



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Aikuispotilaan kokemukset päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeisestä ohjauksesta ja toipumisesta kotona

Heinonen, Anu
Ouwehand, Anna-Maija

2017 Laurea



Aikuispotilaan kokemukset päiväkirurgisen toimenpiteen
jälkeisestä ohjauksesta ja toipumisesta kotona

Anu Heinonen
Anna-Maija Ouwehand
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2017

Anu Heinonen
Anna-Maija Ouwehand

Aikuispotilaan kokemukset päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeisestä ohjauksesta ja toipumisesta kotona

Vuosi 2017 Sivumäärä 40

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla voidaan edistää päiväkirurgisen aikuispotilaan toipumista ja kivunlievitystä kotona sekä ehkäistä mahdollisia toipumisajan huonoja kokemuksia. Tilajana on HUS:in Lohjan sairaalan päiväkirurginen yksikkö. Tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsaksen avulla jo olemassa olevaa tietoa päiväkirurgisesta ohjauksesta, sen riittävydestä sekä potilaan toipumisesta kotona.

Tietoperusta rakennettiin päiväkirurgiasta, postoperatiivisesta hoidosta, kivun hoidosta, potilaan ohjauksesta ja kokemuksista. Tietoperustassa huomioitiin myös alan hoitosuositus - Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö.

Menetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Se on tutkimusmenetelmä, jonka avulla voi koota aikaisempaa tietoa sekä kuvailla ja tarkastella sitä jäsentyneesti. Aineisto etsittiin Medic-, CINAHL- ja ProQuest-hakukannoista sekä manuaalisella haulla suomen- ja englanninkielisistä lähteistä. Lähteiden valinnassa hyväksyttiin alan uusinta vuosina 2012-2017 julkaistua aineistoa. Mukaan hyväksyttiin tieteellisissä ja ammatillisissa lehdissä julkaistut artikkelit sekä pro gradu -tutkielmat. Tarkasteluun valittiin 12 lähdettä. Aineisto käsiteltiin sisällönanalyysin avulla jäsentyneen kokonaisuuden luomiseksi. Kirjallisuuskatsauksen suuntaa ohjasivat tutkimuskysymykset: millaisena potilaat ovat kokeneet kotihoito-ohjauksen ja miten toipumisaika on sujunut kotona?

Kirjallisuuskatsauksessa tiivistettiin tietoa päiväkirurgisen potilaan ohjauksesta, toipumisesta kotona, kivun hoidosta, haavan hoidosta ja paranemisesta sekä potilaiden kokemuksista päiväkirurgiasta. Kirjallisuuskatsauksen mukaan päiväkirurgiset potilaat olivat pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä toimenpiteeseen. Katsauksesta kävi ilmi, tarve ottaa omainen mukaan potilasohjaukseen. Verkkopohjaisia ohjaussivustoja kaivattiin. Potilaiden toiveena oli postoperatiivisen ohjauksen myöhäisempi ajankohta ja tiiviimpi tiedon määrä. Katsauksen mukaan potilaat toivoivat kirurgin tapaamista leikkauksen jälkeen ja postoperatiivista soittoa kotiin seuraavana päivänä.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa tuli esiin, että päiväkirurgiassa on tarvetta uusille tutkimuksille. Erityisesti hoitotyön osalta tarvitaan uutta ajankohtaista tietoa. Vanhoissa tutkimuksissa päiväkirurgiset potilaat ovat olleet luokkaa ASA 1 ja 2. Nykyisin päiväkirurgisesti leikataan yhä enemmän potilaita ja mukaan hyväksytään aiempien luokkien lisäksi myös ASA 3 ja jopa ASA 4 luokan potilaita. Olisi tärkeää tutkia, miten uusien potilasryhmien toipuminen kotona sujuu.

Asiasanat: päiväkirurgia, potilasohjaus, kokemus, toipuminen.

Anu Heinonen
Anna-Maija Ouwehand

Adult patients' experiences of patient education after ambulatory surgery and recovery at home

Year	2017	Pages	40
------	------	-------	----

The aim of this Bachelor's thesis was to find information to promote the recovery of adult ambulatory patients, pain management at home and eventually prevent undesirable experiences during recovery. This literature review was made for the ambulatory surgery unit in Lohja HUS. The purpose of this thesis was to review patient education of ambulatory patients whether it is sufficient, and patient recovery at home.

The background theory for this work consisted of ambulatory surgery, postoperative care, pain management, patient education and experiences. Current clinical practice guideline - *Nursing care of short-term pain in adult patients after a surgical procedure was also considered.*

The thesis is presented as a narrative literature review. Source information was collected from Medic, CINAHL and ProQuest databases and complemented with manually searched material from sources that were in Finnish or English. For the review, searches were limited to the years 2012 to 2017. Master's theses and articles published in scientific journals were included in the search. From the collected material, 11 sources were selected. The material was processed by content analysis to create a coherent description. The literature review was guided by the following research questions: how did the patients experience post-discharge counseling and how the recovery at home succeeded?

The literature review summarizes information on patient education, recovery at home, pain management, wound healing and patient experience in ambulatory surgery. From the literature review it was concluded that patients were mostly very satisfied with their ambulatory surgery experience. The review also revealed the need to involve a relative or friend in the patients discharge instructions. The review also recommends considering a web-based patient education site for ambulatory patients. The review furthermore highlights that patients wished that their postoperative instructions were given later; i.e. as close to discharge as possible. According to review, patients appreciated a visit by the surgeon after the operation. Also, a postoperative follow-up call on the next day was desired.

In the current literature review, it emerged that day surgery needs new research. In older studies, ambulatory patients have been in class ASA 1 and 2. The number of patients operated through ambulatory surgery is increasing and in addition to the prior classes ASA 3 and even ASA 4 class patients are accepted. Research regarding the recovery of the new patient groups at home would be important.

Keywords: ambulatory surgery, patient education, experience, recovery.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Päiväkirurgia	7
2.1	Postoperatiivinen hoito	8
2.2	Kipu	8
2.3	Potilasohjaus	10
2.4	Lait ja etiikka	10
3	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	11
3.1	Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen suunnittelu	12
3.2	Kirjallisuushaku ja aineiston valinta	13
3.3	Sisällönanalyysi ja aineiston käsittely	14
4	Tulokset	19
4.1	Potilaan ohjaus ohjaajaperspektiivistä	19
4.1.1	Potilasohjaukseen vaikuttavat tekijät	20
4.1.2	Potilasohjauksen sisältö	20
4.2	Potilaan ohjaus potilasperspektiivistä	21
4.2.1	Potilaan kokemus	22
4.2.2	Potilaan tiedontarve	23
4.2.3	Ohjattavan potilaan toiveet	24
4.3	Toipumiseen vaikuttavat asiat	24
4.3.1	Tunteet toipumisaikana	25
4.3.2	Selviytyminen kotona	25
4.3.3	Toipilaan toiveet	26
4.4	Postoperatiivinen kipu	26
4.4.1	Kivun hoito	26
4.4.2	Kivun kokeminen	27
4.4.3	Kivun yksilöllisyys	28
5	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus	28
6	Tulosten yhteenveto	29
7	Pohdinta	31
	Lähteet	32
	Liitteet	35

1 Johdanto

Päiväkirurgia on lisääntynyt Suomessa viimeisen kymmenen vuoden aikana voimakkaasti. Potilaat saapuvat toimenpiteeseen leikkauspäivänä aamuna ja kotiutuvat samana päivänä. Päiväkirurgisia toimenpiteitä tehdään noin puolet operatiivisten erikoisalojen kiireettömistä toimenpiteistä. Päiväkirurgia on kustannustehokasta ja potilaat ovat pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Anestesiatekniikoiden- ja kirurgisten tekniikoiden kehitys, muutokset ja kokemus ovat mahdollistaneet päiväkirurgian lisääntymisen. Aikaisemmin päiväkirurgian vasta-aiheita olivat korkea ikä, lihavuus tai perussairaudet. Nykyään niitä ei pidetä esteenä leikkaukselle, mikäli potilaan yleistila on vakaa ja toimenpide päiväkirurgiaan soveltuva. Iäkkäiden ihmisten on koettu hyötyvän lyhyestä sairaalaoloajasta. (Mattila & Hynynen 2012, 1423-1424.)

HUS:ssa tehtiin 34 490 päiväkirurgista toimenpidettä vuonna 2011 ja niiden osuus oli 63 % kaikista suunnitelluista kirurgisista toimenpiteistä. Yleisempiä päiväkirurgisia toimenpiteitä ovat perusterveiden potilaiden laskimoiden vajaatoiminta-, tyrä-, sappikivi- ja peräpukamaleikkaukset. Pääosa silmätautien sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkauksista tehdään päiväkirurgisina toimenpiteinä. Ortopedian puolella tehdään esimerkiksi pieniä jalkaterän alueen leikkauksia ja niveltähystyksiä päiväkirurgisesti. Ranteen hermokanavan vapautusleikkauksia tehdään käsikirurgian puolella päiväkirurgisesti. (HUS 2017.)

Opinnäytetyön on tilannut HUS eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyössä kartoitettiin leikkauksen jälkeistä ohjausta ja toipumista kotona eli miten potilaat ovat kokeneet kotihoito-ohjeistuksen ja miten toipumisaika sujui kotona. Aluksi tehtiin kyselylomake aikuisille päiväkirurgisille nielurisapotilaille. Suunnitelmiin tuli muutos ja opinnäytetyö muutettiin kirjallisuuskatsaukseksi. Kyselylomaketta varten kerätyn aineiston perusteella tiedettiin, ettei aikuisnielurisapotilaista ole riittävästi alle viiden vuoden ikäistä aineistoa kirjallisuuskatsausta varten. Tämän vuoksi näkökulmaa laajennettiin aikuispotilaan päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeiseen ohjaukseen ja toipumiseen kotona.

Tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla jo olemassa olevaa tietoa päiväkirurgisesta ohjauksesta, sen riittävydestä sekä potilaan toipumisesta kotona. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista valmisteltiin osastotunti, johon koottiin keskeisimmät tulokset päiväkirurgisesta potilasohjauksesta ja potilaiden toipumisesta kotona. Kerättyä ja analysoitua tietoa voidaan hyödyntää toimeksiantajan ohjauksen kehitystyössä, potilaan kivunhoidossa, toipumisen edistämässä ja ehkäistäessä toipumisajan huonoja kokemuksia.

