyselyllä ja teemahaastattelulla. Kehittämistyön tavoitteena oli yhtenäistää hoi- totyöntekijöiden toimintaa potilaan nukkumisen tukemisessa ja parantaa kirurgisten potilaiden nukkumista hoitotyönkeinoin vuodeosasto-olosuhteissa. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa toimintamallin implementoinnista ja vaikutuksista sekä hyödyistä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta.

Kehittämistyö eteni neljässä vaiheessa, jotka yhdessä muodostivat yhden toimintatut- kimuksen syklin. Alussa todettiin tarve yhtenäistää hoitotyön käytäntöä organisaation sisällä. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli koota yhteen aikaisempaa tutkimus- näyttöä sairaalapotilaan unen laatuun vaikuttavista tekijöistä ja hoitotyön keinoista, joilla unen laatua voidaan parantaa. Meidän hyvä käytäntö- toimintamalli muokattiin osastoiden käyttöön sopivaksi workshop- työpajoissa ja otettiin käyttöön. Kun toimin- tamalli oli ollut käytössä osastoilla 3-5 kuukautta, suoritettiin arviointi. Arvioinnissa käytettiin triangulaatiota. Kysely koski kaikkia hoitotyöntekijöitä (n=47), joiden li- säksi toteutettiin focusryhmä haastattelut, (n=13) molemmilla osastoilla yksi ryhmä. Strukturoitujen kysymysten vastaukset esitettiin käyttäen kuvailevia tilastollisia me- netelmiä. Avointen kysymysten ja focusryhmä haastatteluiden tuottaman aineiston analyysissä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.

Kehittämistyön tulosten perusteella osastotunnit olivat hyviä kanavia tiedon levittämi- seen, vuorotyön hankaloittaessa osallistumista. Implementointiin pitäisi panostaa enemmän, että tieto leviäisi kaikille. Hoitotyöntekijät pyrkivät tukemaan potilaiden nukkumista ennakoimalla, erityisesti kivunhoidossa. Hoitotyöntekijät pyrkivät yhdis- tämään hoitotoimia, organisoimaan hoitoa ja vaikuttamaan ympäristötekijöihin taatak- seen potilaille keskeytymättömän yönunen. Toimintamalli oli ohjannut hoitajia yhden- mukaisempaan työskentelyyn ja hoitajien näkemyksen mukaan potilaiden nukkumi- seen oli pystytty vaikuttamaan myönteisesti.

SUPPORTING SURGICAL PATIENTS' GOOD SLEEP IN SURGICAL WARD-IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF NURSING MODEL IN SATASAIRAALA

Hakala, Johanna

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Health Promotion, Master's Degree

February 2020

Number of pages:76

Appendices: 11

Keywords: sleep, sleep support, evidence-based nursing, action model

Sleep is essential for physiological recovery and mental well-being. However, patients typically sleep poorly in hospitals. Surgical wards have their own particular challenges due to environmental factors.

The purpose of the action research was to implement a sleep support model in Satakunta's two surgical ward units and to evaluate the implementation and efficacy of the model through a questionnaire and theme interview for nursing staff. The goal of the development work was to harmonize the activities of the nursing staff in supporting the patients' sleep and to improve the sleep of the surgical patients in the nursing unit conditions. The aim was also to provide information on the implementation and effects of the approach and the benefits for the nursing staff.

The development work progressed in four stages, which together formed one cycle of action research. Initially, the need to harmonize nursing practice within the organization was identified. The purpose of the literature review was to bring together previous research evidence on the factors affecting the quality of sleep of hospital patients and the ways in which nursing can be improved. Sleep support model was adapted in workshops and subsequently introduced in the wards. After 3-5 months of operation in the wards, the effects were evaluated through triangulation. The questionnaire was given to all nursing staff (n = 47), and in addition focus group interviews were conducted (n = 13), with one group from each department. The results were presented using descriptive statistics. Answers to open-ended questions and focus group interviews were analysed using Inductive content analysis.

Ward meetings proved to be efficient channels for dissemination information of the model. However due to shift work, there were challenges in attending them. In future, more efficient ways of dissemination information should be developed. The model guided nurses to support patients' sleep patterns by anticipating patients' needs, especially in pain management. Nurses seek to organize care and influence environmental factors to ensure patients' uninterrupted sleep. The approach guided nurses to more consistent work and, in their view, had had a positive effect on the patients' sleep.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	Näyttöön perustuva toiminta.....	7
2.1.1	Näytön käyttöönotto ja näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttaminen	9
2.1.2	Näytön käyttöönoton ja vakiinnuttamisen arviointi	10
2.2	Kehittämistyön lähtökohta	11
2.3	Meidän hyvä käytäntö- potilaan unen tukeminen vuodeosastolla	12
2.4	Toimintaympäristönä Satasairaalaan kirurgiset vuodeosastot	13
3	KIRURGISEN POTILAAN HYVÄN UNEN TUKEMINEN	14
3.1	Uni, nukkuminen ja unen rakenne	14
3.2	Kirurginen hoitotyö ja sen erityispiirteet	16
3.3	Potilaan unen tukeminen hoitotyön keinoin	18
4	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
5	KEHITTÄMISTYÖ TOIMINTATUTKIMUKSENA.....	21
5.1	Toimintatutkimuksen rakenne	21
5.2	Toimintatutkimuksen etenemissuunnitelma	22
5.3	Toimintatutkijana ja fasilitaattorina kehittämistyössä	24
6	TOIMINTATUTKIMUKSEN MENETELMÄT JA TOTEUTUS.....	24
6.1	Kirjallisuuskatsaus ja sen vaiheet	24
6.1.1	Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen määrittäminen	25
6.1.2	Aineiston haku ja valinta	26
6.1.3	Aineiston esittely ja arviointi.....	27
6.1.4	Aineiston analyysi	29
6.1.5	Tulosten raportointi	30
6.2	Implementoinnin ja osallistamisen menetelmät.....	30
6.2.1	Työpajat kirurgian vuodeosasto 1	32
6.2.2	Työpajat kirurgian vuodeosasto 2	33
6.3	Toimintamallin käyttöönotto	35
6.4	Implementoinnin arvioinnissa käytetyt menetelmät	35
6.4.1	Kyselytutkimus aineistonkeruun muotona	36
6.4.2	Teemahaastattelu focusryhmälle	37
6.4.3	Arviointikyselyn ja teemahaastattelun suunnittelu ja toteutus	37
6.4.4	Arviointiaineistojen analyysi.....	39

7	TULOKSET	40
7.1	Kirjallisuuskatsaus sairaalapotilaan unen laatuun vaikuttavista interventioista	40
7.2	Meidän hyvä käytäntö-toimintamallit.....	43
7.3	Hoitotyöntekijöiden kokemukset toimintamallin implementoinnista.....	45
7.3.1	Hoitotyöntekijöiden kokemukset implementoinnin menetelmistä.....	45
7.3.2	Toimintamallin merkitys työyhteisön toiminnalle	48
7.4	Hoitotyöntekijöiden arvio toimintamallin vaikutuksista kirurgisten potilaiden nukkumiseen	49
7.4.1	Strukturoidun kyselyn tulokset.....	50
7.4.2	Hoitajien toiminta potilaiden unen tukemiseksi	57
7.4.3	Hoitajien mielipiteet toimintamallin vaikutuksista potilaiden nukkumiselle	61
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	62
8.1	Tulosten tarkastelu ja yhteenveto.....	62
8.2	Opinnäytetyön syklin yhteenveto	65
8.3	Eettiset näkökohdat ja tutkimuksen luotettavuus.....	68
8.4	Jatkokehittämis- ja tutkimusehdotukset.....	71
	LÄHTEET.....	73
	LIITTEET	
	LIITE 1: Meidän hyvä käytäntö potilaiden unen edistämiseksi	
	LIITE 2: Liitetaulukko 1. Tietokannat, hakusanat, hakutulokset	
	LIITE 3: Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten valinta	
	LIITE 4: Liitetaulukko 2. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset	
	LIITE 5: Liitetaulukko 3. Tutkimusten luotettavuuden arviointi muokatulla CASP-menetelmällä	
	LIITE 6: Liitetaulukko 4. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysista	
	LIITE 7: E- kyselylomake ja saatekirje	
	LIITE 8: Haastatteluiden teemat ja saatekirje	
	LIITE 9: Meidän hyvä toimintamalli- kiro 1	
	LIITE 10: Meidän hyvä toimintamalli- kiro 2	
	LIITE 11: Liitetaulukko 5. Esimerkki analyysin etenemisestä	

1 JOHDANTO

Kirurgisilla vuodeosastoilla potilaiden nukkumisessa on omat haasteensa, eivätkä potilaat saa riittävästi unta ennen eikä jälkeen leikkauksen (Yilmaz, Sayin & Gurler 2012). Häiriöt nukkumisessa ja unen puute voivat aiheuttaa lukemattomia fyysisiä ja psykologisia muutoksia, jotka kaikki saattavat vaikuttaa ihmisen terveydentilaan. Uni on tärkeä terveyteen vaikuttava asia ja olennainen osa hoitotyötä. (Lane & East 2008, 766.) Käypä hoito suosituksen (2017) mukaan sairaalapotilaan unettomuutta tulisi hoitaa ensisijaisesti lääkkeettömillä keinoilla, ellei potilaalla ole ollut lääkitystä käytössä ennestään. Taatakseen potilaille hyvän unen, hoitotyöntekijöillä tulisi olla tietoa unta haittaavista tekijöistä. Tutkimusten mukaan kirurgisten potilaiden unta haittaavat erityisesti kipu ja ympäristötekijöistä melu. (Dupose & Hadi 2016; Fillary ym. 2015; Hellström, Fagerström & Willman 2011; Lane & East 2008; Pilkington 2013 & Yilmaz ym. 2012).

Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan tulee olla turvallista, laadukasta sekä asianmukaisesti toteutettua. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8§.) Näyttöön perustuvien toimintamallien käyttö hoitotyössä yhdenmukaistaa potilaiden saamaa hoitoa ja hoitotyön käytäntöjä sekä ohjaa hoitotyön päätöksentekoa (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 111).

Yhtenäinen käytäntö potilaiden hyvän unen tukemiseksi puuttuu kirurgisilta osastoilta. Toimintatutkimuksena toteutettavan kehittämistyön tarkoituksena on implementoida Satasairaalan kahdelle kirurgiselle vuodeosastolle potilaan hyvän unen tukemisen toimintamalli. (liite 1) Lisäksi tarkoituksena on arvioida implementointia sekä toimintamallin käytön vaikutuksia potilaiden nukkumiselle hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Arvioinnin tiedonkeruumenetelmiä ovat kyselylomake ja focusryhmähaastattelut hoitotyöntekijöille. Kehittämistyön tavoitteena on yhtenäistää hoitotyöntekijöiden toimintaa potilaan nukkumisen tukemisessa ja parantaa kirurgisten potilaiden nukkumista hoitotyön keinoin vuodeosasto-olosuhteissa. Tavoitteena on lisäksi tuottaa tietoa toimintamallin implementoinnista ja vaikutuksista sekä hyödyistä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluu 17 jäsenkuntaa. Kunnissa on asukkaita yhteensä noin 223 000. Sairaanhoitopiiri tarjoaa jäsenkunnille erikoissairaanhoidon palveluja yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Sairaanhoitopiirin sairaalat sijaitsevat Porissa, Raumalla ja Harjavallassa. Näiden lisäksi psykiatrian toimipisteitä on useilla eri paikkakunnilla. Antinkartanon kuntoutuskeskus Ulvilassa ja toimipisteet useilla eri paikkakunnilla tarjoavat kehitysvammaisten erityishuoltoa. Työntekijöitä Satakunnan sairaanhoitopiirin palveluksessa on noin 3 600 henkilöä. (Satasairaalan www-sivut 2019.)

2.1 Näyttöön perustuva toiminta

Näytöllä tarkoitetaan ajantasaista ja luotettavaa tutkimustietoa, tai sen puuttuessa asiantuntijoiden yhteisymmärrystä asiasta. Näyttöön perustuvan toiminnan (NPT) tavoitteena on mahdollistaa tasalaatuinen ja turvallinen hoito, riippumatta missä ja kuka hoitoa toteuttaa. Suomessa näyttöön perustuvaan toimintaan velvoittavat lait (terveydenhuoltolaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, laki potilaan asemasta ja oikeuksista) ja eettiset ohjeet (ETENE 2001. Terveystieteiden tutkimuskeskus, yhteiset tavoitteet ja periaatteet). Hoitosuositus on asiantuntijoiden laatima tutkimusnäyttöön perustuva suositus. (Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut 2019.)

Hoitotyössä näyttöön perustuvien kehittämisprojektien avulla pyritään saamaan aikaiseksi haluttua muutosta. Tarkoituksena kehittämisprojektissa on vahvistaa työyhteisön toimintaa tavoitteiden suuntaan. (Sarajärvi ym. 2011, 111.) Tavoitteena voi olla esimerkiksi parantaa hoidon laatua, mikä on tavoitteena tässäkin kehittämistyössä. Hoitotyössä toimintamallien käyttö yhdenmukaistaa potilaiden saamaa hoitoa ja hoitotyön käytäntöjä sekä ohjaa hoitotyön päätöksentekoa. Toimintamallien käytöllä myös vähennetään työyhteisön sisäisiä ristiriitoja. Eri yhteisöissä muodostetut toimintamallit harvoin sopivat sellaisenaan toisessa työyhteisössä käytettäväksi, vaan niitä tulee muokata työyhteisön mukaan. Hoitotyön toimintamallien kehittäminen edellyttää hoitotyöntekijöiltä yhtenäistä näkemystä hoitotyön luonteesta, tavoitteesta ja pää-

määristä. Näyttöön perustuvan hoitotyön muutoksen käynnistämisessä ja sen johtamisessa on esimiehellä olennainen vastuu. Esimies vastaa näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisestä ja sellaisen kulttuurin luomisesta, jossa hoitotyön kehittäminen on mahdollista. Muutoksen toteuttamistapa pitää suunnitella sellaiseksi, että hoitotyöntekijät ovat vahvasti mukana päätöksenteossa ja muutoksen toteuttamisessa heti alusta lähtien. (Sarajärvi ym. 2011, 91-93,111,118.)

Korhosen & Holopaisen (2016) näyttövinkissä perehdyttiin hyvien käytäntöjen leviämiseen terveydenhuollon tasolla. Koska näyttöön perustuva toiminta on laadukkaan potilashoidon kulmakivi, tarvitaan mahdollisimman hyvien hoitotuloksien saavuttamiseksi keinoja, miten näyttöön perustuvia toimintatapoja ja hyviä käytäntöjä saadaan leviämään terveydenhuoltojärjestelmässä. Näyttövinkki perustuu Edwardsin ja Grinspun vuonna 2011 tekemään integratiiviseen katsaukseen asiasta. Katsaus yhdistää sekä tutkimusten tuottamaa tietoa että muista dokumenteista koottua tietoa. Siinä on kuvattu neljä keskeistä tekijää, joiden avulla näyttöön perustuvia suosituksia voidaan ottaa laajemmin käyttöön terveydenhuollossa. Tekijät ovat: 1. Osapuolten yhteinen näkemys siitä, miksi ja miten näyttö tulee saada leviämään, 2. Muutosta edistävä johtaminen, 3. Jäsentynyt ja tavoitteellinen suunnitelma näytön leviämiseksi ja 4. Näytön leviämistä ja käyttöönottoa tukevat ja edistävät rakenteet. Näiden tekijöiden perusteella näyttövinkin tekijät esittävät suosituksia sosiaali- ja terveydenhuoltoon, joilla voitaisiin edistää hyvien käytäntöjen leviämistä. Huomioitavaa on, että tekijöitä ei tule tarkastella toisistaan irrallisina, sillä ne ovat yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi johtamisen merkitys korostuu kaikkien edellä mainittujen leviämistä edistävien tekijöiden yhteydessä. (Korhonen & Holopainen 2016, 1-2.)

Lähtökohtana yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä on nykykäytäntöjen kuvaaminen. Kehittämistarpeen voi synnyttää esimerkiksi uusi hoitosuositus, organisaation vaaratapahtumaraportit tai toimintaympäristön muutokset. Kehittämistarve tunnustetaan nykytilan kuvaamisen kautta ja samalla tunnustetaan, mitä uutta tietoa tarvitaan ja mikä vaatii päivittämistä. Tämän jälkeen kehittämistyö suunnitellaan ja määritetään tarvittavat resurssit. Yhtenäisen käytännön tulee mahdollisuuksien mukaan perustua olemassa olevaan tutkimusnäyttöön. Jos tutkittua tietoa ei ole saatavilla, voi käytäntö perustua asiantuntijoiden konsensukseen ja hyviksi havaittuihin toimintakäytäntöihin.

(Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 71-72.) Tässä kehittämistyössä implementoidaan organisaatiossa aiemmin kehitetty hyvän unen tukemisen toimintamalli (Meidän hyvä käytäntö potilaiden unen edistämiseksi).

2.1.1 Näytön käyttöönotto ja näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttaminen

Muutoksen implementointi eli jalkauttaminen on tärkeää itse muutoksen onnistumisen kannalta. Muutosta näyttöön perustuvaan toimintaan edistää muun muassa henkilöstöä osallistava ja aktivoiva koulutus, joka kohdistuu asenteisiin, tietoihin ja taitoihin sekä muutoksiin toimintakäytännöissä. Näyttöön perustuvan toiminnan juurruttamisessa edistäviä tekijöitä ovat henkilöstön osallistaminen kehittämis- ja tutkimustyöhön sekä asiantuntemuksen vahvistaminen. Kehittämistyön tulosten juurruttamista taas edistävät työyhteisön valmius muutokseen ja organisaation virallinen hyväksyntä. (Sarajärvi ym. 2011, 94-95.) Näytön käyttöönottoa estäviä tekijöitä on monia, ja ne pitää myös tunnistaa prosessin aikana, jotta niihin voidaan vaikuttaa. Esteet voivat liittyä esimerkiksi organisaation sisäisiin rakenteisiin (hierarkia, tiedonkulku, johtaminen, ammattiryhmien yhteistyö) tai ammattilaisiin (osaaminen, asenteet, tieto). Esteenä voi olla myös itse suositus, jota yritetään ottaa käyttöön. Se ei välttämättä ole ymmärrettävä eikä sitä ole riittävästi muokattu sopivaksi paikallisiin olosuhteisiin. (Korhonen ym. 2018, 126-127.)

Junnilan & Lindroosin (2010) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin ja kuvattiin näyttöön perustuvien toimintamallien käytäntöön soveltamisessa käytettyjä intervention keinoja sekä hoitohenkilökunnan kokemuksia toimintamallien implementoinnista. Tuloksena löytyi 11 intervention keinoja näyttöön perustuvien toimintamallien käytäntöön soveltamisessa. Hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyvää tietoutta kartuttavia intervention keinoja ovat erilaiset projektiryhmät ja koulutukset sekä mentorointi. Myös näyttöön perustuvan hoitotyön edistäjät, erilaiset tutkimusklubit ja virtuaalikoulu lisäävät tietoutta. (Junnila & Lindroos 2010, tiivistelmä.)

Kun yhtenäinen käytäntö on kehitetty ja otettu käyttöön, on tavoitteena saada pysyviä muutoksia toimintaan. Toisin sanoen sulauttaa näyttöön perustuva toiminta osaksi yksilöiden ja ryhmien päivittäistä työtä. Hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat,

kun näytön käyttö on vakiintunutta. Toiminnan vakiinnuttaminen on prosessi, joka edellyttää aktiivista ja tavoitteellista toiminnan arviointia ja seuranta. Se edellyttää myös riittäviä resursseja ja organisaation tukirakenteita. Tässä hoitotyön johtajilla ja lähiesimiehillä on erityinen suuri vastuu. (Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut 2019.)

Näyttöön perustuvan toimintatavan täsmällinen noudattaminen on tärkeää varmistaa, jotta se varmasti siirtyy käytännön toimintaan. Toimintatavan- tai mallin tulee sopia käytännön tarpeeseen. Mitä vähemmän se edellyttää muutoksia, sitä paremmin se tuottaa toivottuja tuloksia. Henkilöstön sitoutuminen uuden toimintatavan noudattamiseen tulee varmistaa käyttämällä apuna esimerkiksi koulutusta, mentorointia ja antamalla palautetta. Toimintamallista tunnistetaan ja määritellään keskeiset osa-alueet, jotka tekevät siitä vaikuttavan sekä suunnitellaan miten eri osa-alueiden toteuttamisen täsmällisyyttä voi mitata. Toimintamallin vakiintuminen käyttöön on aikaa ja resursseja vievä prosessi ja vakiinnuttamiseen pitääkin osoittaa resursseja riittävästi. Toimintamallin toteutumista seurataan, vaikutuksia arvioidaan ja lopuksi vahvistetaan täsmällistä noudattamista palautteen avulla. (Korhonen ym. 2018, 132-133.)

Tässä kehittämistyössä näytön käyttöönoton edistämiseksi käytetään koulutusta ja työpajatyöskentelyä, jossa osallistetaan työntekijät osaksi muutoksen tekemistä. Esimiesten tuki asialle, ajan saaminen osastotunneille työpajoihin, on merkittävässä roolissa. Korhonen ym. (2018) toteavat, että toimintatavan tai mallin tulee sopia kehittämisen tarpeeseen ja mitä pienemmällä muokkauksella se saadaan toimivaksi, sen parempi. Tässä tapauksessa muokattava toimintamalli on jo valmiiksi hyvin käytännönläheinen. Työntekijät saavat tutkimustietoa unesta ja kirurgisen potilaan nukkumiseen vaikuttavista tekijöistä.

2.1.2 Näytön käyttöönoton ja vakiinnuttamisen arviointi

Näyttöön perustuvan toiminnan lähtökohtana on saada aikaan pysyviä muutoksia toiminnassa. Ei ole riittävää, että vain yksittäiset henkilöt työyhteisössä toimivat näyttöön perustuvasti vaan näytön vakiintumisen tulee ilmetä päivittäisessä toiminnassa. Näytön tulee olla riittävän yhdenmukaisesti ja täsmällisesti vakiintunut käyttöön, että

voidaan puhua työyksikön toiminnan olevan näyttöön perustuvaa kyseisellä alueella. Erilaisin menetelmin koottu tieto näytön käytöstä ja käyttöönotosta kootaan yhteen ja tulosten perusteella voidaan arvioida millä menetelmällä mahdollinen kehittämistarve tai toiminnassa havaittu ongelma voidaan ratkaista. Ongelman ratkaisuun voidaan käyttää laadunhallinnan menetelmiä tai ratkaisu voi edellyttää näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä. Arvioinnin ja kehittämisen sykliä voidaan joutua toistamaan näytön vakiinnuttamisen aikana useitakin kertoja, ennen kuin näyttö on riittävästi käytössä. Toistojen määrään vaikuttaa esimerkiksi yhtenäisen käytännön tai käyttöön otettavan hoitosuosituksen moniulotteisuus, joka voi edellyttää monien eri toimijoiden yhteensovittamista ja oppimista asiasta. Sopivien arviointimenetelmien valinta edellyttää lähijohtajilta ja johtajilta tietoa menetelmien vaikutusmekanismeista sekä niiden käytökelpoisuudesta ja tilannekohtaisesta sopivuudesta. Ellei näitä tietoja ole, voidaan toiminnan kehittämiseen liittyviä päätöksiä tehdä liikaa esimerkiksi organisaation ulkopuolelta tulevien paineiden takia. (Korhonen ym. 2018, 140, 148-149.) Tässä kehittämistyössä käyttöönottoa ja vakiintumista käyttöön arvioidaan kyselyllä sekä ryhmähaastatteluilla (focusryhmä).

2.2 Kehittämistyön lähtökohta

Lähtökohta kehittämistyölle nousi käytännön tarpeesta yhtenäistää toimintatapoja hoitotyössä ja ottaa käyttöön näyttöön perustuvia hyviä käytäntöjä. Kehittämistyö nivoutui osaksi Potilaan unen tukeminen vuodeosastolla- hanketta, joka on osa STEPPI-hanketta (perushoidon laadun kehittämishanke). Se on ollut käynnissä vuodesta 2016 alkaen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. STEPPI-hanketta toteutettiin aluksi yhteistyössä Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen, Varsinais-Suomen ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä länsirannikon alueen ammattikorkeakoulujen kanssa. Nyt mukana on useita muitakin sairaanhoitopiirejä. (Koivunen henkilökohtainen tiedonanto 13.1. 2020.) Hankkeen puitteissa kehitetään hoitohenkilökunnan osaamista perushoidon eri osa-alueilla; esimerkiksi painehaavojen ehkäisyssä, ja potilaan unen laadun tukemisessa vuodeosastoilla (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2020). Satasairaalan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman mukaan tavoitteena on toteuttaa perushoitoa yhdenmukaisilla, näyttöön perustuvilla ja asiakkaan tai potilaan tarpeista lähtöisin olevilla menetelmillä (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2020). Satasairaalassa

on 3 kirurgian vuodeosastoa, joista yksi oli mukana Potilaan unen tukeminen vuodeosastolla-hankkeessa, jossa osastolle luotiin Meidän hyvä käytäntö potilaan unen edistämiseksi- toimintamalli. Jatkossa kehittämistyössä käytetään termiä Meidän hyvä käytäntö. Tämän kehittämistyön aihe nousi organisaation halusta ja tarpeesta yhtenäistää kirurgisten vuodeosastojen toimintatapoja, koska hoitotyössä toimintamallien käyttö yhdenmukaistaa potilaiden saamaa hoitoa ja hoitotyön käytäntöjä sekä ohjaa hoitotyön päätöksentekoa (Sarajärvi ym. 2011, 111).

2.3 Meidän hyvä käytäntö- potilaan unen tukeminen vuodeosastolla

Kehittämistyössä implementoitava ja arvioitava Meidän hyvä käytäntö luotiin potilaan unen tukeminen vuodeosastolla- hankkeessa. Hankkeen lopullisista tuloksista ei vielä ole saatavilla julkaistavaa tietoa, mutta kehittämistyöntekijä haastatteli prosessista hankkeessa työskennellyttä tutkimushoitajaa.

STEPPI-hanke käynnistettiin vastaamaan perushoidon laadussa havaittuihin kehittämistarpeisiin. Satakunnan sairaanhoitopiirissä hoitohenkilökunnalle tehdyssä alkukartoituksessa yhdeksi tärkeäksi perushoidon kehittämisen osa-alueeksi nousi potilaiden nukkuminen ja lepo. Tämän osa-alueen kehittämiseksi käynnistettiin Potilaan unen tukeminen vuodeosastolla -hanke, jonka tavoitteena on ollut edistää potilaiden nukkumisen ja levon edellytyksiä sairaalassa. Hankkeen tarkoituksena on ollut tuottaa tietoa vuodeosastopotilaiden nukkumisen ja unen laadun kehittämiseksi sekä mallintaa hyviä näyttöön perustuvia käytäntöjä potilaiden unen ja levon tukemiseen. (Heino henkilökohtainen tiedonanto 8.10.2019.)

Maaliskuussa 2017 aloitettiin potilaiden unen laadun arviointi neljällä Satakunnan keskussairaalan (nyk. Satasairaala) pilottiosastolla. Mukana hankkeessa oli kolme konservatiivisen vastuualueen osastoa ja yksi osasto operatiiviselta vastuualueelta. Alkukartoitus sisälsi kyselyn sekä yön yli tehtävän melutason mittauksen ja se oli määrä toteuttaa yhteensä 100 potilaalle. Saatujen alustavien tulosten perusteella käynnistettiin potilaiden nukkumista ja unen laatua tukevien osastokohtaisten toimintamallien rakentaminen pilottiosastoilla workshopityöskentelyn avulla. Toimintamallit otettiin

pilottiosastoilla käyttöön ja toimintamallien arvioimiseksi potilaiden unen laadun arviointi toteutettiin uudelleen keväällä 2018. Tällöin tutkimusjoukkoon otettiin jälleen noin 100 potilasta. Toimintamalleja ja workshopityöskentelyä arvioitiin myös yhdessä pilottiosastojen hoitohenkilökunnan kanssa. Pilottiosastojen toimintamalleista laadittiin yhteenveto, joka on yhteinen toimintamalli potilaiden unen tukemiseen Satasairaalan vuodeosastoilla. Toimintamallin eri osa-alueiden painottuminen saattaa olla eri yksiköissä hieman erilainen johtuen potilasryhmien ja toimintaympäristöjen erilaisuudesta. (Heino henkilökohtainen tiedonanto 8.10.2019.) Neljän pilottiosaston toimintamalleista koottu yhteinen toimintamalli koostuu kuudesta osa-alueesta. Toimintamalli tarkemmin esitetty liitteessä 1(Liite 1).

2.4 Toimintaympäristönä Satasairaalaan kirurgiset vuodeosastot

Kehittämistyön kohderyhmään kuuluu kaksi kirurgista vuodeosastoa Satasairaalaan. Kirurgian osasto 1:llä on 16 potilaspaiikkaa ja siellä hoidetaan sekä tutkimus- että leikkauspotilaita. Osaston erikoisaloja ovat urologia (virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet), silmätaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä hammas-, suu- ja leukakirurgia. Osasto toimii viikko-osastona, maanantaiaamusta perjantai iltapäivään. Suuri osa leikkaukseen tulevista potilaista saapuu leikkaukseen leikkaushoitokeskuksen kautta, mikä tarkoittaa, että potilas tulee leikkauspäivänä leikkaukseen kotoa. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2019.) Potilastietojärjestelmä Lifecaren osastojaksotietojen mukaan keskimääräinen hoitoaika osastolla oli vuonna 2018 kaksi vuorokautta. Hoitajaksoja osastolla oli 2006 kappaletta, joista potilaista 1694 kotiutui suoraan kotiin ja jatkohoitoon siirtyi 154. Kirurgian osasto 1:llä työskentelee 13 hoitajaa. Potilashuoneet ovat pääasiassa kahden ja neljän hengen huoneita. Yhden hengen huoneita on kaksi. Kehittämistyön alkaessa potilaiden unen tukemiseksi ei ollut kirjattuna yhtenäisiä käytäntöjä. (Kippo henkilökohtainen tiedonanto 1.2. ja 30.4.2019.)

Kirurgian osasto 2 on 34 paikkainen ortopedian ja traumatologian vuodeosasto, jolla hoidetaan luu- ja tukielinsairauksia sekä tapaturmavammoja (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2019). Osastolla on 27 hoitajan vakanssia ja siellä on neljä neljän hengen huonetta, kahdeksan kahden hengen huonetta ja neljä yhden hengen huonetta.

Potilashuoneissa on esillä osaston päiväjärjestys, josta näkyy muun muassa, mihin kellonaikoihin osastolla on hiljaisuus. Muuta kirjattua yhtenäistä käytäntöä potilaiden unen tukemiseksi ei kehittämistyön alkaessa ollut. (Kärki henkilökohtainen tiedonanto 14.1.2019.) Potilastietojärjestelmä Lifecaren osastojaksotietojen mukaan keskimääräinen hoitoaika osastolla oli 4 vuorokautta vuonna 2018. Hoitajaksoja osastolla oli 3005, joista potilaista 1825 kotiutui suoraan kotiin ja jatkohoitoon siirtyi 989 potilasta.

Kehittämistyön alkaessa osastoilla ei ollut määriteltynä ja kirjattuna yhtenäisiä toimintatapoja, joilla tuetaan potilaiden nukkumista.

3 KIRURGISEN POTILAAN HYVÄN UNEN TUKEMINEN

3.1 Uni, nukkuminen ja unen rakenne

Uni on välttämätöntä ihmisen fysiologiselle toipumiselle ja henkiselle hyvinvoinnille. (Fillary ym. 2015, 539). Sillä on oma rakenteensa ja sen prosessin uskotaan korjaavan elimistöä. Häiriöt nukkumisessa ja unen puute voivat aiheuttaa lukemattomia fyysisiä ja psykologisia muutoksia, jotka kaikki saattavat vaikuttaa ihmisen terveydentilaan. Koska uni on tunnistettu tärkeäksi terveyteen vaikuttavaksi asiaksi, on se myös tärkeä osa hoitotyötä. (Lane & East 2008, 766.)

Lepo, uni ja nukkuminen vaikuttavat merkittävästi ihmisen hyvinvointiin. Unella on elintoimintoja palauttava, elvyttävä ja eheyttävä tehtävä. Uni ja nukkuminen ovat osittain sama asia, toistensa synonyymeja. Uni on välttämätön fysiologinen tarve ja nukkuminen taas on edellytys tämän tarpeen tyydyttymiselle. Aiemmin ajateltiin, että ihminen tarvitsee unta lähinnä aivotoimintojen ylläpitoon, mutta myöhemmin on osoitettu, että muukin elimistö tarvitsee riittävän yöunen pysyäkseen vastustuskykyisenä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 32.)

Unen tarve on yksilöllistä. Karkea sääntö on, että jokaista kolmea-neljää valvottua tuntia kohden tulee nukkua yksi tunti, riippuen henkilöstä. Tällöin unen tarve on vuorokaudessa keskimäärin seitsemästä kahdeksaan tuntiin. Eläinkokeissa on osoitettu, että 1,5 kuukauden valveillaolo johtaa sataprosenttisesti kuolemaan. Ihmisiä ei tutkimustarkoituksessa ole voitu valvottaa pitkään. Lisäksi tiedetään, että ihmisen kärsiessä osittaisesta univajeesta esimerkiksi viikon, hänelle alkaa kehittyä erilaisia elimellisiä haittoja. Tulehdusherkyys kasvaa, sisäelinten rasvoittuminen lisääntyy ja monet elimistön toiminnot hidastuvat. (Partinen & Huovinen 2007, 5.) Jos esimerkiksi pidemmän sairaalassaolon aikana potilaan unen laatu muuttuu jatkuvasti tai nukkuminen keskeytyy, on tärkeää, että sairaanhoitajat ovat tietoisia siitä, että tämä voi johtaa hormonaalisiin muutoksiin. (Honkavuo 2018, 9.) Pilkingtonin (2013) katsauksen mukaan kipu, stressi ja ahdistus lisäävät unihäiriöitä, koska niiden vuoksi syvää REM- unta on vähemmän.