2 Päiväkirurgia

Päiväkirurgialla tarkoitetaan ennalta suunniteltua toimenpidettä, joka tehdään leikkaussalissa ja potilaan sairaalassaoloaika on alle 12 tuntia. Suomessa tehdään noin puolet kiireettömistä leikkauksista päiväkirurgisesti. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2014, 124.) Alue- ja keskussairaaloissa päiväkirurgian osuus on 70 % tehdyistä leikkauksista (Hammar 2011, 11).

Anestesiolla tarkoitetaan kehon osan tai kehon väliaikaista kivuttomuutta tai tunnottomuutta, joka on saatu aikaan lääkeaineilla. Siihen voi liittyä lihasten relaksaatio, tiedottomuus ja muis-tamattomuus. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 625.) Kirurgisessa toimenpiteessä potilaan ku-dosta joudutaan vaurioittamaan, jotta toimenpide saadaan suoritetuksi. Toimenpide voi olla tähytys, jäädytys, poltto, lasersäde, avohaava tai infrapunasäde. (Salanterä, Heikkinen, Kaup-pila, Murtola & Siltanen 2013)

Päiväkirurgia on kustannustehokasta, potilas- ja henkilökuntamyönteistä ja hyvin suunniteltua toimintaa. Tavallisimpia päiväkirurgisia leikkauksia ovat nielurisojen ja kitarisojen poistot, ol-kanivelen ja polven tähytykset, nilkan kiinnitysmateriaalin poistot, sappirakon poistoleikkauk-set tähytyksessä, raskauden keskeytykset ja naisten sterilisaatio sekä nivustyrän ja napatyrän korjausleikkaukset. Päiväkirurgia ei sovellu potilaille, joille leikkaus tehdään kallon sisälle, rin-taonteloon tai leikkauksen yhteydessä on tulossa verensiirto. (Ahonen ym. 2014, 124.)

Potilaille tehdään ASA-luokitus eli anestesariskiluokitus ennen leikkausta, katso taulukko 1. Päiväkirurgiaan tuleva potilas kuuluu yleensä luokkiin 1 ja 2. Potilaan kuuluminen luokkaan 3 tai 4 ei ole este leikkaukselle, mikäli potilaan sairaus on hyvässä hoitotasapainossa. (Ahonen ym. 2014, 130.)

ASA - luokka	Kuvaus
ASA 1	Potilas on terve iältään yli 1-vuotias ja alle 65-vuotias
ASA 2	Potilas on alle 1-vuotias tai yli 65-vuotias tai potilas, jolla on lievä hyvässä tasapainossa oleva sairaus
ASA 3	Potilas, jolla on vakava yleissairaus Esimerkiksi tasapainossa oleva insuliinidiabetes tai stabiili koronaaritauti
ASA 4	Potilas, jolla on hengenvaarallinen yleissairaus Esimerkiksi huonossa tasapainossa oleva diabetes, aivoverenkiertohäiriö, epästabiili koronaaritauti
ASA 5	Hengenvaarassa oleva potilas, jonka elinaikaennuste ilman leikkausta on alle 24 tuntia

Taulukko 1: Ennen leikkausta tehtävä anestesariskiluokitus eli ASA-luokitus (mukaillen Aho-nen ym. 2014, 100)

2.1 Postoperatiivinen hoito

Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen hoito alkaa siitä, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöhön. Potilaita seurataan intensiivisesti. Potilaan vitaalielintoimintoja ja kipua seurataan. Kipulääkettä annetaan sekä pahoinvointilääkettä, mikäli potilas on huonovointinen. Potilas tuntee pahoinvoinnin ikävämmäksi kuin kivun. Anestesian poistumista ja tajunnantasoja seurataan. (Ahoon ym. 2014, 104.) Potilaan tuntiessa vointinsa hyväksi hän voi nousta ylös ja siirtyä toipumaan erilliseen tilaan, jota kutsutaan kakkosvaiheen heräämökseksi. Postoperatiivinen hoito voi sisältää kylmähoitoa, jolla ehkäistään turvotusta ja kipua. Potilaille annetaan kylmää juotavaa tai syötävää. Kohoasennolla sekä kylkiasennolla voidaan vaikuttaa potilaan olotilaan sekä mahdolliseen verenvuotoon. Potilaan kipua huomioidaan mielellään ennen sen tuloa. (Ilola, Hoikka, Heikkinen, Honkanen & Katomaa 2013, 326-344.)

Haavan paranemiseen vaikuttavat leikkaavan lääkärin kudoksen käsittelytaito, muun leikkaustiimin ammattitaito, leikkauksen optimaalinen kesto ja postoperatiivisen sairaalahoidon paikka ja kesto. Päiväkirurgiassa potilas viipyy sairaalassa alle 12 tuntia ilman, että hän käy varsinaisella vuodeosastolla lainkaan. Näin toipuminen on nopeaa ja infektioriski pieni. Leikkaushaavan sijainti limakalvoilla, joissa on paljon verisuonia, edistää haavan paranemista ja vähentää komplikaatioita. Infektiokomplikaatioita ehkäistään antamalla ennen leikkausta antibiootti-profylaksia yleensä kerta-annoksena. (Hammar 2011, 25 - 29.)

2.2 Kipu

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys (IASP) määrittelee kivun tunnekokemukseksi tai epämiellyttäväksi aistimukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaaurio. Kipua kuvataan kudosaaurion käsittein. Hoitotieteellisen määritelmän mukaan kipu on, mitä ihminen sanoo sen olevan ja kipua on silloin, kun ihminen sanoo sitä olevan. (Salanterä ym. 2013.) Kipu on ihmisen omakohtainen kokemus eikä sen laatua, paikkaa tai voimakkuutta voi kukaan muu määrittellä.

Potilaan kokemus kivusta on kivun hoitotyön lähtökohta. Kivun hoitotyö on hoitotyön keino auttaa potilasta kokemastaan kivusta. Toimenpiteeseen liittyvä kipu on nosiseptiivistä, kudosaauriosta johtuvaa kipua. Kivun syynä on kipureseptoreiden aktivoituminen kudosaaurion alueella. Nosiseptiivinen kipu häviää, kun kudosaaurio paranee. Koettavaan kipuun vaikuttavat emotionaalinen tila, ihmisen tarkkaavaisuus, asenteet ja odotukset. (Salanterä ym. 2013.)

Potilaan kipua arvioidaan jatkuvasti ja lääkehoitoa toteutetaan potilaskohtaisesti. Kipua voidaan kuvailla monilla erilaisilla sanoilla. Kipu voi olla esimerkiksi räjähtävää, pistävää, puristavaa, viiltävää, aaltoilevaa, jomottavaa. Kipua arvioitaessa huomioidaan potilaan käyttäytymi-

nen. Kipu voi ilmetä ärtyneisyytenä, kärsivänä ilmeenä, levottomuutena, epätavallisena asentona, epämukavana olona, valittamisena, verenpaineen nousuna ja hengitystoiminnan muutoksena. Tunnistettaessa kipua arvioidaan potilaan ahdistus, masennus, sukupuoli, aikaisemmat kipukokemukset, toimenpiteen luonne sekä potilaan pelko. Naiset kokevat toimenpidekivun miehiä kovempina ja potilaan preoperatiivinen kipu ennustaa kovempaa postoperatiivista kipua. Myös masentuneet, pelokkaat ja ahdistuneet potilaat kokevat toimenpiteen jälkeisen kivun kovemmaksi. Toimenpiteen luonne vaikuttaa myös postoperatiivisen kivun voimakkuuteen. (Salanterä ym. 2013.)

Lääkäri päättää kivunhoidosta potilaan tarpeiden mukaisesti. Kipulääkkeen antoajankohta, määrä, kotilääkitys ja antoreitti suunnitellaan yksilöllisesti potilaan kanssa. Hotuksen mukaan leikkauksen jälkeinen delirium eli sekavuus riski oli pienempi potilailla, jotka olivat saaneet kipulääkkeen suun kautta. Suun kautta kipulääkkeen saaneet potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoonsa leikkauksen jälkeen. (Salanterä 2013.)

Kivunhoito voi olla myös lääkkeetöntä. Kylmähoito lievittää potilaan kipua vaikuttamalla kudosten verenkiertoon. Kylmä alentaa kudosten lämpötilaa, jolloin aineenvaihdunta ja verenkierto hidastuvat, lihakset rentoutuvat ja kipu lievittyy. Kylmähoito vähentää myös turvotusta ja tulehdusta. Kylmähoito voi olla kylmän nesteiden nielemistä, kylmägeelin sivelemistä tai kylmäpakkauksen pitämistä kipukohdassa. Leikkauksen jälkeen ei lämpöhoitoa voida käyttää, koska se lisää verenkiertoa ja verenvuotoriskiä. (Salanterä ym. 2013.)

Hoitajan tai omaisen läsnäolo voi olla lääkkeetöntä hoitoa. Huomio kiinnittyy muualle ja ajatukset siirtyvät pois kivusta. Hoitajan läsnäolo, kuunteleminen ja kosketus voivat helpottaa potilaan kipua. Asentohoito on yksi hoitomuoto. Potilasta voidaan tukea tyynyillä parempaan asentoon tai vuoteen päätyä voidaan kohottaa. Asennonvaihto lievittää kipua, koska se vaikuttaa verenkiertoon ja rentouttaa potilasta. (Ilola ym. 2013, 203.) Kognitiivisillä menetelmillä voidaan helpottaa potilaan kipua lääkehoidon lisänä. Rentoutus ja musiikki vähentävät kivun tunneperäistä kokemista. Hotuksen tutkimuksen mukaan kofeiini voi tehostaa parasetamolin ja ibuprofeenin vaikutusta ja parantaa kivunlievitystä akuutissa kivussa 5-10 %. (Salanterä ym. 2013.)