Käypä hoito (2017) suosituksen mukaan uni on tarkan säätelyn alainen aivotoiminnan tila, jonka aikana perusuni (NREM-uni) ja vilkeuni (REM-uni) vuorottelevat. Unella on tärkeä tehtävä aivojen aineenvaihdunnan ylläpitämisessä. Unen aikana energiaa varastoituu sekä valveen aikana kertyneitä haitallisia aineenvaihdunta tuotteita poistuu. Unen aikana plastiset hermosolut muovautuvat, mikä liittyy muistiin ja oppimiseen. Uni -ja valvetila vuorottelevat monen biokemiallisen tekijän säätelminä ja unella on keskeinen merkitys immunologisen tasapainon säätelyssä. Ilman häiriötekijöitä ihminen nukkuu oman vuorokausirytmensä mukaisesti. Unen tarve vaihtelee aikuisella 6-9 tunnin välillä. Lisäksi hyvälaatuinen uni sisältää tietyn määrän eri univaiheita. (Unetomuus: Käypä hoito- suositus, 2017.)

Uni koostuu eri vaiheista, joita ei nukkuessa pysty erottamaan toisistaan. Jokaisella vaiheella on kuitenkin oma, tärkeä merkitys ja jokaista vaihetta tarvitaan, jotta uni olisi laadultaan mahdollisimman hyvää ja virkistävää. Yleisesti käytettävän uniluokituksen mukaan unessa on viisi vaihetta, ja se jaetaan neljään NREM- unen (Non-REM) vaiheeseen, jotka ovat S1-, S2-, S3- ja S4-uni, sekä REM- uneen. Uniluokitus tehdään rekisteröimällä koko yön uni. Menetelmän nimi on kokoyön unirekisteröinti eli polygrafia. Samalla siinä rekisteröidään aivosähkökäyrää (EEG), leuanaluslihasten toimintaa (EMG) ja silmien liikkeitä (EOG). Nämä viisi univaihetta toistuvat yönen aikana

noin viisi kertaa peräkkäin. (Partinen & Huovinen 2007, 35-37.) Taulukossa 1 on kuvailtuna eri univaiheiden ominaispiirteitä tarkemmin.

Taulukko 1. Unen vaiheet mukailten kirjan Terve uni (Partinen & Huovinen 2007, 36-38) mallia.

1.vaihe	kevyt S1-uni	Uni on kevyttä ja pinnallista, silmänliikkeet ovat hitaita ja aaltoilevia. Unet ovat kuvia ja ajatuksen kaltaisia katkelmia. Unen kesto on muutama sekunti- muutama minuutti.
2.vaihe	kevyt S2-uni	Parin minuutin kuluttua S1 unesta ihminen vaipuu kevyeen S2-uneen. Lihakset laukeavat ja nähdään heikkoja unia. Unen kesto on noin 20 minuuttia.
3. ja 4. vaihe	syvä S3-uni ja S4-uni	Terveellä ihmisellä kevyttä unta seuraa syvä 3.tai 4.asteen uni. S3 univaihe muodostaa 3-6 prosenttia unen kokonaiskestosta ja S4- uni 12-15 prosenttia. S3 unessa verenpaine ja kehonlämpö sekä sydämen lyöntitiheys laskee ja unet jäävät harvoin mieleen. Arvioitu kesto on noin 10 minuuttia. S4 unen arvioitu kesto on 55 minuuttia ja siinä unet eivät jää mieleen. Syvässä unessa ihminen ”nukkuu kuin tukki” ja herättäminen on vaikeaa. Näitä kolmannen ja neljännen asteen univaiheita on suhteellisesti enemmän ensimmäisen kolmen tunnin aikana nukahtamisen jälkeen. Ruumiillinen rasitus ja saunominen lisäävät syvän unen määrää ja sen aikana erittyy kasvuhormonia, jota myös aikuiset tarvitsevat. Kasvuhormoni huolehtii sokeriaineenvaihdunnasta, joka taas kerää lihasvoimaa.
5.vaihe	REM-univaihe	REM- univaihe, eli Rapid Eye Movements on nopeiden silmänliikkeiden univaihe eli vilkeuni. Ensimmäinen REM- univaihe alkaa yleensä ensimmäisen syvän univaiheen jälkeen noin 90 minuuttia nukahtamisesta. S3 ja S4 syväunivaiheet ovat enemmän aineenvaihduntaan, elpymiseen ja lepoon liittyviä univaiheita. Eräänlaista perusunta. REM- uni taas on keskeisen tärkeä henkiseen elämään, eli muistiin, oppimiseen ja mielenterveyteen liittyvä asia.

3.2 Kirurginen hoitotyö ja sen erityispiirteet

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastoraportin mukaan kirurgia on potilaiden ja hoito jaksojen määrällä mitattuna selvästi suurin lääketieteen erikoisala. Suomessa tehdään hoitorekisteri Hilmon perusteella vuosittain yli 550 000 leikkausta. Elektiivisellä tarkoitetaan toimenpidettä, joka on suunniteltu etukäteen. Osa leikkauspotilaista tulee suunnitellusti toimenpiteeseen jonosta ajanvarauksella, ja heidän kohdallaan puhutaan perioperatiivisesta hoitoprosessista. Siihen kuuluu kolme vaihetta: leikkausta edeltävä (preoperatiivinen) leikkauksen aikainen (intraoperatiivinen) sekä leikkauksen jälkeinen(postoperatiivinen) vaihe. Tutkimusten mukaan perioperatiivisessa hoitoprosessissa tärkeitä asioita ovat potilaan yksilöllisyyden ja eheyden kunnioittaminen, potilaslähtöisyyden toteutuminen ja turvallisen vuorovaikutussuhteen luominen. Potilaat itse pitävät tärkeinä hoitoon pääsyn sujuvuutta, nopeutta, leikkauksen

suorittamista ajallaan, henkilökunnan ammattitaitoa ja pätevyyttä(luottamusta) sekä kuuntelua. (Ahonen ym. 2014, 99.)

Leiko- eli leikkaukseen kotoa, on prosessi, joka kehitettiin Hyvinkään sairaalassa vuonna 2000. Siinä kaikki preoperatiiviset eli ennen leikkausta tehtävät arvioinnit ja valmistelut suoritetaan samassa paikassa, jossa eri terveydenhuollon ammattilaiset tulevat tapaamaan potilasta. Potilas saapuu sairaalaan Leiko-yksikön kautta, kävelee leikkaussaliin ja pääsee leikkauksen jälkeen joko kotiin tai otetaan osastolle. Potilaat eivät siis käy vuodeosastolla ennen leikkausta. (Laisi 2012,16.)

Hoitotyöhön kirurgisella vuodeosastolla kuuluu aktiivista potilaan tilan seuranta, joka alkaa heti, kun potilas on haettu heräämöstä osastolle. Leikkauksen jälkeisen tarkkailun perustana on potilaan kliinisen tilan huononemisen ennakointi. Potilaalta seurataan elintoimintoja; verenpainetta, pulssia, saturaatio(hapettumis) arvoa ja hengitystasajuutta. Tarvittaessa annetaan lisähapetta. Potilaan kysytään hänen vointiaan ja tarkistetaan haavasidokset, mahdolliset dreeni-eritykset ja virtsamäärä. Potilas saa nesteitä ja kipulääkitystä tarpeensa mukaan ja asentohoito huomioidaan rajoitusten mukaan. Sydän- ja verenkiertoelimistön tarkkailun lisäksi on tärkeää tarkkailla potilaan hengitystä leikkauksen jälkeen. Usein ohjeena on lisähapenanto seuraavaan aamuun asti. Tällä varmistetaan potilaan riittävä hapettuminen ja haavan paraneminen. Potilaan ravitsemuksesta ja nestetasapainosta huolehditaan ja lisäksi tarkkaillaan eritystoimintaa, virtsaamista sekä ulostamista. Nukutus -ja puudutusaineet, kipulääkkeet ja vuodelepo lisäävät ummetusta ja voivat vaikeuttaa virtsaamista. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito on haastavaa hoitohenkilökunnalle. Kipu on erityisen voimakasta, kun leikkaus kohdistuu polviniveleen, ylävatsaan tai rintaonteloon. Kivunhoidossa hoitohenkilökunnan tulee huomioida ja seurata myös kipulääkkeiden (opiaattien) mahdollisia haittavaikutuksia; sedaatio (liiallinen rauhoittava vaikutus), hengityslama, ummetus, kutina, pahoinvointi, suun kuivuminen, virtsaretentio, toleranssi ja riippuvuus. (Ahonen ym.2014, 105-110.)

Elektiivisten eli ennalta suunniteltujen potilaiden lisäksi kirurgisilla vuodeosastoilla hoidetaan myös päivystysleikkauspotilaita. Päivystykseen tullut potilas on usein vakavasti sairas. Päivystysleikkaus on leikkaus, jossa potilaan vamma tai sairaus ei vaadi hätäleikkausta mutta hänen toipumismahdollisuutensa huononisivat ilman leikkausta.

Päivystyspotilaan yleistila saattaa olla huono (verraten elektiivisiin potilaisiin) ja perussairaudet saattavat olla epätasapainossa. Mahdollisten komplikaatioiden riski leikkauksen aikana tai sen jälkeen on suurempi kuin elektiivisissä leikkauksissa. (Ahonen ym.2014, 127-128.)

Yilmaz ym. (2012) tutkivat potilaiden unen laatua eri kirurgian erikoisalojen yksiköissä. Kirurgisilla vuodeosastoilla nukkumisessa on omat erityiset haasteensa. Potilaiden vaihtuvuus potilashuoneissa on suurta, koska hoitoajat ovat lyhyitä. Tämä häiritsee muun muassa lepoa. Tulossa olevasta leikkauksesta johtuva jännitys ja stressi valvottaa potilaita, heidän miettiessään, pääseekö suunnitellusti leikkaukseen, sujuuko leikkaus hyvin ja miten toipuminen sujuu. Mahdollinen leikkausta edeltävä kipu, leikkauksen jälkeinen kipu ja toipumisen käynnistyminen häiritsevät unta. Pittsburgin nukkumisindeksillä (PSQI) tehdyn unen laadun kartoituksen tulokset kertovat, että potilaat kirurgisilla vuodeosastoilla eivät saa riittävästi unta ennen eikä jälkeen leikkauksen. Tutkimuksen mukaan unen laatua tulisi arvioida niillä potilailla, joille tehdään isoja kirurgisia toimenpiteitä. Erityisesti ympäristötekijöihin tulisi kiinnittää huomiota. Lane & East (2008) tutkivat leikkauspotilaiden nukkumiskokemuksia kolmella kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimusta varten he kehittivät erillisen tiedonkeruunitarin. Tuloksena oli, että kipu vaikuttaa merkittävästi kirurgisten potilaiden nukkumiseen ja kipuun herääminen vaikeuttaa uudelleen nukahtamista. Kipulääkitys suun kautta annosteltuna vaikuttaa hitaammin ja siten hidastaa nukahtamista. Näiden tuloksien vuoksi he suosittavat hyvää kivunhoidon huomiointia yötä vasten. Lisäksi melun on todettu olevan merkittävä este nukkumiselle erikoissairaanhoidon potilailla ja erityisen tärkeää uni on ison leikkauksen kokeneiden potilaiden terveydelle ja toipumiselle (Gardner, Collins, Osborne, Henderson & Eastwood 2008,779).

3.3 Potilaan unen tukeminen hoitotyön keinoin

Yleensä sairaalaan joutuminen merkitsee muutosta unen määrässä ja laadussa. Muutokset voivat olla kielteisiä tai myönteisiä. Esimerkiksi stressaantuneesta, väsyneestä potilaasta voi tuntua, että sairaalaan joutuminen ja sairaus mahdollistavat lepäämisen ja riittävän unen. Yleistä on, että hoitolaitoksissa uni- ja valverytmi muuttuu paljon ja

potilaan kärsivät unettomuudesta. Vieras ympäristö ja vieraat hoitajat vaikuttavat nukkumiseen. Myös ero läheisistä sekä huoli sairaudesta ja tulevaisuudesta altistavat unettomuudelle. Jos halutaan, että hoito on tuloksellista sekä vaikuttavaa, tulee potilaan unen ja nukkumisen tukemiseen sairaalassa kiinnittää erityistä huomiota. Sairaus paitsi häiritsee unta, niin unen tarve lisääntyy sairauden myötä. Tämä tulisi ottaa huomioon, kun suunnitellaan potilaan lepoa ja nukkumista ja kun verrataan unen tarvetta sairaalassa unen määrään kotona. Unettomuuden kehän voi katkaista poistamalla sairaudesta ja sairaala- tai laitospäristöstä johtuvia häiriötekijöitä ja vaikuttamalla elämäntapaan ja nukkumistottumuksiin. (Iivanainen & Syväoja 2008, 34-36.) Käypä hoito suosituksessa (2017) todetaan, että sairaalapotilaan unettomuutta tulee ensisijaisesti hoitaa lääkkeettömästi, mutta jos potilaalla on ollut ennen sairaalaan tuloa säännöllinen unilääkitys kotona, sitä ei tule lopettaa äkillisesti sairaalassa. Ja toisaalta, jos potilas on saanut sairaalassa unilääkettä toistuvasti, voi olla hyvä antaa hänelle pari tablettia mukaan kotiin ja ohjata lopettamaan unilääkitys asteittain muutaman päivän aikana. Tämä siksi, ettei potilaalle kehity vieroitusoireena unettomuutta. (Unettomuus: Käypä hoito suositus, 2017.)

Sairaus itsessään voi aiheuttaa univaikeuksia. Sairaudesta johtuvia unihäiriöiden syitä ovat paitsi fyysiset, myös psyykkiset syyt; muun muassa kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, kutina, kuume, huolet ja pelot sekä erittämiseen liittyvät häiriöt (tihentynyt virtsaamisen tai ulostamisen tarve). Nämä häiriötekijät tulisi pystyä poistamaan toimimalla päivän ja illan aikana niin, että mahdollistetaan riittävä ja normaali yöuni. Hoitotyön keinot ovat usein yhtä tehokkaita tai tehokkaampia hoito keinoja psyykkiin ja fyysisiin oireisiin kuin lääkehoito. Kuunteleminen, rauhallinen käytös, kosketus, läsnäolo, asentohoidot, huoneen ja vuoteen raikkaudesta huolehtiminen tulee huomioida. Lisäksi työyksiköissä on tärkeää miettiä mitkä työtehtävät ovat välttämättömiä hoitaa yövuorossa ja mitä voidaan siirtää aamu- ja iltavuoroon. (Iivanainen & Syväoja 2008, 34-36.)

Tutkimusten mukaan potilaiden unta saadaan parannettua madaltamalla äänitasoja, himmentämällä valoja öisin ja käyttämällä yhden hengen potilashuoneita. (Doping, Frolova, McAlister & Ringrose 2016, 5). Yöksi potilaille kannattaa tarjota esimerkiksi korvatulppia ja suorittaa vessareissut ja muut toimet illalla, jotta yöllinen melu vähenee (Fillary ym. 2015, 538). Silmäsuojien käyttö vähentää tutkitusti silmän nopeaa

liikettä, joka kertoo unen syvyydestä (Doping ym. 2016 ,5). Ylipäätään turhia huoneissa käyntejä tulee välttää (Fillary ym. 2015, 538). Gardner ym. (2008) tutki Australiassa, miten ortopedisilla osastoilla ennakkoon suunnitellut ”hiljaiset ajat” vaikuttavat potilaiden uneen, lepoon ja hyvinvointiin. Lisäksi tutkittiin intervention vaikutusta potilaiden, vierailijoiden ja työntekijöiden työtyytyväisyyteen sekä organisaation toimintaan. Tuloksien mukaan vierailuaikojen rajoittaminen vähentää melua ja lisää potilaiden nukkumismahdollisuuksia. Vierailijoille ja hoitohenkilökunnalle tehty kysely tukee tätä tulosta.

Honkavuon (2018) Suomessa tehdyn kirurgisten yksiköiden sairaanhoitajille toteuttaman tutkimuksen mukaan on hyvä, että osastot ovat päiväsaikaan suljettuja vierailijoilta. Hoitotyötä joudutaan tekemään ympäri vuorokauden, joten potilaiden on tarpeellista saada myös levätä välillä. Lisäksi todetaan, että potilaiden unen kunnioittaminen ja terveyttä edistävän ympäristön toteuttaminen sairaaloissa on vaikea haaste sairaanhoitajille. Unilääkkeiden sijaan tulisi kiinnittää huomiota nukkumisympäristöön ja potilaiden sairauden kokemukseen, sekä pyrkiä tukemaan heitä kokonaisvaltaisesti. Sairanhoitajat tarvitsevat lisää tietoa potilaiden nukkumisesta sairaaloissa ja esimerkiksi siitä, että jos sairaalahoito pitkittyy ja samalla nukutaan huonosti, se voi johtaa hormonaalisiin muutoksiin.

Joanna Briggs-instituutti julkaisi vuonna 2010 parhaaseen tutkimusnäyttöön perustuvan hoitosuosituksen liittyen sairaaloiden vierailuaikakäytäntöjen vaikutuksesta lapsi- ja aikuispotilaisiin sekä heidän vieraisiinsa. Suosituksen taustalla olevien tutkimusten laatu vaihteli keskinkertaisesta hyvään ja siihen sisältyi erilaisia tutkimuksia; kolme kokeellista tutkimusta, kahdeksan kuvailevaa ja neljä ennen -jälkeen -asetelmalla tehtyä tutkimusta. Sen mukaan tavanomaisilla osastoilla tulisi harkita avointa vierailukäytäntöä yhdistettynä potilaiden levon mahdollistavaan ” hiljaiseen tuntiin” (luokka B). (Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut 2019.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän toimintatutkimuksena toteutettavan kehittämistyön tarkoituksena on implementoida Satasairaalan kahdelle kirurgiselle vuodeosastolle kirurgisen potilaan hyvän unen tukemisen toimintamalli ja arvioida implementointia sekä toimintamallia hoitotyöntekijöille tehtävällä kyselyllä ja teemahaastattelulla.

Kehittämistyön tavoitteena on yhtenäistää hoitotyöntekijöiden toimintaa potilaan nukkumisen tukemisessa ja parantaa kirurgisten potilaiden nukkumista hoitotyönkeinoin vuodeosasto-olosuhteissa. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa toimintamallin implementoinnista ja vaikutuksista sekä hyödyistä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

Tutkimukselle muodostuneet tutkimuskysymykset:

1. Mitkä hoitotyön keinot vaikuttavat sairaalapotilaan unen laatuun kirjallisuuskatsauksen mukaan?
2. Millainen on meidän hyvä käytäntö- potilaiden unen tukemiseksi kirurgisilla vuodeosastoilla 1 ja 2?
3. Millaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on toimintamallin implementoinnista?
4. Millaisia vaikutuksia toimintamallilla on ollut kirurgisten potilaiden nukkumiseen hoitotyöntekijöiden arvioimana?

5 KEHITTÄMISTYÖ TOIMINTATUTKIMUKSENA

5.1 Toimintatutkimuksen rakenne

Tämä kehittämistyö toteutetaan toimintatutkimuksena. Toimintatutkimus etenee jatkuvana syklisenä prosessina ja se on sekoitus kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Se kuuluu case-tutkimuksen ja kehittämistutkimuksen ohella yhdistelmä-tutkimukseen (blended), joilla ei ole omia menetelmiään. (Kananen 2014, 11-15.) Toimintatutkimuksessa kohteena on usein ihmisten toiminta ja tutkija on itse mukana

toteuttamassa muutosprosessia eli muutossykliä. Tutkijan mukanaolo muutosprosessin toteutuksessa erottaa toimintatutkimuksen kehittämistutkimuksesta. (Kananen 2015, 77.) Tässä tapauksessa toimintatutkimus sopii tutkimusmenetelmäksi, koska kehittämistyön tekijä työskentelee itse kirurgian osastolla 2 ja näin ollen osallistuu tiiviisti kehittämistyöhön ollen mukana uuden toimintamallin implementoinnissa ja käytössä.

Toimintatutkimuksen toteutus alkaa nykytilan kartoituksella ja ongelman määrittelyllä, joiden jälkeen seuraavat parannusehdotukset. Sitten parannusehdotusta kokeillaan käytännössä ja se myös arvioidaan. Toimintatutkimus on jatkuvaa toiminnan parantamista ja se on demokraattista, koska se lähtee liikkeelle niistä, joita ongelma koskee ja voimasta löytää itse ratkaisun ongelmaan. (Kananen 2014, 11,34.) Toimintatutkimuksessa syklien määrä ei ole mielekäs arviointikriteeri, vaan sille tyypillinen jatkuvuus ja spiraalimainen kehittäminen voi sisältyä yhteenkin sykliin. Uusi, ainutkertainen kokeilu saattaa tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, joka auttaa kehittämään käytänteitä. Syklien määrää tärkeämpää on toimintatutkimuksen perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutuminen. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 82.) Tämä kehittämistyö sisältää neljä vaihetta, jotka yhdessä muodostavat yhden syklin; nykytilan kuvauksen ja ongelman määrittelyn, ratkaisuesityksen, ratkaisun kokeilun ja lopuksi arvioinnin. Toimintatutkimus mahdollistaa monimenetelmäisyyden ja arviointivaiheessa käytetään sekä laadullista teemoista koostuvaa focus ryhmähaastattelua, että strukturoitua kyselyä. Toimintatutkimuksen elementti on muutos ja on tarkoitus, että uudet käytännöt jäävät pysyväksi osaksi toimintaa. (Kananen 2014, 34,87.) Kun asiat ovat eri tavalla tutkimuksen loppuessa, kuin alkaessa, voi tutkija todeta toimintatutkimuksen onnistuneen. Muutos koskee sekä ajattelutapoja, että käytäntöjä. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 86.)

5.2 Toimintatutkimuksen etenemissuunnitelma

Kehittämistyön **ensimmäisessä** vaiheessa kuvataan toimintaympäristön nykytilaa ja todetaan kehittämistarve. Tarpeena on yhtenäistää hoitokäytäntöjä potilaan unen tukemiseksi vuodeosastolla. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla kootaan yhteen aikaisempaa tutkimusnäyttöä sairaalapotilaan unen laatuun vaikuttavista tekijöistä ja

hoitotyön keinoista, joilla unen laatua voidaan parantaa. **Toisessa** vaiheessa toimintamallia muokataan kirurgian osastoille 1 ja 2 sopivaksi workshop- työpajoissa osastotunneilla. Lopuksi muokattu toimintamalli esitellään ja hyväksytetään osastojen henkilökunnilla.

Kolmannessa vaiheessa toimintamallia käytetään osastoilla kolmesta viiteen kuukauteen. Kirurgian osasto 1 osasto on kiinni kesä- elokuussa, joten toimintamallin käyttö alkaa osastoilla eri aikaan. Toimintatutkija on itse mukana "tekemässä" muutosta ja toimi muistuttajana, että toimintamallia käytettäisiin aktiivisesti. **Neljännessä** vaiheessa toimintamallin vaikutuksia arvioidaan osastojen henkilökunnille tehtävällä sähköisellä kyselyllä sekä täydennetään yhdellä focus ryhmähaastattelulla molemmille osastoille erikseen. Teemahaastatteluna tehtävällä ryhmähaastattelulla varmistetaan riittävän vastausmateriaalin saanti, jos sähköisellä kyselyllä vastausprosentti jäisi niukaksi, varsinkin avoimiin kysymyksiin. Toimintatutkimuksen vaiheet ja aikataulu esitettyinä taulukossa 2.

Taulukko 2. Toimintatutkimuksen vaiheet ja aikataulu

VAIHE	TOIMINTA	AIKATAULU
1.	Ongelman määrittely ja tiedon hankinta: Toimintaympäristö, tarve yhtenäistää hoitokäytäntöjä näyttöön perustuen. Kirjallisuuskatsaus kehittämistyön pohjaksi. STEPPI-hankkeen kuvaus, jossa alkuperäinen toimintamalli kehitetty.	Syky 2018-2/2019
2.	Ratkaisun esitys: Meidän hyvä käytäntö- toimintamallin muokkaus osastoille workshop-työpajoissa. Muokatun toimintamallin esittely henkilökunnalle. Jalkauttaminen.	3-6/2019
3.	Ratkaisun kokeilu: Uuden Meidän hyvä käytäntö- toimintamallin käyttövaihe.	6-10/2019
4.	Arviointi: Kysely ja haastattelut henkilökunnalle. Tulosten analysointi. Tulosten esittely.	10/2019 -1/2020

5.3 Toimintatutkijana ja fasilitaattorina kehittämistyössä

Workshop työpajoissa kehittämistyöntekijä toimii itse fasilitaattorina, eli valmistelee tilaisuudet ja toimii niiden vetäjänä. Summan & Tuomisen (2009) mukaan fasilitoinnilla tarkoitetaan ryhmälähtöistä työskentelyä ja fasilitointi perustuu sille, että ryhmä itse on paras asiantuntija. Fasilitointi-termi tulee latinankielen sanasta *facil*, joka tarkoittaa helppoa. Ryhmän työskentelystä on tarkoitus tehdä helpompaa edistämällä ryhmän luovuutta ja saamalla kaikkien asiantuntemus yhteiseen käyttöön. Jotta ryhmälähtöinen työskentely olisi toimivaa, tulee jonkun toimia fasilitaattorina. Fasilitaattorin tehtävänä on keskittyä ryhmäprosessien valmisteluun ja tukemiseen. Fasilitaattori on puolueeton sisällön suhteen. Hän sitoutuu siihen, että ryhmä saavuttaa päämääränsä; edistämällä ryhmän ja yksilöiden työskentelyä, ylläpitämällä rakentavaa ja positiivista ilmapiiriä sekä huolehtimalla siitä, että kaikkien ääni tulee kuulluksi. Tehtävänä on myöskin tulosten tallentaminen. Fasilitaattori suunnittelee ennen kuin tekee ja käyttää tarkoitukseen soveltuvia menetelmiä. Fasilitaattorin tärkein työkalu on oma asenne, usko siihen, että ryhmä itse on asiantuntija ja paras taho toiminnan ideoimiseen ja erilaisten ratkaisuiden tuottamiseen. Fasilitoinnissa asioiden tulee edetä aidosti ryhmän ehdotusten ja päätösten mukaisesti. (Summa & Tuominen 2009, 8-10.) Tässä kehittämistyössä haasteena on kehittämistyöntekijän moninainen rooli. Fasilitaattorin ja toimintatutkijan roolien lisäksi hän on vielä työyhteisön jäsen toisessa yksikössä. Tämä asettaa haastetta etenkin kehittämistyön luotettavuudelle, puolueettomana pysymiselle.

6 TOIMINTATUTKIMUKSEN MENETELMÄT JA TOTEUTUS

6.1 Kirjallisuuskatsaus ja sen vaiheet

Jokaisen tutkimuksen tai tutkimushankkeen perustaksi tehdään kirjallisuushaku- ja katsaus, joka kohdistuu aiempiin tutkimuksiin aiheesta. Kirjallisuuskatsaus on systemaattinen tutkimusmenetelmä, joka etenee prosessinomaisesti. Sen tulee olla toistet-

tavissa ja sen avulla on mahdollista muodostaa kokonaiskuva tutkittavasta aihealueesta. Kirjallisuuskatsauksia voidaan tehdä erilaisiin tarkoituksiin ja tämän vuoksi niitä on olemassa eri tyyppisiä. Katsaustyyppit jaetaan yleensä kolmeen päätyyppiin. Kuvaileviin, systemaattisiin ja meta-analyysit (määrällinen ja laadullinen). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pyritään kuvaamaan viimeaikaista tai aikaisemmin tiettyyn aihealueeseen kohdistunutta tutkimusta. Kuvailevan katsauksen heikkoutena on se, että se ei välttämättä ota kantaa valitun materiaalin luotettavuuteen tai valikoitumiseen. Kuvailevassa katsauksessa tutkimuksen laadun arviointi ei välttämättä johda tutkimuksen hylkäykseen katsauksesta, vaikka siinä käytetäänkin alkuperäisten tutkimusten laadun arviointia. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016,7-9.) Tässä työssä tehtiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

Riippumatta kirjallisuuskatsauksen tyyppistä, se sisältää aina tietyt vaiheet. Ne tekevät aikaisempaan kirjallisuuteen perehtymisestä katsauksen. Välttämättömät viisi vaihetta ovat; 1. Katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, 2. Kirjallisuushaku ja aineiston valinta, 3. Tutkimusten arviointi, 4. Aineiston analyysi ja synteesi sekä 5. Tulosten raportointi. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 23-24.)

6.1.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen määrittäminen

Ensimmäinen vaihe on katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Se antaa suunnan koko prosessille. Aiheen valinnassa tulee huomioida, että se kiinnostaa tutkijaa, koska muuten vaativan katsausprosessin loppuun saattamisen voi olla hankalaa. Tutkimusongelma- tai kysymys pitää olla valittuun aiheeseen nähden riittävän tarkasti mietitty ja rajattu, koska liian laaja kysymys tuottaa ongelmia liiallisen aineiston vuoksi ja liian suppealla kysymyksellä aineistoa ei löydy lainkaan. Tutkimuskysymystä muodostettaessa kannattaa tehdä alustavia kirjallisuushakuja, jotta tutkija saa käsityksen kirjallisuuden määrästä. Lisäksi pitää varmistaa, ettei samasta aiheesta ole juuri tehty katsausta. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 23-25.)

Tätä kehittämistyötä varten tehdyn kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata aikaisempien tutkimusten perusteella, miten sairaalapotilaan unen laatuun voidaan vaikuttaa hoitotyön keinoin. Tutkimuskysymyksenä oli: “Miten sairaalapotilaan

(P) unen laatuun voidaan vaikuttaa (O) hoitotyön keinoin (I)?”. Tutkimuskysymyksen avulla muodostuivat PICOS: n avainsanat, joita tarkennettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin informaatikon ja ohjaavan opettajan avulla. (Valkeapää 2016, 57-59.) Tässä katsauksessa ei ollut tarkoitus verrata tutkittavaa kohderyhmää mihinkään muuhun ryhmään, joten PICO: sta kohta C, (compare=mihin verrataan) jätettiin määrittelemättä. (Koivunen, Suominen & Asikainen 2017, 182-183).

6.1.2 Aineiston haku ja valinta

Toinen vaihe katsauksessa on kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Kirjallisuushaussa on tarkoitus tunnistaa ja löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali. Aineistoa käytetään yleensä ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia. Tietohakuja kannattaa tehdä sähköisen haun lisäksi myös manuaalisesti, koska sähköisen haun kautta ei välttämättä tavoita kaikkea kasaukseen sopivaa aineistoa. Keskeisistä käsitteistä muotoutuvat hakusanat ja niistä edelleen sopivat hakulausekkeet. Mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen on oleellinen osa hakustrategiaa. Hyvät ja kattavat kriteerit helpottavat tutkijaa tunnistamaan oikeanlaisen kirjallisuuden ja vähentävät virheiden mahdollisuutta. Lisäksi ne ohjaavat tutkimusten valintaa koko prosessin ajan; ensin otsikkotasolla, sitten abstraktitasolla ja lopulta kokotekstien valinnassa. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 25-27.)

Aineiston hakuja tehtiin Satakunnan sairaanhoitopiirin informaatikon avustuksella. Tietokanta haku toteutettiin PubMed ja CINAHL ja Ovid MEDLINE- tietokannoista käyttäen suunniteltuja hakusanoja. Taulukko liitteessä 2(liite 2). Lisäksi suoritettiin manuaalista hakua. Medicistä tehty koehaku ei tuottanut yhtään sopivansuuntaista tulosta ja sen jälkeen päädyttiin jatkamaan hakuja englanninkielisistä hakukoneista. Tiedonhaku rajattiin vuosiin 2008-2018 ja hakukieleksi rajattiin englanti. Lisäksi rajauksina oli, että julkaisun piti olla tieteellinen artikkeli ja että se piti olla saatavissa Satakunnan keskussairaalan tieteellisen kirjaston tietokantojen kautta.

Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin sitä, miten hoitotyön keinoin voidaan vaikuttaa aikuispotilaiden unen laatuun. Aikuispotilaalla tarkoitetaan tässä yhteydessä yli 18-vuo-

tiasta henkilöä. Lapsipotilaiden nukkumista tutkivia ei valikoitu. Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin sairaalapotilaiden nukkumista vuodeosasto olosuhteissa, joten muut osastot kuin vuodeosastot, esimerkiksi teho-osastot, rajattiin katsauksen ulkopuolelle. Mukaanotto ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 3. Mukaanotto -ja poissulkukriteerit määriteltiin tutkimuskysymyksestä.

Taulukko 3. Mukaanotto -ja poissulkukriteerit PICOS: n mukaan

Tarkastelun kohde	Mukaanotto kriteeri	Poissulku kriteeri
P (population)	sairaalapotilas, aikuinen	muu kuin sairaalapotilas. Alle 18- vuotias
I (intervention)	hoitotyön keinot, ei lääketieteelliset	Lääketieteelliset keinot, esim. unilääke
O (outcomes)	unen laatu, hyvä uni (käytetyt mittarit)	
S (studydesign)	vuode- osasto olosuhteet/ ympärivuorokautinen hoito	tehohoito, ei-ympäri- vuorokautinen hoito

Pubmedistä tehdyssä haussa löytyi 150 tutkimusta, Cinahlistista tehdyssä haussa 67 ja ovid medlinessa tehdyssä haussa 96 kappaletta. Nämä kaikki, eli yhteensä 313 tutkimusta käytiin otsikko tasolla läpi. Ja osasta myös tiivistelmää, koska sanasto oli teki- jälle sen verran vierasta, että pelkän otsikon perusteella tehty valinta ei olisi ollut luotettava. Huomionarvoista oli, että paljon oli tutkittu esimerkiksi aivovamman saaneiden potilaiden nukkumista tai keuhko sairaiden ja keskosten nukkumista/unta. Otsikko tason läpikäynnin jälkeen, jäi 22 tutkimusta, jotka käytiin läpi tiivistelmä tasolla ja silmäillen kokotekstiä. Näistä tutkimuksista valittiin tarkempaan kokotekstin lukuun kahdeksan, jotka lopulta valittiin kirjallisuuskatsaukseen. Lisäksi yksi tutkimus valikoitui mukaan muusta opinnäytetyöhön liittyvästä aineistosta, tarkoituksenmukaisuusperiaatteella. Tutkimusten valinta on esitetty liitteenä kuviossa 1. (Liite 3).

6.1.3 Aineiston esittely ja arviointi

Kolmantena vaiheena on valittujen tutkimusten arviointi. Tarkoituksena on tarkastella alkuperäistutkimuksista saatujen tulosten edustavuutta ja tiedon kattavuutta, antavatko ne vastauksen tutkimusongelmaan tai kysymykseen. Arviointi on systemaattinen prosessi, mutta sitä voidaan tehdä monella tavalla, riippuen katsausmenetelmästä ja katsaukseen valitusta aineistosta. Arvioinnissa voidaan käyttää apuna tarkistuslistoja tai

arviointityökaluja, joita on paljon erilaisia. Oleellista, on että arviointi on perusteltu ja jokainen tutkimusartikkeli arvioidaan soveltuvien kriteerien mukaisesti. (Niela-Viilen & Hamari 2016, 28-30.)

Katsaukseen valittiin yhdeksän tutkimusta, jotka on esitelty liitetaulukossa 2 (Liite 4). Aineistosta viisi oli kirjallisuuskatsauksia (Dupose & Hadi 2016; Fillary ym.2015; Hellström ym. 2011; Pilkington 2013 & Tamrat, Huynh-Le& Goyal. 2014.) Yhdessä tutkimuksessa oli ensin tehty pohjaksi kirjallisuuden tarkastelu ja sitten keskitetty, eissatunnaistettu kontrolloitu tutkimus kahden potilasryhmän välillä (Gardner ym. 2008). Kahdessa tutkimuksessa oli määrällinen ja laadullinen kysely/ aineiston keräys. Toisessa niistä oli kuukauden mittainen poikkileikkaustutkimus, jossa potilaat täyttivät kotiuduttuaan VHS- nukkumiskyselyn ja lisäksi laadullisen kyselyn (Doping ym. 2016) ja toisessa mittari, joka sisälsi määrällisen komponentin, jossa oli 10 kysymystä ja laadullinen komponentti, jossa oli 3 laadullista kysymystä liittyen unihäiriöihin (Lane & East 2008). Yksi tutkimus oli laadullinen, jossa sairaanhoitajat vastasivat puolistrukturoituihin haastattelukysymyksiin ja kuvailivat kokemuksiaan ja ymmärrystään uni- ja nukkumisolosuhteista sairaaloissa (Honkavuo 2018).

Tutkimuksista kolme oli englantilaisia (Fillary ym. 2015; Lane& East 2008 & Pilkington 2013). Kaksi oli Yhdysvalloista, (Dupose ym. 2016 & Tamrat ym. 2014) yksi Canadasta, (Doping ym. 2016) yksi Australiasta, (Gardner ym. 2008) yksi Ruotsista (Hellström ym. 2011) ja yksi Suomesta (Honkavuo 2018).

Valitut tutkimusten laadunarviointiin käytettiin CASP-kriteeristöä (Critical Appraisal Skills Program). Taulukko esitetty liitetaulukkona 3 (Liite 5). Tutkimusten pisteytys jakautui välille 13/20- 20/20. Neljä tutkimusta sai täydet 20/20 pistettä, kolme sai 19/20, yksi 18/20 ja yksi tutkimus sai 13/20 pistettä. Tämä vähemmänkin pisteitä saanut tutkimus (Pilkington 2013) otettiin mukaan katsaukseen, koska se antoi vastauksen tutkimuskysymykseen. Tutkimusten luotettavuus oli hyvä CASP- menetelmällä arviointuna.

6.1.4 Aineiston analyysi

Neljäntenä vaiheena on aineiston analyysi ja synteesi. Sen tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista. Analyysi etenee vaiheittain. Aluksi kuvataan tutkimusten tärkeä sisältö. Katsauksen tekijä järjestää ja luokittelee aineistoa ja etsii yhtäläisyyksiä sekä eroja. Lopuksi muodostuu synteesi, kun katsauksen tekijä kirjoittaa ja tulkitsee tuloksia niin, että niistä saadaan aikaan ymmärrystä lisäävä kokonaisuus. Käytännössä analyysia ja synteesiä tapahtuu yhtä aikaa. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 30-31.)

Katsaukseen valitun aineiston analyysi aloitettiin lukemalla tutkimukset läpi yksitellen. Tutkimukset taulukoitiin liitetaulukoon 2 (Liite 4) ja taulukkoon kerättiin seuraavat tiedot: tekijät, vuosi, maa, tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä, interventio/vertailuinterventio, käytetyt mittarit/ aineiston keruu, keskeiset tulokset ja laadun arviointipisteet. Tämän jälkeen tutkimuksia luettiin läpi useita kertoja ja pohdittiin vastausta tutkimuskysymykseen.

Tutkimukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysilla. Tutkimuksista etsittiin yhteneväisyyksiä, alkuperäisilmaisuja, jotka ensin yhdistettiin alaluokiksi ja sitten niistä muodostettiin kolme yläluokkaa. Esimerkki sisällönanalyysista on esitetty liitetaulukossa 4 (Liite 6). Yläluokkien muodostuksessa mukailtiin Fillaryn ym. 2015 käyttämää kolmen yläluokan mallia, mutta alaluokat muodostuivat osittain eri tyylisesti, koska Fillaryn katsauksessa keskityttiin pelkästään meluun liittyviin asioihin. Tässä katsauksessa tarkastellaan laajemmin nukkumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Tutkimuksista ilmi tulleita erilaisia unen laatuun vaikuttavia ongelmia olivat erilaiset ympäristötekijät (muun muassa laitteista ynnä muista tuleva melu, kohina, valaistus, muut potilaat, vierailuajat) hoidon organisointiin liittyvät tekijät (muun muassa kivunhoito, huonejärjestelyt, potilassijoittelu) sekä henkilökunnan käyttäytymiseen liittyvät tekijät (henkilökunnan aiheuttama melu, henkilökunnan tietoisuuden lisääminen uneen vaikuttavista asioista).

6.1.5 Tulosten raportointi

Kirjallisuuskatsauksen viidentenä eli viimeisenä vaiheena on tulosten raportointi. Katsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa. Siinä raportoidaan edelliset vaiheet mahdollisimman tarkasti. Riittävä tarkkuus raportoinnissa on oleellista, jotta tutkimus olisi toistettavissa jonkun muun tekemänä. Tarkan raportoinnin kautta lukija voi arvioida katsauksen luotettavuutta. Raportoinnissa tulee huomioida kriittisyys tuloksia kohtaan sekä pohtia tulosten hyödynnettävyyttä eri näkökulmista. Pohdinnassa tarkastellaan katsauksen luotettavuutta, eli niitä asioita, jotka teon aikana ovat voineet aiheuttaa harhaa tuloksiin. Hyvän katsauksen avulla lukijalle syntyy enemmän ymmärrystä aiheesta, kuin jos hän olisi lukenut katsauksessa analysoidut tutkimukset yksitellen. Laadukkaiden katsausten avulla voidaan kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä, sillä niistä saa nopeasti kokonaiskuvan aiheeseen kohdistuneesta tutkimuksesta ja niiden tuloksista. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 32-33.) Tähän työhön tehdyn kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tulokset raportoidaan luvussa 7.

6.2 Implementoinnin ja osallistamisen menetelmät

Muutoksen implementointi eli jalkauttaminen on tärkeää itse muutoksen onnistumisen kannalta. Näyttöön perustuvan toiminnan juurruttamisessa edistäviä tekijöitä ovat henkilöstön osallistaminen kehittämis- ja tutkimustyöhön sekä asiantuntemuksen vahvistaminen. Kehittämistyön tulosten juurruttamista taas edistävät työyhteisön valmius muutokseen ja organisaation virallinen hyväksyntä. (Sarajarvi ym. 2011, 94-95.)

Henkilöstön osallistaminen muutokseen on erittäin tärkeää muutoshankkeen onnistumisen kannalta. Osallistuminen muutoshankkeiden suunnitteluun ja toteuttamiseen on kirjallisuuden mukaan yksi keskeinen motivaatiota ja sitoutumista lisäävä tekijä. Vastuuta tulee hajauttaa organisaation eri tasoille ottamalla työntekijöitä mukaan ongelmaan määrittelyyn ja ratkaisujen etsimiseen. Tyypillisesti vastuu rajautuu siten, että alaisilla on mahdollisuus asettaa muutosohjelmalle alatavoitteita tai suunnitella käytännön toimenpiteitä johdon määrittelemille tavoitteille. Osallistaminen edellyttää usein lisääntyntä tiedon jakamista, palkitsemista sekä panostamista työntekijöiden

koulutukseen. Osallistaminen on vuorovaikutusta, jossa painottuu avoimuus ja kaksisuuntainen keskusteleva dialogi esimies-alaisuhteissa sekä työntekijöiden välillä. Henkilöstöbarometriaineiston mukaan henkilöstön osallistaminen muutokseen saattaa olla yksi keino asenteiden muutokseen ja innovatiivisten ratkaisujen löytymiseen. (Laurila 2011, 50-51.)

Meidän hyvä käytäntö- toimintamalli implementoidaan tässä kehittämistyössä workshop työpajoissa. Henkilöstö osallistetaan osaksi kehittämistyötä. Vastuuta hajautetaan työntekijöille, joka Laurilan (2011) mukaan on tärkeä tekijä muutoshankkeen onnistumisen kannalta. Ennen workshoppeja työyhteisöjä informoidaan aiheesta osastotunneilla. Workshop-työskentelyyn päädyttiin, koska STEPPI- hankkeessa saadun palautteen perusteella sen positiivisena puolena on muiden mielipiteiden kuuleminen ja yhdessä kehittäminen. Lisäksi samantyyppisen menetelmän käyttö tukee yhtenäistä linjaa organisaatiossa, vaikkakin tässä tapauksessa workshopin lähestymistapa on erilainen, koska nyt ei luoda kokonaan uutta toimintamallia vaan implementoidaan jo kehitettyä sopivaksi uusiin työyhteisöihin. Workshopit toteutetaan osastotuntien yhteydessä, koska lisätyöaika niihin ei ole mahdollista käyttää. Workshop-ryhmät tulevat olemaan vaihtuvat. Tähän päädyttiin myös STEPPI-hankkeessa saadun palautteen perusteella, kun workshop-osallistujilta kysyttiin mielipiteitä työskentelymenetelmistä, sisällöstä ja uuden tiedon saamisesta. *“Vaihtuvassa ryhmässä saadaan esiin enemmän näkökulmia ja vaihtuva ryhmä edistää toimintamallin jalkauttamista, kun tietoa saadaan jaettua laajemmalle.”* (Heino 2018). Erillisen koulutuksen järjestäminen aiheesta olisi ollut myös yksi vaihtoehto ja lisännyt jalkautuksen voimaa, mutta koulutusmateriaalin tekeminen ja järjestäminen suunnitellulla aikataululla ei ollut tässä kehittämistyössä mahdollista.

Implementoitavan toimintamallin läpikäymisessä ja kehittämiskohtien muokkauksessa käytetään me-we-us menetelmää (Van der Beek 2016) sekä kiertävää ideapiiriä. Workshoppeissa osallistajat miettivät yhdessä toimintamallista kehittämisalueet sekä millä keinoin niihin voidaan vaikuttaa. Me-we-us on menetelmä, jossa mietitään ensin yksin, sitten pienryhmissä tai pareittain ja lopuksi keskustellaan kaikki yhdessä. Se on tapa pyörittää ryhmää ja antaa myös hiljaisemmille mahdollisuuden saada äänensä

kuuluviin (Van der Beek 2016.) Jokaiselle osallistujalle jaetaan paperiversio toimintamallista, johon saa kirjata tärkeäksi kokemiaan asioita. Kehittämistyöntekijä kerää osallistujien kirjaamat muistiinpanot ja muokkaa toimintamallit niiden perusteella.

Workshopeja järjestetään molemmilla kirurgisilla vuodeosastoilla kaksi kertaa. Ennen workshopeja kehittämistyöntekijä esittelee aihetta osastotunneilla, jossa käydään läpi workshop-työpajan tarkoitus ja tavoite sekä kehittämistyön taustat. Taustana kerrotaan uneen ja nukkumiseen, sekä unettomuuteen liittyviä asioita yleisesti. Lisäksi käydään läpi lyhyesti, ”sairaalapotilaan unen laatuun vaikuttaminen hoitotyön keinoin vuodeosastolla”- kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuloksia sekä erityisesti kirurgisen sairaalapotilaan unta häiritseviä tekijöitä ja unta tukevia asioita.

6.2.1 Työpajat kirurgian vuodeosasto 1

Kirurgian osasto 1:llä aiheen esittelyyn varattu osastotunti piti olla jo maaliskuulla, mutta sairastapauksen vuoksi sitä jouduttiin siirtämään, joten päiväksi valikoitui 5.4.19 joka alun perin piti olla ensimmäinen workshop-kerta. Tilaksi oli osastonhoitajan kanssa etukäteen ajateltu päiväsalia, jossa esitys olisi voitu heijastaa seinälle. Päiväsalin ollessa muussa käytössä, osastotunti päädyttiin pitämään vapaana olleessa tutkimushuoneessa. Osallistuja oli kaiken kaikkiaan viisi, joista osa joutui välillä poistumaan potilastyöhön, palaten kuitenkin takaisin hetken kuluttua. Tämä teki esityksestä rikkonaisen ja vain yksi osallistuja kuuli sen kokonaan alusta loppuun. Varattua aikaa oli alun perin tunti, mutta esitys kesti reilu puoli tuntia, johtuen osaston kiireisestä tilanteesta. Tästä heräsi ajatus, josko esityksen voisi laittaa jakoon kaikille vuodeosastoiden työntekijöille, jotta henkilöstön tietoisuutta asiasta saisi lisättyä ja samalla parannettua jalkautuksen onnistumista. Aiemmin STEPPI -hankkeessa tutkimushoitajana mukana ollut sairaanhoitaja oli jo tutustunut materiaaleihin ja antanut omia vinkkejään toteutukseen. Operatiivisen alueen ylihoitaja katsoi materiaalin läpi ja hän antoi hyväksyntänsä, jonka jälkeen powerpoint-esitys jaettiin sähköpostitse molempien kirurgian osastoiden henkilökunnille.

Osastotunnilla paikallaolleiden kesken päädyttiin siihen, että perjantai iltapäivä ei ollut paras mahdollinen ajankohta työpajoille, koska osasto menee perjantai-iltaisoin klo 18

kiinni ja siihen mennessä potilaat joko kotiutetaan tai siirretään toiselle kirurgian osastolle viikonlopuksi. Sovittiin, että kehittämistyöntekijä on yhteydessä osastonhoitajaan asiasta. Vaikka osastotunti ei toteutunut aivan suunnitellun mukaan, oli kehittämistyöntekijä tyytyväinen, että paikalla olijat vaikuttivat asiasta kiinnostuneilta ja kokivat aiheen tärkeäksi. Kehittämistyöntekijä pystyi muuttuvassa tilanteessa muokkaamaan esitystä lyhyemmäksi ja kävi osan dioista nopeammin läpi, siirtyen konkreettisemmin suoraan asiaan.

Ensimmäinen workshop-työpaja pidettiin keskiviikkona 30.4.19 klo. Työpaja kesti hiukan yli tunnin ajan ja osallistujia oli viisi (osastonhoitaja ja neljä sairaanhoitajaa), noudattaen samaa kaavaa kuin toisella osastolla aiemmin pidetty työpaja. Osallistujat olivat yleisesti sitä mieltä, että unettomuus tai potilaiden huono nukkuminen ei heidän osastollaan ole kovin merkittävä ongelma ja harvoin potilas aamulla sanoo nukku-neensa huonosti tai valvoneensa. Suurin osa osaston potilaista viettää osastolla vain yhden yön. Eniten keskustelua herätti potilashuone nukkumisympäristönä, huoneiden lämpötilaan ja valaistukseen liittyvät asiat. Pohdintaa aiheutti myös se, miten eri henkilöt kokevat eri asiat eriasteisiksi ongelmiksi.

Toinen työpaja kirurgian osasto 1:llä pidettiin perjantaina 17.5. klo 13-14.30 osaston päiväsalissa. Paikalla oli osastonhoitaja ja neljä sairaanhoitajaa, joista kaksi oli ollut mukana joko osastotunnilla tai ensimmäisessä työpajassa. Koska asia oli jo kaikille osallistujille tuttu, käytiin läpi ensimmäisen työpajan pohjalta koottua mallia keskustellen ja mietittiin, onko toimintamallissa kaikki tarpeelliset asiat. Tämänkin työpajan osallistujat yhdessä totesivat, ettei unettomuus heidän mielestään ole osastolla ongelma. Esimerkiksi sekavia potilaita on hoitajien näkemyksen mukaan verrattain harvoin.

6.2.2 Työpajat kirurgian vuodeosasto 2

13.3.19 pidetyllä aiheen esittelyyn varatulla osastotunnilla osallistujia oli seitsemän ja osastonhoitaja. Aikaa oli noin 45 minuuttia. Osallistujat pystyivät olemaan paikalla keskeytyksettä ja aiheesta saatiin aikaan hyvää keskustelua. Tilana oli osaston taukokuone.

Ensimmäinen workshop työpaja pidettiin 2.4.19 osastotunnin yhteydessä ja siihen oli varattu aikaa tunti. Paikalla oli ylihoitaja, osastonhoitaja ja yhdeksän hoitajaa. Ilahduttavasti vain kolme hoitajista oli samoja, kuin aiheen esittelyä koskeneella osastotunnilla. Siihen, ovatko osallistujat samoja vai eri hoitajia, ei kehittämistyöntekijä pystynyt vaikuttamaan, koska käytännön syyt ja aikataulut sanelivat osastotuntien ajankohdat. Esitys käytiin läpi ja kerrottiin lyhyesti käytettävästä me-we-us- menetelmästä, jonka avulla toimintamallia työstettiin. Ajatustyön ja aiheeseen kiinnipääsemisen helpottamiseksi esiteltiin STEPPI - hankkeessa aiemmin mukana olleen kirurgian osasto 3:n tuotosta, heidän hyvä käytäntönsä. Vertaisosaston esimerkkejä käytettiin, koska oletettiin ongelmien olevan suhteellisen samantyyllisiä. Tässä jo tehdyssä mallissa on nostettu esille teemoina 1. kipu ja muut sairauden oireet, 2. jano ja nälkä ravinnon olon aikana, 3. omaisen pitkittynyt vierailu, 4. pelko, epätietoisuus tai huonojen uutisten saaminen, 5. sairaalaympäristön eri syistä johtuva melu ja 6. potilashuone nukku- misympäristönä (Heino & Koivunen, henkilökohtainen tiedonanto 7.11.2019).

Osallistujille jaettiin paperiversio Meidän hyvä käytäntö- toimintamallista, johon jokainen hetken perehtyi, ja siirtyi sitten kirjaamaan huomioitaan ylös pareittain paperille. Jokaisesta kuudesta kohdasta pyydettiin miettimään ja kirjaamaan jotakin, miettimättä kuitenkaan liikaa otsikoita. Keskustelua herätti sekavien potilaiden määrä osastolla ja heidän sijoitteluongelmansa, koska osastolla on vain neljä yhden hengen huonetta. Myös potilaskutsujärjestelmään vastaamisen aiheuttama melu potilashuoneessa mietitytti. Lopuksi jokaisen parin tuotokset käytiin läpi keskustellen ja samalla kehittämistyöntekijä kirjasi huomioita muistiin.

Toinen workshop työpaja pidettiin 8.5.19 klo 14.30-16. Paikalla oli 10 hoitajaa. Hoitajista suurin osa oli samoja, jotka olivat jo, joko osallistuneet ensimmäiseen työpajaan, tai olleet paikalla osastotunnilla, jossa kehittämistyötä esiteltiin. Sen vuoksi edettiin hiukan eri tavalla kuin ensimmäisessä työpajassa. Esitys käytiin läpi, jonka jälkeen siirryttiin tarkastelemaan ensimmäisestä työpajasta koottua yhteenvetoa. Samalla perehdyttiin vielä toimintamalliin ja me-we-us menetelmällä mietittiin, onko toimintamallissa jo kaikki asiat, mitä siihen halutaan. Suurimmaksi osaksi toisen ryhmän aja-

tukset olivat samoja kuin ensimmäisenkin, mutta muutamia lisäajatuksiakin saatiin toimintamalliin. Keskustelua eniten herätti runsas sekavien potilaiden määrä osastolla ja sen vaikutus kaikkien potilaiden nukkumiseen.

6.3 Toimintamallin käyttöönotto

Kun kehittämistyön tekijä oli muokannut toimintamallit valmiiksi, ne esiteltiin ja hyväksyttiin osastoiden työntekijöillä, osastonhoitajilla ja ylihoitajalla. Toimintamallit esitetty liitteissä 9 ja 10. Erityisesti muistutettiin, että kaikki toimintamalliin kootut asiat ovat työntekijöiden sinne valitsevia. Kirurgian osasto 2:lla käyttöönotto alkoi kesäkuun 2019 puolivälissä ja kirurgian osasto 1:llä heti sen aueuttua sulun jälkeen elokuuta. Toimintamallit lähetettiin osastoiden työntekijöille sähköpostitse ja paperiversioita tulostettiin henkilökunnan taukokuoneisiin sekä osastokanslioiden ilmoitustauluille muistuttamaan asiasta. Koekäytön aikana kehittämistyön tekijä kävi osastoilla useita kertoja kyselemässä ja muistuttamassa toimintamallin käytöstä. Toimintamallin käytöstä muistutettiin lisäksi sähköpostilla, varsinkin kirurgian osastolla 2:lla, koska siellä käyttö oli aloitettu kesäloma-aikaan. Lisäksi työssä ollessaan (kirurgian osasto 2) kehittämistyöntekijä kävi toimintamallista aktiivista keskustelua kollegoidensa kanssa, lähes joka työvuorossa.

Koekäytön ajaksi suunniteltiin vähintään 3 kuukautta. Tähän päädyttiin työelämäohjaajan kanssa käytyjen keskustelujen kautta ja aikaan vaikutti myös opinnäytetyön tekijän oma ajatus työn valmistumisesta. Näytön käyttöönotto on aikaa vievää ja henkilökunnan käyttäytymisessä ja työtavoissa havaittavan muutoksen ilmeneminen vie aikaa eri tavoin, riippuen arvioitavasta asiasta (Korhonen ym. 2018, 121).

6.4 Implementoinnin arvioinnissa käytetyt menetelmät

Arvioinnissa päädyttiin käyttämään monimenetelmäistä lähestymistapaa eli triangulaatiota, keräämällä arviointiaineisto sekä kyselyllä, että haastattelemalla (Kananen 2015, 327). Triangulaatiolla haluttiin varmistaa mahdollisimman kattavan kuvan saanti ilmiöstä.

6.4.1 Kyselytutkimus aineistonkeruun muotona

Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää kvantitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmistä kyselyä. Sitä voidaan käyttää perustietojen hankinnassa tai intervention vaikutusten arvioinnissa, jos tietoja/ tuloksia on muuten hankala saada. Kysely voidaan toteuttaa haastatteluna, postitse, puhelimitse tai internetin välityksellä. Kyselyn toteuttamistavalla voidaan vaikuttaa kustannuksiin ja tulosten luotettavuuteen vastausprosentin kautta. (Kananen 2014, 102.) Kysymysten tekemisessä pitää olla huolellinen, sillä ne luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Ne eivät saa olla johdattelevia, vaan niiden pitää olla yksiselitteisiä. Kyselylomaketta tehtäessä tutkija joutuu usein tilanteeseen, jossa kaikki asiat eivät ole mitattavassa muodossa eikä sopivaa valmista mittaria ole käytettävissä. Tällöin tutkija joutuu operationalisoimaan käyttämänsä käsitteet mittariksi eli kysymyksiksi. Teoriaan perehtyminen ennen mittarin laatimista on tärkeää, koska keskeiset käsitteet löytyvät teoriasta. (Valli 2007, 102-103.) Tässä työssä päädyttiin kyselyn käyttöön tiedonkeruumenetelmänä, koska intervention merkitystä olisi ollut vaikea esimerkiksi pelkällä laadullisella menetelmällä arvioida. Meidän hyvä käytäntö- toimintamalleissa käytetyt käsitteet operationalisoitiin mittariksi eli kysymyksiksi. Kyselystä tehtiin useita eri versioita ja sitä muokattiin työelämänohjaajan kanssa.

Kun kysytään asenteista tai mitataan mielipiteitä, usein käytetty ja sopiva vaihtoehto on Likertin asteikko. Asteikko voi olla joko viisi, seitsemän tai yhdeksänportainen. Parittoman määrän tarkoitus on se, että vastaaja voi olla ottamatta kantaa asiaan, jolloin mitta-asteikossa on ”en osaa sanoa” -vaihtoehto. Asteikosta voidaan tehdä myös parillinen, jolloin vastaajat ottavat varmasti kantaa asiaan. Ratkaisua voi perustella sillä, jos asia on vastaajalle läheinen, niin hänellä voidaan olettaa olevan mielipide asiasta. Tämän vaihtoehdon luotettavuutta huonontava tekijä on se, että vertailu muihin tutkimuksiin, joissa on ollut pariton määrä vaihtoehtoja, on mahdotonta. (Valli 2007, 115-116.) Tämän tutkimuksen verkkokyselyn asteikosta tehtiin parillinen juuri sen vuoksi, että vastaajilta varmasti saadaan kannanotto kysymykseen. Asia on vastaajille (n= 47) läheinen, joten voidaan olettaa heillä olevan mielipide asiasta.

6.4.2 Teemahaastattelu focusryhmälle

Tutkimusaineistoa kerättiin kyselytutkimuksen lisäksi haastattelemalla vuodeosastojen hoitajia. Teemahaastattelu suunniteltiin toteutettavaksi noin neljän-kuuden hengen focusryhmissä. Focusryhmän avulla saadaan selville ihmisten tarpeita, mieltymyksiä, ideoita palvelun kehittämiseen. Osallistujilta voidaan kysyä mielipidettä esimerkiksi kehittämisprosessin etenemisestä ja toimintamallien eduista ja haitoista. Käytäntö on osoittanut, että ryhmäkoko kuudesta kymmeneen henkilöön toimii parhaiten. Pienemmissä ryhmissä yksittäisen henkilön rooli voi korostua liikaa ja suuremmassa ryhmässä taas jäsenten tasavertainen osallistuminen on hankalaa. (Toikko & Rantanen 2009, 145.) Teemahaastattelussa haastateltavat tulee valita niin, että ilmiö liittyy heihin. Sen on yksi strukturoimattoman haastattelun muoto, jonka tarkoituksena on saada syvällisempää tietoa käsiteltävästä aiheesta, kuin mitä saadaan pelkällä kyselylomakkeella. Aihealueet pitää miettiä niin, että ne kattavat koko tutkittavan ilmiön. Teemahaastattelu voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Tässä tapauksessa ajan säästämiseksi päätettiin käyttää focus ryhmähaastattelua, joka on sopiva, koska ryhmä koostuu tutkimusongelman kannalta saman kokeneista ihmisistä. Ryhmähaastattelun etuna on ajan säästyminen, mutta se on haasteellinen haastattelijalle. Siinä pitää ottaa huomioon kaikkien mahdollisuudet mielipiteiden ja ajatusten esittämiseen tasapuolisesti. (Kananen 2015, 144-148, 154.)

6.4.3 Arviointikyselyn ja teemahaastattelun suunnittelu ja toteutus

Ensimmäinen versio arviointikyselystä suunniteltiin jo keväällä 2019. Sitä myös esitettiin kahdella kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajalla jo tuolloin. Tutkimussuunnitelmaa ja kyselyjä pohdittiin moneen otteeseen työelämäohjaajan ja STEPPI hankkeessa mukana olleen tutkimushoitajan kanssa. Näiden pohjalta arviointikyselyä ja teemahaastattelun runkoa muokattiin niin, että niiden avulla saadaan varmasti vastaus tutkimuskysymyksiin. Koska alkumittausta ei tässä kehittämistyössä tehty, arviointikyselyn vastausvaihtoehdot suunniteltiin niin, että niillä pystyttäisiin mittaamaan toimintamallin vaikuttavuutta verrattuna toimintamallia edeltäneeseen aikaan. Vastausvaihtoehdoiksi suunniteltiin 1= kiinnitän paljon vähemmän huomiota kuin ennen, 2= kiinnitän vähemmän huomiota kuin ennen, 3= kiinnitän saman verran huomiota

kuin ennen ja 4= kiinnitän enemmän huomiota kuin ennen. Väittämiin, jotka liittyivät työpajatyöskentelyyn, vastausvaihtoehtoiksi suunniteltiin 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= samaa mieltä ja 4= täysin samaa mieltä. Tutkimusjoukoksi otettiin kaikki osastoiden työntekijät (n=47), eli kokonaistutkimus. Kokonaistutkimus tarkoittaa, että koko perusjoukko otetaan tutkimukseen mukaan, eikä käytetä otantamenetelmiä. (Vilka 2007,78.) Tähän päädyttiin perusjoukon pienuuden vuoksi.

Tutkimuslupavaiheeseen ei suunniteltu valmiita kysymyksiä, vain pelkät teemat (6), koska lopulliset kysymykset voitiin muotoilla vasta sen mukaan, mitä painopiste-alueita osastot haluavat alkaa kehittää tai mihin kiinnittää huomiota. Lopulliset kysymykset kyselyyn muotoiltiin, kun molempien osastoiden toimintamallit olivat valmiita. Myös teemahaastattelua täsmennettiin toimintamalliin muotoutuneiden otsikoiden mukaan ja lisättiin samat avoimet kysymykset kuin kyselylomakkeellakin. Arviointikysely saatekirjeineen on esitelty liitteessä 7 (Liite 7) ja teemahaastattelun teemat saatekirjeineen liitteessä 8 (Liite 8).

Työnantaja mahdollisti arviointikyselyn siirtämisen webropol-kyselylomakkeelle syksyllä 2019 ja se esitettiin kehittämistyöntekijän, työelämäohjaajan sekä yhden osaston sairaanhoitajan toimesta. Kysely lähetettiin hoitotyöntekijöille (n=47) linkkinä sähköpostitse ja se oli avoinna 1.-15.11.2019. Puolivälissä ja kaksi päivää ennen kyselyn sulkeutumista lähetettiin muistutusviesti, koska vastauksia näytti tulevan niukasti. Teemahaastattelut osastoilla suoritettiin 30. ja 31.10.2019 osastotuntien yhteydessä ja tuolloinkin muistutettiin sähköiseen kyselyyn vastaamisesta. Haastattelun osallistujat oli kysytty osastonhoitajalta etukäteen, eli tuolloin aamuvuorossa olevat hoitajat. Haastattelusta informoitiin osallistujia etukäteen sähköpostitse lähetetyllä saatekirjeellä ja heillä oli myös mahdollisuus kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta. Teemahaastattelut nauhoitettiin haastattelijan kännykällä. Koska haastatteluun varattu aika oli rajallinen, haastattelu aloitettiin avoimista kysymyksistä, koska erityisesti niihin haluttiin vastauksia ja oletuksena oli, että kyselyssä niihin saatetaan vastata heikommin. Osastojen toimintamallit käytiin läpi haastatteluissa teemoittain kohta kohdalta.

Kirurgian osasto 2:lla haastatteluun osallistui yhdeksän hoitajaa ja kirurgian osasto 1:llä neljä hoitajaa. Kaikki pystyivät olemaan paikalla lähes koko ajan. Haastattelun

aluksi heille jaettiin toimintamallit, josta pystyi tarkistamaan asioita, muistin virkistämiseksi. Kirurgian osasto 1:llä osaston koosta johtuen osallistujamäärä oli pienempi, joista kaikki kuitenkin tekivät kolmivuorotyötä. Voitiin siis ajatella, heidän olevan hyvin perehtyneitä asiaan. Se on Kanasenkin (2015) mukaan on tärkeää, eli ilmiö liittyy osallistujiin mahdollisimman hyvin.

6.4.4 Arviointiaineistojen analyysi

Kyselylomakkeen vastaukset siirrettiin webropol ohjelmasta Exel-tilukkolaskenta-ohjelmaan havaintomatriisiksi. Aineisto tarkistettiin, jotta varmistuttiin, etteivät vastaukset olleet puutteellisia. Strukturoituihin kysymyksiin vastanneiden lukumäärä oli 25 (n=25) ja kahteen eri väittämään oli yksi jättänyt vastaamatta (n=24). Muuten kaikkiin oli vastattu ja kaikki otettiin mukaan. Ehdotonta ohjetta ei ole, mitkä lomakkeet tulee jättää pois. Vastaukset, joissa on muutaman kysymyksen vaje, voidaan ottaa mukaan. Tulokset esitettiin suorina jakaumina kysymyksittäin, kuvioiden avulla. (Kananen 2014, 287.) Kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset analysointiin sisällönanalyysillä yhdessä teemahaastattelun aineiston kanssa.

Teemahaastattelut nauhoitettiin ja muutettiin sanatarkasti tekstimuotoon eli litteroitiin. Kirurgian osasto 1:llä haastattelu kesti 29 minuuttia ja kirurgian osasto 2:lla 37 minuuttia. Aineistoa kertyi yhteensä 12 sivua (Times new roman, fonttikoko 12, riviväli 1,5) Haastattelut analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin avulla saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Mikä on hoitotyöntekijöiden arvio toimintamallin vaikutuksesta potilaiden nukkumiseen, miten toimintamallin implementointi on onnistunut.

Litterointi tehtiin sanatarkasti, mutta se voidaan tehdä myös kevyemmin yleiskielisesti, jolloin murre- ja puhekielen ilmaisut on poistettu, tai propositiotasolla, jolloin kirjataan vain sanoman tai havainnon ydinsisältö ylös. Tässä työssä litterointi tehtiin sanatarkasti, jotta kuvausta voitiin käyttää sitaatteina lopullisessa raportissa. (Kananen 2014, 106.)