Potilas tarvitsee tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta, hoidosta ja kivun arvioinnista. Se vähentää ahdistusta ja pelkoa ennen leikkausta sekä lisää potilaan keinoja hallita kipua. Potilastyytyväisyys kivunhoitoon paranee ja potilaan paraneminen edistyy leikkauksen jälkeen. Potilasohjaus pitää olla sisällöltään monipuolista ja riittävää, koska liian vähäinen tieto toimenpiteestä lisää potilaan ahdistusta. Ohjauksen on oltava sekä suullista että potilaalle on hyvä antaa esite mukaan. Hotuksessa oli tutkimus, jossa potilaat olivat saaneet tehostettua ohjausta päiväkirurgisesta hoitoprosessista, kipulääkityksestä ja kivunhoidon toteutuksesta internetin

kautta. Näillä potilailla kipu oli paremmin hallinnassa kuin ryhmällä, jotka eivät olleet saaneet internetohjausta. Preoperatiivinen ohjaus koettiin myös hyväksi. Potilaat tarvitsevat tietoa kipulääkkeiden käytöstä ja kipulääkkeistä, koska he pelkäävät lääkeriippuvuutta ja niiden haittavaikutuksia. Potilaat ajattelevat, että kipu pitää kestää, vaikka kivun kokeminen hidastaa toipumista. (Salanterä ym. 2013.)

2.3 Potilasohjaus

Potilasohjaus on keskeistä hoitotyössä ja se on tärkeä osa turvallista hoitoa. Ohjauksen rinnakkaiskäsitteitä ovat neuvonta, valmentaminen, opettaminen ja motivoiva keskustelu. Potilasohjaus on yleensä tiedon välittämistä hoitohenkilökunnalta potilaalle. Se toteutetaan joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Suullinen ohjaus on yleisin ohjaamistapa. Ohjauksen tukena voidaan käyttää kirjallista ohjausta ja audiovisuaalisia keinoja, kuten tietokoneohjelmia, pelejä, äänitteitä, puhelinta, joukkoviestimiä ja videoita. Demostratiota käytetään uuden asian oppimisessa, esimerkiksi insuuliinin pistämisen opettamisessa tai avanteen hoidossa. (Ahonen ym. 2014, 34-239.)

Ohjaustehtävässä toimitaan yhteistyössä potilaan kanssa. Mikäli potilaalla on oppimista edistäviä tai haittaavia tekijöitä, tulee ne huomioida ohjausta suunniteltaessa. Sekä hoitajan että potilaan on uskottava ihmisen kykyyn ja voimaan toipua ja haluttava sitä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 29, 160.) Ohjattavan osaamista kunnioitetaan perustamalla ohjaus sille, mitä asiakas jo tietää, huomioimalla ja reagoimalla asiakkaan mielihetkiin ja ajatuksiin. (Syväoja & Äijälä 2009, 109.)

2.4 Lait ja etiikka

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa antamaan potilaalle tiedon hoidostaan. Potilaalla on itsemääräämisoikeus sekä oikeus osallistua omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun sekä päätöksiin hoidon suhteen. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määritellään oikeus hyvään hoitoon ja siihen liittyvään kohteluun ilman syrjintää. Potilasvahinkolain (585/1992) mukaan potilaalla on oikeus tehdä muistutus hoidostaan, mikäli hän on kohteluunsa tyytymätön tai siinä on tapahtunut virhe. Henkilötietolain (523/1999) mukaan potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä ja ilman potilaan suostumusta niitä ei saa luovuttaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on määritelty kohdat, jolloin tietoja saa luovuttaa, esimerkiksi jos potilas on itse kykenemätön päättämään hoidostaan tai tietoja on tärkeää luovuttaa toiselle terveydenhuollon yksikölle hoidon tai tutkimuksen vuoksi. (Finlex 2016). Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään erikoissairaanhoidon palvelujen ja toiminnan sisällöstä, kuten päiväkirurgiasta.

”Terveystieteiden lakia sovelletaan kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä.” (Finlex 2016.)

Terveystieteiden ammattihenkilöistä (1994/559) säädetyn lain tarkoituksena on parantaa terveydenhuollon palveluiden laatua sekä lisätä potilasturvallisuutta. Laissa määritellään ammatteettiset velvollisuudet. Sairaanhoidajan ammatissa sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen, terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä kärsimyksen lievittäminen ovat päämääriä. Työskennellessä sairaanhoitaja käyttää hyväksytyjä ja perusteltuja toimintatapoja. Hyvän etiikan mukaisesti sairaanhoitaja täydentää jatkuvasti osaamistaan ja noudattaa salassapitovelvollisuutta. (Finlex 2016.) Sairaanhoitaja on vastuussa tekemistään hoitotoimenpiteistä sekä potilaista. Arvot ovat etiikan perusta. Ne voidaan jakaa mm. eettisiin, tieteellisiin ja esteettisiin arvoihin. Hoitotyön etiikka käsittelee oikean, väärän sekä hyvän ja pahan kysymyksiä hoitotyössä. Kysymykset oikeasta ja väärästä ovat tieteellistä etiikkaa, koska tiede vastaa kysymyksiin. Esteettiset arvot kertovat esimerkiksi kauniisti sisustetusta sairaalasta, kun taas likaiset lakanat ovat epäesteettiset. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 36-38.)

Tutkimusetiikkaa ohjaa lainsäädäntö ja sairaanhoitopiirien eettiset toimikunnat (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 986/1999). (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 363). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa antamaan potilaalle tiedon hoidostaan. Potilaalla on oikeus osallistua omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun sekä päätöksiin hoidon suhteen (Finlex 2016). Joissakin tutkimusyksiköissä oma eettinen toimikunta käsittelee tutkimuslupa-anomukset. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 363.) Kansallinen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet ohjaavat myös hoitotieteellistä tutkimusta.

Sairaanhoidajien työtä ohjaavat ja tukevat sairaanhoidajien eettiset periaatteet. Sairaanhoidaja kunnioittaa potilasta, hänen arvojaan, tapojaan ja vakaumustaan. Hän kohtelee yksilöllisesti potilasta, kunnioittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan ja on oikeudenmukainen. Hän on tasapuolinen kaikkia potilaita kohtaan. Sairaanhoidajat ovat kollegiaalisia toisiaan kohtaan ja tukevat toinen toisiaan. He ottavat mukaan potilaiden omaiset ja vahvistavat heidän osallistumistaan hoitoon. Sairaanhoidaja antaa potilaille terveyttä edistävää tietoa ja kannustaa potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa. (Sairaanhoidajaliitto 1996.)

3 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Se on tutkimusmenetelmä, jolla voi koota aikaisempaa tietoa sekä kuvailla ja tarkastella sitä jäsenyntyneesti. Kuvaileva kirjallisuuskatsauksen perustana on tutkimuskysymys. Se tuottaa valittuun aineistoon perustuvan ku-

vailevan laadullisen vastauksen. Menetelmä on luonteeltaan aineistolähtöistä ja ymmärtämi- seen tähtäävää kuvausta. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291-299.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vahvuutena pidetään sen argumentoituvuutta ja mahdolli- suutta ohjata tarkastelu tiettyihin erityiskysymyksiin. Menetelmän avulla voidaan tuottaa uusia näkökulmia aineistolähtöisesti. Tieteellistä tietoa tuottaessa kuvailevan kirjallisuuskatsauk- sen etu on sen avulla tuotettu ilmiölähtöinen kuvaileva tieto. Saatua tietoa voidaan käyttää tutkimuskysymyksen kriittiseen tarkasteluun eri näkökulmista. (Kangasniemi ym. 2013, 292- 299.)

3.1 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen suunnittelu

Kirjallisuuskatsaus aloitetaan suunnittelulla. Ensin määritellään tutkimusongelma tai tutkimus- kysymys, joka on rajattu, mutta sopivan laaja (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 24). Riittävän täsmällinen tutkimuskysymys mahdollistaa aiheen syvällisen tarkastelun; toisaalta väljä tutki- muskysymys mahdollista aiheen tarkastelun monista näkökulmista. Hajanaisiin ja pirstaleisiin alueisiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii erityisen hyvin. (Kangasniemi ym. 2013, 295.) Kir- jallisuuskatsauksen luonteen vuoksi tutkimusasetelmaan on voitava saada vastaus kirjallisuuden perusteella. Työn edetessä on pidettävä mielessä, miten saatua tutkimustietoa tullaan hyödyn- tämään. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 24.) Suunnitteluvaiheessa on hyvä pohtia valmiiksi myös prosessin seuraavia vaiheita. Näitä ovat aineiston valinta, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkastelu (Kangasniemi ym. 2013, 295).

Kirjallisuuskatsauksella ja siihen sisältyvällä aineiston käsittelyllä pyritään kohti tutkimuksen tarkoitusta vastaamalla tutkimuksen suuntaa ohjaaviin tutkimuskysymyksiin. Käsittelymenetel- män valintaan vaikuttaa alkuperäistutkimusten heterogeenisyys. Ainoastaan laadullisin mene- telmin tehtyjä alkuperäistutkimuksia voidaan käsitellä metasynteeseillä. Kuvaileva luokittelu voi sopia paremmin silloin, kun käsitellään sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia sisältävää aineistoa. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 84-85.)

Aineiston käsittelymenetelmään vaikuttava tekijä on, millaista tietoa katsauksella pyritään tuottamaan. Tavoite voi olla aikaisempien tutkimusten ja tulosten raportointi - tällöin puhutaan yhdistelystä. Synteesiä käytetään, kun tavoitteena on tiedon yhdistäminen tai kokonaisuuden rakentaminen. Analyysissä pilkotaan kerättyä tietoa. Tietoa voidaan myös vertailla. Vertailu voidaan tehdä joko tilastollisin tai käsitteellisin menetelmin. Yhdistelevää tietoa on mielekästä tuottaa hajanaisesta aineistosta, kun heterogeenista aineistoa voi olla sopivampi käsitellä syn- teesin tai analyysin avulla. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 85.)

Kirjallisuuskatsauksella etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin: Millaisena potilaat ovat kokeneet kotihoito-ohjauksen ja miten toipumisaika sujui kotona? Tarkentavia alakysymyksiä olivat ohjauksen sisältöön ja määrään liittyvät asiat sekä kipulääkitys- ja komplikaatioasiat.

3.2 Kirjallisuushaku ja aineiston valinta

Hakuprosessi on luotettavuuden kannalta keskeinen vaihe, siksi kirjallisuuden systemaattiseen hakuun tarvitaan strategia. Tarvittava systemaattisuuden taso riippuu kirjallisuuskatsaustyyppistä. Vaikka meta-analyysin hakuprosessin on oltava äärimmäisen systemaattinen, ilmiötä yleisesti tarkastelevassa katsauksessa voidaan tyytyä vähemmän systemaattiseen lähestymistapaan. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 25.)