Litteroinnin jälkeen alkuperäisilmauksia redusoitiin, eli pelkistettiin, aineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin ja abstrahoiitiin eli muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Redusoinnissa eli pelkistämässä aineistosta karsittiin pois tutkimukselle epäolennaista tietoa, tietoa tiivistettiin ja pilkottiin osiin. Pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys. Klusteroinnissa pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia, eli samaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin alaluokiksi. Klusterointi on osa abstrahointiprosessia, jossa edelleen alaluokista muodostetaan yläluokkia, teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 109-112.)

7 TULOKSET

7.1 Kirjallisuuskatsaus sairaalapotilaan unen laatuun vaikuttavista interventioista

Taustaksi kehittämistyötä varten tehtiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus liittyen sairaalapotilaan unen laadun tukemiseen hoitotyön keinoin. Aineiston analysoinnissa muodostui kolme yläluokkaa, interventiota, jotka vaikuttavat vuodeosastolla olevan sairaalapotilaan unen laatuun. Näihin interventioihin vaikuttamalla voidaan vaikuttaa sairaalapotilaan unen laatuun hoitotyön keinoin. Interventiot ovat ympäristötekijät, hoidon organisointi sekä henkilöstön käyttäytyminen ja koulutus asiaan liittyen.

Ympäristötekijät

Ympäristöstä tuleva melu ja laitteiden aiheuttama kohina sekä valaistukseen liittyvät asiat nousivat lähes jokaisesta tutkimuksesta esille unen laatuun vaikuttavina tekijöinä. Ympäristöstä aiheutuvaan meluun voidaan vaikuttaa äänitasojen madaltamisella. (Doping ym. 2016,6). Myös Dupose & Hadi (2016), Hellström ym. (2011) ja Lane & East (2008) tutkimuksissa melua ja valaistusta pidettiin vaikuttavana tekijänä. Dupose & Hadin (2016) kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että ääni -ja valo ympäristön muuttaminen on tehokasta. Lane & East (2008) toteaa tutkimuksessaan, että ympäristötekijöistä erityisesti melu lisää unihäiriöitä ja vaikeuttaa nukahtamista. Melua aiheuttaa muun muassa laitteiden ”piipitys” ja muut ärsyttävät äänet. Tutkimuksessa käytetyllä Pearsonin korrelaatiokertoimella tulos oli 0.748, joka tarkoittaa vahvaa riippuvuutta

muuttujien välillä. (Lane & East 2008, 768-769.) Hellström toteaa kirjallisuuskatsauksen tuloksissaan, että huoneiden lämpötilaan, meluun ja valaistukseen vaikuttamalla vaikutetaan samalla potilaiden nukkumiseen. (Hellström ym. 2011, 132).

Pilkingtonin (2013) kirjallisuuskatsauksen mukaan melu ja valaistus ovat suurimpia unihäiriöiden syytä sairaalapotilailla. Akuutisti sairaat potilaat altistuvat paljon kirkaalle valolle ja laitteiden aiheuttamalle kohinalle. Ääni- ja valo ympäristöön vaikuttamalla voidaan vaikuttaa potilaiden unen laatuun ja nukkumiseen ja sairaanhoitajan on tärkeä huomioida nämä asiat hoitotyössä. (Pilkington 2013, 40-41.) Oikealla valaistuksella päiväsaikaan voidaan ylläpitää potilaiden vuorokausirytmiiä ja näin tukea nukkumista. Erityisestä kirkasvalohoidosta päiväsaikaan ei tulosten mukaan ole juuriakaan hyötyä. (Tamrat ym. 2014, 793.)

Hoidon organisointi

Viidessä tutkimuksessa oli nostettu esiin huone- ja vuodejärjestelyihin, potilaiden sijoitteluun liittyvät asiat ja näihin vaikuttavat tekijät kuten unihygienia osana hoidon organisointia. Potilaiden nukkumisrutiinien tunteminen auttaa osaltaan hoidon organisointia, esimerkiksi potilassijoittelua. (Doping ym. 2016; Dupose & Hadi 2016; Fillary ym. 2015, Hellström ym. 2011 & Tamrat ym. 2014). Doping ym. (2016) ja Dupose & Hadi (2016) suosittelevat yhden hengen huoneita ja Fillary ym. (2015) kirjallisuuskatsauksen mukaan järkevintä on sijoittaa ne potilaat samaan huoneeseen, jotka menevät aikaisin nukkumaan ja heräävät aikaisin, kuin sijoittaa ”aamuvirkkuja ja iltavirkkuja” keskenään.

Neljässä tutkimuksessa korvatulpat ja silmäsuojat toimivat potilaiden unta edistävänä tekijänä. Niitä käytettiin melun vähentämiseksi ja valaistuksen häiritsevyyden poistamiseksi. Keinona korvatulpat ja silmäsuojat ovat halpa ja helposti toteutettavissa. (Dupose & Hadi 2016; Fillary ym. 2015, Honkavuo 2018 & Lane & East 2008.) Lane & East (2008 mukaan kirurgisilla potilailla melu on merkittävän häiritsevä tekijä, ja korvatulpat ovat helppo sekä tehokas keino vaikuttaa meluun ja parantaa potilaiden unen laatua. Honkavuon (2018) tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat tarjoavat korvatulpia tai pyyhkeen silmille potilaille, poistaakseen nukkumisympäristöstä johtuvia haittoja, melua ja valaistusta.

Kivun hoitoa ja erilaisia rentoutumistekniikoita käsiteltiin viidessä tutkimuksessa. Hyvä kipulääkitys on tärkeä huomioida yötä vasten ja hieronnalla sekä muilla rentoutustekniikoilla voidaan vaikuttaa myönteisesti nukkumiseen. (Dupose & Hadi 2016; Fillary ym. 2015; Hellström ym. 2011; Lane & East 2008 & Pilkington 2013). Tosin hieronnan käyttö on hankalaa, koska se vaatii oman koulutuksensa, toteaa Hellströmin ym. (2011) tutkimusryhmä. Pilkingtonin (2013) katsauksen mukaan stressi, ahdistus ja kipu lisäävät unihäiriöitä, koska niiden vuoksi syvää REM- unta on vähemmän. Tämän vuoksi on tärkeää hoitaa potilaiden kipua ja vähentää stressiä.

Henkilöstön käyttäytyminen ja koulutus

Henkilöstön käyttäytymisellä ja koulutuksella tarkoitetaan henkilökunnan käytökseen liittyviä asioita ja tietoisuuden lisäämistä niistä erilaisista asioista, jotka vaikuttavat potilaiden unen laatuun ja nukkumiseen sairaalassa. Doping ym. (2016) tutkimuksesta ja Fillaryn ym. (2015) sekä Pilkingtonin (2013) kirjallisuuskatsauksista nousi esiin henkilökunnan (hoitajien) aiheuttama melu, joka häiritsee potilaiden nukkumista. Fillaryn ym. (2015) mukaan erityisesti vuoronvaihtojen aikaan melutaso nousee, kun puhutaan kovalla äänellä ja öisin häiritsevänä koetaan muun muassa hoitohenkilökunnan narisevat kengät. Henkilöstön koulutus ja tietoisuuden lisääminen liittyen meluun on olennaista. Keinoja voisivat olla muun muassa tiettyjen alueiden merkitseminen puhumista/ raportointia varten ja liikennevalojen käyttö ilmoittamassa melu tasoa.

Pilkingtonin (2013) mukaan henkilökunnan keskustelujen määrää ja puhelinten äänten voimakkuutta osastoilla tulisi rajata. Lisäksi hoitohenkilökunnan tietoisuutta ylipäättään uneen vaikuttavista tekijöistä tulisi lisätä. Esimerkiksi kivun, ahdistuksen ja stressin vaikutuksista. Honkavuon (2018) mukaan potilaiden unen kunnioittaminen ja nukkumista ja terveyttä edistävän ympäristön toteuttaminen sairaaloissa on moniulotteinen haaste sairaanhoitajille. Unilääkkeiden sijaan tulisi kiinnittää huomiota nukkumisympäristöön ja potilaiden sairauden kokemukseen, sekä tukea heitä kokonaisvaltaisesti. Sairaanhoitajat tarvitsevat lisää tietoa potilaiden nukkumisesta sairaaloissa ja esimerkiksi siitä, että jos sairaalahoito pitkittyy ja samalla nukutaan huonosti, se voi johdattaa hormonaalisiin muutoksiin.

7.2 Meidän hyvä käytäntö-toimintamallit

Huhti- toukokuun 2019 aikana järjestettyihin työpajoihin osallistui kirurgian osasto 1:llä 7 hoitajaa ja kirurgian osasto 2:lla 17 hoitajaa, eli yli puolet osaston hoitajista. Seuraavassa avataan toimintamallien sisältöä yhteenvedona molempien osastojen toimintamalleista. Toimintamallit tarkemmin liitteissä 9 ja 10. Toimintamalleissa otsikot pidettiin samansuuntaisina kuin alkuperäisessäkin toimintamallissa (liite 1). Sisällöt pyrittiin muokkaamaan samojen otsikoiden alle kuin alkuperäisessä, huomioiden osastoiden omat painotukset. Osastoiden potilasryhmät ovat erilaisia, jonka vuoksi toiminnassa on eroja. Tämä näkyy valmiissa toimintamalleissa.

Kipu- ja pahoinvointi sairauden oireena hankaloittaa nukkumista ja silmäpotilaiden asentohoito vaikuttaa heidän nukkumiseensa. Liikerajoitukset hankaloittavat nukkuma-asentoja. Tavoitteena oli hoitaa kipua- ja pahoinvointia tehokkaasti ja keinoina huolehtia riittävät kipulääkemääräykset illalla valmiiksi sekä huomioida riittävän tehokas ja ennakoiva kivunhoito. Hoitotyön auttamismenetelmien käyttö huomioitava. Kirurgian osasto 1:llä osastonhoitaja laittoi viestiä silmäpoliklinikan haastatteluita tekeville henkilöille, että asentohoitoasiaa tulisi korostaa leikkaukseen valmistavalla käynnillä, koska se tuntuu tulevan yllätyksenä monille potilaille. Tämä kirjattiin tehdyksi toimenpiteeksi.

Ympäri vuorokautiset hoitotoimet häiritsevät potilaita. Hoitotoimet ovat kesken, kun yövuoro alkaa, esimerkiksi potilaat virtsaamatta. Ravinnotta olosta johtuva jano ja nälkä koettiin ongelmaksi. Tavoitteeksi asetettiin, että potilaiden uni häiriintyy mahdollisimman vähän hoitotoimista huolimatta, ja erittämiseen liittyvät asiat hoidetaan valmiiksi ennen yövuoroa. Keinoiksi kirjattiin hoitaa potilaalle tarpeelliset toimet kuntoon jo iltavuoron aikana, niin paljon kuin mahdollista. Esimerkiksi uusia huonosti toimiva iv. kanyyli jo illalla ja huolehtia riittävästi tiputusta yötä varten sekä huomioida ravinnotta olleen potilaan runsaampi iltapala. Leikkauspotilaiden virtsaamisesta tulee huolehtia ennen yötä ja muistaa ohjata urologista potilasta vähentämään juomista yötä kohden. Yleisesti yöllä tulisi muistaa keskittää hoitotoimia, esimerkiksi vitaaliarvojen ottamista siihen, kun potilas on hereillä, eikä mennä erikseen herättämään potilasta, ellei hoito sitä vaadi. Kirurgian osasto 1:n työpajoissa pohdittiin vitaaliarvojen mittausten ottoaikojen merkitystä, mutta tässä vaiheessa niihin ei tehty muutoksia.

Sairaalaympäristön melu potilasta häiritsevänä tekijänä. Tällä osa-alueella todettiin useita unta haittaavia ja häiritseviä tekijöitä. Enemmän näitä tekijöitä oli isommalla kirurgian osasto 2:lla; valaistus, kolisevat ovet ja tippatelineet, henkilökunnan aiheuttama melu. Ongelmaksi molemmilla osastoilla koettiin potilaskutsujärjestelmä, joka on kovaääninen ja vastaaminen siihen aiheuttaa melua siinä potilashuoneessa, josta on hälytetty. Tavoitteeksi kirjattiin, että potilaat häiriintyvät mahdollisimman vähän, huolimatta ympärivuorokautisesta toiminnasta. Keinoiksi sovittiin potilaskutsujärjestelmään vastaaminen mahdollisuuksien mukaan suoraan potilashuoneesta, hoitotoimien suorittaminen keskitetysti ja melua aiheuttavien toimien välttäminen yöaikaan. Korvatulppia on jo aiemmin pyritty tarjoamaan potilaille, ja sovittiin, että sitä jatketaan aktiivisesti.

Potilashuone nukkumisympäristönä otsikon alle todettiin useita haittaavia tekijöitä molemmilla osastoilla; potilaspaikkakohtaisista yövaloista usein jompikumpi on rikki, huoneissa on kylmä tai kuuma, patjat ovat huonokuntoisia ja tv:n katselu isossa potilashuoneessa häiritsee, outo ympäristö, hajut ja äänet, aggressiiviset potilaat sekä laajat vierailuajat. Tavoitteeksi kirjattiin huolehtia miellyttävästä ja hämärästä nukkumisympäristöstä. Vikailmoitus (solax) tulisi muistaa tehdä viipymättä, kun huomaa jonkin olevan rikki. Huonetta on hyvä tuulettaa yötä vasten ja tarvittaessa tarjota lisäpeittoa ja tyynyä aktiivisesti. Potilaita tulee muistuttaa hiljaisuusajoista osastolla. Vierailuajoista pidetään yhteisesti kiinni ja ohjataan vieraat pois huoneesta hoitotoimien ajaksi. Toimenpiteinä selvitettiin uusien välineiden hankintaa.

Sekava tai muuten valvova huonetoveri häiritsee unta. Tavoitteeksi kirjattiin riittävän levon turvaaminen potilassijoittelun avulla. Keinoina huomioitiin potilassijoittelu, sijoitetaan sekava tai aggressiivinen potilas pieneen huoneeseen.

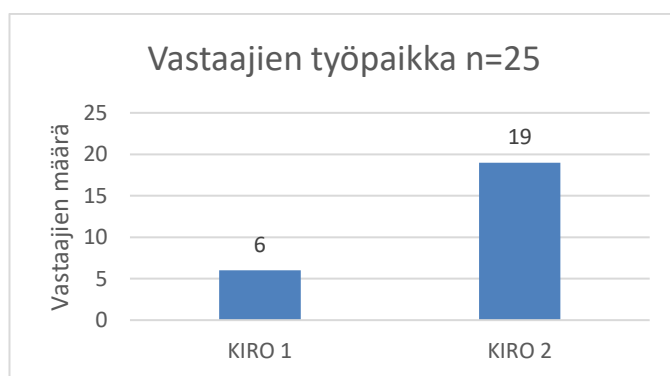
Vuorokausirytmien sekoittuminen (esimerkiksi valaistuksen vuoksi). Tavoitteeksi kirjattiin, että potilaiden vuorokausirythmi häiriintyy mahdollisimman vähän. He ovat aktiivisia päivällä ja nukkuvat öisin. Keinoiksi sovittiin, että huolehditaan potilaan aktiivisuudesta päiväsaikaan sekä hämärretään huoneissa valaistusta jo illalla yötä kohden. Hoitotoimet pitäisi huolehtia ennakoivasti kuntoon illalla.

Potilaan epätietoisuus omasta tilanteestaan häiritsee unta. Tavoitteeksi kirjattiin potilaan riittävä tiedonsaanti. Keinoina huolehtia, että potilaalla on riittävä ja ajantasainen tieto tilanteestaan ja muistetaan tarjota psyykkistä tukea esimerkiksi traumapotilaille.

7.3 Hoitotyöntekijöiden kokemukset toimintamallin implementoinnista

Hoitotyöntekijöiden kokemuksia toimintamallin implementoinnista kartoitettiin sähköisen kyselyn väittämien ja avointen kysymysten kautta sekä focusryhmähaastattelussa

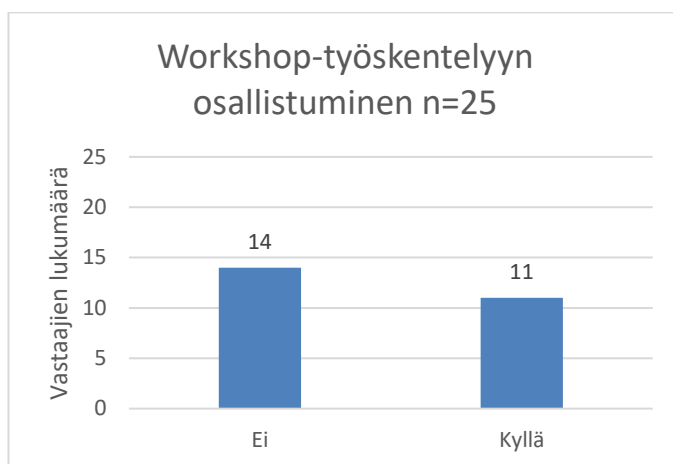
Kyselylomakkeen aluksi kerättiin tietoa vastaajien työpaikasta (kirurgian osasto 1, kirurgian osasto 2) ja työkokemuksesta vuosina. Kyselylomake lähetettiin 47 henkilölle (n=47), kirurgian osasto 1:lle 13 henkilölle ja kirurgian osasto 2:lle 34 henkilölle. 25 (n=25) vastasi kyselyyn. Vastausprosentti kyselyyn oli 53%. Vastaajista kuusi (6) oli kirurgian osasto 1:ltä ja yhdeksätoista (19) kirurgian osasto 2:lta. (Kuvio 1.) Eriteltynä vastausprosentit olivat 46% (kirurgian osasto 1) 56% (kirurgian osasto 2). Työkokemus kysyttiin vuosina ja se vaihteli välillä 1- 39 vuotta. Työkokemuksen keskiarvoksi muodostui 18,32 vuotta.



Kuvio 1. Vastaajien työpaikka

7.3.1 Hoitotyöntekijöiden kokemukset implementoinnin menetelmistä

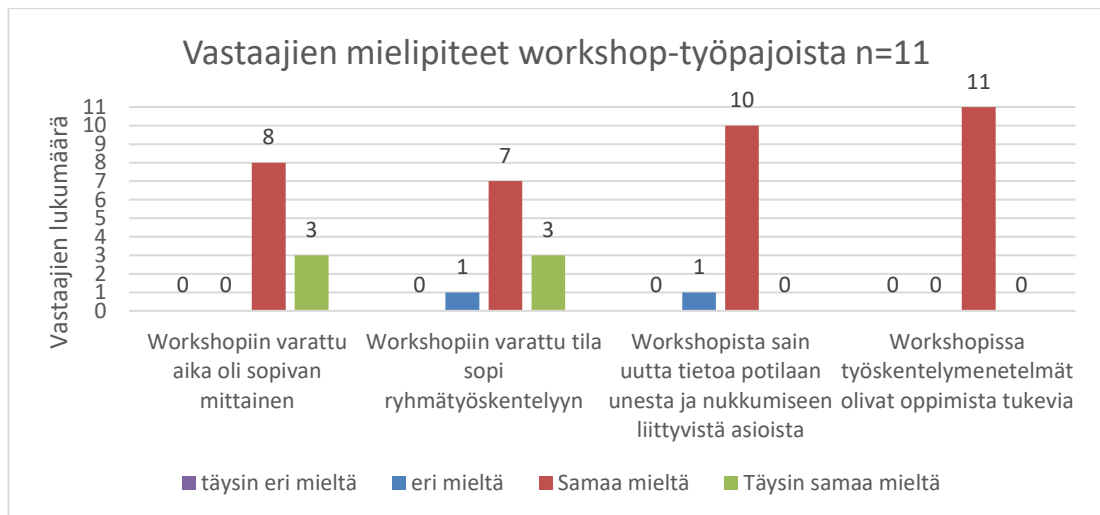
Kyselyssä kartoitettiin vastaajien osallistumista workshopityöskentelyyn keväällä 2019. Osallistuneita (kuvio 2.) oli vastaajista 11 (44%).



Kuvio 2. Workshop työskentelyyn osallistuminen

Työskentelyyn osallistuneille (n=11) oli 4 väittämää liittyen toteutukseen. Kaikki (n=11) vastasivat väittämiin. Väittämien vastausvaihtoehdot olivat 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= samaa mieltä ja 4= täysin samaa mieltä.

Kolme vastaajaa (27%) oli täysin samaa mieltä siitä, että workshopiin varattu aika oli sopivan mittainen. Loput kahdeksan (73%) vastaajaa olivat samaa mieltä. Eri mieltä tai täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista (0). Kolme vastaajaa (27%) oli täysin samaa mieltä siitä, että workshopiin varattu tila sopi ryhmätyöskentelyyn. Seitsemän vastaajaa (64%) oli samaa mieltä ja yksi vastaaja (9%) oli eri mieltä tilan sopivuudesta ryhmätyöskentelyyn. Kukaan (0) ei ollut täysin eri mieltä. Kolmanteen väittämään: ”workshopista sain uutta tietoa potilaan unesta ja nukkumiseen liittyvistä asioista” kukaan vastaaja (0) ei ollut täysin samaa mieltä. 10 vastaajaa (91%) olivat samaa mieltä. Eri mieltä oli yksi vastaaja (9%). Kukaan vastaajista (0) ei ollut täysin eri mieltä. Neljänteen, eli viimeiseen väittämään oppimista tukevista työskentelymenetelmistä ei kukaan vastaajista (0) ollut täysin samaa mieltä. Samaa mieltä sen sijaan olivat kaikki 11 vastaajaa (100%). Kukaan (0) ei ollut eri mieltä tai täysin eri mieltä. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Vastaajien mielipiteet workshop-työpajoista

Väittämien jälkeiseen kysymykseen kommentteista ja kehittämisehdotuksista vastasi kuusi henkilöä (54%). Taulukossa 4. lueteltuna vastauksia.

Taulukko 4. Kommentit/kehittämisehdotukset workshop-työpajoista ja toimintamallin käyttöönotosta

”Paljon tuttua asiaa. Vahvisti jo hyväksi todettuja käytäntöjä”.
”Työpäivän päätteeksi osastotunnilla vireystila ei ole välttämättä paras mahdollinen tällaista työskentelyä ajatellen”.
Yhteiset sovitut toimintamallit ovat ihan ok ja kaikkia juttuja ei millään saada eliminoidua pois, koska aktiivista toimintaa on 24/7. Sovitut käytännöt ovat toteuttamiskelpoisia.
”Selkeä kirjallinen materiaali, hyvät diat, havainnoivaa materiaalia enemmän, keskustelua ja mielipiteiden jakamista enemmän, myönteinen ilmapiiri kehitysehdotuksille”.
”Käyttöön oton yhteydessä olisi voinut tiedottaa enemmän”.

Kommenttien ja kehittämisehdotusten lisäksi hoitotyöntekijöiden mielipidettä toimintamallin jalkautuksessa käytetyistä menetelmistä selvitettiin vielä strukturoidun kyselyn avoimella kysymyksellä sekä focusryhmähaastattelussa. Tämä kysymys oli tarkoitettu kaikille vastaajille, ei pelkästään workshop-työskentelyyn osallistuneille. Kysymykseen vastasi kyselyssä 12 henkilöä, eli lähes puolet (48%). Focusryhmähaastattelussa kirurgian osasto 2:lla ei saatu vastausta, kirurgian osasto 1:llä yksittäisiä (4) vastauksia. Vastauksissa todettiin osastotuntien olevan hyviä tiedon levittämiseen, jos niihin vain pääsee osallistumaan. Niille, jotka eivät ole olleet osastotunneilla, olisi ollut hyvä olla enemmän infoa asiasta tiiviissä muodossa. Jalkautus oli jäänyt epäselväksi

kahdelle vastaajalle, eikä muistettu, että yhteinen toimintamalli olisi virallisesti otettu käyttöön. Osastotunneilla todettiin olevan paljon asiaa, ei sinne aina pääse osallistumaan. Informaatiota toivottiin vielä selkeämmin esille, muutenkin kuin taulukoiden muodossa. *”Sovitut toimintamallit olisi voitu käsitellä vielä vaikka ranskalaisilla viivoilla ja laittaa toimenpiteet sähköpostiin, jotta kaikille olisi terävöittynyt se, mitä jo iltavuoron aikaan voi tehdä yökköjen ja potilaiden eduksi.”*

Yhdessä vastauksessa otettiin myös kantaa osastonhoitajan rooliin: *”Oh ei ole näitä asioita painottanut, etten edes oikein ole ollut selvillä, että tällainen toimintamalli on virallisesti ollut käytössämme”*

Toisaalta vastauksissa myös todettiin menetelmien toimineen ja prosessin olleen pitkä, jolloin mahdollisuuksia kuulla asiasta, olisi riittävästi kaikille. *”Prosessi on ollut pitkä, joka on hyvä asia. Jossain vaiheessa jokainen on asiasta kuullut, ja jokainen on saanut osallistua johonkin toimintamallin kehittämisen vaiheeseen, vähintään ollut kuulemassa osastotunnilla esittelyn ja tavoitteet uusien käytäntöjen luomiseksi.”*

Vastauksissa otettiin kantaa kehittämistyön toteuttajan rooliin tiedon välittäjänä: *”Tää on aika paljon herättänyt niitä ajatuksia. Varmaan siin on paljon niitä toimintatapoja, mitä on ennenkin tehnyt, mutta nyt niitä ehkä tekee sille suunnitelmallisesti.”*
”Sä kylvit ehkä sen ajatuksen ja sit se lähti niinku kaikkien mielessä.”

7.3.2 Toimintamallin merkitys työyhteisön toiminnalle

Toimintamallin merkitystä työyhteisön toiminnalle selvitettiin sekä haastatteluissa että kyselyssä. Kyselyssä 16 vastaajaa (64%) vastasi. Sisällönanalyysin avulla keskeisiksi elementeiksi nousivat potilaslähtöisyyden lisääntyminen ja yhtenäiseen toimintatapaan pyrkiminen toimintamallin myötä. Toisella osastolla toimintamallin myötä toteutettu muutos vitaalimittausten ottoajoissa ilmensi hoitajien mukaan potilaslähtöisen ajattelun lisääntymistä *”Mut tää oli varmaan yx iso syy siihen, että me muutettiin niitä kellonaikoja mittauksille. Ku kaikki on aina säälinyt sitä, että keskeytetään unet. Nyt ku on nostettu oikeesti se uni tosi tärkeex asiax, ni sit tuli tavallaan se rohkeus kokeilla, että vaihdetaan.”*

Potilaslähtöisyyttä edistettiin hoitotoimien keskittämisellä yöaikaan siihen, kun potilaat ovat hereillä ja toimintamallin myötä asioihin kiinnitettiin huomiota eri tavalla kuin ennen *“Kyl mä uskon et eneneväs määrin me tehdään niin. Et kuulee et sanotaan, et hän nukkuu, et antaa hänen nukkua. Tai jos on hereillä, ni sanotaan et hei mentäskö samantien.”*

Yhtenäiseen käytäntöön olivat ohjanneet toimintamallin ohjeiden noudattaminen ja tekeminen yhteisesti sovitun mukaan. Keskustelu toimintamallin asioista työyhteisössä oli hoitajien mukaan lisännyt toimintamallin mukaista toimintaa. Toimintamalli oli saanut miettimään omaa toimintaa. *” Varmaan tämmönen toimintamalli tekee niin, et sitä rupee niinku ittees kattoo ja sitä millai itte tekee ”* Pienemmässä yksikössä (kirurgian osasto 1) kokemus uusien asioiden käyttöönotosta oli ylipäättään myönteinen. Hoitajien näkemyksen ja kokemuksen mukaan pienemmässä yksikössä yhden esimerkki näkyy paremmin, eikä itse kehtaa olla se, joka jättää tekemättä, koska sekin huomataan helpommin. Hoitajien näkemyksen mukaan myös muutosten toteuttaminen on helpompaa.

7.4 Hoitotyöntekijöiden arvio toimintamallin vaikutuksista kirurgisten potilaiden nukkumiseen

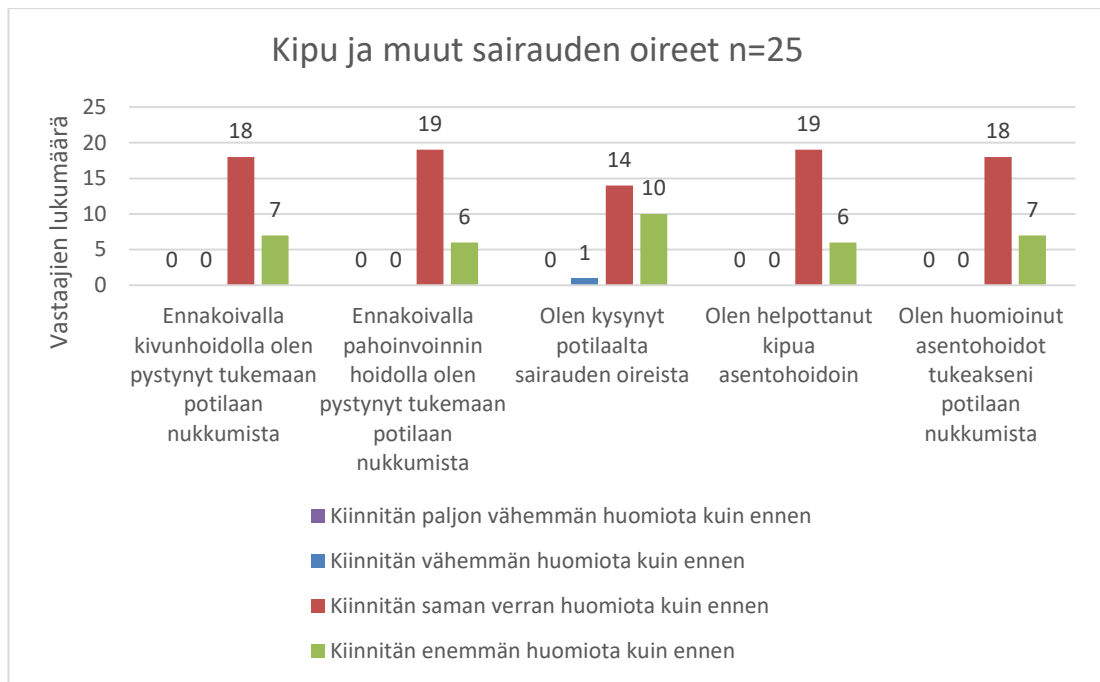
Hoitotyöntekijöiden arviota toimintamallin vaikutuksista kirurgisten potilaiden nukkumiseen kartoitettiin sekä sähköisellä kyselylomakkeella, että focus ryhmähaastattelulla. Kyselyyn väittämät oli jaoteltu teemoittain, toimintamallien mukaan (liitteet 7, 9 ja 10). Väittämillä mitattiin toimintamallin vaikutuksia hoitotyöntekijöiden toimintaan potilaiden nukkumisen tukemisessa verrattuna toimintamallia edeltäneeseen aikaan. Focus ryhmähaastattelussa käytiin läpi samat avoimet kysymykset kuin haastattelussakin ja käytiin toimintamallit läpi teemoittain.

7.4.1 Strukturoidun kyselyn tulokset

Kipu ja muut sairauden oireet

Kipu ja muut sairauden oireet sisälsi viisi väittämää, joiden avulla selvitettiin hoitotyöntekijöiden toimintaa potilaiden nukkumisen tukemisessa. Tähän osioon vastasivat kaikki (n=25).

Seitsemän vastaajista (28 %) koki kiinnittävänsä ennakoivaan kivunhoitoon enemmän huomiota kuin ennen. 18 vastaajaa (72%) kiinnitti huomiota saman verran kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota vähemmän tai paljon vähemmän. Ennakoivan pahoinvoinnin hoitoon kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen kuusi vastaajaa (24%). Saman verran huomiota kuin ennen kiinnitti 19 vastaajaa (76%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt vähemmän tai paljon vähemmän huomiota kuin ennen. Potilaan sairauden oireiden kysymiseen kiinnitti huomiota enemmän kuin ennen 10 vastaajaa (40%). Saman verran kuin ennen kiinnitti huomiota 14 vastaajaa (56%) ja yksi vastaaja (4%) kiinnitti vähemmän huomiota kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt sairauden oireista kysymiseen paljon vähemmän huomiota kuin ennen. Asentohoitoon kivun helpottamiseksi oli kiinnittänyt huomiota enemmän kuin ennen kuusi vastaajaa (24%). Saman verran kuin ennen huomiota kiinnitti 19 vastaajaa (76%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt vähemmän tai paljon vähemmän huomiota kuin ennen. Asentohoitoon potilaan nukkumisen tukemiseksi oli kiinnittänyt huomiota enemmän kuin ennen seitsemän vastaajaa (28%) ja saman verran huomiota kuin ennen 18 vastaajaa (72%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt vähemmän tai paljon vähemmän huomiota kuin ennen. (Kuvio 4.)