Kirjallisuushakua tehdään sekä manuaalisesti että sähköisesti. Sähköinen tiedonhaku tehdään erilaisista tietokannoista. Sitä varten tarvitaan hakusanat. Hakua varten tarvittavat hakusanat määritellään niin, että ne kattavat aiheen kannalta keskeiset käsitteet. Apuna voi käyttää esimerkiksi tietokantojen asiasana-hakujia. Hakusanojen lisäksi hakua varten tarvitaan mukaanotto ja poissulkukriteerijä, joiden avulla katsaus pidetään suunnitellussa fokuksessa. Niiden avulla tunnistetaan relevanttia kirjallisuutta ja vähennetään virheellisen tai puutteellisen katsauksen riskiä. Mukaanotto kriteereinä voi myös käyttää julkaisuvuotta. Manuaalinen haku voidaan tehdä esimerkiksi valittujen artikkeleiden lähdeluettelosta. Sen toteutus määräytyy katsauksen tarkoituksen perusteella. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 25-27.)

Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen voidaan käyttää implisiittistä ja eksplisiittistä hakustrategiaa. Implisiittisessä valinnassa valinnan luotettavuus ja osuvuus tuodaan esille raportin tekstissä. Eksplisiittisessä aineiston valinnassa hakuprosessin vaiheet, valintakriteerit ja poissulkukriteerit raportoidaan verrattain tarkasti. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296.)

Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi tulee kuvata niin tarkasti, että lukija pystyy halutessaan toistamaan sen. Mukaan otetut ja poissuljetut tutkimukset pitää dokumentoida. Tutkimusten valintaa voi kuvata esimerkiksi Flow-kaavion avulla. Kirjallisuushaku on aikaa vievin osuus kirjallisuuskatsausta. Hakuja voi joutua muokkaamaan ja tarkentamaan lukuisia kertoja. Hakuprosessi ei ole koskaan täydellinen. Pohdintaosiossa on syytä tuoda esille ja pohtia hakustrategian ja kirjallisuushaun toteutukseen liittyviä vahvuuksia ja heikkouksia. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 27-28.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on löytää mahdollisimman relevantti aineisto, joka vastaa tutkimuskysymykseen. Usein aineisto muodostuu uusimmista tutkimuksista. Valinnassa korostuu menetelmän aineistolähtöinen ja ymmärtämiseen tähtäävä luonne. Aineiston valinta ja analyysi tapahtuvat osin samanaikaisesti. Valinnassa pohditaan, mikä on löydetyn

alkuperäistutkimuksen rooli suhteessa tutkimuskysymykseen. Täsmentääkö, jäsentääkö, kritisoiko tai avaako lähde tutkimuskysymystä? Mikä on lähteen näkökulma ja abstraktiotaso suhteessa muihin valittuihin kirjallisuuslähteisiin. Toisin kuin systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan rajatuista hakusanoista poiketa kesken hakuprosessin, mikäli se on aiheellista tutkimuskysymyksen vastaamisen kannalta. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston kokoamisessa painoarvo on aikaisemman tutkimuksen sisällöllisellä valinnalla. Refleктоimalla aineiston valintaa jatkuvasti ja vastavuoroisesti tutkimuskysymykseen tutkimuskysymys ja valittu aineisto tarkentuvat koko prosessin ajan. Aineiston riittävyyden kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa määrää tutkimuskysymyksen laajuus. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296.)

Aiheeseen tutustumisen aloitettiin ajatuskartalla ja käsitteiden muodastamisella. Apuna käytettiin Medic-tietokantaa. Lisää asiasanoja saatiin CINAHL (EBSCO) haku tehtäessä. Aineiston etsimisen aloitettiin Medicillä. Muita käytettyjä tietokantoja olivat TamPub, CINAHL (EBSCO) ja ProQuest. Manuaalista haku teimme Hoitotiede ja Tutkiva Hoitotyö lehtien sisällysluette-loista. Käytettyjä hakusanoja olivat päiväkirurgia, kirurgia, lääkkeetön hoito, potilaan kokemukset, ambulatory surgical procedures, ambulatory surgery, day surgery, patient education, recovery ja postoperat*. Alkukarsinta tapahtui otsikon perusteella. Karsintaa jatkettiin lukemalla tiivistelmät. Lopullinen valinta tapahtui itse artikkelien perusteella. Haku- ja karsinta-prosessia on kuvattu liitessä 1.

Sisäänottokriteereinä oli päiväkirurgian jälkeistä potilasohjausta ja toipumista käsittelevät englannin- ja suomenkieliset aineistot. Lähteiden valinnassa hyväksyttiin alan uusinta vuosina 2012-2017 julkaistua aineistoa. Mukaan hyväksyttiin tieteellisissä ja ammattillisissa lehdissä julkaistut artikkelit ja pro gradu -tutkielmat. Poissulkukriteereihin kuului ei tieteelliset tai ammatilliset julkaisut, ennen vuotta 2012 julkaistut aineistot ja lapsia käsittelevät aineistot. Emme myöskään hyväksyneet AMK-tasoisia opinnäytetöitä.

3.3 Sisällönanalyysi ja aineiston käsittely

Valitun aineiston esittely on aineiston käsittelymenetelmän valintaa seuraava vaihe. Aineiston esittelyn tarkoituksena on lisätä katsauksen luotettavuutta. Aineistosta esitetään tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten kannalta tarkoituksen mukainen tieto. Tyypillistä on esittää julkaisua koskevia ja käytettyjä menetelmiä koskevia tietoja. Julkaisuun liittyviä tietoja, joita voi esittää, voivat olla kirjoittajia ja julkaisuajankohtaa ja kirjoittajien maata koskevat seikat. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 86.)

Lähdeaineiston esittely voi tapahtua joko sanallisesti tai kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä. Esittelytapa riippuu valitun aineiston määrästä. Sanallisella esittelyllä tarkoitetaan kuvailevaa

yhteenvedoa valituista tiedoista. Aineiston esittelykeinoina voidaan käyttää erilaisia kaavioita ja kuvioita. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 87.) Tutkimusten yhteenvedo voidaan esittää taulukkomuodossa. Taulukon tarkoitus on luoda kokonaiskuva ja ymmärrys aineistosta. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 31.) Mukaan valittu lähdeaineisto on koottu taulukkomuotoon liitteeseen 2.

Valitun aineiston tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Valittu aineisto voi koostua tutkimuksista, joissa on käytetty empiirisiä tutkimuksia, teoreettisia tutkimuksia tai näiden yhdistelmiä. Tutkimusten laatua voi halutessa rajoittaa valintakriteereissä. Valitun aineiston esittelyssä voidaan käyttää joko laadullisia tai määrällisiä menetelmiä. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 87.) Valittua aineistoa käytiin läpi. Siitä valittiin kohdat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Vastaukset kirjoitettiin tekstimuotoon. Tiivistettyjä tuloksia on esitetty lähdekohtaisesti liitteessä 3. Liitteessä on myös esitetty pääkysymysten lisäksi alakohtaiset tutkimuskysymykset.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on esitettyyn tutkimuskysymykseen vastaaminen. Tarkoituksena ei ole referoida, tiivistää, siteerata tai raportoida alkuperäistä tutkimusaineistoa vaan tehdä aineiston sisäistä vertailua, analysoida olemassa olevan tiedon vahvuuksia ja heikkouksia ja tehdä päätelmiä aineistosta. Käsittelyssä yhdistetään ja analysoidaan sisältöä kriittisesti ja syntesoidaan tietoa eri tutkimuksista. Valitusta aineistosta haetaan ilmiön kannalta merkityksellisiä seikkoja ja niitä ryhmitellään sisällöllisesti kokonaisuuksiksi. Tulosten esittäminen tekstinä on luonteeltaan aineistolähtöistä. Se vaatii aineiston syvällistä tunteamista ja valitun aineiston kokonaisuuden hallintaa. (Kangasniemi ym. 2013, 296-297.)

Aineisto oli hajanainen, joten aineistoa käsiteltiin sisällönanalyysin avulla jäsentyneen kokonaisuuden luomiseksi. Sisällönanalyysin tavoite oli tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Sisällönanalyysiä voi käyttää aineiston järjestelemiseen ja kuvailemiseen. Induktiivisessä sisällönanalyysissä aineisto pyritään kuvaamaan tiivistetyssä muodossa. Analyysi aloitetaan purkamalla aineisto osiin. Sen jälkeen sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Lopuksi aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.) Alla olevissa taulukoissa 2 ja 3 on esitetty päätutkimuskysymyksittäin aineiston käsittely induktiivisella analyysillä. Tekstimuotoon kirjoitetuista tiivistelmistä etsittiin pelkistettyjä ilmaisuja. Samantapaisista pelkistetyistä ilmaisuista yhdistettiin alaluokkia. Syntyneistä alaluokista koottiin yläluokkia, joista muodostui pääluokat.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
hoitajien toivottiin kysyvän aikaisemmista sairaala kokemuksista	ohjattavan potilaan toive	potilasohjaus potilasperspektiivistä	potilasohjaus
yksilöllisyyden huomioimista toivottiin	potilasohjauksen kulku	potilasohjaus ohjaajaperspektiivistä	
potilaat esittivät enemmän kysymyksiä kuin sairaanhoitajat	potilaan tiedon tarve		
tietoa haluttiin haavahoidosta ja haavan paranemisen eri vaiheista haluttiin yksityiskohtaista tietoa	potilasohjauksen sisältö		
ohjaustilanteessa kivunhoidossa kiinnosti lääkkeit ja niiden annostelu sekä lääkkeettömässä hoidossa kiinnosti asentohoito ja kylmähoito	potilaan kokemus		
ohjaustilanteessa kivunhoidossa kiinnosti lääkkeit ja niiden annostelu sekä lääkkeettömässä hoidossa kiinnosti asentohoito ja kylmähoito	potilasohjaukseen vaikuttavat tekijät		
autolla ajaminen, jälkitarkastus ja peseytymiseen liittyviä asioita kysyttiin			
aikaisempia leikkauskokemuksia ei juuri hyödynnetty potilasohjauksessa			
toivottiin lisätietoa taloudellisista asioista, kuten matkakustannuksista, lääke- ja sairaalakuluista			
kivun arviointia ohjattiin liian vähän			
potilaat saivat riittävästi tietoa toimintakykyä tukevista asioista kuten jumppaohjeet, liikunta ja lepo			
kutsukirjeeseen ehdotettiin lisättävän tietoa leikkauspäivän kulusta ja ohje valita helposti puettavia vaatteita leikkauspäiväksi			
tietoa sivuvaikutuksista, kuten pahoinvoinnista ja kurkkukivusta toivottiin			
potilaat toivoivat kirurgin käyntiä leikkauksen jälkeen, jotta olisivat saaneet tietoa toipumiseen ja leikkaukseen liittyvistä asioista			
kirurgin käynti potilaan luona antoi positiivisen kokemuksen hoidosta			

ohjaustilanteen kiire todettiin häiritseväksi			
ohjaukselle toivottiin lisää aikaa			
terveydenhuoltoalalla työskentelevät potilaat toivoivat saavansa samanlaista ohjausta kuin muutkin potilaat - he kokivat, että heidän ohjauksestaan saattoi jäädä olennaisia tietoja käsittelemättä			
kirjallisiin kotihoito-ohjeisiin oltiin tyytyväisiä			
suurin osa potilaista oli saanut ohjeistuksen komplikaatioiden varalta			
potilasohjauksessa tulee kertoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, joita ovat rentoutuminen, musiikki ja ohjattu mielikuvaharjoittelu			
potilaan tulkinnat huomioitava potilasohjauksessa			
potilaan ikä, kulttuuritausta, oppimiskyky ja kieli tulee huomioida ohjaustilanteessa			
ennen leikkausta kasvokkain käyty ohjauskeskustelu potilaiden kanssa lisäksi potilaiden hermostuneisuutta enemmän kuin internet-pohjainen ohjaus			

Taulukko 2: Potilasohjausta koskevien pelkistettyjen ilmaisujen käsittely induktiivisella sisällyönanalyysillä

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
kotona toipumiseen vaikuttaa ahdistuneisuus, persoonallisuus, huolestuneisuus ja selviytymiskäyttäytyminen	tunteet toipumisaikana	toipumiseen vaikuttavat asiat	toipuminen kotona
kipu ei vaikuta potilaan selviytymiseen, mutta pelko heikentää selviytymistä	selviytyminen kotona	postoperatiivinen kipu	
leikkauksen jälkeinen kipu oli suuri huolenaihe	toipilaan toiveet		
sama toimenpide voi aiheuttaa eri määrän kipua eri potilaille	kivun hoito		
leikkauksen jälkeinen kipu oli suuri huolenaihe	kivun kokeminen		
potilaalla voi esiintyä voimakasta kipua pitkään päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen	kivun yksilöllisyys		
potilaiden oma ajatus kivun voimakkuudesta ennen leikkausta ennustaa leikkauksen jälkeistä kipua			
ennen leikkausta annettava potilasohjaus parantaa potilaan tyytyväisyyttä kivun hoitoon leikkauksen jälkeen			
postoperatiivista soittoa kotiin toivottiin leikkauksen jälkeisenä päivänä selviytymisen tukemiseksi, soiton pohjaksi yhtenäinen lomake ja saadut tiedot tallennetaan hoitosuunnitelmaan			
leikkauksen jälkeisenä päivänä potilaat kokivat eniten kärsimättömyyttä, seuraavaksi eniten epävarmuutta ja huolestuneisuutta			
leikkauksen jälkeistä toipumista voidaan seurata erilaisilla mittareilla, mikään tutkituista mittareista ei osoittautunut muita paremmaksi			
huolellinen valmistautuminen lisäsi tyytyväisyyttä päiväkirurgiaan			

Taulukko 3: Toipumista koskevien pelkistettyjen ilmaisujen käsittely induktiivisella sisällönanalyysillä

Aineistoa analysoitaessa aineistoa luetaan ja koodataan tekemällä havaintoja ja merkintöjä aineiston sisällöstä. Koodaavien merkintöjen avulla aineistosta muodostetaan luokkia, kategorioita tai teemoja. Ideana on etsiä aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä ryhmitellä, vertailla ja lopuksi tulkita niitä. Luokkien, kategorioiden tai teemojen muodostaminen

tapahtuu yhdistelmällä ja vertailemalla samankaltaisia koodausmerkintöjä. Vertailua ja ryhmittelyä sisältävää analyysiä tehdään pienissä osissa ja vaihetta toistetaan. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 31.)

Aineistoa käsiteltäessä tehtiin tiivistettyyn tekstiin koodaus merkintöjä. Käytännössä valittiin eri korostusvärejä ja eri tekstivärejä. Aineistolähtöisesti potilasohjauksen osalta muodostuneita luokkia olivat potilasohjaukseen vaikuttavat tekijät, potilasohjauksen sisältö, potilaan kokemus, potilaan tiedontarve ja ohjattavan potilaan toiveet. Näistä muodostuivat yläluokat potilaan ohjaus ohjaajaperspektiivistä ja potilaan ohjaus potilasperspektiivistä. Kotona toipumisen osalta muodostuneita luokkia olivat tunteet toipumisaikana, selviytyminen kotona ja toipilaan toiveet, kivun hoito, kivun kokeminen ja kivun yksilöllisyys. Näistä muodostuivat yläluokat toipumiseen vaikuttavat asiat ja postoperatiivinenkipu. Sisällönanalyysillä muodostuvat ylä- ja alaluokat ovat apukeino tarkastella lähdeaineiston tietoa tiivistävällä tavalla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 124).

Koodaus ja järjestelyvaihetta seuraa löytyneistä eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä muodostuvan loogisen kokonaisuuden tekeminen. Tutkimustuloksista muodostetaan yleisempi kuva ja ristiriitaiset tulokset esitetään. Vaihetta kutsutaan synteeksiksi. Sen havainnollistamiseksi voidaan käyttää taulukoita ja kuvioita. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 31-32.) Tulokset kirjoitettiin saatujen luokkien mukaisesti. Luokkiin yhdistyi tietoa useista eri lähteistä. Tulokset tukivat osittain toisiaan, mutta myös eroavaisuuksia ja ristiriitoja löytyi. Syntyneet tulokset kirjoitettiin luokittain lukuun neljä.

4 Tulokset

Käsiteltäväksi aineistoksi valittiin kaksi pro gradu -tutkielmaa, neljä suomenkielistä ja viisi englanninkielistä artikkelia sekä yksi hoitotyön suositus. Liittessä 3 on koottuna suuntaa antavat tutkimuskysymykset, kirjallisuuskatsaukseen valitut lähteet ja saadut tulokset. Aineiston hakuvaiheessa huomattiin, että päiväkirurgiaa on tutkittu runsaasti noin kymmenen vuotta sitten. Uutta aineistoa aiheen alueelta varsinkin hoitotyön näkökulmasta löytyi niukasti.

4.1 Potilaan ohjaus ohjaajaperspektiivistä

Hoidon yksilöllisyydellä ja asiakaslähtöisyydellä on todettu olevan suuri merkitys terveystalvelujen toiminnalle, tuloksille ja laadulle (Suhonen, Leino-Kilpi, Gustafsson, Tsangari & Papastavrou 2012, 84-90). Ohjaajan toimintaa säätelevät ohjaajan persoonallisuus, minä-kuva ja ihmiskäsitys (Rautava-Nurmi ym. 2015, 29, 160).

4.1.1 Potilasohjaukseen vaikuttavat tekijät

Yksilöllisessä potilasohjauksessa huomioidaan potilaan tulkinnot asiasta. Lepo on yksilöllinen käsitys. Vaikka tarvittava lepomäärä olisi sama, joitakin potilaita pitää rohkaista liikkumaan, kun taas toisia pitää rohkaista pysymään aloillaan saman lopputuloksen saavuttamiseksi. Puhuessaan ns. ylisuoriutujan kanssa hoitajan tulisi painottaa, että tekemällä liikaa liian pian, voi lisätä komplikaatioriskiä. Paikoillaan pysyttelevälle potilaalle tulee painottaa, että pelkkä vuodelepo voi hidastaa paranemista. Kaikkien potilaiden tulisi ymmärtää, että toipumiseen kuuluu kivunlievitys, lepo ja aktiivisuuden lisäys. Potilasohjauksessa tulee myös huomioida potilaan ikä, kulttuuristausta, oppimiskyky ja kieli. Kulttuurista riippuen potilaan omaiset voivat esimerkiksi ajatella, että leikattu potilas tarvitsee vuodelepoa, kun taas lääkäri odottaa potilaan kävelevän usein. Tällaisessa tapauksessa hoitajan tulee rohkaista potilasta kävelemään suvun peloista huolimatta. (Reiter 2014, 378.)

Potilailla on halu ottaa omaiset mukaan hoitoon ja hoidon ohjaukseen. Lisäksi hoitajien toivotaan kysyvän aikaisemmista sairaalakokemuksista ja elämästä sairaalan ulkopuolella, esimerkiksi työstä ja harrastuksista. Vähiten potilaat kokivat saavansa yksilöllistä ohjausta henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta. Päätelmänä tutkimuksessa todetaan, että potilaat saattavat kokea hoidon yksilöllisyyden henkilökohtaisten asioiden kautta enemmän kuin suoranaisesti hoitoon tai hoitotoimenpiteeseen liittyen. (Suhonen ym. 2012, 84-90.) Tulevaisuudessa olisi hyvä kehittää potilasohjaukseen verkkopohjaisia ohjaussivustoja perinteisten menetelmien lisäksi. Potilasohjaus ei olisi silloin ajasta ja paikasta riippuvaista ja sitä saisi omien yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. (Eloranta ym. 2014, 15-22.)

4.1.2 Potilasohjauksen sisältö

Päiväkirurgisen potilaan ohjauskeskustelut sisälsivät eniten bio-fysiologista voimavaraisuutta tukevaa osa-aluetta. Bio-fysiologinen osa-alue sisältää tiedon fysiologista oireista ja merkeistä. (Tasala 2013, 16). Ohjauskeskusteluissa käytiin laajasti läpi komplikaatioihin, haavan hoitoon, peseytymiseen ja kivun hoitoon liittyvää tietoa. Kivun hoidosta keskusteltiin ohjauskeskusteluissa paljon ja sen säännöllisyyttä painotettiin leikkauksen jälkeen. Kivun määrän arvioinnin ohjausta oli vähän keskusteluissa. Sen sijaan leikkauksesta ja sairaudesta puhuttiin vähän. (Tasala 2013, 68-69.)