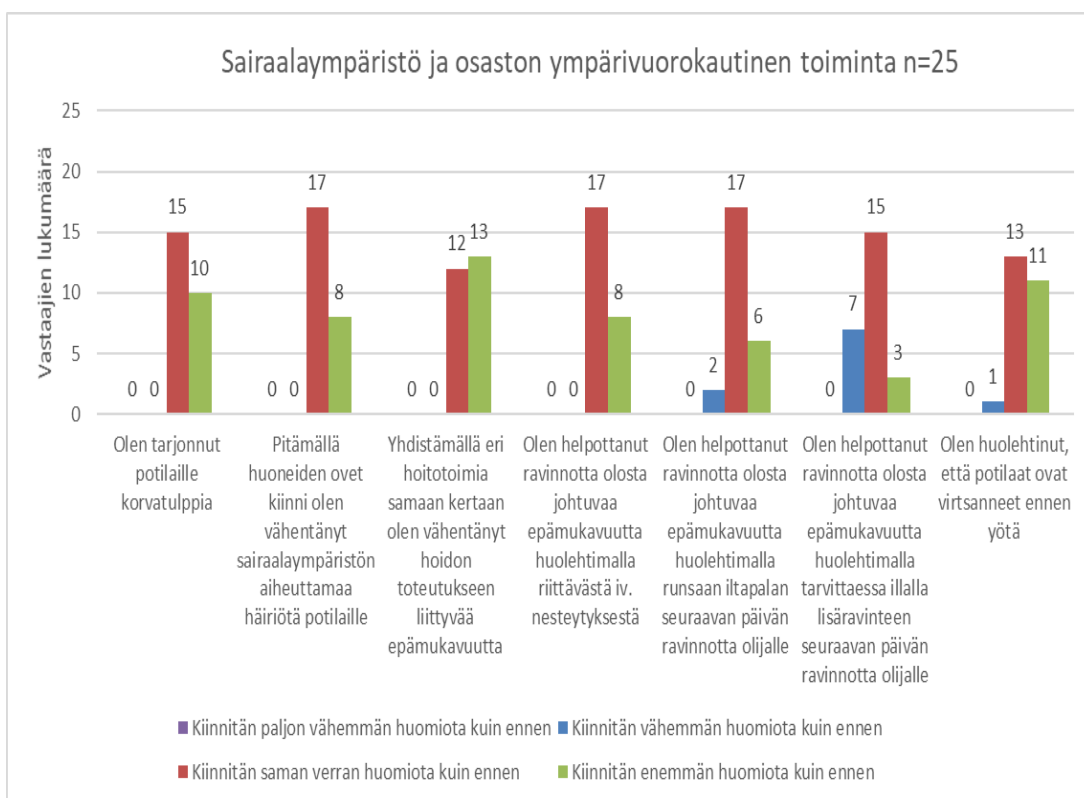
Kuvio 4. Vastaajien mielipiteet toimintamallin vaikutuksesta potilaiden nukkumiseen

Sairaalaympäristö ja osaston ympärivuorokautinen toiminta

Sairaalaympäristö ja osaston ympärivuorokautinen toiminta sisälsi 13 väittämää, joiden avulla selvitettiin hoitotyöntekijöiden toimintaa potilaiden nukkumisen tukemisessa. 12 väittämään olivat vastanneet kaikki (n=25), yhteen väittämään oli yksi vastaaja jättänyt vastaamatta (n=24).

Korvatulppien tarjoamiseen potilaille kiinnitti huomiota enemmän kuin ennen lähes puolet, 10 vastaajaa (40%). Saman verran kuin ennen huomiota kiinnitti 15 vastaajaa (60%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt vähemmän tai paljon vähemmän huomiota kuin ennen. Huoneiden ovien kiinnittämiseen kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen kahdeksan vastaajaa (32%) ja saman verran huomiota kuin ennen 17 vastaajaa (68%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt vähemmän tai paljon vähemmän huomiota kuin ennen. Hoitotoimien yhdistämiseen kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen yli puolet vastaajista 13 (52%). 12 vastaajaa (48%) kiinnitti saman verran huomiota kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt vähemmän tai paljon vähemmän huomiota kuin ennen. Ravinnotta olon helpottamiseen iv. nesteytyksen avulla kiinnitti huomiota enemmän kuin ennen kahdeksan vastaajaa (32%). 17 vastaajaa (68%) kiinnitti saman verran huomiota kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnit-

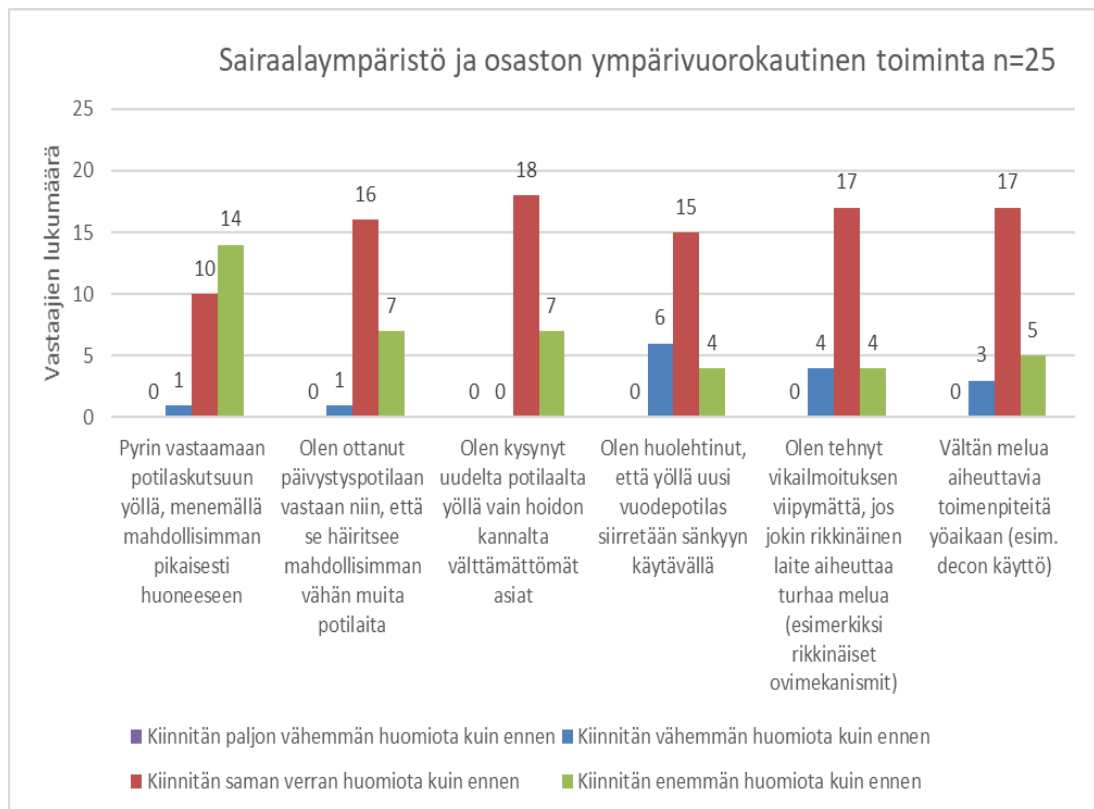
tänyt vähemmän tai paljon vähemmän huomiota kuin ennen. Ravinnotta olon helpottamiseen tarjoamalla runsaan iltapalan kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen kuusi vastaajaa (24%) 17 vastaajaa (68 %) kiinnitti saman verran huomiota kuin ennen. Kaksi vastaajaa (8%) kiinnitti asiaan vähemmän huomiota kuin ennen toimintamallin käyttöönottoa. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota paljon vähemmän kuin ennen. Ravinnotta olon helpottamiseen antamalla lisäravinteiden edellisenä iltana, kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen kolme vastaajaa (12%). 15 vastaajaa (60%) kiinnitti huomiota asiaan huomiota saman verran kuin ennenkin ja seitsemän (28%) vastasi kiinnittävänsä huomiota vähemmän kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota paljon vähemmän kuin ennen. Potilaan virtsaamiseen ennen yötä kiinnitti huomiota enemmän kuin ennen, lähes puolet eli 11 vastaajaa (44%). Saman verran kuin ennen huomiota kiinnitti 13 vastaajaa (52%) ja vähemmän huomiota kuin ennen yksi vastaaja (4%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota paljon vähemmän kuin ennen. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Vastaajien mielipiteet toimintamallin vaikutuksesta potilaiden nukkumiseen

Potilaskutsuun vastaamiseen suoraan huoneesta kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen 14 vastaajaa eli yli puolet (56%). Saman verran kuin ennen huomiota kiinnitti 10 vastaajaa (40%) ja vähemmän huomiota kuin ennen kiinnitti yksi vastaaja (4%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota paljon vähemmän kuin ennen. Vajaa kolmannes eli seitsemän vastaajaa (29%) kiinnitti päivystyspotilaan vastaanottamiseen mahdollisimman huomaamattomasti, enemmän huomiota kuin ennen. 16 vastaajaa (67%) kiinnitti asiaan saman verran huomiota kuin ennen ja yksi vastaaja (4%) vähemmän huomiota kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota paljon vähemmän kuin ennen. ”Olen kysynyt uudelta potilaalta yöllä vain hoidon kannalta välttämättömät asiat” -väittämään oli huomiota kiinnittänyt enemmän kuin ennen seitsemän vastaajaa (28%). Saman verran kuin ennen huomiota kiinnitti 18 vastaajaa (72%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt asiaan huomiota vähemmän tai paljon vähemmän kuin ennen. (Kuvio 6.)

Vuodepotilaan sänkyyn siirtämiseen käytävällä kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen neljä vastaajaa (16%). Saman verran huomiota kuin ennen kiinnitti 15 vastaajaa (60%) ja vähemmän huomiota kuin ennen kiinnitti kuusi vastaajaa (24%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt asiaan huomiota paljon vähemmän kuin ennen. Vikailmoituksen tekemiseen (esim. rikkinäiset ovimekanismit melun aiheuttajina) viipymättä kiinnitti huomiota enemmän kuin ennen neljä vastaajaa (16%). Saman verran huomiota kuin ennen kiinnitti 17 vastaajaa (68%) ja vähemmän huomiota kuin ennen kiinnitti neljä vastaajaa (16%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt asiaan huomiota paljon vähemmän kuin ennen. Melua aiheuttavien toimenpiteiden välttämiseen yöaikaan kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen viisi vastaajaa (20%) ja saman verran kuin ennen 17 vastaajaa (68%). Vähemmän kuin ennen huomiota kiinnitti kolme vastaajaa (12%). Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt asiaan huomiota paljon vähemmän kuin ennen. (Kuvio 6.)



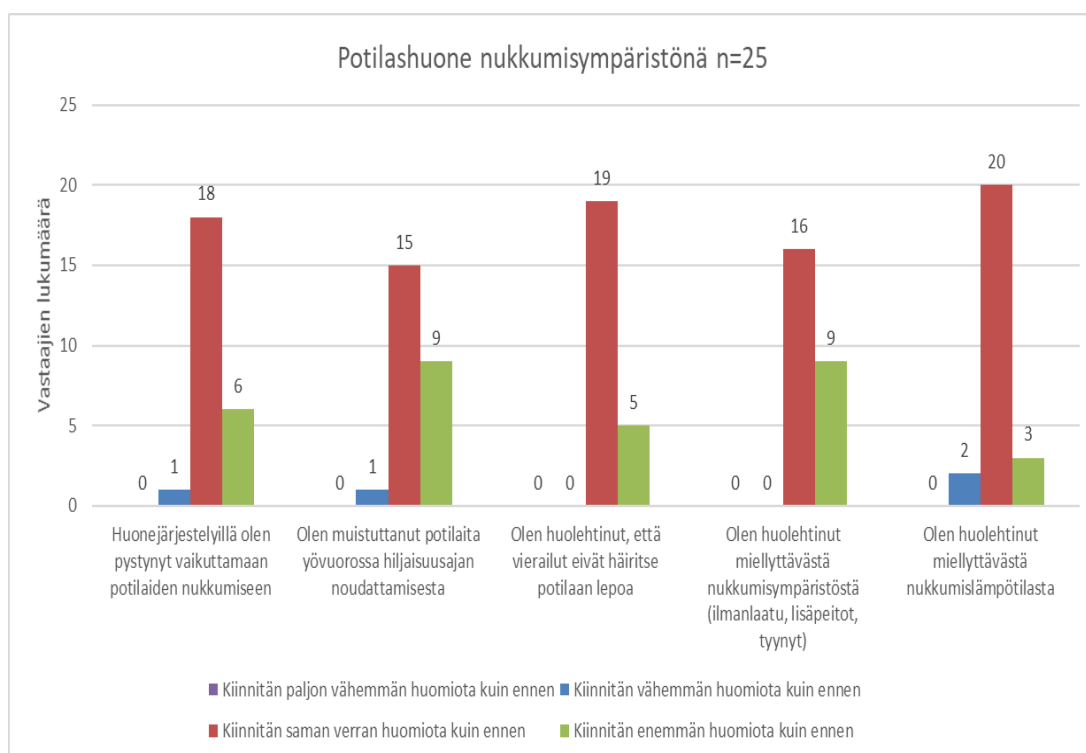
Kuvio 6. Vastaajien mielipiteet toimintamallin vaikutuksesta potilaiden nukkumiseen

Potilashuone nukkumisympäristönä

Potilashuone nukkumisympäristönä sisälsi viisi väittämää, joiden avulla selvitettiin hoitotyöntekijöiden toimintaa potilaiden nukkumisen tukemisessa. Neljään väittämään vastasivat kaikki (n=25), yhteen väittämään oli yksi vastaaja jättänyt vastaamatta (n=24).

Huonejärjestelyihin potilaiden nukkumisen tukemiseksi kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen kuusi vastaajaa (24 %). 18 vastaajaa (72%) kiinnitti huomiota saman verran kuin ennen ja yksin vastaaja (4%) kiinnitti huomiota vähemmän kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota paljon vähemmän kuin ennen. Potilaiden muistuttamiseen hiljaisuusaikojen noudattamisesta koki yhdeksän vastaajaa (36%) kiinnittäneensä huomiota enemmän kuin ennen. Saman verran huomiota kuin ennen kiinnitti 15 vastaajaa (60%) ja yksi vastaaja (4%) kiinnitti vähemmän huomiota kuin ennen. Viisi vastaajaa (21%) koki kiinnittäneensä huomiota enemmän kuin ennen siihen, että huolehtii etteivät vierailut häiritse potilaan lepoa. 19 vastaajaa (79 %) kiinnitti asiaan huomiota saman verran kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota

vähemmän kuin ennen tai paljon vähemmän kuin ennen. Miellyttävän nukkumisympäristön huolehtimiseen oli kiinnittänyt huomiota enemmän kuin ennen yhdeksän vastaajaa (36%) ja 16 vastaajaa (64%) oli kiinnittänyt asiaan saman verran huomiota kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota vähemmän kuin ennen tai paljon vähemmän kuin ennen. Miellyttävän nukkumislämpötilan huolehtimiseen oli kiinnittänyt enemmän huomiota kuin ennen kolme vastaajaa (12%) ja saman verran kuin ennen 20 vastaajaa (80%). Kaksi vastaajaa (8%) oli kiinnittänyt asiaan vähemmän huomiota kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei ollut kiinnittänyt paljon vähemmän huomiota kuin ennen. (Kuvio 7.)



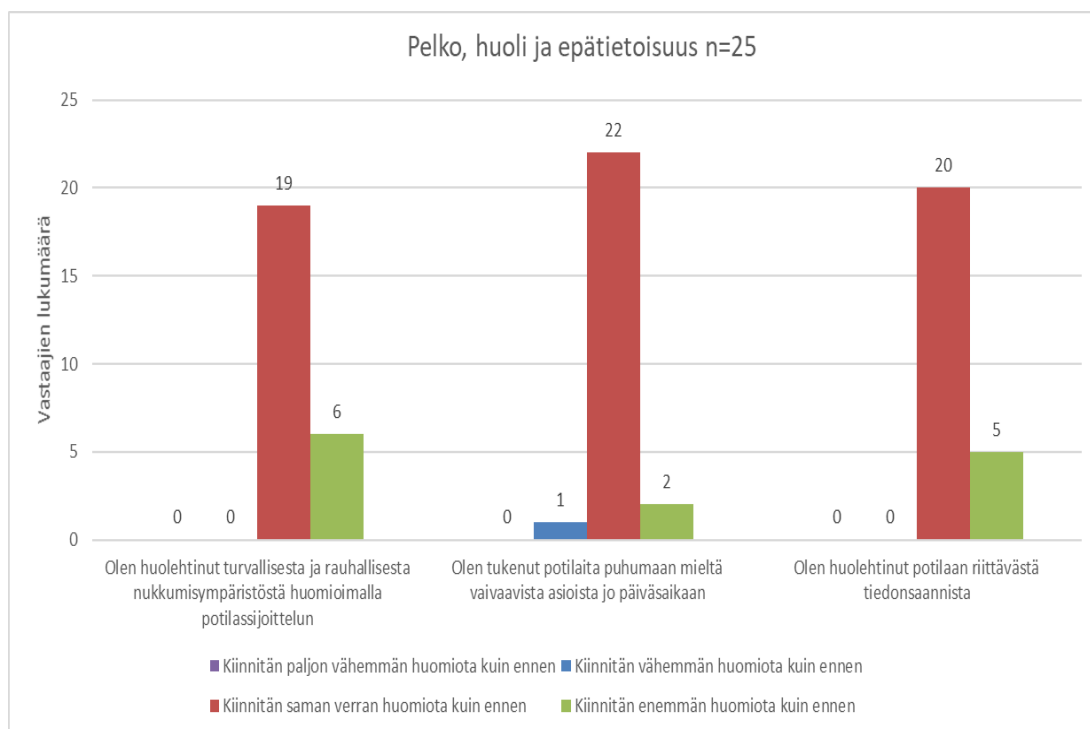
Kuvio 7. Vastaajien mielipiteet toimintamallin vaikutuksesta potilaiden nukkumiseen

Pelko, huoli ja epä tietoisuus

Pelko, huoli ja epä tietoisuus sisälsi kolme väittämää, joiden avulla selvitettiin hoitotyöntekijöiden toimintaa potilaiden nukkumisen tukemisessa. Tähän osioon vastasivat kaikki (n=25).

Kuusi vastaajaa (24%) kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen huolehtiakseen turvallisesta ja rauhallisesta nukkumisympäristöstä potilassijoittelun avulla. 19 vastaajaa (76%) kiinnitti saman verran huomiota kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota vähemmän tai paljon vähemmän kuin ennen. Kaksi vastaajaa (8%)

koki kiinnittäneensä huomiota enemmän kuin ennen siihen, että tuki potilasta puhumaan mieltä vaivaavista asioista jo päiväsaikaan. 22 vastaajaa (88%) kiinnitti asiaan huomiota saman verran kuin ennen ja yksi vastaaja (4%) kiinnitti asiaan huomiota vähemmän kuin ennen. Kukaan (0) vastaajista ei kiinnittänyt asiaan huomiota paljon vähemmän kuin ennen. Potilaiden riittävään tiedonsaantiin kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen viisi vastaajaa (20%) ja 20 vastaajaa (80%) kiinnitti saman verran huomiota kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota vähemmän tai paljon vähemmän kuin ennen. (Kuvio 8.)



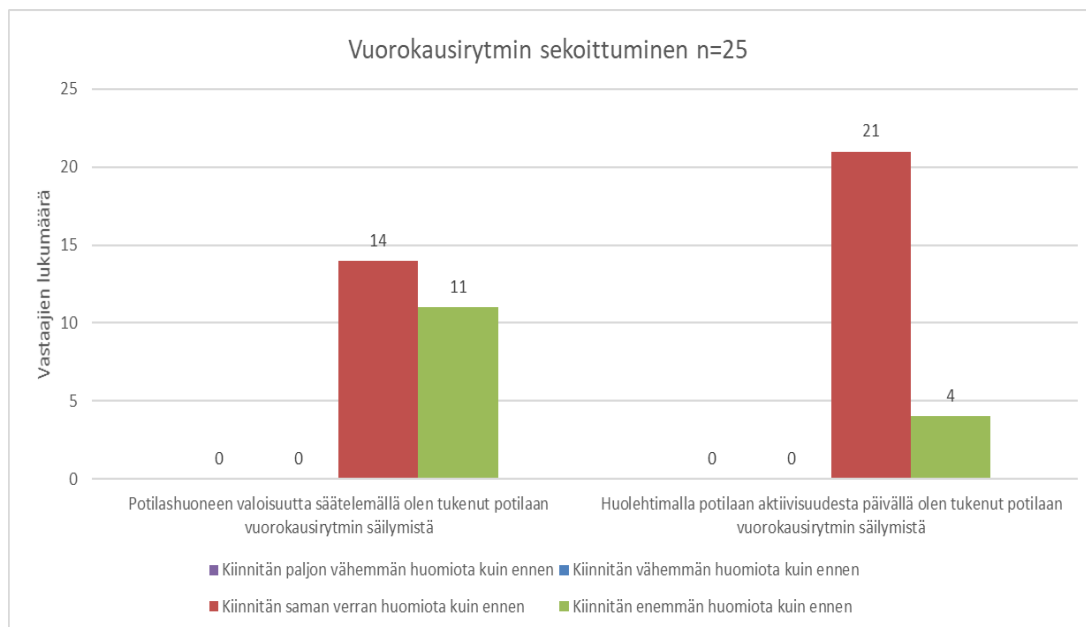
Kuvio 8. Vastaajien mielipiteet toimintamallin vaikutuksesta potilaiden nukkumiseen

Vuorokausirytmien sekoittuminen

Vuorokausirytmien sekoittuminen sisälsi kaksi väittämää, joiden avulla selvitettiin hoitotyöntekijöiden toimintaa potilaiden nukkumisen tukemisessa. Tähän osioon vastasivat kaikki (n=25).

11 vastaajaa, eli lähes puolet (44%) kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen siihen, että potilashuoneen valoisuutta säätelemällä tuki potilaan vuorokausirytmien säilymistä. 14 vastaajaa (56%) kiinnitti huomiota saman verran kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota vähemmän tai paljon vähemmän kuin ennen. Neljä vastaajaa (16%) kiinnitti enemmän huomiota kuin ennen siihen, että huolehti potilaan

aktiivisuudesta päivällä ja tuki sen avulla potilaan vuorokausirytmien säilymistä. 21 vastaajaa (84%) kiinnitti asiaan huomiota saman verran kuin ennen. Kukaan vastaajista (0) ei kiinnittänyt huomiota vähemmän tai paljon vähemmän kuin ennen.



Kuvio 9. Vastaajien mielipiteet toimintamallin vaikutuksesta potilaiden nukkumiseen

7.4.2 Hoitajien toiminta potilaiden unen tukemiseksi

Haastatteluaineiston perusteella hoitajat pyrkivät tukemaan potilaiden unta tietyillä, toimintamallista nousevilla tekijöillä. Sisällönanalyysin avulla tekijät jakautuivat kolmeen yläluokkaan; kirurgisen potilaan hyvä hoito ennakoiden, hoidon organisointi kirurgisella vuodeosastolla ja ympäristötekijät kirurgisella vuodeosastolla.

Kirurgisen potilaan hyvä hoito ennakoiden

Kirurgisen potilaan hyvään ennakoivaan hoitoon sisältyi ennakoiminen kivun- ja pahoinvoinnin hoidossa, ennakoivat hoitotoimet, turvallisuuden tunteen luominen ja ennakoiva tiedottaminen. Hoitajien pyrkimyksenä oli tarjota kipulääkettä yöksi riittävästi illalla ja arvioida yöllisen kipulääkityksen tarvetta ja riittävyttä jo illalla. Aina ennakointi ei yrityksistä huolimatta onnistunut, vaan kipulääkeohjeita jouduttiin soittamaan yölläkin. Lääkkeiden lisäksi kipua ehkäistiin huolehtimalla asentohoidosta. Pahoinvointia hoidettiin ennakoiden kiinnittämällä enemmän huomiota pahoinvoinnin estoon lääkkityksen avulla. Pahoinvointilääkkeitä käytettiin enemmän suonensisäisesti (iv).

Hoitajat tekivät illalla ennakoivia hoitotoimia. Niihin sisältyi potilaan tarpeiden huomiointia, perushoidon toteutusta, vitaaliarvojen mittausta ja potilaan voimien huomiointia. Hoitajat pyrkivät ennakoimaan hoitotoimissa illalla, valmistelemaan potilaita ”yökuntoon”. Hoitajien mukaan yötä oli onnistuttu ennakoivilla hoitotoimilla rauhoittamaan ja myös yöhoitaja arvosti sitä, että iltatoimet oli tehty pitkälle valmiiksi vuoron vaihtuessa. Potilailta oli pyritty kysymään jo illalla hyvissä ajoin, mitä he halusivat yöksi, heidän vointiinsa kiinnitettiin enemmän huomiota. Yölläkin oli pyritty toimimaan ennakoivasti, jotta potilaiden uni ei keskeytyisi. ”*Yrittää hoitaa niinku yöllä monta asiaa ja kysyy hiljaa, jos joku muu on hereillä, niin kysyy hiljaa, että ottaisko joku muukin samalla esim. kipulääkettä. Et se huone rauhoittuis sit taas.*”

Ennakoivaan hyvään hoitoon kuului turvallisuuden tunteen luominen. Hoitajien kokemuksen mukaan keskustelu illalla potilaan kanssa potilaan mieltä painavista asioista, turvallisen olotilan luominen ja rauhallisen ympäristön järjestäminen oli rauhoittanut potilaita nukkumaan paremmin. Hoitajien mukaan turvallisuuden tunteen luomiseen tulisi kaikin keinoin pyrkiä, koska sillä on myönteinen vaikutus potilaiden nukkumiseen. Ennakoivan tiedottamisen koettiin vaikuttaneen potilaan odotuksiin nukkumisesta. Hoitajien näkemyksen mukaan potilaille kannattaa kertoa rehellisesti, miten yö mahdollisesti tulee menemään. ”*Kyl mä sit illalla sanonkin et leikkauspäivän yönä ei nuku hyvin, mun mielestä parempi sanoo rehellisesti jo enne kymmentä se, ettei ne sano aamusti, et koko yönä en oo nukkunut.*” Hoitajat antoivat illalla tietoa nukkumisesta ja mahdollisista kivuista sekä yöllisistä hoitokäytännöistä. Esimerkiksi soittokellon käyttöön oli pyritty ohjaamaan jo illalla, ettei potilas turhaan yöllä miettisi, voiko soittaa ja sen takia valvoisi.

Haastatteluiden perusteella ennakointiin liittyi asioita, joihin vaikuttaminen koettiin vaikeaksi tai jopa mahdottomaksi. Silmäleikkauspotilaiden nukkumiseen oli koettu olevan hankala vaikuttaa, koska nukkumisasento vatsallaan on hoitajien näkemyksen mukaan sellainen, että siihen on liki mahdotonta valmistaa potilasta etukäteen.

Hoidon organisointi kirurgisella vuodeosastolla

Hoidon organisointi kirurgisella vuodeosastolla kuvattiin potilaslähtöiseksi ja yhtenäisyyteen pyrkiväksi. Potilaslähtöisyys oli potilaan tarpeista lähtevää, potilaan mielipiteen ja tahdon huomioivaa. Hoitotoimia yhdisteltiin ja unen merkitystä oli toimintamallin myötä enemmän pohdittu ja siihen oli kiinnitetty huomiota. Hoidon organisoinnin avulla potilaille oli pyritty järjestämään rauhallinen levon mahdollistava ympäristö.

Työtä organisoitiin yhdistämällä, keskittämällä hoitotoimia, siihen kun potilaat olivat hereillä. ”*Ja jos on mitattava jotain niin ottaa samaan aikaan. Et kuulee et sanotaan, et hän nukkuu, et antaa hänen nukkua. Tai jos on hereillä, ni sanotaan et hei mentäskö samantien. Mä teen ainaki itte niin öisin.*” Toimintamallin myötä hoitajat olivat mietineet unen merkitystä enemmän ja toisella osastolla päädyttiin muuttamaan työtehtävien aikataulua potilaiden unta tukevampaan suuntaan. Hoidon organisointi kuvattiin potilaan tarpeista ja mielipiteestä lähteväksi, hoitajan yritykseksi toimia potilaan parhaaksi. Esimerkiksi potilaiden sijoittelua oli tehty tarpeen tullen, jotta kaikille potilaille turvataisiin riittävä lepo. Tuloksista ilmeni, että potilaiden vointi vaikutti hoidon organisointiin. Potilaiden kunnosta riippui, miten yöhön valmistaudutaan. Työtä ja yötä organisoitiin potilaiden kunnan mukaan mukaan ja hyväksyttiin sekin, että kaikki potilaat eivät mene samaan aikaan nukkumaan.

Hoidon organisointi kuvattiin hoitajien pyrkimykseksi yhtenäiseen toimintaan. Organisointi on paitsi yksittäisten hoitajien toimintaa, myös ryhmässä tapahtuvaa keskustelua ja pohdintaa siitä, että kaikki työt saatu yöksi tehtyä. Hoitajien mukaan toimintamallin myötä esimerkiksi iltavuorossa oli enemmän yhteistä keskustelua iltatoimien saattamisesta kuntoon ja hoitajat olivat alkaneet kiinnittää huomiota unta tukeviin asioihin eri tavalla kuin ennen.

Myös parannettavaa toiminnasta löydettiin ja tiedostettiin. Esimerkiksi huoneiden ovet jäävät vielä turhan usein auki ja hoitajat totesivat sen asiaksi, joka vaatii huomiointia jatkossakin.

Ympäristötekijät kirurgisella vuodeosastolla

Hoitajat kertoivat tukevansa potilaiden unta, vaikuttamalla erilaisiin ympäristötekijöihin. Hoitajat kuvasivat melun ympäristötekijöistä merkittävimmäksi. Melua aiheuttivat monet tekijät; laitteet, toiset potilaat ja hoitajien oma toiminta. Laajat vierailuajat aiheuttivat ulkopuolista häiriötä. Melun lisäksi hoitajat kuvasivat häiritseviksi ympäristötekijöiksi valaistuksen ja lämpötilan.

Laitteiden, kuten potilaskutsujärjestelmän aiheuttamaa melua huoneissa oli pyritty ehkäisemään omalla toiminnalla. Sen sijaan, että vastattaisiin puhelimesta, mentiin suoraan huoneeseen kysymään potilaan asia. Huomiota oli kiinnitetty enemmän ”*Mut ennen on niinko ainaki isos huonees välttäny sitä, ettei kysy siitä luurista. Nyt ehkä sit välttää nois pienissäki huoneis, ettei kysy siitä.*”

Hoitajat kuvasivat, että oman toiminnan aiheuttamaan meluun kiinnitettiin huomiota monin tavoin. Esimerkiksi kysymään yöllä päivystyspotilaalta välttämättömät asiat huoneen ulkopuolella ja jättämään muu haastattelu päiväsaikaan. Yksi laitteiden käyttöön liittyvä meluhäiriö, oli toisella osastolla onnistuttu poistamaan, kun sen aiheuttama melu huomioitiin ja laitteen käyttö yöaikaan lopetettiin. Rikkinäisistä, melua aiheuttavista välineistä ja laitteista pyrittiin tekemään vika ilmoituksia (solax) hoitajien toimesta. Toisten potilaiden aiheuttaman melun vähentämiseksi oli myös pyritty toimimaan. Esimerkiksi tarjoamalla korvatulppia ja osa potilaista osasi niitä itsekin pyytää.

Laajojen vierailuajojen aiheuttama ulkopuolinen häiriö oli hoitajien näkemyksen mukaan häiritsevä potilaiden unen tukemiselle. Häiriö koettiin erityisesti illalla. ”*Se iltalevon alkaminen viivästyy, kun ne hommat kerääntyä ja viivästyy ja siit tulee semmosta useaan kertaan huoneessa käyntiä ku eka otat yhdeltä newsit ja sit odotat et toiselta vieraat lähtee ja sit otat toiselta ja sit se viimeinenkin uskaltaa lähtee sinne vessaan.*” Hoitajat olivat kuitenkin pyrkineet noudattamaan vierailuajoja ja siten turvaamaan potilaiden levon. ”*Potilaat sanoo monesti, että mä oon niin väsynyt, kun koko ajan on jollain vieraita. Mutta koitetaan pitää kiinni niistä vierailuajoista ja luovia jotenkin.*”

Valaistukseen ja lämpötilaan oli pyritty kiinnittämään huomiota. Valaistuksen osalta sälekaihdinten käyttöön, valaistuksen himmentämiseen yötä kohden oli panostettu.