Päiväkirurgisesti leikatun selkäpotilaan kotiutuessa hänen pitäisi ymmärtää selkeästi minkälainen toimenpide hänelle on tehty. Lisäksi potilaan oletetaan ymmärtävän selkeästi toipuminen ja fyysiset rajoitteet toipumisaikana. Lisäksi potilaan tulee tietää, mikä on normaalia toipumisaikana ja mikä ei, milloin hakea apua ja kuinka saada neuvoja. Kotiuttamisen yhteydessä

pitää keskustella fyysisestä aktiivisuudesta, lyhyen ja pitkän tähtäimen odotuksista, lääkemääräyksistä, kivunhoidosta, suolen toiminnasta ja kuinka saada neuvontaa virka-ajan ulkopuolella. (Reiter 2014, 380.) Komplikaatioista puhuttiin vähän ja niihin liittyvät asiat koskivat leikkaushaavaa. Voimakkaiden kipulääkkeiden aiheuttamasta ummetuksesta puhuttiin ainoastaan muutamassa ohjauskeskustelussa. (Tasala 2013, 42-45.)

Kotiutumiseen liittyviä kysymyksiä olivat taksin käyttöön liittyvät asiat ja taksille annettavat Kelan laput. Jatkohoidosta kiinnosti mahdollinen jälkitarkastusaika ja fysioterapian aloitus. Autolla ajosta kysyttiin myös, milloin saa aloittaa ajamisen leikkauksen jälkeen. Ohjauskeskustelun lopussa potilaat arvioivat omaa selviytymistään seuraavanlaisesti: ”tää on tässä”, ”tää menee jo vanhalla rutiinilla”, ”mun mielestä aika hyvät ohjeet olen saanut et luulisin pärjääväni” ja ”mää luulen, että jatkan elämää hyvin tyytyväisenä”. Kaikki kommentit olivat positiivisia. (Tasala 2013, 34-42.)

Sosiaalisen tiedon osa-alueella keskusteltiin perheen, kotitöiden ja työelämän merkityksestä. Perheellä oli suuri merkitys tukena ja osallistumisena hoitoon ennen ja jälkeen leikkauksen. Eettisen tiedon osa-alueita käsiteltiin vähemmän. Siihen osa-alueeseen kuuluivat potilaan oikeus, tietoisuus ja vastuullisuus. Oikeudelliseen osa-alueeseen kuuluivat potilaan oikeus hakea Kela-taksia, vastuullisuuteen esimerkiksi vastuu huolehtia leikkaushaavasta ja oikeuksiin saada tietoa itseään koskevasta hoidosta. Taloudellisen tiedon osa-alueessa keskusteltiin matkakustannuksista, lääkekustannuksista ja sairaalamaksuista. Toimintakykyä tukevaa tietoa olivat jumppaohjeet, liikunta ja lepo. Potilaat kokivat, että saivat riittävästi tietoa tästä osa-alueesta. Toimintakykyä rajoittava tieto koski varaus- ja liikekieltoja, esimerkiksi tukikien, kantositeiden ja sauvojen käytön opetusta. Tässä tutkimuksessa potilaat saivat riittävästi tietoa, mitä kotona voi tehdä. Tulevaisuudessa kannattaa kiinnittää huomiota toiminnallisen osa-alueen ohjaukseen, koska lähes puolet potilaista kokevat, että heillä on ongelmia liikkumisen suhteen. (Tasala 2013, 68-69.)

4.2 Potilaan ohjaus potilasperpektiivistä

Potilasohjauksella tarkoitetaan potilaan voimavarojen tukemista toipumisen edistämiseksi. Ohjauksen lähtökohtana olivat potilaiden yksilölliset tarpeet ja siinä huomioitiin elämäntilanne ja potilaan taustatekijät. Hoitajien tulisi nähdä läheiset voimavarana ja pyytää heidät mukaan ohjaustilanteisiin potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Omaisten mukaan ottamisella vältytään väärinkäsityksiltä sekä autetaan potilaita tulkitsemaan ja käyttämään tietoa. Lisäksi se helpottaa lisäkysymysten esittämistä. (Eloranta ym. 2014, 13-22.)

4.2.1 Potilaan kokemus

Ohjaus leikkauksen jälkeen koettiin tapahtuvan liian nopeasti ja tietoa tuli liikaa kerralla. Liian nopeasti toteutettu ohjaus aiheutti epävarmuutta ja aukon tiedon omaksumisessa. Potilaat kokivat olonsa tokkuraiseksi ja tietoa oli vaikeaa sisäistää lääkityksen, pahoinvoinnin ja uneliaisuuden vuoksi. Potilaat jotka työskentelivät terveydenhuoltoalalla kokivat, että heidän ohjauksestaan saattoi jäädä olennaisia tietoja käsittelemättä. Yleinen kokemus ohjauksesta oli positiivinen ja potilaat kokivat saavansa tasa-arvoista ohjausta. (Haapala 2012, 22-31.) Perinteistä hoitajan antamaa potilasohjausta on verrattu internet-pohjaiseen potilasohjaukseen ja niiden vaikutusta potilaiden tunteisiin seitsemänä eri tutkimusajankohtana. Tutkimusajankohdista kolme oli ennen leikkausta ja neljä leikkauksen jälkeen. Tutkitut tunteet olivat pelko, hermostuneisuus, huoli, kärsimättömyys, masentuneisuus, ahdistuneisuus ja epävarmuus. Kasvokkain hoitajan antama potilasohjaus lisäsi potilaan hermostuneisuutta ohjauksen jälkeen ja ennen leikkausta enemmän kuin verkkopohjainen ohjaus. Tutkimuksen mukaan sekä verkkopohjainen että henkilökohtainen ohjaus sopivat ortopediselle päiväkirurgiselle potilaalle. (Heikkinen, Salanterä, Leppänen, Vahlberg & Leino-Kilpi 2012, 226-231.)

Ohjauskeskustelussa leikkauksesta ja sairaudesta puhuttiin vähän. Leikkauskertomus näytettiin, muttei tehtyä leikkausta käsitelty tarkemmin. Potilaiden aikaisemmat kokemukset käytiin läpi jokaisessa ohjauskeskustelussa samoin kokemukset nykyisen leikkauksen jälkeen. ”Tässä tutkimuksessa tuli selvästi ilmi, etteivät sairaanhoitajat hyödyntäneet tarpeeksi potilaiden aikaisempia leikkauskokemuksia”. (Tasala 2013, 69). Nykyisen leikkauksen kokemukset liittyivät joko aikaan ennen leikkausta tai ohjauskeskustelussa tullessiin kokemuksiin leikkauksesta selviytymisestä. Niitä olivat mm. ohjauksen riittävyys tai epävarmuutta tuovat kokemukset, kuten riittämättömyyden tunne, pelko ja epävarmuus. Aikaisemmat leikkauskokemukset liittyivät lääkeannoksen riittävyteen ja lääkkeen sopivuuteen, kuntoutukseen, kipuun ja turvotukseen. Pelkoa aiheutti haavan sitomiseen ja verenvuotoon liittyvät asiat sekä apuvälineiden käyttöön liittyvät asiat. Lisäksi potilaat pelkäsivät tekevänsä jotain väärin. Yksi tutkittavista potilaista pelkäsi, miten saa aikansa kulumaan sairausloma-aikana. (Tasala 2013, 42-53.)

Aikaisempia kokemuksia käsiteltiin, muttei niitä hyödynnetty ohjauskeskusteluissa. Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta ohjauksesta, sanattomasta ja sanallisesta viestinnästä, potilaan kuuntelemisesta, vuorovaikutustaitojen kehittämisestä. Potilaiden ohjauksessa tulisi hyödyntää voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueet. (Tasala 2013, 72-73.) Tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa potilaista oli saanut kirjalliset kotiutusohjeet. Suurin osa omaisista ja ystävistä oli myös saanut ohjeistusta koskien postoperatiivista hoitoa. Kyseisessä tutkimuksessa lähes kaikki olivat saaneet ohjeistuksen komplikaatioiden varalta. (McCloy & McCutcheon 2016, 736-739.)

Yksilöllistä hoitoa on arvioitu useasta näkökulmasta. Yksilöllinen hoito tuottaa potilaalle hyviä hoitotuloksia, lisää potilastyytyväisyyttä sekä edistää toimintakykyä. Potilaiden ja hoitajien näkemykset erosivat toisistaan ja hoitajien arviot olivat potilaita parempia kaikissa arvioituissa osissa. Kirurgisten potilaiden mielestä yksilöllinen hoito on toteutunut jonkin verran hoitotyön keinojen avulla. Parhaiten he kokivat sen toteutuvan kliinisen tilanteen osalta. Kliiniseen tilanteeseen kuuluivat keskustelu sairauteen liittyvistä tuntemuksista, peloista, huolista, potilaan hoidon tarpeista, sairauden merkityksestä potilaalle ja voinnissa tapahtuneiden muutosten tunnistamisessa. Hoitajat olivat antaneet potilaille mahdollisuuden ottaa vastuuta hoidostaan voimavarojensa mukaan. (Suhonen, Leino-Kilpi, Gustafsson, Tsangari & Papastavrou. 2012, 80-85.)

4.2.2 Potilaan tiedontarve

Onnistuneella ohjauksella on pystytty lisäämään potilaiden hoitoonsa liittyviä asioita ja varmuutta. Potilaat olisivat halunneet saada lisää tietoa potilaan oikeuksista ja hoidon kustannuksista. Taloudellista tietoa käsiteltiin huonoiten, siitä olisi haluttu saada lisää tietoa. Kuntoutuksista, lääkehoitoon liittyvistä kustannuksista, vakuutusasioista ja sairaspäivärahoista olisi haluttu saada lisää ohjausta kaikissa ryhmissä. (Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2014, 13-14.)

Potilaat halusivat tietää haavanhoidossa sidosten vaihdosta ja ompeleiden poistosta. He halusivat tietää, saako sidokset vaihtaa itse vai vaihdetaanko ne terveyskeskuksessa. Ompeleiden poistossa varmistettiin ompeleiden poistopaikkaa ja ompeleita pidettävä aika. Haluttiin varmistaa, että paikka oli omassa terveyskeskuksessa. Kivunhoitoon liittyvät kysymykset potilailla olivat lähinnä lääkkeisiin ja annostuksiin liittyvät asiat. Haluttiin tietää, mitä lääkkeitä voi ottaa samanaikaisesti ja miten usein lääkkeitä otetaan. Lääkkeettömässä kivunhoidossa haluttiin tietää asentohoidosta ja kylmähoidosta, lähinnä kylmäkääreistä leikkausalueella. Peseytymisessä askarrutti se, että otetaanko haavalappu pois ja saako haavaa kastella. Kysyttiin myös, milloin saunaan ja uimaan saa mennä. (Tasala 2013, 34-42.) Potilaat toivoivat mahdollisuutta yhteydenottoon hoitopaikkaan ongelmien ilmaantuessa. (Kontinen ym. 2015, 1927).

Potilailla oli pelkoja anestesianmuodoista. He toivoivat enemmän tietoa puudutuksesta ja sen toteutuksesta samoin kuin nukutuksesta ja sen aikaisista tapahtumista etukäteen. Nukutetut potilaat miettivät jälkikäteen intimitteettisuojan säilymistä ja heidän kohteluaan nukutuksen aikana. Potilaat olivat epävarmoja omista diagnooseistaan eivätkä ymmärtäneet leikkauskerptomuksen sisältöä. He ehdottivat, että kirurgi olisi käynyt potilaiden luona leikkausten jälkeen. He olisivat halunneet kysyä kirurgilta toipumiseen ja leikkaukseen liittyviä asioita. Muutamilla potilailla kirurgi oli käynyt potilaan luona ja se antoi potilaille positiivisen kokemuksen

hoidosta. Potilaat olisivat halunneet kiittää kirurgia henkilökohtaisesti. Kiire koettiin ohjaustilanteessa häiritseväksi ja siihen toivottiin siihen enemmän aikaa. (Haapala 2012, 22-30.)

4.2.3 Ohjattavan potilaan toiveet

Potilaat ehdottivat kutsukirjeeseen lisättäviä seikkoja. He halusivat tietää etukäteen leikkauksen päivän kulusta ja ehdottivat, että kutsukirjeeseen lisättäisiin runko tulevan leikkauksen päivän kulusta. He eivät tarkoittaneet kellonaikoja vaan ytimekästä runkoa valmistautumisen helpottamiseksi. Lisäksi kutsukirjeeseen toivottiin lisättävän se, että hakijan täytyy tulla päiväkirurgiselta osastolta asti hakemaan potilas. Vaatteiden pukeminen leikkauksen jälkeen koettiin yllättävän vaikeaksi. Potilaat toivoivat kutsukirjeessä korostettavan kotona valittavaksi helposti puettavia vaatteita, jotta pukeminen leikkauksen jälkeen onnistuisi paremmin. Ravinnon olon tärkeys ei ollut itsestään selvää potilaille. Potilaat toivoivat, että kutsukirjeessä kerrotaisiin riskit, jotka liittyvät ravinnon olon laiminlyömiseen. Sairasloman pituudesta he olivat saaneet ristiriitaista tietoa, sairausloma saattoikin olla pidempi kuin aluksi oltiin sanottu. Ennen leikkausta potilaat olisivat halunneet saada tietoa fysioterapian tarpeellisuudesta kuntoutusmuotona. Haapalan mukaan potilaat olisivat halunneet saada tietoa mahdollisista sivuvaikutuksista, pahoinvoinnista tai kurkkukivusta. (Haapala 2012, 22-31.)

Kehitysehdotuksena potilaat toivoivat, että leikkauksen jälkeen ohjauksessa kerrotaisiin ainoastaan toipumisen kannalta tärkeimmät asiat, koska tietoa oli vaikeaa sisäistää lääkityksen, pahoinvoinnin ja uneliaisuuden vuoksi. Tutkimuksessa oli mukana terveydenhuoltoalalla olevia potilaita ja he toivoivat saavansa samanlaista ohjausta kuin muutkin potilaat. (Haapala 2012, 22-31.)

4.3 Toipumiseen vaikuttavat asiat

Potilaiden toipumiseen vaikuttivat ahdistuneisuus, persoonallisuus, huolestuneisuus ja selviytymiskäyttäytyminen. Kivulla ei ollut vaikutusta potilaan selviytymiseen. Potilaiden odotukset hoitohenkilökuntaan kohtaan ovat lisääntyneet huomattavasti. Keskeisiä voimavaroja tutkimuksen mukaan olivat luottamus henkilökuntaan ja potilaiden motivoituneisuus. Naisilla oli vahvempi luottamus henkilökuntaan kuin miehillä. Ensimmäistä kertaa leikkaukseen tulevilla oli vahvempi luottamus henkilökuntaan kuin uudestaan leikkaukseen tulijoilla. (Leikkola ym. 2013, 27-31.)

4.3.1 Tunteet toipumisaikana

Pelko koettiin huonontavan selviytymisen kokemista. Potilaat, jotka kokivat mielialassaan vaihteluita, kokivat myös selviytymisen kokonaisuudessaan heikommaksi. He kokivat voimavarojensa heikentyessä myös sosiaalisen eristäytymisen. (Leikkola ym. 2013, 27-31.) Eloranta ym. mukaan potilaiden ahdistuneisuus ja pelko on vähentynyt, samoin kivun tuntemus. Ortopedinen potilas odottaa tukea eri ammattiryhmiltä hoidon onnistumiseksi. (Eloranta ym. 2014, 13-14.)

Tutkimuksen mukaan pääosa päiväkirurgisista potilaista katsoi olleensa riittävän hyvässä kunnossa kotiutuakseen ja vain pieni osa oli sitä mieltä, että he eivät olleet kotiutuskunnossa kotiutushetkellä. (McCloy ym. 2016, 736-739). Leikkauksen jälkeisenä päivänä potilaat kokivat eniten kärsimättömyyttä. Seuraavaksi eniten koettiin epävarmuutta ja huolestuneisuutta. Tutkittujen tunteiden intensiteetti väheni ajan kuluessa. Tosin vielä neljän viikon jälkeen 7 - 10 % vastaajista ilmoitti tuntevansa kohtalaista tai kovaa kärsimättömyyttä. Leikkauksen jälkeen tunteet vaihtelivat vähemmän kuin eri aikoina ennen leikkausta. (Heikkinen ym. 2012, 229-230.)

On tutkittu, mitkä hoidon osa-alueet vaikuttavat eniten päiväkirurgisesta leikkauksesta toipumiseen. Tutkittavia osa-alueita oli seitsemän, joista kivunhallinta, preoperatiivinen ahdistuneisuus, toipuminen kotona ja pre- ja postoperatiivinen tiedottaminen vaikuttivat potilaan käsitykseen, että hän oli huolellisesti valmistautunut kaikkiin tapahtumiin kotona toipumisessa. Tutkimuksen mukaan toipumista helpottaa laadukas potilaalle ja hänestä huolehtivalle henkilölle annettava tieto. Potilaat, jotka kokivat olleensa huolellisesti valmistautuneita kaikkiin tapahtumiin kotona toipumisessa, olivat tyytyväisiä kotiutusinfoon, tietoon mahdollisista ongelmista ja yleisesti saamaansa tietoon. (Mitchell 2014, 422-424.)

4.3.2 Selviytyminen kotona

Konkreettisen tiedon välittäminen potilaille eli tieto sairaudesta, eri hoitovaihtoehdoista, tutkimuksista ja leikkaukseen liittyvistä komplikaatioista koettiin tärkeäksi kotona selviytymisen kannalta tutkimuksessa ortopedisten potilaiden potilasohjauksesta tehdyn tutkimuksen mukaan. (Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää. 2014, 13-14.)

Päiväkirurgisen leikkauksen jälkeistä toipumista kotona voidaan seurata eri laisilla mittareilla, joiden avulla voidaan arvioida päiväkirurgian jälkeistä toipumisprosessia. Analysoidusta kymmenestä kyselystä yhdeksässä arviointiin potilaan kipua. Kaikissa mukana olleissa kyselyissä mitattiin potilaan kykyä selviytyä jokapäiväisestä fyysisestä aktiviteeteista. Kuudessa kymme-

nestä tutkimuksessa mitattiin potilaan tunteita ja viidessä kymmenestä pahoinvointia ja oksentamista. Kolme kyselyä testasi potilaan kognitiivista kykyä, kaksi potilaan itse arvioimana ja yksi testiin perustuva arviointi. Kahdessa kyselyssä kymmenestä kysyttiin potilastyytyväisyyttä. Kirjallisuuskatsauksessa pidetään tarpeellisena yhtenäistä käytäntöä tai standardia päiväkirurgisen potilaan toipumisen seuraamiseksi. (Warrén, Stomberg, Saxborn, Gambreus, Brattwall & Jakobsson 2015, 219-223.)

4.3.3 Toipilaan toiveet

Kotiutusvaiheessa potilaat toivoivat täsmällisempää ohjausta jatkofysioterapian varaamisesta, koska kokivat toipumisen leikkauksesta vievän paljon voimavaroja. Potilaat olisivat halunneet saada fysioterapeutilta enemmän tietoa mm. nukkumisasennoista. Kotiuduttuaan potilaat toivoivat yksimielisesti, että päiväkirurgiasta olisi soitettu leikkauksen jälkeisenä päivänä. Potilaiden selviytyminen kotona varmistettaisiin ja sitä voitaisiin tukea. Samalla vahvistettaisiin potilaan itsehoitotaitoja. Potilaat ehdottivat, että postoperatiivisen soittoon laadittaisiin yhtenäinen lomake, jota voitaisiin hyödyntää jokaisen potilaan kohdalla ja täytetyt tiedot tallennettaisiin potilaan hoitosuunnitelmaan. Kirjallisiin ohjeisiin oltiin tyytyväisiä. Asioiden ymmärtämisen varmistamiseksi olisi tärkeää, että hoitaja käy ohjeen läpi potilaan ja mukana olevan tukihenkilön kanssa. Tämäkin tutkimus osoittaa sen, että tukihenkilön tai omaisen ottaminen mukaan ohjaukseen on tärkeää. (Haapala 2012, 25-32.)