Hoidossa tarvittavaan valaistukseen oli pyritty myös vaikuttamaan, mutta todettu siinä vielä parannettavaa. Hoitajat kuvasivat osalla potilaista olevan myönteinenkin asenne häiritseviin tekijöihin. Kaikkia valvominen ei haitannut. *”Moni silti sanoo toisaalta et ei haittaa, et mä nukun sitten kotona, joillakin se asenne on sellanen, kun sen tietää, että on täällä vaan yhden yön.”*

7.4.3 Hoitajien mielipiteet toimintamallin vaikutuksista potilaiden nukkumiselle

Kyselyssä ja haastattelussa kysyttiin hoitajien mielipidettä toimintamallin vaikutuksesta potilaiden nukkumiseen. Vastauksia saatiin sekä haastatteluaineistosta, että kyselyn avoimen kysymyksen kautta, johon vastasi 14 henkilöä (56%). Vastauksista suurin osa oli lyhyitä, muutaman sanan mittaisia. Hoitajien kokemuksen mukaan toimintamallin oli pääasiassa parantanut potilaiden nukkumista, yöt olivat olleet rauhallisempia. Koettiin hyväksi, että oli tuotu esille konkreettisia keinoja potilaiden unen parantamiseksi. Huomion kiinnittäminen asiaan koettiin auttaneen. Hoitajat kuvasivat, että pienenkin asian huomioimisella (esimerkiksi kivunhoito, hiljaa oleminen, yhtä aikaa tekeminen) koetaan olevan myönteinen vaikutus potilaiden nukkumiselle. Monet toimintamallin asiat koettiin helpoksi toteuttaa, kunhan ne vain huomataan. *”Kyllä ne varmasti on nukkunu paremmin, sillä edellytyksellä mitä nyt sairaalassa voi nukkua paremmin.”* *”Hyvä, että on tuotu esiin konkreettisia keinoja potilaiden unen parantamiseksi (hiljaisuuden lisääminen, kipulääkityksen ennakointi, päivystyspotilaiden siirrot käytävällä, yöllä ei tarpeettomia haastatteluja). Kun näitä pyrkii noudattamaan niin varmasti monen potilaan uni paranee.”*

Kahdessa kommentissa todettiin kokemuksen olevan yksilöllinen, ei osattu kommentoida onko parantunut tai ei huomattu suurempaa eroa. Lisäksi kahdessa kommentissa todettiin potilaiden nukkuneen tähänkin asti jo hyvin, joten vaikea verrata. Toisella osastolla tehtyä toimintamallin myötä tapahtunutta muutosta tietyn työtehtävän ajankohdissa tuotiin esille tässäkin kysymyksessä. Vastaja kuvasi sitä näin: *”Nyt on se, et ei niitä tarvi niinku herätellä ja vähemmän on ehkä semmosii niinku niistä hoitotoimenpiteistä johtuvia keskeytyksiä, on se laatu sil taval parantunu, että hoitajat ei häiritte.”*

Yhdessä vastauksessa sivuttiin myös sitä, että joitakin asioita toimintamallista oli unohtunut käyttää. Esimerkiksi runsaan iltapalan tarjoaminen ravinnolta olleelle potilaalle saattoi unohtua. Potilaiden unta häiritsevinä tekijöinä kuvattiin yhdessä vastauksessa henkilökunnan aiheuttaman melun vaikutus ja mittausten ja kivuliaisuuden aiheuttama haitta yöunelle. ”*Yölliset vitaaliarvojen mittaukset häirinneet potilaiden yöunta. Samoin leikkauksen jälkeinen kivuliaisuus, sen aiheuttamat olotilan muutokset.*”

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Tulosten tarkastelu ja yhteenveto

Kehittämistyössä näytön käyttöönoton edistämiseksi käytettiin koulutusta ja työpajatyöskentelyä, jossa osallistettiin työntekijät kehittämistyöhön. Esimiesten tuki asialle, ajan saaminen osastotunneille työpajoihin, oli merkittävässä roolissa. Suunnitelmana oli, että työpajoihin osallistuvat mahdollisimman eri ihmiset, joka toteutui paremmin kiro 2 osastolla. Tähän vaikutti osastojen erilainen henkilökuntamäärä ja aikataululliset syyt. Näyttöön perustuvan toiminnan juurruttamisessa edistäviä tekijöitä ovat henkilöstön osallistaminen kehittämis- ja tutkimustyöhön sekä asiantuntemuksen vahvistaminen. Kehittämistyön tulosten juurruttamista taas edistävät työyhteisön valmius muutokseen ja organisaation virallinen hyväksyntä. (Sarajärvi ym. 2011, 94-95.) Hoitotyöntekijöiden kokemukset osastotunneilla järjestetyistä workshoptyöpajoista olivat tulosten perusteella positiivisia. Workshopeihin varattu aika ja tilat olivat sopivia. Lähes kaikki osallistujat kokivat saaneensa työpajoista uutta tietoa potilaan unesta ja nukkumiseen liittyvistä asioista. Työskentelymenetelmät olivat oppimista tukevia kaikki vastaajien mielestä. Tulosten perusteella voi todeta työpajojen toimineen niin kuin teoria osoittaa. Niiden järjestäminen osastotuntien yhteydessä oli järkevää. Tulosten mukaan osastotunnit ovat hyviä tiedon levittämiseen, jos niihin vain pääsee osallistumaan. Niille, jotka eivät ole olleet osastotunneilla, olisi ollut hyvä olla enemmän infoa asiasta tiiviissä muodossa. Implementoinnista tuli negatiivista palautetta heiltä, jotka eivät päässeet osallistumaan työpajoihin osastotunneille. Toimintamallin käyttöönotto ja käyttö oli jäänyt jopa täysin epäselväksi yksittäisille henkilöille.

Arviointikysely sisälsi yhteensä 28 eri otsikoiden alle jaettua väittämää, joilla mitattiin toimintamallin vaikutuksia hoitotyöntekijöiden toimintaan potilaiden nukkumisen tukemisessa verrattuna toimintamallia edeltäneeseen aikaan. Vastausvaihtoehdot olivat 1= kiinnitän paljon vähemmän huomiota kuin ennen, 2= kiinnitän vähemmän huomiota kuin ennen, 3= kiinnitän saman verran huomiota kuin ennen ja 4= kiinnitän enemmän huomiota kuin ennen. 1= kiinnitän paljon vähemmän huomiota kuin ennen, ei vastannut kukaan yhteenkään väittämään ja 2=kiinnitän vähemmän huomiota kuin ennen vastattiin yksittäisiin väittämiin. Vastaukset painottuivat huomion kiinnittämiseen saman verran kuin ennen toimintamallia, ja osassa väittämistä huomion kiinnittäminen oli lisääntynyt paljonkin, jolla pyrittiin mittaamaan toimintamallin vaikuttavuutta. Kipu ja muut sairauden oireet osiossa huomion kiinnittäminen oli lisääntynyt eniten sairauden oireiden kysymiseen potilaalta. Sairaalaympäristö ja osaston ympärivuorokautinen toiminta osiossa eniten oli lisääntynyt hoitotoimien yhdistäminen ja potilaskutsuun vastaaminen suoraan huoneesta. Potilashuone nukkumisympäristönä osiossa eniten oli lisääntynyt miellyttävästä nukkumisympäristöstä huolehtiminen. Pelko, huoli ja epä tietoisuus väittämistä parhaiten kiinnitettiin huomiota potilassijoitteluun rauhallisen nukkumisympäristön takaamiseksi. Vuorokausirytmien sekoittumiseen liittyvissä väittämässä eniten oli lisääntynyt potilaan vuorokausirytmien säilymisen tukeminen valaistusta säätelemällä.

Teemahaastatteluiden sisällönanalyysistä nousi esille kirurgisen potilaan hyvän unen elementit. Hyvä hoito ennakoiden, hoidon organisointi ja ympäristötekijöihin vaikuttaminen. Kirurgisen potilaan hyvään ennakoivaan hoitoon sisältyi ennakoiminen kivun- ja pahoinvoinnin hoidossa, ennakoivat hoitotoimet, turvallisuuden tunteen luominen ja ennakoiva tiedottaminen. Kipua tulisikin hoitaa hyvin ja ennakoivasti yötä vasten (Dupose & Hadi 2016; Fillary ym.2015; Hellström ym.2011; Lane & East 2008; Pilkington 2013 & Yilmaz ym.2012). Haastatteluiden perusteella kivunhoito ja siinä ennakointi koettiin erittäin tärkeäksi asiaksi potilaan unen tukemiselle. Hyvä ennakoiva hoito piti sisällään niin fyysisten kuin psyykkisten unta tukevien tekijöiden huomioimisen. Yhtä lailla kuin kipu, hoitajien mukaan potilaiden unta häittäsi se, jollei hänellä ollut turvallinen olo sairaalassa, eikä häntä tiedotettu riittävästi. Näkemys on samansuuntainen kuin Honkavuon (2018) hoitajille tekemässä tutkimuksessa, jossa todettiin, että unilääkkeiden sijaan tulee kiinnittää huomiota nukkumisympäristöön ja potilaiden sairauden kokemukseen, toimia potilaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti.

Hoidon organisointi kirurgisella vuodeosastolla kuvailtiin potilaslähtöiseksi ja yhtenäiseksi toiminnaksi. Potilaslähtöisyys oli potilaan tarpeista lähtevää, potilaan mielihiteen ja tahdon huomioivaa. Sijoittelumuutoksia tehtiin yksilöllinen tarve huomioiden. Aiempien tutkimusten mukaan hoidon organisoinnilla esimerkiksi huone- ja vuodejärjestelyillä sekä potilassijoittelulla hoitohenkilöstö voi vaikuttaa potilaiden nukkumiseen positiivisesti (Doping ym. 2016; Dupose & Hadi 2016; Fillary ym. 2015; Hellström ym. 2011 & Tamrat ym. 2014). Yhtenäinen toiminta oli muun muassa huomion kiinnittymistä unta tukeviin toimiin ja hoitotoimien yhdistelyä. Toimintamallin myötä uni oli noussut tärkeäksi asiaksi ja sen vaikutusta oli alettu miettiä enemmän. Henkilökunta oli saanut, ja heille tulisikin antaa tietoa potilaan uneen vaikuttavista seikoista ja nukkumisesta sairaalassa. Aiempienkin tutkimusten mukaan tiedon lisääntymisen kautta työskentelyä voi muokata unta tukevaan suuntaan, unen noustessa tärkeäksi asiaksi. Erityisesti oman toiminnan aiheuttamaan meluun voidaan vaikuttaa. (Doping ym. 2016; Fillary ym. 2015 & Pilkington 2013.)

Hoitajat tukivat potilaiden unta, vaikuttamalla erilaisiin ympäristötekijöihin. Melu koettiin näistä merkittävimmäksi ja sitä aiheuttivat monet tekijät; laitteet, toiset potilaat ja hoitajan oma toiminta. Tätä tulosta tukevat aiemmat tutkimukset, joiden mukaan ympäristöstä aiheutuvaan meluun voidaan vaikuttaa äänitasojen madaltamisella (Doping ym. 2016; Dupose & Hadi 2016; Hellström ym. 2011; Lane & East 2008). Melun vähentämiseksi kannattaa tarjota esimerkiksi korvatulppia, mikä on todettu helpoksi ja halvaksi keinoksi jo aiemmissa tutkimuksissa. Silmäsuojat sen sijaan eivät olleet mahdollisia käytännön syistä käyttää, vaikka niidenkin tehokkuus olisi tutkimusten mukaan hyvä (Dupose & Hadi 2016; Fillary ym. 2015; Honkavuo 2018 & Lane & East 2008.) Haastatteluissa nousi esille laajojen vierailuajojen aiheuttama ulkopuolinen haitta, joka oli hoitajien (ja potilailta tulleiden kommenttien) mukaan häiritsevää tekijä. Siihen pyrittiin vaikuttamaan pitämällä kiinni vierailuajoista, ja antamalla potilaille mahdollisuus riittävään lepoon. Gardnerin ym. (2008) tutkimus antoi saman tuloksen. Sen mukaan vierailuajojen rajoittaminen vähentää melua ja lisää potilaiden nukkumismahdollisuuksia. Vierailijoille ja hoitohenkilökunnalle tehty kysely tutkimuksessa tuki tätä tulosta. Muita ympäristötekijöitä, joihin hoitajat kiinnittivät huomiota, olivat huoneiden valaistus ja lämpötila. Hellströmin mukaan huoneiden lämpötilaan, meluun

ja valaistukseen vaikuttamalla vaikutetaan samalla potilaiden nukkumiseen (Hellström ym. 2011, 132).

Tarkastellessa vielä kyselyn väittämien ja teemahaastattelujen tuloksia voidaan todeta niiden olevan samankaltaisia ja täydentävän toisiaan. Haastatteluiden tarkoituksena oli saada vahvistusta kyselyn tuloksille, mikä toteutui. Kipua ja muita sairauden oireita pyrittiin hoitamaan ennaltaehkäisevästi ja hoitotoimissa ennakoitiin. Hoitoa organisoitiin potilaslähtöisesti ja hoitotoimia yhdistettiin samaan kertaan. Ympäristötekijöihin kiinnitettiin enemmän huomiota. Melua hoitajat vähensivät esimerkiksi menemällä vastaamaan suoraan huoneesta potilaskutsuun ja nukkumisympäristöä pyrittiin muokkaamaan rauhallisemmaksi esimerkiksi huonejärjestelyillä ja valaistukseen ja lämpötilaan vaikuttamalla.

Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että kirurgisen potilaan unta häiritsevät tietyt seikat ja näihin vaikuttamalla hoitotyöntekijät pystyvät tukemaan potilaiden unta. Henkilökunnalle tulisi antaa tietoa potilaan uneen vaikuttavista seikoista ja nukkumisesta sairaalassa. Tiedon lisääntymisen kautta työskentelyä voisi muokata unta tukevaan suuntaan, unen noustessa tärkeäksi asiaksi. (Doping ym. 2016; Fillary ym. 2015; Pilkington 2013.) Tulosten perusteella toimintamalli ohjasi hoitajia yhdenmukaisempaan työskentelyyn ja hoitajien näkemyksen mukaan potilaiden nukkumiseen pystyttiin vaikuttamaan myönteisesti. Yöt olivat olleet rauhallisempia ja potilaat nukkuneet paremmin hoitajien näkemyksen mukaan. Osastotunneilla hoitajat saivat tietoa unesta ja nukkumisesta. Saadun tiedon ja toimintamallien muokkauksen seurauksena uneen alettiin kiinnittää huomiota ja se koettiin entistä tärkeämmäksi asiaksi. Toimintamallin myötä tapahtui muutosta hoitotoimien ajankohdissa toisella osastolla, minkä haastatteluissa kerrottiin olleen suoraa seurausta siitä, että uni oli nostettu tärkeäksi asiaksi. Tuloksissa nousi esille se, että toimintamallin myötä hoitajilla oli työkaluja tukea potilaan nukkumista paremmin ja he ajattelivat asiaa erilaisesti kuin ennen toimintamallia.

8.2 Opinnäytetyön syklin yhteenveto

Aihe kehittämistyölle saatiin elokuussa 2018 Satasairaalan operatiivisen alueen ylihoitajalta. Aihe hyväksyttiin Satakunnan ammattikorkeakoulussa syyskuussa ja samalla

aloitettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen teko teoreettisen viitekehyksen muodostamiseksi. Kirjallisuuskatsaus valmistui joulukuussa ja sen kanssa rinnakkain tehtiin tutkimussuunnitelmaa, joka esitettiin tammikuussa 2019. Maaliskuussa saatiin sairaanhoitopiiristä tutkimuslupa. Opinnäytetyö määriteltiin toteutettavaksi välillä maaliskuu 2019- tammikuu 2020. Tämä kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena neljässä vaiheessa, jotka yhdessä muodostivat yhden syklin. Sykliin sisältyivät nykytilan kuvaus ja ongelman määrittely, ratkaisuesitys, ratkaisun kokeilu ja lopuksi arviointi. Toimintatutkimuksessa syklien määrä ei ole mielekäs arviointikriteeri, vaan sille tyypillinen jatkuvuus ja spiraalimainen kehittäminen voi sisältyä yhteenkin sykliin. Uusi, ainutkertainen kokeilu saattaa tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, joka auttaa kehittämään käytänteitä. Syklien määrää tärkeämpää on toimintatutkimuksen perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutuminen. (Heikkinen, Rovio & Kii-lakoski 2008, 82.)

Syklin ensimmäisessä vaiheessa määriteltiin ongelma, todettiin kehittämistarve ja kuvattiin organisaation nykytilaa. Tarpeena oli yhtenäistää hoitokäytäntöjä potilaan unen tukemiseksi vuodeosastolla. Ensimmäisessä vaiheessa tehdyn kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli koota yhteen aikaisempaa tutkimusnäyttöä sairaalapotilaan unen laatuun vaikuttavista tekijöistä ja hoitotyön keinoista, joilla unen laatua voidaan parantaa.

Tulosten mukaan ympäristötekijöihin, hoidon organisointiin ja henkilöstön käyttäytymiseen ja koulutukseen vaikuttamalla voidaan tukea potilaiden unta. Ympäristöstä tuleva melu, laitteiden aiheuttama kohina sekä valaistus vaikuttavat unen laatuun merkittävästi. Ympäristöstä aiheutuvaan meluun voidaan vaikuttaa äänitasojen madaltamisella. (Doping ym.2016; Dupose & Hadi 2016; Fillary ym.2015; Hellström ym.2011; Lane & East 2008 & Pilkington 2013.) Hellström ym. mukaan melu ja valaistus ovat suurimpia unihäiriöiden syitä sairaalapotilailla. Hoidon organisoinnilla esimerkiksi huone- ja vuodejärjestelyillä sekä potilassijoittelulla hoitohenkilöstö voi vaikuttaa potilaiden nukkumiseen positiivisesti (Doping ym.2016; Dupose & Hadi 2016; Fillary ym.2015; Hellström ym.2011 & Tamrat ym.2014). Yhden hengen huoneita suositellaan (Doping ym. 2016; Dupose & Hadi 2016). Korvatulpat ja silmäsuojat ovat halpa, helposti toteutettavissa oleva ja tehokas keino, joilla hoitajat voivat poistaa/vähentää nukkumisympäristöstä johtuvia haittoja (Dupose & Hadi 2016; Fil-

lary ym.2015; Honkavuo 2018 & Lane & East 2008). Kipua tulee hoitaa hyvin ja enakoivasti yötä vasten (Dupose & Hadi 2016; Fillary ym.2015; Hellström ym.2011; Lane & East 2008 & Pilkington 2013). Henkilökunnalle tulee antaa tietoa potilaan uneen vaikuttavista seikoista ja nukkumisesta sairaalassa. Tiedon lisääntymisen kautta työskentelyä voi muokata unta tukevaan suuntaan, unen noustessa tärkeäksi asiaksi. Erityisesti oman toiminnan aiheuttamaan meluun voidaan vaikuttaa. (Doping ym. 2016; Fillary ym. 2015; Pilkington 2013.) Unilääkkeiden sijaan tulee kiinnittää huomiota nukkumisympäristöön ja potilaiden sairauden kokemukseen, toimia potilaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti (Honkavuo 2018).

Syklin toisessa vaiheessa esitettiin ratkaisu todettuun ongelmaan/kehittämistarpeeseen ja Meidän hyvä käytäntö- toimintamallia muokattiin kirurgian osastoille sopivaksi workshop- työpajoissa osastotunneilla. Lopuksi valmis muokattu toimintamalli esiteltiin ja hyväksyttiin osastoiden henkilökunnille. Osastojen työntekijät saivat työpajoissa ja sähköpostin välityksellä tutkimustietoa unesta ja nukkumiseen liittyvistä asioista, johon osana käytettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Tutkimusten mukaan henkilökunnalle tulee antaa tietoa uneen vaikuttavista tekijöistä ja potilaiden nukkumisesta, jotta toimintatavat muokkautuisivat unta tukevampaan työskentelyyn (Doping ym. 2016; Fillary ym. 2015; Pilkington 2013). Lopulliset toimintamallit muokkaantuvat osastoiden ja tekijöidensä näköisiksi, sisältäen paljon samojakin elementtejä kuin alkuperäisessä. Osastoiden potilaspaikkamäärät, toiminta ja potilasryhmät olivat erilaisia, joka näkyi valmiissa toimintamalleissa. Kirurgian osasto 1:n työpajoissa hoitohenkilökunnan mielipide yleisesti oli, ettei heillä ole kovinkaan paljon ongelmia potilaiden nukkumisessa, johtuen erittäin lyhyistä hoitoajoista. Päivystyspotilaita on vähän ja sekavia potilaita hoitajien mukaan harvoin. Kirurgian osasto 2:n työpajojen keskusteluissa nousi esiin monia henkilökuntaa mietityttäviä asioita ja potilaiden unta häiritseviä tekijöitä. Haasteita koettiin paljon. Kirurgisen toiminnan aiheuttamat haasteet ja niihin vaikuttaminen näkyivät toimintamalleissa. Kipu unta häiritsevänä tekijänä, lyhyet hoitoajat, ympärivuorokautisen aktiivisen toiminnan ja seurannan aiheuttama häiriö. Samoja elementtejä joita mm. Yilmaz ym. (2012) löysivät omassa tutkimuksessaan.

Syklin kolmannessa vaiheessa (ratkaisun kokeilu) toimintamallia käytettiin osastoilla kolmesta viiteen kuukauteen ennen arviointivaihetta. Kirurgian osasto 1 oli kiinni

kesä- elokuussa, joten toimintamallin käyttö alkoi osastoilla eri aikaan. Kirurgian osasto 1:llä elo-lokakuun ajan ja kirurgian osasto 2:lla kesä-lokakuun ajan. Toimintatutkija oli itse mukana muutostyössä ja toimi muistuttajana, että toimintamallia käytettäisiin aktiivisesti.

Syklin neljännessä eli viimeisessä vaiheessa toimintamallin vaikutuksia arvioitiin osastoiden henkilökunnille tehdyllä sähköisellä kyselyllä ja focusryhmähaastattelulla. Vaikutusten arvioinnissa käytettiin triangulaatiota, jotta saatiin mahdollisimman kattava kuva ilmiöstä ja pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Arviointikyselyn ja haastatteluiden kysymyksiä suunnitellessa, pidettiin koko ajan mielessä luodut toimintamallit, joiden pohjalta kysymykset suunniteltiin.

8.3 Eettiset näkökohdat ja tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tekemisessä olennaista on tutkimusetiikan eli hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Se kulkee mukana tutkimuksen alusta loppuun, ideointivaiheesta aina tutkimustuloksista tiedottamiseen. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen velvoittaa kaikkia tutkimuksen tekijöitä. (Vilka 2007, 30.) Tutkimuksen teossa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeita. Niiden mukaan hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on edellytys sille, että tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia. Tutkimuksessa viitattiin asianmukaisesti muiden tutkijoiden työhön ja noudatettiin tiedeyhteisön tunustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimus suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin asianmukaisesti. Tutkimusaineistot olivat vain tutkijan käytössä ja niitä käsiteltiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksen tekoa varten hankittiin lupa Satakunnan sairaanhoitopiiriltä. Ennen tutkimuksen teon aloitusta osastotunneilla kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista ja aikataulusta. Osastotuntimuistion kautta (sähköposti) tieto jaettiin työntekijöille, jotka eivät päässeet osastotunneille. Haastatteluihin osallistuminen ja kyselyyn

vastaaminen oli työntekijöille vapaaehtoista ja heidän työaikaansa. Haastatteluista informoitiin osallistujia etukäteen (liite 8) ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä siitä. Haastattelunauhoitukset tuhottiin litteroinnin jälkeen. Tutkimusta teossa noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. sekä tutkimusaineistoja käsiteltiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Tieteelliseltä työltä vaaditaan tutkimustulosten oikeellisuutta. Saatujen tulosten tulla olla oikeita ja niihin pitää voida luottaa. Luotettavuutta tarkastellaan tieteessä validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkitaan oikeita asioita, tutkimusmenetelmä on oikea ja käytetään oikeanlaista mittaria. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten pysyvyyttä, eli sitä, että tutkimusta toistettaessa saadaan samat tulokset. Toimintatutkimus on joukko erilaisia tutkimusotteita -ja menetelmiä, jolloin luotettavuutta tarkastellaan kunkin tutkimusotteen omilla luotettavuusmittareilla. Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin, objektiivisuuden sekä sisäisen ja ulkoisen validiteetin avulla. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit muodostuvat luotettavuudesta, siirrettävyydestä, riippuvuudesta sekä vahvistettavuudesta. Toimintatutkimuksessa tutkimustulosten luotettavuuden arvioinnin lähtökohtana on aina menetelmien, tiedonkeruun ja tulosten riittävän tarkka dokumentaatio, niin että ulkopuolisen on mahdollista seurata kirjoittajan ajatuksenjuoksua tutkimusprosessin eri vaiheissa. Myös tulosten yleistettävyys perustuu dokumentaatioon, sillä tutkimustulosten siirrettävyyttä voidaan tarkastella tutkimuksen lähtötilanteen ja kuvauksen pohjalta. Riippuvuutta eli toistettavuutta vahvistetaan myös hyvällä dokumentaatiolla, jolloin ulkopuolinen arvioitsija voi tarkistaa ratkaisujen virheettömyyden. Vahvistettavuudella tarkoitetaan muiden tutkijoiden yksimielisyyttä tuloksista, eli päätyvätkö he samaan lopputulokseen. Apuna vahvistettavuuden todentamisessa voidaan käyttää viittauksia vastaaviin tutkimukseen. Kirjallisuuskatsauksen ja opinäytetyön haastattelujen sekä kyselyn tulosten samankaltaisuus on luotettavuutta lisäävä tekijä. Haastatteluaineiston sisällönanalyyssissa aineisto alkoi kylläntyä, eli toistaa itseään, joka kertoo riittävästä aineiston määrästä. Saadut tulokset pätevät vain kyseiseen tapaukseen, validiteetin ollessa kunnossa. Toimintatutkimus ei pyri samanlaiseen yleistämiseen kuin määrällinen tutkimus. (Kananen 2014, 125-134.)

Kehittämistyön toteuttaja oli tutkijan ja fasilitaattorin roolinsa lisäksi osa työyhteisöä kirurgian osasto 2:lla, joka asetti haastetta luotettavuudelle työn eri vaiheissa. Toimintamalleja muokatessa, oli mahdollista, että tekijä alkaisi tulkita vastauksia haluamaansa suuntaan. Tätä pyrittiin estämään esittämällä sisällöt henkilöstölle, osastonhoitajille ja ylihoitajalle ja muokkauksia sanamuotoihin tehtiin kommenttien perusteella. Henkilöstöltä ei tullut muutosehdotuksia. Haastatteluita ja kyselyn kysymyksiä tehdessä luotettavuuteen piti kiinnittää erityistä huomiota. Kysymyksiin tehtiin muokkauksia yhteistyössä kehittämissyhoitajan kanssa. Haastattelut toteutettiin neutraalisti ja dokumentoitiin tarkasti. Ryhmähaastatteluissa oli etuna ajan säästyminen, mutta se oli haasteellinen haastattelijalle. Kaikkien mahdollisuus mielipiteiden ja ajatusten esittämiseen tasapuolisesti, pyrittiin ottamaan huomioon haastattelun aikana. Tulokset analysoitiin tarkasti ja neutraalisti. (Kananen 2015, 154.)

Kyselyyn ei ollut saatavilla valmista kyselylomaketta vaan tutkija joutui operationalisoimaan käyttämänsä käsitteet mittariksi eli kysymyksiksi. Kysymykset mietittiin huolellisesti, sillä ne loivat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Ne eivät saaneet olla johdattelevia, vaan niiden piti olla yksiselitteisiä. (Valli 2007, 102-103.) Tässä työssä triangulaatiolla, käyttämällä laadullisen menetelmän lisäksi määrällistä, haluttiin lisätä luotettavuutta, koska intervention vaikutuksia olisi ollut vaikea pelkällä laadullisella menetelmällä arvioida. Toimintatutkimuksen aikaansaaman muutoksen arviointi oli tässä työssä haastavaa luotettavuuden näkökulmasta, koska mitään alkukartoitusta ei suoritettu. Muutosta pyrittiin osoittamaan esittämällä kysymykset niin, että niissä arvioitiin tilannetta toimintamallia edeltäneeseen aikaan. Tulokset kertoivat hoitotyöntekijöiden mielipiteen potilaiden nukkumisesta. Potilailta ei tässä tutkimuksessa kysytty mitään, joten todellista vaikutusta nukkumiseen on vaikea arvioida. Teemahaastattelun ja kyselyn tuloksien tarkastelu osoitti niiden täydentävän toisiaan ja olevan samanlaisia, joka lisäsi tulosten luotettavuutta. Lisäksi vertailu aiempiin tutkimuksiin lisää luotettavuutta, koska se osoitti hoitotyöntekijöiden pyrkivän vaikuttamaan potilaiden nukkumiseen hyvin samankaltaisilla tekijöillä, mitä aikaisemmatkin tutkimukset osoittavat hyödyllisiksi.

Toimintatutkimuksessa syklien määrä ei ole mielekäs arviointikriteeri, vaan sille tyyppinen jatkuvuus ja spiraalimainen kehittäminen voi sisältyä yhteen sykliin. Uusi, ainutkertainen kokeilu saattaa tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, joka auttaa kehittämään

käytänteitä. Sykliä määrää tärkeämpää on toimintatutkimuksen perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutuminen. Toimintatutkimuksen voi todeta onnistuneen, kun asiat ovat eri tavalla tutkimuksen lopussa, kuin alussa. Muutos koskee sekä ajattelutapoja, että käytäntöjä. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008,82,86.) Tulosten perusteella muutosta tapahtui niin hoitotyöntekijöiden ajattelutavassa kuin toimintakäytännöissä, joten toimintatutkimuksen voi katsoa onnistuneen. Hoitotyöntekijöiden toiminta potilaiden unen tukemiseksi kehittyi myönteiseen suuntaan.

8.4 Jatkokehittämis- ja tutkimusehdotukset

Jatkokehittämis ehdotuksena on toimintamallin muokkaaminen vielä käyttökelpoisemmaksi ja tiiviimmäksi kehittämistyössä mukana olleiden osastojen käyttöön. Nykyisellään monisivuinen toimintamalli on melko raskaslukuinen, josta tuli palautetta haastatteluissakin. Lisäksi toimintamallin valmistumisen jälkeen on jo tapahtunut muutoksia joissakin käytännöissä ja organisaatiossa tapahtuu muutoksia koko ajan. Toimintamallia tulisi muokata jatkossa niin, että sen sisältö on aina ajantasainen.

Kehittämistyön tuloksissa kävi ilmi, että implementointiin pitäisi panostaa enemmän. Prosessissa mukanaolo on työntekijöille tärkeää. Jatkossa kun toimintamalleja jalkautetaan yksiköiden käyttöön, tulisi mahdollisimman moni ottaa mukaan muutostyöhön ja huolehtia riittävästi informoinnista, jotta kaikki ovat tietoisia asiasta. Implementointiin tulisi kohdistaa entistä enemmän voimavaroja ja panostusta sekä laatia implementointisuunnitelma. Implementointia, sen onnistumista olisi hyvä jatkossa arvioida ja tutkia enemmän.

Kehittämistyöntekijän näkemyksen mukaan Meidän hyvä käytäntö- toimintamalli olisi siirrettävissä ja muokattavissa mihin tahansa sosiaali- ja terveystieteiden hoitoympäristöön, jossa hoito on ympärivuorokautista. Kehittämistyö liittyy organisaatiossa käynnissä olevaan STEPPI-hankkeeseen ja hankkeelle jatkokehittämis ehdotuksena olisikin toimintamallin muokkaaminen ja jalkauttaminen niihin yksiköihin Satasairaalassa, joilla se ei vielä ole käytössä. Toimintamallien käytön hoitotyössä on todettu yhdenmukaistavan potilaiden saamaa hoitoa ja hoitotyön käytäntöjä sekä ohjaavan hoitotyön

päätöksentekoa. (Sarajärvi ym. 2011, 111). Kehittämistyön tulosten perusteella yhteinen toimintamalli on yhdenmukaistanut toimintatapoja. Tämän kehittämistyön tuloksia, erityisesti implementoituihin liittyen, voidaan osaltaan käyttää jatkokehityshankkeissa.

Jatkotutkimusehdotuksena on toimintamallin vaikuttavuuden arviointi uudelleen, pidemmän ajan kuluttua. Kehittämistyön aikana kehittämistyöntekijä pyrki aktiivisesti muistuttamaan toimintamallin käytöstä, mutta myöhemmin asiasta ei ole muistutettu. Arviointi toteutettiin melko lyhyen käyttöjakson jälkeen. Pidemmän käytön jälkeen olisi paremmin nähtävissä toimintamallin todellinen vakiintuminen käyttöön ja saataisi nousta enemmän kehittämissuhteita, joiden perusteella toimintamallia muokattaisiin käyttökelpoisemmaksi. Aiemmin Steppi-hankkeessa mukana olleilla neljällä vuodeosastolla toimintamalli on ollut käytössä jo paljon pidempään, ja yhtenä jatkotutkimusehdotuksena on eri yksiköiden vertailu toimintamallin käyttöaktiivisuudesta. Tutkimusta aiheeseen liittyen olisi hyvä tehdä lisää myös potilaiden näkökulmasta, jotta saataisiin esille mallin todellinen vaikutus potilaiden nukkumiselle.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, S. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Sanoma Pro Oy, Helsinki 2014.

Doping, S., Frolova, N., McAlister, F. & Ringrose, J. 2016. Sleep Quality and Factors Influencing Self-Reported Sleep Duration and Quality in the General Internal Medicine Inpatient Population. Research article. PLOS ONE. Vol 11, no 6, 1-6.

Dubose, J., & Hadi, K. 2016. Improving inpatient environments to support patient sleep. Review. International Journal for Quality in Health Care 2016, 28(5), 540-553.

Fillary, J., Chaplin, H., Jones, G., Thompson, A., Holme, A., & Wilson, P. 2015. Noise at night in hospital general wards: a mapping of the literature. British Journal of Nursing 2015, Vol 24, No 10, 536-540.

Gardner, G., Collins, C., Osborne, S., Henderson, A., & Eastwood, M. 2008. Creating a therapeutic environment: A non-randomised controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care. International Journal of Nursing Studies 46 (2009) 778-786.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint Direct Oy. Helsinki 2008. 78-93.

Heino, M. 2018. Potilaan unen tukeminen vuodeosastolla-hanke. Workshop-palaute. Unihankkeen tilannekatsaus pilottiyksiköiden ylihoitajille ja osastonhoitajille Satokunnan keskussairaalassa 9.6.2018.

Heino, M. 2019. Sairaanhoitaja (YAMK), Satasairaala. Pori. Sähköpostihaastattelu 8.10.2019. Haastattelijana Johanna Hakala. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Heino, M. & Koivunen, M. 2019. Satasairaala, Pori. Kirurgian osasto 3, Meidän hyvä käytäntö potilaiden unen edistämiseksi- toimintamalli. Julkaisematon lähde. Viitattu 7.11.2019.

Hellström, A., Fagerström, C., & Willman, A. 2011. Promoting sleep by Nursing Interventions in health Care Settings: A Systematic Review. Worldviews on Evidence-Based Nursing. Third Quarter 2011, 128-141.

Hoitotyön tutkimussäätiön www -sivut 2019. Viitattu 6.5.2019. <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-toiminta-organisaation-tasolla/>

Hoitotyön tutkimussäätiön www -sivut 2019. Viitattu 18.9.2019. <https://www.hotus.fi/hyvien-kaytantojen-pankki/>

Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut 2019. Viitattu 2.10.2019. <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>

Honkavuo, L. 2018. Nurse`s Experiences of Supporting Sleep in Hospitals- A Hermeneutical Study. International Journal of Caring Sciences. January- April 2018. Volume 11/ Issue 1, 4-10.

Iivanainen, A.& Syväoja. P.2008. Hoida ja kirjaa. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu 2008.

Joanna Briggs institute 2010. Sairaaloiden vierailuaikakäytäntöjen vaikutus lapsi- ja aikuispotilaisiin sekä heidän vieraisiinsa. Best Practise 14(14). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Korhonen Anne, Paavilainen Eija. Saatavilla: <http://www.hotus.fi/jbi-fi/suomenkieliset-jbi-suositukset> (20.1.2019)

Junnila, H-M.& Lindroos, H.2010. Näyttöön perustuvaa toimintaa edistävien toimintamallien implementointi - intervention keinoja ja hoitohenkilökunnan kokemuksia- kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu 2010.

Kananen, J.2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyn kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kippo, T.2019. Osastonhoitaja, Satasairaala, Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 1.2. 2019 ja 30.4. 2019

Koivunen, M. 2020. Kehittämisylihoitaja, Satasairaala, Pori. Henkilökohtainen tiedonantoa 13.1.2020.

Koivunen, M., Suominen, S. & Asikainen, P. 2017. Sairaalan vuodeosaston ruokailukäytännöt potilaan toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistämässä – Integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede, 29 (3), 180-194.

Korhonen, A. & Holopainen, A. 2016. Hyvien käytäntöjen leviäminen terveydenhuoltojärjestelmän tasolla. Näyttövinkki 1/2016. Viitattu 18.9.2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/nayttovinkki-2016-1.pdf>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T.& Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta- tarpeesta tuloksiin. Hotus hoitotyön tutkimussäätiö. Skhole Oy. Bod-Books on Demand, Nordesrstedt, Saksa.

Kärki, T.2019. Osastonhoitaja, Satasairaala. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 14.1.2019

Laisi, J.2012. From Home To Operation (FHTO) – a preoperative process. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki 2012.

Lane, T. & East, L.A. 2008. Sleep disruption experienced by surgical patients in an acute hospital. *British Journal of Nursing*, 2008, vol 17, No 12, 766-771.

Laurila, M. 2011. Muutosjohtamisen haasteet suomalaisessa henkilöstötyössä. Teoksessa Viitala, R., Suutari, V. & Järnlström, M. (toim.) *Ikkunoita henkilöstötyön tulevaisuuteen. Tutkimuksia henkilöstöbarometrin 2010 tuloksista. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 171.* Viitattu 27.3.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-374-5.pdf. 45-60.

Lifecare-potilastietojärjestelmä. Osastojaksotiedot 2018. Satasairaala, kirurgian vuodeosastot 1 ja 2.

Niela-Vilen, H.& Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt,M., Axelin, A. & Suhonen, R.(toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä.* Turku: Juvenes Print,23-34.

Partinen, M.& Huovinen, M.2007. *Terve uni.* WSOY: Dark Oy. Vantaa 2007.

Pilkington, S. 2013. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalized patients. *Nursing standard.*27, 49, 35-42.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L.2011. Näyttöön perustuva toiminta- avain hoitotyön kehittämiseen. WSOYpro OY. 1.painos, 2011.

Satasairaalan www-sivut. Viitattu 30.8.2019.<https://www.satasairaala.fi/satasairaala>

Satasairaalan www-sivut. Viitattu 16.10.2019. <https://www.satasairaala.fi/sites/default/files/2019-08/Potilaan%20unen%20tukeminen%20vuodeosastolla.pdf>

Satasairaalan www-sivut. Viitattu 21.1.2020. <https://www.satasairaala.fi/sites/default/files/2019-08/STEPPI%20hanke%20esite.pdf>

Satasairaalan www-sivut. Viitattu 21.1.2020. <https://www.satasairaala.fi/sites/default/files/2019-08/Hoitotyön%20tavoite-%20ja%20toimintaohjelma.pdf>

Suhonen, R., Axelin, A.& Stolt,M. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. 2016. Teoksessa Stolt,M., Axelin, A. & Suhonen, R.(toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä.* Turku: Juvenes Print, 7-22.

Summa, T.& Tuominen, K.2009. Fasilisaattorin työkirja- menetelmiä sujuvaan ryhmätyöskentelyyn. Kehitysyhteistyön palvelukeskus Kepa ry. Kepan raporttisarja / Kehitysyhteistyön palvelukeskus, 103 ISSN: 1236-4797. Viitattu 12.3.2019. https://www.gloaalikasvatus.fi/tiedostot/Fasilitaattorin_tyokirja.pdf

Terveystieteiden laitos 30.12. 2010/1326. Viitattu 18.4.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tamrat, R., Huynh-Le, M-P.& Goyal, M. 2014. Non- Pharmalogic Interventions to Improve the Sleep of Hospitalized Patients: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine* 2014 May; 29(5): 788-795.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3.korjattu painos. Tampereen yliopistopaino oy-Juvenes print. Tampere 2009.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 10.1.2020. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 25.11.2018. <http://www.kaypahoito.fi>

Valkeapää, K. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. 2015. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print, 56-66.

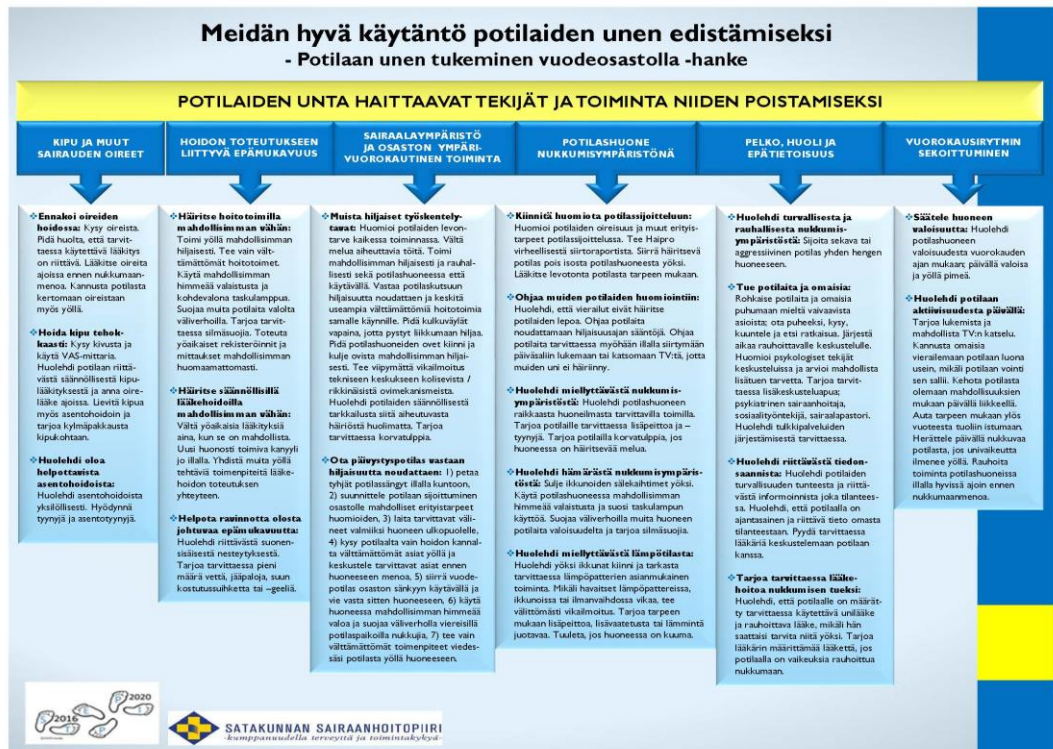
Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistokeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 102-125. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja kehitä. Jyväskylä. Gummerus.

Van der Beek, P. 2016. Mikä fasilitointimenetelmä käy mihinkin tilanteeseen. Julkaistu 14.3.2016. Viitattu 31.3.2019. <https://grapepeople.fi/blogikirjoitus/mika-fasilitointimenetelma-kay-mihinkakin-tilanteeseen/>

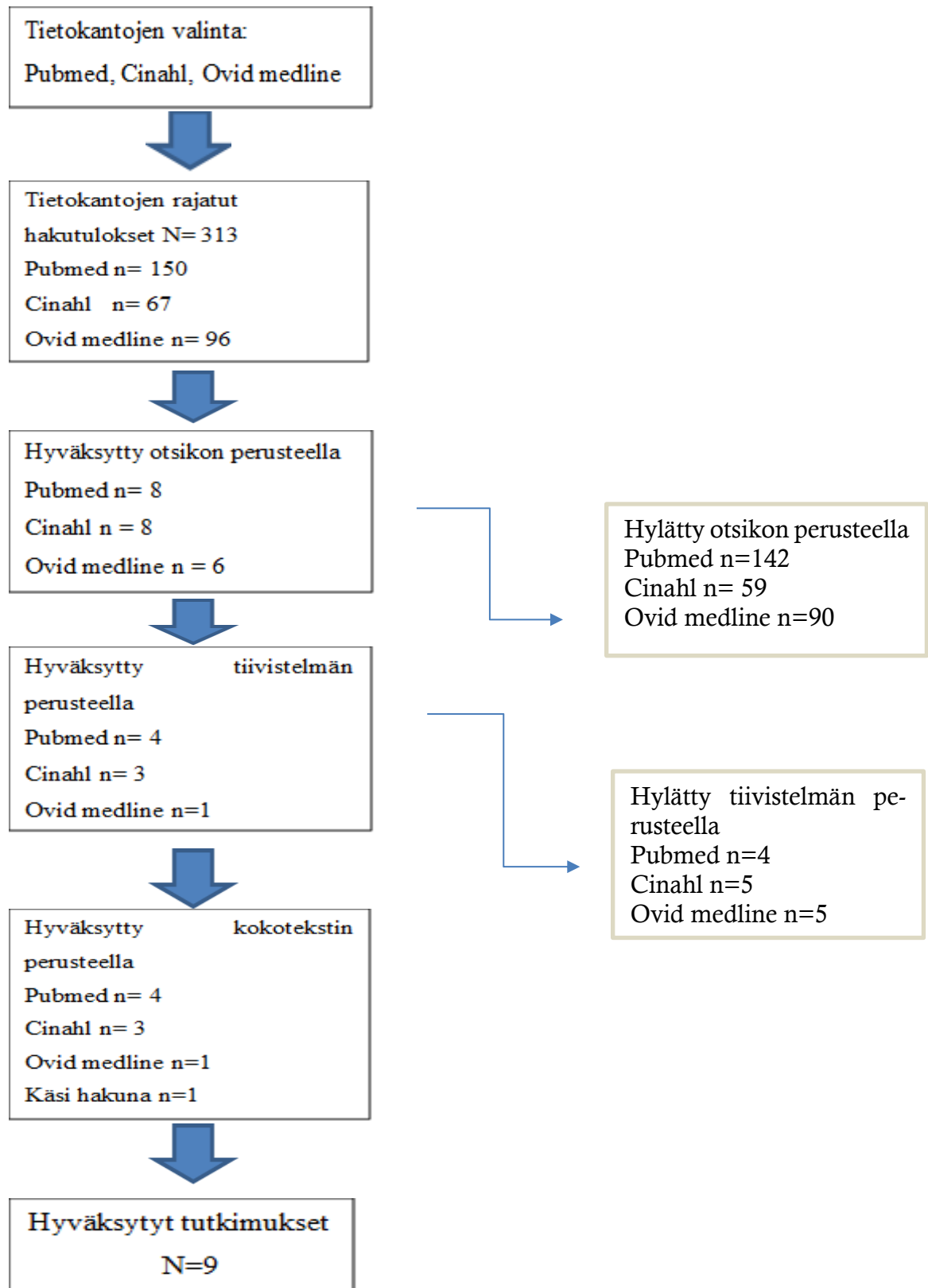
Yilmaz, M., Sayin, Y. & Gurler, H. 2012, "Sleep Quality of Hospitalized Patients in Surgical Units" Nursing forum, vol. 47, no. 3, 183-192.

Meidän hyvä käytäntö potilaiden unen edistämiseksi - kuva



Liitetaulukko 1. Tietokannat, hakusanat ja hakutulokset.

Hakukone	Hakusanat	Tulokset
PUBMED	Search: ((((((inpatient*) OR hospitalised*) OR hospitalized*) OR hospitalisation*) OR hospitalization*)) AND sleep*) AND ((((((support*) OR promot*) OR further*) OR advanc*) OR contribut*) OR forward*) Filters: Review; Systematic Reviews; Publication date from 2008/01/01 to 2018/12/31; English	150 kpl
CINAHL	Search ID# Search Terms Search Options Results S4 S1 AND S2 AND S3 Limiters - Published Date: 20080101-20181231; English Language; Publication Type: Review, Systematic Review Search modes - Boolean/Phrase S3 support* OR promot* OR further* OR advanc* OR contribut* OR forward* Search modes - Boolean/Phrase S2 sleep* Search modes - Boolean/Phrase S1 inpatient* OR hospitalised* OR hospitalized* OR hospitalisation* OR hospitalization* Search modes - Boolean/Phrase	67 kpl 1,013,863 kpl 57,666 kpl 164,684 kpl
Ovid MEDLINE(R)	Searches Results 1 (inpatient or hospitalised or hospitalized or hospitalisation or hospitalization).af. 2 sleep.af. 3 (support or promot or further or advanc or contribut or forward).af. 4 1 and 2 and 3 5 limit 4 to (english language and yr="2008 - 2018" and ("review" or systematic reviews))	303197 kpl 182383 kpl 9839225 kpl 1526 kpl 96 kpl



Kuvio 1: Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten valinta

Liitetaulukko 2: Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Interventio / vertai- luinterventio	Käytetyt mittarit / aineiston keruu	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi- pisteet
1 Doping, Se- lina ym.2016 Canada	Tavoitteena luonnehtia Kanadan yleislääketieteellisten potilaiden sairaalaan laatua ja tunnistaa mahdolliset muutokset hyvän unen esteisiin.	Kanadan Edmontonissa sijaitsevan 880 paikkaisen Albertan sairaalan yleislääketieteelliset/ sisätauti potilaat 4 eri vuodeosastolla. Vähintään 18-vuotiaat. N=100	100 potilasta kuukauden aikana täytti 48 tunnin sisällä kotiutumisestaan VHS asteikon ja laadullisen kyselyn unen laatuun vaikuttavista tekijöistä.	Kuukauden mittainen poikkileikkaustutkimus. Aineisto:100 potilasta. VHS (Verran-Snydern-Halpern) kyselylomake ja laadullinen kysely, jolla arvioitiin ongelmia, kotiutusdiagnoosia ja farmaseuttisten apukeinojen käyttöä nukkumisen edistämiseksi. Laadullisesta kyselystä tehtiin kartoittavaa katsausta, unen laatuun vaikuttavista tekijöistä.	Unen kesto sairaalassa verrattuna kotiin on pienempi (keskimäärin 5,5 vs. 7,0 tuntia päivässä. Yleisimmin raportoidut syyt huonoon nukkumaan olivat melu (59%), hoitotyön keskeytykset (30%), epämiellyttävä vuode (18%), kirkkaat valot (16%), tuntematon ympäristö (14%) ja kipu (9%). Potilaiden unta saataisiin parannettua äänitason madaltamisella, valojen himmentämällä öisin ja yhden hengen potilashuoneilla.	20/20

<p>2 Dupose, Jennifer R. ym.2016 USA</p>	<p>Katsaus siihen miten sairaalapotilaiden nukkumisympäristöä voidaan parantaa ja tukea näin nukkumista. Katsauksen tarkoituksena vahvistaa havainnointi- ja interventiotutkimuksia, jotka on tehty ymmärtämään ei-farmakologisia strategioita unen ja nukkumisen parantamiseksi.</p>	<p>Aikuiset sairaalapotilaat, jotka olivat lääketieteellisissä / kirurgisissa tai tehohoidon sairaalayksissä. N= ei ilmoitettu</p>	<p>42 tutkimusta jaettiin ryhmiin interventioiden perusteella, jotka häiritsevät potilaiden unta. Ympäristö/ulkoiset -interventiot n=20. (melu, valaistus, lämpötila, hoitotoimet) Väliratkaisu-interventiot ulkoisten ärsykkeiden estämiseksi n=5(silmämaskit ja korvatulpat Sisäiset strategiat unen edistämiseksi-interventiot n=12 (valaistus, tekniikat mielen rauhoittamiseen musiikin, hieronnan ja aromaterapian avulla. Monimuotoiset-interventiot n=5 (unihygienia, kipu, potilasvuode, melu, ahdistuneisuus)</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus. 42 vertaisarvioitua artikkelia vuosilta 1970-2015. Satunnaistettuja, kontrolloituja tutkimuksia, lähes satunnaistettuja, tutkimuksia ennen ja jälkeen, kohortteja ja havainnointitutkimuksia. Tutkimusten välillä merkittäviä eroja tutkimussuunnitelmissa, menetelmissä, riippumattomissa muuttujissa, mittaustekniikoissa, potilasväestössä ja raportoiduissa tuloksissa. Osassa tutkimuksia käytetty mittareita: PSQI, RCSQ, VSH</p>	<p>Monimuotoisten interventiotutkimusten tekeminen unen parantamiseksi on vaikeaa toteuttaa ja tulkitta. Tutkimusten väliset erot aiheuttivat haasteita tietojen synteesiin ja yleisten päätelmien tekemiseen. Melu (ympäristö/ ulkoiset interventiot) on modifioiva syy joihinkin sairaaloissa esiintyviin unihäiriöihin ja sen vähentäminen voi johtaa nukahtamiseen. Korvatulpat ja silmäsuojat (väliratkaisu interventiot) saattavat auttaa, mutta ääni- ja valoympäristön muuttaminen on tehokkaampaa. Yölliset hoitotyön toimet aiheuttavat unihäiriöitä mutta niiden rajaamisen ei ole todettu vähentävän unihäiriötä.</p>	<p>20/20</p>
---	---	--	---	---	--	--------------

3 Fillary, Julie ym.2015 Englanti	Tarkoituksena selvittää miten yöllinen melu vaikuttaa potilaisiin yleisosastoilla ja mitä melua vähentäviä toimenpiteitä on tehty.	Englannin sairaaloiden yleisosastot ja lisäksi muista maista ja erikoisyksiköistä aineistoa, jotta tarkastelua saatiin syvemmäksi/paremmaksi. N: ei ilmoitettu	Aineistossa 4 pääteemaa: melu tasot, melun syyt sairaalassa, potilaan kokemukset ja toimenpiteet melun vähentämiseksi. Interventiot jaettiin kolmeen pääteemaan: Henkilöstön koulutus ja käytöksen muokkaus- interventio (henkilöstön tietoisuuden lisääminen melusta eri keinoin) Hoidon organisointi- interventio (kipulääkityksen vaikutus nukkumiseen, korvatulpat) Ympäristö -interventiot (yhden hengen huoneet, melua vähentävät rakennusmateriaalit)	Kirjallisuuden tarkastelu (ei -systemaattinen katsaus) jossa 51 artikkelia. Alkuperäistutkimuksia ja kirjallisuuskatsauksia väliltä 1/2003-7/2013.	Katsauksen perusteella havaittiin, että tutkimusta liittyen aiheeseen, esimerkiksi ei-farmakologisiin menetelmiin unen tukemisessa, ei ole tehty tarpeeksi. Henkilökunnan koulutus liittyen meluun on tärkeää. Esim. henkilökunta puhuu vain tietyissä paikoissa. (henkilöstön koulutus ja käytöksen muutos- interventio) Yötä vasten potilaille tulisi tarjota esim. korvatulppia ja suorittaa vessareissut illalla, jotta yöllinen melu vähenisi. Turhia huoneissa käyntejä tulisi välttää. (Hoidon organisointi-interventio)	19/20
4 Gardner, Glenn	Tarkoituksena tutkia, miten suunnitel-	Brisbanessa, Australiassa sijait-	Molemmilla osastoilla toteutettiin samanlainen tutkimus	Kirjallisuuden tarkastelu aiheeseen liittyen. Keskitetty, ei-satunnaistettu	Ryhmien välillä eroja. Korkeampi melu taso (1) lisäksi valveilla olijoiden määrää (2)	20/20

ym.2008 Australia	lut hiljaiset ajat vaikuttavat melutasoihin, potilaiden lepoon ja uneen sekä hyvinvointiin. Lisäksi tutkittiin intervention vaikutusta potilaiden, vierailijoiden ja työntekijöiden tyytyväisyyteen sekä organisaation toimintaan.	sevien sairaaloiden (2) akuutit ortopediset osastot. N= 299.	ohjeineen. 4 interventiota:1.melutaso, 2.iltapäivän nukkuminen, 3.yleinen uneliaisuus ja 4.terveystila viikko kotiutuksesta Koeryhmä A, N=138, toisessa sairaalassa ja kontrolliryhmä B, n=161 toisessa. Lisäksi a-ryhmän osastolla kysely perheenjäsenille ja työntekijöille.	kontrolloitu tutkimus. 299 potilasta. Tietojen keruuvälillä 1/2007-5/2007.Iltapäivä klo 14-15.30 Tutkimukseen sisältyi 4 kohtaa: melu tason mittaus potilashuoneissa ja käytävillä, unistatuksen mittaus 3-portaisella asteikolla, potilaat täyttivät ESS-testin (Epworth Sleepiness Scale) sairaalassaolo aikana ja kolmeen kertaan SF12 V2 itsearvioitu-elämänlaatukyselyn.	Ess-kyselyssä (3) ei eroja, mutta SF12 V2, (4) itsearvioinnissa oli mutta 3 ja 4.interventioissa vastaajien määrä oli pienempi. Tuloksena on, että vierailuajkojen rajoittaminen vähentää melua ja lisää potilaan nukkumismahdollisuuksia. Vierailijoille ja hoitohenkilökunnalle tehty kysely tukee tätä tulosta. Tarvitaan lisää tutkimusta erilaisilla osastoilla ja isompia otoskojoja.	
5 Hellström, Amanda ym.2011 Ruotsi	Tarkoituksena kuvata ja arvioida miten potilaan unta voidaan tukea ja edistää hoitotyön keinoin terveydenhuollossa	Terveydenhuollon osastot, sairaalaoasastot, hoitokodit ynnä muut, jossa ollaan yön yli. Iärajana 19 vuotta.	9 artikkelin lajittelu interventioiden mukaan. UNIHygienia-interventio (uneen vaikuttavat tekijät, niin ympäristö, kun persoonakohtaiset, melu, valaistus) Akupunktio-interventio, Hie-	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hakuun sisällytettiin tutkimukset, kirjallisuuskatsaukset ja meta-analyysit. 9 tutkimusta valittiin ja näytön	Tulosten mukaan tarvitaan lisää tutkimusta ja korkeaa näyttöä eri keinojen vaikuttavuudesta, ennen kuin ne voidaan ottaa käyttöön. On vaikuttavaa, kun käytetään hierontaa, akup-	20/20

		N= 645 potilasta yht.9 eri tutkimuksessa	ronta-interventio, Rentoutus-interventio, (miehillä tutkittu, musiikki, mielikuva harjoitus) Musiikki, äänet ja mielikuvat-interventio, Aromaterapia-interventio	aste arvioitiin. Näytönsasteelta heikot tutkimukset poissuljettiin.	punktiota ja musiikkia, rauhoittavia ääniä. Ne edistivät nukkumista sairaalassa. Uni hygieniä, aromaterapia ja rentoutus tuottavat vain pieniä vaikutuksia. Hieronta on tehokasta, mutta vaatii oman koulutuksen.	
6 Honkavuo, Leena 2018 Suomi	Tavoitteena kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä unesta ja nukkumisesta sairaaloissa ja kysyä, kuinka sairaanhoitajat voivat tukea potilaiden unta ja nukkumista, jotta he voivat parantaa potilaan terveydentilaa.	Länsi-suomen yliopistosairaalan kahdesta kirurgisesta yksiköstä, kaksikymmentä suomalaista vuorotyötä tekevää sairaanhoitajaa, joista 14 osallistui tutkimukseen. N=14	Sairaanhoitajien kokemuksia/ mielipiteitä unesta/ nukkumisesta sairaalassa. Tutkimuskysymykset: Mitkä ovat sairaanhoitajien kokemukset potilaiden unesta ja nukkumisesta sairaaloissa? Miten sairaanhoitajat voivat tukea nukkumista sairaaloissa ja parantaa siten potilaiden terveyttä? Interventiot:	Laadullinen, kuvaava ja tutkimuksellinen. Hermeuttinen ja induktiivinen. Osallistujat vastasivat puolistrukturoituihin haastattelukysymyksiin ja kuvailivat kokemuksiaan ja ymmärrystään uni- ja nukkumisolosuhteista sairaaloissa. Osallistujat haastateltiin kerran. Haastattelut nauhoitettiin, kirjattiin ja suoritettiin temaattinen induktiivinen analyysi, jonka avulla muodostui syvempi	Sairaanhoitajat kokevat, että potilailla on vaihteleva ymmärrys unesta sairaaloissa. Potilaiden unen kunnioittaminen ja nukkumista/terveyttä edistävän ympäristön toteuttaminen sairaaloissa on moniulotteinen haaste sairaanhoitajille. Unilääkeiden sijaan tulisi kiinnittää huomiota nukkumisympäristöön ja potilaiden sairauden kokemukseen ja tukea heitä kokonaisvaltaisesti.	19/20

			<p>Unen tukeminen-interventio (vierailuajat, nukkumisympäristön haitat esim. melu. Korvatulppien tarjoaminen)</p> <p>Hoitajan tuki- interventio (kyky ”lukea” potilasta)</p> <p>Kärsiminen ja nukkumisen- interventio (kivut, henkinen stressi sairaudesta ja sairaalassaolosta, huono uni)</p>	ymmärrys aiheesta ja teemat.	Potilaiden tulisi myös antaa sairaanhoitajien auttaa heitä nukkumaan paremmin. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja tieteellistä tutkimusta, joka korostaa potilaan kokemuksia nukkumisesta sairaaloissa, tarvitaan hoitajien tiedon lisäämiseen. Tutkimus tulee erottaa lääketieteellisestä tutkimusta ja pyrkiä kokonaisvaltaiseen näkemykseen potilaan hoidosta.	
7 Lane, Tamsin ym.2008 Englanti	Tutkimus kuvaa akuutissa sairaalassa toimivien kirurgisten osastojen leikkauspotilaiden nukkumiskokemusta. Tarkoituksena on tunnistaa kirurgisten potilaiden unesta häiritsevät tekijät ja	3 kirurgista osastoa seitsemästä Nottinghamin opetussairaalaan osallistui tutkimukseen. Osastoilta valittiin ennakkokriteerien mukaisesti 17 potilasta tutkimukseen. N=17	Kirurgisten leikkauspotilaiden nukkumiskokemuksia. Jotta voitiin määrittää, mitkä tekijät yleisimmin häiritsevät osallistujien nukkumista, muodostettiin neljä portaitaista regressiomallia; 1. Ympäristötekijöiden vaikutus unihäiriöihin (melu) 2. Henkilökohtaisten tekijöiden	Laadullinen ja määrällinen tutkimus. Tutkimusta varten kehitettiin erillinen tiedonkeruumittari, jonka avulla kerättiin tietoa osallistujilta 48 tunnin ajan. Mittari sisälsi määrällisen komponentin, jossa oli 10 kysymystä. Niihin vastattiin visuaalisella analogi-	Tutkimuksessa todettiin, että ympäristötekijöistä erityisesti melu lisää unihäiriöitä ja vaikeuttaa nukahtamista. melu. Jännitys on tärkeä tekijä myös. Tutkimuksen laadullisessa osassa kävi ilmi, että kipu on merkittävä unihäiriöitä lisäävä tekijä . Tämä tutkimus tuotti joitakin vakuuttavia havaintoja; melun vähentämiseksi	18/20

	kuvailla unihäiriöiden vaikutusten subjektiivisia kokemuksia. Lisäksi tarkoituksena on osoittaa, kuinka kirurgisten potilaiden unta voitiin parantaa paikallisen käytännön avulla.		vaikutus unihäiriöön, (jännitys)3.Ympäristötekijöiden vaikutus uudelleenukahtamisen viivästymiseen(melu) ja 4.Henkilökohtaisten tekijöiden vaikutus uudelleenukahtamisen viivästymiseen(jännitys).	sella asteikolla ja laadullinen komponentti, jossa oli 3 laadullista kysymystä liittyen unihäiriöihin. Määrällisen asteikon pisteet laskettiin ja laadullisen komponentin kysymyksistä muodostettiin 3 ryhmää aihepiireittäin.	suositellaan korvatulppia potilaille, lisäksi suositellaan päivittäisiä lepoaikoja potilaille, jolloin voisi ottaa torkut ja korvata huonoja yöunia. Koska tutkimuksen otanta oli pieni ja rajoittui yhteen sairaalaan, on suositeltavaa, että tutkimuksen löydökset testataan suuremmilla tutkimuksilla, yksinkertaisella satunnaisotannalla ja perusteellisilla haastatteluilla.	
8 Pilkington 2013 Eng- lanti	Tarkoituksena kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää unihäiriöiden syitä sairaalassa ja näiden syiden biokognitiivisia seurauksia potilaiden terveydelle ja hyvinvoinnille.	Katsauksen sisäaottokriteereissä mm. artikkeli koskee sairaalapotilasta, haku-sanoina unihäiriöt, unettomuus, heikkäily, terveys. N= ei mainittu	Interventiot: 1. unen puutteen ympäristö- ja biokognitiiviset syyt ja 2. unihäiriöiden biologiset kognitiiviset seuraukset sairaalassa.	Kirjallisuuskatsaus, johon valittiin vertaisarvioituja tutkimuksia. 36 kvantitatiivista ja 28 kvalitatiivista. Vuosilta 2002-2012, lisäksi vanhempiakin tutkimuksia, jos ne oli kirjallisuudessa toistuvasti mainittu.	Unihäiriöiden syyt vaihtelevat ja niihin sisältyy 1. ympäristö- ja biokognitiivisia tekijöitä, (kipua, kirkasta valoa, kohinaa, ahdistusta ja stressiä) 2.bio-kognitiivisia vaikutuksia terveydentilaan ja toipumiseen (immuunijärjestelmän toiminta, tulehdukset, parasympaattinen tasapaino,	13/20

		Sisällysluettelon perusteella vaikuttaa olevan paljon tehohoitoonkin liittyviä tutkimuksia			hiilihydraattimetabolia ja henkinen terveys). Sairaanhoitajien on tärkeä hoitaa potilaiden kipua ja vähentää stressiä, sekä huomioida ympäristötekijät kuten melu, kohina, valaistus.	
--	--	---	--	--	---	--

<p>9 Tamrat, Ruth ym.2014 USA</p>	<p>Tavoitteena tunnistaa ei-farmakologiset keinot, joita on käytetty sairaalapotilaiden (ei teohoito) nukkumisen parantamiseksi ja niiden vaikutukset unen määrään ja laatuun.</p>	<p>13 interventiotutkimusta, 1154 osallistujaa.</p>	<p>Tutkimukset, joissa ei-farmakologisia interventioita ja yöllinen unen laatu/ määrä oli arvioitu. Interventiot: Rentoutus (rentouttava musiikki, hieronta). Unihygienia (päiväunien poisto, tarkka päivä- ja yörytmi, unen häiriintymistä vähentävä työskentelytapa) Päiväaikainen valohoito (kirkasvalohoito)</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus, joka sisälsi 13 interventiotutkimusta, joissa yhteensä 1154 osallistujaa. Aineistonkeruun menetelmänä tietokanta haku ja manuaalihakua 1/2013 2 tutkijat toimesta. Tutkimuksissa tulolla vertailuryhmä (intervention/vertailu-interventio).4 tutkimussuuntausta: satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset, satunnaistetut tutkimukset, joissa oli samanaikainen kontrolliryhmä, ei-satunnaistetut tutkimukset, joilla oli ennalta hankittu kontrolliryhmä sekä interventio ennen ja jälkeenyhmiä, jossa tuloksia kirjattiin ennen ja jälkeen interventiota.</p>	<p>Ei ole riittävästi näyttöä siitä, että kaikki ei-farmakologiset interventiot parantavat unen laatua tai määrää sairaalapotilailla. Lisää tutkimusta tarvitaan. Rentoutustekniikat-(interventio) parantaa tutkimusten mukaan unen laatua tai määrää. Unihygieniaan panostamisella ja päiväaikaisella kirkasvalohoidolla ei todettu olevan merkittävää vaikutusta. Vaikuttaa siltä, että nukkumisen keskeytysten vähentäminen ja unen hygienian parantaminen johtaisi unen laadun ja määrään parantumiseen. Tästä tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta.</p>	<p>19/20</p>
---	--	---	---	---	---	--------------

Liitetaulukko 3: Tutkimusten luotettavuuden arviointi muokatulla CASP-menetelmällä (Anttila, Koskela, Ruusuvoori, 2014).

Kriteerit	1 Doping, Selina ym.2016 Canada	2 Dupose, Jennifer R. ym.2016 USA	3 Fillary, Julie ym.2015 Eng- lanti	4 Gardner, G.ym. 2008 Australia	5 Hellström, A.ym.2011 Ruotsi	6 Honkavuo, L.2018 Suomi	7 Lane, T.ym.2008 Englanti	8 Pilkington, S.2013 Eng- lanti	9 Tamrat, R. ym.2014 USA
Oliko tutkimuksen ta- voitteet selkeästi mää- ritelty?	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Oliko laadullinen/mää- rällinen tutkimusmene- telmä sopiva?	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Oliko tutkimusase- telma perusteltu ja so- piko se vastaamaan tutkimuskysymyksiin?	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Sopiko tutkittavien rek- rytointistrategia tutki- muksen tavoitteisiin?	2	2	2	2	2	1	2	1	2
Kerättiinkö tutkimusai- neisto siten, että saatiin tutkimusilmiön kan- nalta tarkoituksenmu- kaista tietoa?	2	2	1	2	2	2	2	1	1

Oliko mahdollinen tutkijan vaikutus huomioitu tarkoituksenmukaisella tavalla?	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Oliko tutkimuksen eettiset seikat otettu huomioon?	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Oliko tutkimuksen analyysi riittävän tarkkaa ja perusteellista?	2	2	1	2	2	2	1	1	2
Oliko tutkimuksen tulos selkeästi ilmaistu?	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Kuinka hyödyllinen tutkimus oli?	2	2	2	2	2	2	1	1	2
Artikkelin yhteispisteet	20/20	20/20	19/20	20/20	20/20	19/20	18/20	13/20	19/20

Liitetaulukko 4: Esimerkki kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysistä. Sairaalapotilaan unen laatuun vaikuttavia tekijöitä

• Alkuperäisilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Doping: häiritseviä tekijöitä ovat melu, kirkas valaistus. Toisten potilaiden aiheuttama melu Epämiellyttävä vuode, hoitotyön keskeytykset, kipu. Hoitajien aiheuttama melu	Melu ja valaistus, äänitasojen madaltaminen, valojen himmentäminen Huone- ja vuodejärjestelyt. Potilaiden sijoittelu. Henkilöstö	Ympäristötekijät Hoidon organisointi Henkilöstön käyttäytyminen ja koulutus
Dupose: Melu ympäristöstä, valo, valaistus Vierailuaikojen rajoitukset Yöllisten hoitotoimien häiritsevyys. Melun määrään vaikuttaminen Rauhoittava musiikki illalla, mielen rentoutus	Melu ja valaistus Melutason vähentäminen, rauhallisempi ympäristö Hoidon organisointi, yhden hengen huoneet Silmäsuojat ja korvatulpat Henkilöstön toiminta	Ympäristötekijät Ympäristötekijät Hoidon organisointi Hoidon organisointi Hoidon organisointi
Fillary: Hoitajien aiheuttama melu (puhe ja kovaääninen liikku- minen, kävely) melun määrään vaikuttaminen Potilaiden nukkumisrutiinien tunnistaminen. Kivuttomuus illalla, vessakäynnit yötä vasten, iltakierrolla kaikki hoidetaan valmiiksi yötä varten.	Henkilöstö Korvatulpat ja silmäsuojat melun vähentäjänä Potilaiden sijoittelu, hoidon organisointi Henkilöstö	Henkilöstön käyttäytyminen ja koulutus Hoidon organisointi Hoidon organisointi
Gardner: Vierailuaikojen rajoittaminen ja henkilöstön suoritta- minen toimien ajankohdan rajaaminen vähentää melua ja lisää potilaiden mahdollisuutta nukkumiseen iltapäivällä klo 14-15.30 välillä.	Melutason vähentyminen, rauhallisempi ympäristö	Ympäristötekijät
Hellström: potilaiden nukkumisrutiinien tunnistaminen ja niihin vaikuttaminen: Päiväunien välttäminen, fyysisen aktiivisuuden lisääminen päiväsaikaan, kahvin juominen myöhään ym. Unihy- gienia. Huoneen lämpötila, valaistus, melutaso Akupunktio, hieronta, rentoutus ja musiikki unettomuuden hoi- dossa	Henkilöstön toiminta Huoneen lämpötila, valaistus, melutaso Henkilöstön toiminta	Hoidon organisointi Ympäristötekijät Hoidon organisointi

<p>Honkavuo: annan potilaalle pyyheen silmille tai korvatulpat tukekseni potilaan unta+ muu nukkumisympäristön muokkaus Ymmärrys potilaan sairauden kokemuksesta ja sen vaikutuksesta nukkumiseen</p>	<p>Henkilöstön toiminta Henkilöstö</p>	<p>Hoidon organisointi Henkilöstön käyttäytyminen ja koulutus</p>
<p>Lane: ympäristöstä tuleva melu häiritsee potilaita kovasti, "laitteiden piipitys" Jännitys vaikuttaa nukkumiseen Kipu vaikuttaa merkittävästi kirurgisten potilaiden nukkumiseen. Kipuun herääminen vaikeuttaa uudelleen nukahtamista. Kipulääkitys po muodossa hidastaa vaikutusta ja siten nukahtamista uudelleen.</p>	<p>Melu Henkilöstön toiminta jännityksen poistajana Meluun vaikuttaminen mm.korvatulpilla Hyvä kivunhoito yötä vasten.</p>	<p>Ympäristötekijät Hoidon organisointi Hoidon organisointi</p>
<p>Pilkington: melu ja valaistus ovat suurimpia unihäiriöiden syitä sairaalapotilailla. Akuutisti sairaat potilaat altistuvat paljon kirkkaalle valolle ja laitteiden aiheuttamalle kohinalle. Myös henkilökunnan aiheuttama melu Stressi, ahdistus ja kipu lisäävät unihäiriöitä, koska niiden vuoksi REM-unta on vähemmän.</p>	<p>Melu ja valaistus Henkilöstön aiheuttama melu Henkilöstön vaikutus häiritsevien tekijöiden poistajana</p>	<p>Ympäristötekijät Henkilöstön käyttäytyminen ja koulutus Hoidon organisointi</p>
<p>Tamrat: Melu ja valaistus ovat esteitä nukkumiselle. Potilashuoneiden ikkunoiden kaihtimien pitäminen päivällä suljettuna häiritsee nukkumista yöllä, koska se sekoittaa normaalia vuorokausrytmiä. Unihygienia. Unta häiritsevä työskentelytapa Rentouttava musiikki ja hieronta parantavat nukkumista</p>	<p>Melu ja valaistus Henkilöstön toiminta Henkilöstö</p>	<p>Ympäristötekijät Hoidon organisointi Henkilöstön käyttäytyminen ja koulutus</p>

HAASTATTELUPYYNTÖ

Hyvä hoitotyöntekijä!

Kirurgian vuodeosastoilla 1 ja 2 on toteutettu uuden toimintamallin ”meidän hyvä käytäntö potilaiden unen tukemiseksi” käyttöönotto. Kyselyn avulla on tarkoitus arvioida käyttöönoton onnistumista ja toimintamallin myötä tapahtuneita muutoksia hoitotyöntekijöiden toiminnassa.

Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyöhöni liittyvää tiedonkeräämiseen vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen. Vastaaminen vie aikaasi vain noin 15 minuuttia. Ajatuksesi, ideasi ja kokemuksesi ovat tärkeitä jatkoa ajatellen, kun vastavia toimintamallien käyttöönottoja toteutetaan. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti ja vastaaminen tapahtuu nimettömästi, joten yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa, eivätkä osallistujan tiedot tule esille missään vaiheessa tutkimusta. Vastaukset tulevat vain opinnäytetyöntekijän käyttöön. Opinnäytetyötä ohjaa TtT, lehtori Seija Olli. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan internetissä osoitteessa theseus.fi. Mahdollisesti kehittämisprosessista tullaan myöhemmin julkaisemaan artikkeli.

Vastaathan kyselyyn viimeistään 15.11.19 mennessä.

Johanna Hakala, Sairaanhoidtaja (AMK), terveyden edistämisen YAMK-opiskelija
Satasairaala, Pori
Puh:XXXXXXXXXX
Sähköposti: XXXXXXXX

Arviointikysely
"Meidän hyvä käytäntö potilaan unen tukemiseksi
vuodeosastolla"
-toimintamallin käyttöönotosta

Arviointikysely "Meidän hyvä käytäntö potilaan unen tukemiseksi vuodeosastolla"- toimintamallin käyttöönotosta, käyttämisestä sekä merkityksestä potilaille, omalle työskentelyllesi ja työyhteisöllesi.

Kysymykset 1 ja 2 ovat taustatietoa vastaajasta ja kysymykset 3-10 liittyvät toimintamallin jalkautuksessa pidettyihin workshop-työpajoihin.

1. Työpaikkani

- KIRO 1
 KIRO 2

2. Työkokemus vuosina

(merkitse kokonaiset vuodet)

3. Osallistuin workshop työskentelyyn (kevällä 2019 työpajat osastotunneilla) liittyen "Meidän hyvä käytäntö potilaiden unen tukemiseksi" -toimintamallin muokkaukseen ja käyttöönottoon.

- Kyllä
 Ei

4. Ole hyvä ja vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla sopiva vaihtoehto

1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3=samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä

1 2 3 4

	1	2	3	4
Workshopiin varattu aika oli sopivan mittainen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Workshopiin varattu tila sopi ryhmätyöskentelyyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Workshopista sain uutta tietoa potilaan unesta ja nukkumiseen liittyvistä asioista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Workshopissa työskentelymenetelmät olivat oppimista tukevia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Kommentteja/kehittämisehdotuksia liittyen workshoppeihin ja toimintamallin käyttöönottoon yleisesti

Seuraavat kysymykset liittyvät potilaan nukkumiseen vaikuttaviin tekijöihin. Pyydän Sinua arvioimaan omaa työskentelyäsi liittyen näihin tekijöihin nyt kun toimintamalli on ollut käytössä osastoilla 3-5 kuukauden ajan.

6. Vastaa näihin väittämiin valitsemalla sopiva vaihtoehto.

1= kiinnitän paljon vähemmän huomiota kuin ennen, 2= kiinnitän vähemmän huomiota kuin ennen, 3= kiinnitän saman verran huomiota kuin ennen, 4= kiinnitän enemmän huomiota kuin ennen

Kipu ja muut sairauden oireet

	1	2	3	4
Ennakoivalla kivunhoidolla olen pystynyt tukemaan potilaan nukkumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ennakoivalla pahoinvoinnin hoidolla olen pystynyt tukemaan potilaan nukkumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4
Olen kysynyt potilaalta sairauden oireista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen helpottanut kipua asentohoidoin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen huomionnut asentohoidot tukeakseni potilaan nukkumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Vastaa näihin väittämiin valitsemalla sopiva vaihtoehto.

1= kiinnitän paljon vähemmän huomiota kuin ennen, 2= kiinnitän vähemmän huomiota kuin ennen, 3= kiinnitän saman verran huomiota kuin ennen, 4= kiinnitän enemmän huomiota kuin ennen

Sairaalaympäristö ja osaston ympärivuorokautinen toiminta

	1	2	3	4
Olen tarjonnut potilaille korvatulppia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pitämällä huoneiden ovet kiinni olen vähentänyt sairaalaympäristön aiheuttamaa häiriötä potilaille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhdistämällä eri hoitotoimia samaan kertaan olen vähentänyt hoidon toteutukseen liittyvää epämukavuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen helpottanut ravinnotta olosta johtuvaa epämukavuutta huolehtimalla riittävästä iv. nesteytyksestä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen helpottanut ravinnotta olosta johtuvaa epämukavuutta huolehtimalla runsaan iltapalan seuraavan päivän ravinnotta olijalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen helpottanut ravinnotta olosta johtuvaa epämukavuutta huolehtimalla tarvittaessa illalla lisäravinteen seuraavan päivän ravinnotta olijalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen huolehtinut, että potilaat ovat virtsanneet ennen yötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pyrin vastaamaan potilaskutsuun yöllä, menemällä mahdollisimman pikaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4
huoneeseen				
Olen ottanut päivystyspotilaan vastaan niin, että se häiritsee mahdollisimman vähän muita potilaita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen kysynyt uudelta potilaalta yöllä vain hoidon kannalta välttämättömät asiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen huolehtinut, että yöllä uusi vuodepotilas siirretään sänkyyn käytävällä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen tehnyt vikailmoituksen viipymättä, jos jokin rikkiäinen laite aiheuttaa turhaa melua (esimerkiksi rikkinäiset ovimekanismit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vältän melua aiheuttavia toimenpiteitä yöaikaan (esim. decon käyttö)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Vastaa näihin väittämiin valitsemalla sopiva vaihtoehto.

1= kiinnitän paljon vähemmän huomiota kuin ennen, 2= kiinnitän vähemmän huomiota kuin ennen, 3= kiinnitän saman verran huomiota kuin ennen, 4= kiinnitän enemmän huomiota kuin ennen

Potilashuone nukkumisympäristönä

	1	2	3	4
Huonejärjestelyillä olen pystynyt vaikuttamaan potilaiden nukkumiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen muistuttanut potilaita yövuorossa hiljaisuusajan noudattamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen huolehtinut, että vierailut eivät häiritse potilaan lepoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen huolehtinut miellyttävästä nukkumisympäristöstä (ilmanlaatu, lisäpeitot, tyyny)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen huolehtinut miellyttävästä nukkumislämpötilasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Vastaa näihin väittämiin valitsemalla sopiva vaihtoehto.

1= kiinnitän paljon vähemmän huomiota kuin ennen, 2= kiinnitän vähemmän huomiota kuin ennen, 3= kiinnitän saman verran huomiota kuin ennen, 4= kiinnitän enemmän huomiota kuin ennen

Pelko, huoli ja epäätöisyys

	1	2	3	4
Olen huolehtinut turvallisesta ja rauhallisesta nukkumisympäristöstä huomioimalla potilassijoittelun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen tukenut potilaita puhumaan mieltä vaivaavista asioista jo päiväsaikaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen huolehtinut potilaan riittävästä tiedonsaannista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Vastaa näihin väittämiin valitsemalla sopiva vaihtoehto.

1= kiinnitän paljon vähemmän huomiota kuin ennen, 2= kiinnitän vähemmän huomiota kuin ennen, 3= kiinnitän saman verran huomiota kuin ennen, 4= kiinnitän enemmän huomiota kuin ennen

Vuorokausirytmien sekoittuminen

	1	2	3	4
Potilashuoneen valoisuutta säätelemällä olen tukenut potilaan vuorokausirytmien säilymistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huolehtimalla potilaan aktiivisuudesta päivällä olen tukenut potilaan vuorokausirytmien säilymistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lopuksi on avoimia kysymyksiä, joihin toivon Sinun vastaavan ja pohtivan ”Meidän hyvä käytäntö” -toimintamallin vaikutuksia hoitotyöhön yleisesti osastolla.

11. Miten käytät toimintamallissa sovittuja asioita hoitotyön tukena ja potilaiden unen laadun tukemisessa?

12. Miten toimintamalli on vaikuttanut työyhteisön tapaan tehdä työtä?

13. Miten koet toimintamallin vaikuttaneen potilaiden nukkumiseen?

--

14. Mitä mieltä olet toimintamallin jalkautuksessa käytetyistä menetelmistä (tiedon välitys osastotunneilla, workshopien pohjalta tuotetut materiaalit, kehittämistyön toteuttajan rooli tiedon välittäjänä)

15. Mainitse 3 tärkeintä asiaa, jotka olet oppinut “meidän hyvä käytäntö-toimintamallin” myötä liittyen potilaiden unen tukemiseen hoitotyön keinoin

1	
2	
3	

RYHMÄHAASTATTELUN SAATEKIRJE

TERVETULOA RYHMÄHAASTATTELUUN!

Kirurgian vuodeosastoilla 1 ja 2 on toteutettu uuden toimintamallin ”meidän hyvä käytäntö potilaiden unen tukemiseksi” käyttöönotto. Kaikille hoitotyöntekijöille lähetetyn verkkokyselyn lisäksi toimintamallin myötä tapahtuneita muutoksia selvittää teemahaastattelulla, joka toteutetaan 4-6 hengen ryhmässä keskustellen potilaan unen tukemiseen liittyvistä teemoista (teemat liitteenä). Teemat ovat verkkokyselyssä käsiteltyjä.

Ajatuksesi, ideasi ja kokemuksesi ovat tärkeitä jatkoa ajatellen, arvioitaessa toimintamallin käyttöä. Ryhmähaastattelu on vapaaehtoinen ja suostumus Sinulta on kysytty siihen etukäteen. Vastaukset tulevat vain opinnäytetyöntekijän käyttöön. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan internetissä osoitteessa theseus.fi. Ryhmähaastatteluun on varattu aikaa noin tunti ja se tullaan toteuttamaan XXX tilassa XXX päivänä.

Johanna Hakala, Sairaanhoidtaja (AMK), terveyden edistämisen YAMK-opiskelija
Satasairaala, Pori
Puh: XXXXXXXXXX
Sähköposti: XXXXXXXX

RYHMÄHAASTATTELUN TEEMAT:

Aluksi kysymys keväällä pidetyistä workshopeista: Jos osallistuit, niin kerro mielipiteesi niistä?

Potilaiden nukkumiseen vaikuttavat tekijät osastolla. Toimintamallin vaikutus liittyen hoitotyöntekijöiden toimintaan ja potilaiden nukkumiseen

Kipu ja muut sairaudet oireet

Hoidon toteutukseen liittyvä epämukavuus

Sairaalaympäristö ja osaston ympärivuorokautinen toiminta

Potilashuone nukkumisympäristönä

Pelko, huoli ja epätietoisuus

Vuorokausirytmien sekoittuminen

Toimintamallin vaikutukset potilaiden nukkumiseen (hoitajien mielipide)

Lisäksi teemojen jälkeen avoimet kysymykset kuten e-kyselyssäkin.

1. Miten käytät toimintamallissa sovittuja asioita hoitotyön tukena ja potilaiden unen laadun tukemisessa?
2. Miten toimintamalli on vaikuttanut työyhteisön tapaan tehdä työtä?
3. Miten koet toimintamallin vaikuttaneen potilaiden nukkumiseen?
4. Mitä mieltä olet toimintamallin jalkautuksessa käytetyistä menetelmistä (tiedon välitys osastotunneilla, workshopien pohjalta tuotetut materiaalit, kehittämistyön toteuttajan rooli tiedon välittäjänä)
5. Mainitse 3 tärkeintä asiaa, jotka olet oppinut meidän hyvä käytäntö- toimintamallin myötä liittyen potilaiden unen tukemiseen hoitotyön keinoin

MEIDÄN HYVÄ KÄYTÄNTÖ POTILAIDEN UNEN TUKEMISEKSI / KIRO 1 (6/19)

Yhteisesti sovitulla keinoilla tuemme potilaiden unta:

Uneen vaikuttava tekijä	Tavoite	Keinot	Tehdyt toimenpiteet
Kipu sairauden oireena hankaloittaa nukkumista -Silmäpotilaiden asentohoito	Hoidetaan kipua ennakkoivasti	-Huolehdi riittävät kipulääkemääräykset illalla valmiiksi -Huomioi riittävän tehokas ja ennakkoiva kivunhoito	Oh laittanut viestin silmäpolin haastatteluita tekeville, että asentohoito asiaa tulisi korostaa ennakkokäynnillä.
Ympäri vuorokautiset hoitotoimet häiritsevät potilaita Hoitotoimet kesken, kun yövuoro alkaa. Esim. potilaat virtsaamatta Urologisia potilaita ohjataan juomaan runsaasti, käyvät vessassa öisinkin useaan otteeseen	Potilaiden uni häiriintyy mahdollisimman vähän hoitotoimista huolimatta Hoidetaan erittämiseen liittyvät asiat valmiiksi ennen yövuoroa mahdollisuuksien mukaan	-Hoida potilaat ”nukkumakuntoon” ilta- vuoron aikana, niin paljon kuin mahdollista -Uusi huonosti toimiva iv-kanyyli jo illalla+ riittävästi iv-tiputusta yötä varten -Huolehdi, että leikkauspotilas saisi virtsattua ennen yötä -Muista ohjata urologista potilasta vähentämään juomista yötä kohden -Keskitä hoitotoimia, arvojen ottamista, siihen kun pot. hereillä	Pohdittu onko väliä, otetaanko aamulämpö klo 6 (potilas herää täydestä unesta?) vai klo 7 jälkeen kun muutkin aamun toimet jo alkavat. Työpajoissa todettu, että news-pisteysten vuoksi arvot otettava jo aamuyöllä (4-6 aikaan)
Sairaalaympäristön melu potilasta häiritsevänä tekijänä Potilaskutsujärjestelmä on kovaääninen ja vastaaminen siihen häiritsee potilasta yöaikaan	Potilaat häiriintyvät mahdollisimman vähän, huolimatta ympäri vuorokautisesta toiminnasta	-Vastaa Telesteen (pot. kutsujärjestelmä) yöllä mahdollisuuksien mukaan suoraan huoneesta -Vältä decon käyttöä yöaikaan (kuuluu ainakin lähimpiin potilas huoneisiin)	Osaston kansliassa melumittari, jolla tarkkaillaan melutasoa (myös työturvallisuusasia)
Potilashuone nukkumisympäristönä (useita haittaavia tekijöitä)	Huolehditaan miellyttävästä nukkumisympäristöstä	-Tarjoa korvatulppia (ja silmäsuojia) aktiivisesti	Selvitetään saako varastosta tilattua silmäsuojia

Pot. paikkakohtaisista yö valoista usein jompikumpi rikki Huoneissa kylmä/ kuuma Patjat huonokuntoisia TV:n katselu isossa huoneessa		-Tee solax rikki olevista yö valoista -Tuuleta huone yötä vasten -Tarjoa lisäpeittoa/ tyynyä aktiivisesti -Muistuta potilaita hiljaisuusajoista	Saatu hiljattain uusia patjoja osastolle
Sekava tai muuten valvova huonetoveri häiritsee unta	Potilaiden riittävän levon turvaaminen potilassijoittelun avulla	-Huomioi potilassijoittelu, sijoita sekava/ aggressiivinen potilas pieneen huoneeseen	
Vuorokausirytmien sekoittuminen valaistuksen vuoksi	Potilaiden vuorokausirytmien häiriintyminen mahdollisimman vähän	-Hämärrä huoneissa valaistusta illalla yötä varten -Huolehdi potilaan aktiivisuudesta päiväsaikaan	

MEIDÄN HYVÄ KÄYTÄNTÖ POTILAIEN UNEN TUKEMISEKSI /KIRO 2 (6/19)

Yhteisesti sovitulla keinoilla tuemme potilaiden unta:

Uneen vaikuttava tekijä	Tavoite	Keinot	Tehdyt toimenpiteet
Kipu ja pahoinvointi hankaloittaa nukkumista. Liikerajoitukset rajoittavat paljon nukkumisasentoja.	Hoidetaan kipua ja pahoinvointia ennakoivasti ja käytetään hoitotyön auttamismenetelmiä oireiden hoitamiseksi/helpottamiseksi	-Huomioi tehokas ja ennakoiva kivun- ja pahoinvoinnin hoito -Asentohoito kipujen helpottamiseksi, huomioiden pot. yksilölliset liikerajoitteet	
Ympäri vuorokautiset hoitotoimet häiritsevät potilaita Ravinnotta olosta johtuva jano ja nälkä Potilaat virtsaamatta yövuoron alkaessa	Potilaiden uni häiriintyy mahdollisimman vähän hoitotoimista huolimatta Helpotetaan ravinnotta olosta johtuvaa janon ja nälän tunnetta ennalta sovituin keinoin Hoidetaan erittämiseen liittyvät asiat valmiiksi ennen yötä mahdollisuuksien mukaan	-Tee mahdollisuuksien mukaan hoitotoimet silloin kuin potilas on hereillä -Riittävä iv. nesteytys, huomioiden pot. yksilöllinen tarve -Huomioi runsas iltapala ja tarpeen mukaan lisäravinne seuraavan päivän ravinnotta olijoille. -Huolehdi, että potilaat ovat virtsanneet ennen nukkumaanmenoa.	Panostamme ravinnotta olijojen iv. nesteytykseen heti aamusta alkaen Jokainen hoitaja huomioi nämä asiat oman ryhmänsä potilaiden osalta
Sairaalaympäristön melu ja ympäri vuorokautinen toiminta (Häiritsevät laitteet ja toimenpiteet) Pot. kutsujärjestelmän soittoaani häiritsee potilaiden unta	Potilaiden uni häiriintyy mahdollisimman vähän, huolimatta ympäri vuorokautisesta toiminnasta	-Keskitetä hoitotoimia, vältä melua aiheuttavia toimia yöllä. -Pidä huoneiden ovet kiinni, myös päiväsaikaan. -Siirrä päivystyspotilas käytävällä vuoteeseen ja haastattele yöllä vain välttämättömät asiat -Vastaa mahdollisuuksien mukaan pot. kutsuun yöllä, käymällä huoneessa, koska myco-	Jatketaan korvatulppien aktiivista tarjoamista potilaille. Selvitetty, että mycon hälytysääntä saisi huoneessa pie-

<p>Erityisesti kolisevat ovet ja tippatelineiden “kitinä” liikuteltaessa häiritsevät potilaiden unta.</p> <p>Potilashuoneeseen mennessä käytävävalot heijastuvat huoneisiin sisään</p> <p>Henkilökunnan aiheuttama melu</p>		<p>puhelimella vastaaminen aiheuttaa melua huoneessa.</p> <p>-Tee solax-ilmoitus aina viipymättä rikkinäisistä tai melua pitävistä työvälineistä.</p> <p>-Muista hiljaiset ja rauhalliset työskentelytavat. Tietoisuuden lisääminen henkilökunnan aiheuttamasta melusta</p>	<p>nemmälle yöksi, mutta tehtävä potilaspaiikka kerrallaan.</p> <p>Sovittu, että sammutetaan käytävävaloista vain puolet yöllä. (Kaikkia ei voi työturvallisuuden vuoksi sammuttaa.) Selvitetty tekniikan kautta, saisiko päiväsalista ja kanslian edustalta valot pois. (Ei ole mahdollista). Hoitohenkilökunta on saanut tietoa potilaan nukkumiseen vaikuttavista tekijöistä työpaikoissa ja sähköpostitse lähetetyn esityksen kautta.</p>
---	--	---	---

<p>Potilashuone nukkumis- ympäristönä. Useita haittaa aiheuttavia tekijöitä. (Outo ympäristö, oudot äänet ja hajut, sekavat/ aggressiiviset potilaat) Laajat vierailuajat</p>	<p>Huolehditaan miellyttävästä nukkumisympäristöstä</p>	<p>-Ohjaa vierailuajojen noudattamiseen ja muistuta myös potilaita niistä. -Mahdollista potilaille riittävä lepo</p> <p>-Huolehdi hämärästä nukkumisympäristöstä suojaamalla potilaita väliverhoilla. - Tuuleta huone yöksi - Huomioi potilassijoittelu, sijoita sekava/ aggressiivinen potilas pieneen huoneeseen.</p>	<p>Kehittämislämpäpäivässä keskusteltua asiasta. Pohdittu miten vierailuajoista ja niiden aikana tehtävistä hoitotoimista informoidaan potilaita/ vierailijoita. ->Pidetään yhtenäinen linja vierailuajojen noudattamisessa.</p> <p>Taskulamppuja/kynälamppuja tilattu yövuoroja varten</p>
<p>Potilaan epätietoisuus omasta tilanteestaan häiritsee unta</p>	<p>Potilas saa riittävästi tietoa omasta tilanteestaan.</p>	<p>-Huolehdi, että potilaalla on riittävä ja ajantasainen tieto omasta tilanteestaan. -Muista psyykkisen tuen tarjoaminen (esim. traumapotilaat)</p>	
<p>Vuorokausirytmien sekoittuminen</p>	<p>Potilaat ovat päivällä aktiivisia ja nukkuvat öisin.</p>	<p>-Huolehdi potilaan aktiivisuudesta päivällä. - Kehoitetaan olemaan liikkeellä päiväsaikaan. - Huolehdi ennakoivasti kaikki mahdolliset hoitotoimet illalla kuntoon</p>	

Liitetaulukko 5. Hoitajien toiminta potilaiden unen tukemiseksi. Esimerkki analyysistä yhden yläluokan osalta.

ALKUPERÄINEN ILMAUS/LAUSUMA	PELKISTETTY ILMAUS	Ryhmittely	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p>-Kyl me kipulääkkeet koitetaan tuputtaa illal sillai, ain se ei onnistu</p> <p>-Ehkä nyt kun on vähän kokemustakin tästä alasta, niin huomaa sen et jos niinku näyttää siltä et kipulääkeannostus ei riitä yöksi, niin mielellään jo alkuyöstä konsultoi anelääkäriä ja pyytää parempia ohjeita yöksi</p> <p>- Kyl niitä(kipulääkkeitä) jonkun verran joutuu yövuorossa soittamaan. Ovat usein sellasii potilaita, jotka tullut illalla, tai tulee sellanen odottamaton, mihin ei oo voinukaan valmistautua vielä ilta- vuorossa</p> <p>- Hyvä kivunhoito ennen nukkumaanmenoa, vessakäynti ym. Asentohoidosta huolehtiminen, turvallisuudentunteen lisääminen esim. soittokello lähelle.</p> <p>-Kiinnitän enemmän huomiota pahoinvoinnin estoon</p> <p>-Pahoinvoinnin hoito</p> <p>-Pahoinvointilääkkeiden käyttö lisääntynyt iv:sti</p> <p>-Yleensäkin varmaan siihen, että tekis ne asiat jo illalla, mitä on mahdollista tehdä ja vähän kysyyki potilaalta, et mitä haluisit yötä vasten. Et haluisitko lisää peittoa, tai käydä</p>	<p>Yritys antaa kipulääkettä illalla tarpeeksi</p> <p>Arvioidaan kipulääkityksen riittävyttä jo illalla</p> <p>Kipulääkityksen riittävyys, joutuu yövuorosakin soittamaan ohjeita</p> <p>Huolehditaan hyvästä asennosta kipujen ehkäisemiseksi</p> <p>Tehdään kaikki mahdollinen illalla. Kysytään potilaalta.</p>	<p>Kipulääkkeen tarjoaminen illalla valmiiksi</p> <p>Kipulääkityksen arviointi</p> <p>Lisäkipulääkityksen hankkiminen</p> <p>Asentohoito kivun ehkäisemiseksi</p> <p>Ennaltaehkäisy Pahoinvointilääkkeen käyttö iv</p> <p>Potilaan tarpeiden huomiointi ennakoivasti</p>	<p>Ennakoiva kivunhoito</p> <p>Ennakoiva pahoinvoinnin hoito</p> <p>Ennakoivat hoitotoimet</p>	<p>KIRURGISEN POTILAAN HYVÄ HOITO ENNAKOIDEN</p>

<p>-Yrittää hoitaa niinku yöllä monta asiaa ja kysyy hiljaa, jos joku muu on hereillä, niin kysyy hiljaa, että ottaisko joku muukin samalla esim. kipulääkettä. Et se huone rauhoittuis sit taas.</p> <p>Kun kaikki on alkanu tehdä niin, että tekee mahdollisimman paljon illalla valmiiksi, niin kyllä yökkö osaa arvostaa sitä, että potilaat on yökunnossa, eikä tarvi alkaa vaihtamaan vaippoja ja siivoamaan koko sänky</p> <p>- me on aikasemmin tehty ne mittaukset siinä ku on ollu ne kaikki muutkin, ni nyt on vapautunu just tämmöseen niinkun perushoittoon ja toivottaa hyvää yötä ja kattoo et kaikki on vielä kunnossa, eikä oo sitä, et mitataan vuoronvaihtoon asti</p> <p>-Mun mielestä toi helpottaa tosi paljon, kun ottaa ne newsit jo sillon illalla, eikä aamulla(aamuyöllä)</p> <p>- Yritän jo iltavuoron aikaan kiinnittää enemmän huomiota potilaan vointiin ja saada potilaan olon mukavaksi yötä vasten</p>	<p>Yritetään hoitaa koko huone kerralla kuntoon, kun potilaat hereillä.</p> <p>Perushoito illalla valmiiksi, niin että potilaat "yökunnossa".</p> <p>Hoitotoimia organisoitu iltavuorossa yötä vasten, joka vähentänyt yöhoitajan toimia.</p> <p>Kiinnitetään huomiota potilaan vointiin</p>	<p>Potilaan perushoito ennakoiden.</p> <p>Vitaaliarvojen mittaukset ennakoiden (yksilöllinen tarve)</p> <p>Potilaan voinnin huomiointi ennakoiden</p>		
<p>Mut kyl se huomaa kun sä sitä iltakiertoo teet sitä ensmäistä siin puol kymmenen- kymmenen aikaan, ni jos sul hetki oikeesti aikaa niinku jutella esim.kipulääkeasiasta tai mist vaan, ni kylhän se</p>	<p>Järjestämällä aikaa keskustelulle potilaan kanssa illalla saa yötä rauhoitettua</p>	<p>Potilaan rauhoittamisen keskustelun avulla</p>	<p>Turvallisuuden tunteen luominen</p>	

<p>rauhottaa sen yön. Ainaki ite kokenu. ne ei soita erikseen ku ne tietää, et ku selittää asioita(illalla). Ni kyl se on rauhallisempi se alku.</p>				
<p>-Ja muistan myös sanoa, et sit soitatte, sil taval luoda sitä turvallista olotila potilaalle, et jossa tuu kipeex niin voit soittaa.</p>	<p>Turvallisen olotilan luominen, antamalla tietoa potilaalle</p>	<p>Rauhallisen ympäristön luominen</p>		
<p>-hyvin puhuttu on puolix tehty, eli usein meistä riippumattomista syistä se ilta voi olla ihan hirvee kaaos, ni se peilaantuu noihin mein kaikkiin potilaisiin, ne on paljo levottomampii, et jos on hiukankaan aikaa ja mahdollisuutta, et illalla on kaikki tosi hyvin ja rauhallista ja vähän puhuu jotain ylimääräistä, ni se heijastuu siihen yölle. Se on ihan erilainen tunnelma, jos siihen vaan suinkin pystyy vaikuttamaan, siit yöstä tulee ihan toisenlainen</p>	<p>Nukkumisympäristön rauhoittaminen illalla keskustelun ym. avulla rauhoittaa yötä</p>			
<p>-Kyl mä sit illalla sanonkin et leikkauspäivän yönä ei nuku hyvin, mun mielestä parempi sanoo rehellisesti jo enne kymmentä se, ettei ne sano aamusti, et koko yönä en oo nukkunut. Ei oo iso asia sanoa illalla se valmiiksi ja on rehellistä sanoa se, ettei potilas odota turhaan samaa unta. Avataan asiat maallikon kielelle.</p>	<p>Tiedon antaminen leikkauspäivän yön nukkumisesta rehellisesti</p>	<p>Potilaan tiedottaminen nukkumisesta</p>	<p>Ennakoiva tiedottaminen</p>	
<p>-Ihan samalla tavalla kun puhutaan siitä kivusta, ettei se tuu yllätyksenä, että sä olet kipee ihan oikeesti leikkauksen jälkeen.</p>	<p>Tiedon antaminen, ettei asia tule potilaalle yllätyksenä</p>	<p>Potilaan tiedottaminen kivuista</p>		
<p>Kehotan potilaita soittamaan yöllä apua heti tarvitessaan, etteivät jää miettimään "voiko soittaa"</p>	<p>Tiedon antaminen toiminnasta</p>	<p>Potilaan tiedottaminen hoitokäytännöstä</p>		
<p>Eriyistilanteet:</p>	<p>Silmäpotilaiden nukkumista on hankala tukea</p>			

<p>-Yhdessä todettu, että silmäpotilaiden asentohoitoon ei ole vaikuttanut, koska asentohoidon ”raakuus” iskee vasta siinä potilaalle, kun makaa siinä sängyllä mahallaan koko aika, katot alaspäin. - Mut niiden unenlaatu on aina huonoa, asento on ihan mahdoton. Ja siihen on ihan mahdoton valmistautua, jollei makais jo kotona tyyliin viikkoa valmiix mahallaa.</p>	<p>etukäteen, koska nukuma-asennon raakuus iskee potilaalle vasta siinä hetkessä. Siihen on mahdoton valmistautua.</p>			
---	--	--	--	--