4.4 Postoperatiivinen kipu

Hotuksessa oli tutkimus, jossa potilaat olivat saaneet tehostettua ohjausta päiväkirurgisesta hoitoprosessista, kipulääkityksestä ja kivunhoidon toteutuksesta internetin kautta. Näillä potilailla kipu oli paremmin hallinnassa kuin ryhmällä, jotka eivät olleet saaneet internetohjausta. Preoperatiivinen ohjaus koettiin myös hyväksi. Potilaat tarvitsevat tietoa kipulääkkeiden käytöstä ja kipulääkkeistä, koska he pelkäävät lääkeriippuvuutta ja niiden haittavaikutuksia. Potilaat ajattelevat, että kipu pitää kestää vaikka kivun kokeminen hidastaa toipumista. (Salanterä ym. 2013.)

4.4.1 Kivun hoito

Multimodaalisen kivun hoidossa tehostetaan kivun lievitystä ja vähennetään haittavaikutuksia yhdistelemällä eri tavoin vaikuttavia lääkkeitä. Tällöin yksittäisen lääkkeen annosta voidaan pienentää. Puudutukset parantavat kivun lievitystä ja samalla opioidien tarve pienenee. Puudutuksen tekniikka vaihtelee haavan reunojen infiltraatiopuudutuksesta epiduraalipuudutuk-

seen ja erilaisiin regionaalisiin puudutuksiin. Ne voidaan toteuttaa kertapuudutuksena tai kes-
toinfuusiona. Opiodeja käytetään suurten leikkausten jälkeisessä kivun hoidossa. Suomessa
eniten käytetty opiodi on oksikodoni. Haittavaikutuksia ovat oksentelu ja pahoinvointi, väsy-
mys ja ummetus. Harvinaisempi, mutta sitä vakavampi haittavaikutus on hengityslama. Pien-
ten leikkausten jälkeen ja kivun ollessa vähäisempää käytetään heikkoja opioideja eli kodeiini-
a ja tramadolia. Jonkin verran käytetään keskivahvaa opioidia eli buprenorfiinia. Tulehdus-
kipulääkettä ja parasetamolia käytetään kivun peruslääkkeenä kaikille, mikäli ei vasta-aihetta
ole. Kortikosteroideja käytetään leikkauksen jälkeisen kudosturvotusten ja pahoinvoinnin hoi-
toon. Gabapentinoideja eli gabapentiiniä ja pregabaliinia käytetään nykyään myös leikkauk-
sen jälkeisen kivun hoidon tehostamiseen ja opioidien tarpeen vähentämiseen. Ne aiheuttavat
väsymystä ja huimausta. (Kontinen ym. 2015, 1923-1925.)

4.4.2 Kivun kokeminen

Leikkauksen jälkeinen kipu on suuri huolenaihe 30 - 50 %:lle potilaista. Potilaiden omat aja-
tukset kivun voimakkuudesta ennen leikkausta ennustavat leikkauksen jälkeistä kivun voimak-
kuutta. Ennen leikkausta annettavalla tiedolla voidaan vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta
ja parantaa potilaiden tyytyväisyyttä kivun hoitoon. Kontisen ja Hamusen tulevan tutkimuksen
(ei ole vielä julkaistu) mukaan potilaat odottivat saavansa informaatiota ennen leikkausta ki-
vun hoitoon liittyen erityisesti kirurgeilta ja sairaanhoitajilta. Haaste kivun hoidon kehittämi-
sessä on se, että pitää tunnistaa tekijät, jotka ennustavat tavallista kovempaa leikkauksen
jälkeistä kipua tai sen kroonistumista. (Kontinen ym. 2015, 1921.)

Naiset kokevat toimenpidekivun miehiä kovempaan ja potilaan preoperatiivinen kipu ennustaa
kovempaa postoperatiivista kipua. Myös masentuneet, pelokkaat ja ahdistuneet potilaat koke-
vat toimenpiteen jälkeisen kivun kovemmaksi. Toimenpiteen luonne vaikuttaa myös postope-
ratiivisen kivun voimakkuuteen. (Salanterä ym. 2013.)

Kivun arvioinnin on oltava jatkuvaa ja siinä on huomioitava lepo- ja liikekivun voimakkuus.
Potilaan ilmoittama kivun voimakkuus täytyy suhteuttaa toimintakykyyn. Tietty mittausarvo ei
aina johda lääkkeiden lisäännosteluun. Kipua arvioidaan ennen ja jälkeen lääkkeenoton. Säh-
köisten potilastietojärjestelmien kehitys voi parantaa kivun mittaamista ja tulosten hyödyntä-
mistä hoidon ohjaamisessa. Artikkelissa on esimerkki matkapuhelimen kokoisesta sähköisestä
kipumittarista, joka hälyttäisi hoitajalle suurten mittausarvojen mukaan, jolloin potilas saisi
lisää kipulääkettä. (Kontinen ym. 2015, 1922.)

4.4.3 Kivun yksilöllisyys

Akuutti leikkauskipu ja sen voimakkuus vaihtelee toimenpiteen ja potilaskohtaisten tekijöiden mukaan. Lähtökohtana hoidossa on kivun mittaaminen. Kivun voimakkuuteen ja ominaisuuteen vaikuttaa, onko kyse pehmytkudoksesta, luustosta, ihosta, sisäelimestä tai hermoista. Hermovaurion aiheuttama kipu on erityisen voimakasta. Potilaiden yksilöllisyys on merkittävin tekijä. Potilaat kokevat samankin toimenpiteen erilalla, toinen voi olla hyvinkin kivulias ja toinen ei tunne juurikaan kipua. Kivunlievitystä voidaan parantaa jo ennen leikkausta tehdyllä potilaskohtaisella arviolla. (Kontinen ym. 2015, 1921-1927.)

Päiväkirurgisten toimenpiteiden jälkeen potilailla voi olla voimakasta kipua pitkään. Suomalaisen seurantatutkimuksen mukaan 9 %:lla potilaista esiintyi kohtalaista tai lievää kipua ja 2 %:lla kovaa kipua vielä viikon kuluttua operaatiosta. Potilas tarvitsee yhä useammin kotiutuessaan heikkoa tai vahvaa opioidia. Onnistunut kivunhoito kotiutuessa edellyttää selkeitä potilasohjeita kivun hoidosta ja haittavaikutuksista, tutkittuja hoitokäytäntöjä sekä mahdollisuutta yhteydenottoon hoitopaikkaan ongelmien ilmaantuessa. (Kontinen & Hamunen, 2015, 1926-1927.)

5 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus

Tehtäessä tutkimusta, tutkijan on huomioitava tutkimuksen eettiset vaatimukset. Hyvässä tutkimuksessa tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tulokset esitellään totuudenmukaisesti. Hyvin tehdyssä tutkimuksessa ei kopioida suoraan omia tai muiden aikaisempia tutkimustuloksia. Tuloksia ei saa yleistää ilman perusteluja eikä saa raportoida tuloksista, joita ei ole olemassa. (Hirsijärvi ym. 2015, 23-26.) Opinnäytetyössä kaikissa vaiheissa pyrittiin noudattamaan hyvää ja eettistä tieteellistä käytäntöä. Kirjallisuuskatsausta varten saatiin tutkimuslupa yksikön ylihoitajalta Tarja Vesaselta. Katsauksen luotettavuutta lisää aineiston aikarajaus. Mukaan hyväksyttiin vain alle viiden vuoden ikäistä aineistoa hyvän kirjallisuuskatsauksen tavan mukaisesti. Se rajasi paljon potilaan kokemuksiin liittyvää aineistoa pois lähdemateriaaleista.

Lähdeaineistomme oli hajanaista, joten menetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Katsauksen heikkotena voi pitää sitä, ettei valitun materiaalin valikoitumiseen tai luotettavuuteen ole otettu kantaa. Tosin aineistomme pyrittiin valikoimaan luotettavien lähteiden kautta, katso tiedonhaun taulukko. Luotettavuuden lisäämiseksi käytettiin hauissa löytyneitä kahta maksullista ja tilattavaa tutkimusta. Maksullisia englannin kielisiä artikkeleita ei otettu mukaan katsaukseen, mikä myös saattoi alentaa katsauksen luotettavuutta.

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat siirrettävyys, riippuvuus, uskottavuus ja vahvistettavuus. Tulosten selkeä kuvaus, josta ilmenee miten analysointi on tehty, tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset lisäävät uskottavuutta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa esitetään usein suoria lainauksia esimerkiksi haastattelun tuloksista. Tällä pyritään lisäämään luotettavuutta ja kertomaan lukijalle mistä aineistoa on kerätty. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.)

Luotettavuuteen vaikuttaa, miten tutkimuskysymyksiin on onnistuttu vastaamaan, miten läpinäkyvästi kirjallisuuskatsausprosessi on onnistuttu kuvaamaan ja miten toistettava tutkimus on. Kahden ja useamman tutkijan yhteistyönä tehty aineiston käsittelyvaihe parantaa luotettavuutta. Toisinaan laadullisten aineiston käsittelymenetelmien kohdalla läpinäkyvyys voi olla vaikea osoittaa. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 94.)

Tehdyn opinnätetyön luotettavuutta heikentää tiedonhakuosuus eikä se luultavasti ole suoraan toistettavissa. Työssä on pyritty kuvaamaan hakuprosessia taulukkomuodossa, katso liite 1. Mukana on kuitenkin paljon manuaalista hakua, jossa valinta tapahtui intuitiivisesti otsikoiden perusteella. Hakumenetelmä on kuitenkin hyväksyttävää kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa, vaikka se ei täytä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineiston valintakriteereitä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa heikkoutena on, ettei se ota kantaa valitun materiaalin luotettavuuteen tai heikkouksiin (Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 9). Luotettavuutta lisää yksityiskohtainen ja havainnollistava aineiston käsittelyn kuvaus (Kangasniemi & Pölkki 2015, 94).

Huolimatta aineistonhaun heikkouksista valitusta materiaalista löytyi vastauksia tutkimuskysymyksiin, mikä lisää työn luotettavuutta. Valittua alkuperäisaineistoa läpikäydessä, tutkimuskysymykset olivat esillä ja käsiteltävä aineisto valittiin niiden avulla. Läpinäkyvyyttä työhön pyrittiin lisäämään liitteinä 1,2 ja 3 olevien taulukoiden avulla. Kyseisen opinnätetyön luotettavuutta parantaa yhteistyönä tehty aineiston käsittely. Osa alkuperäistutkimuksista oli tehty yhden päiväkirurgisen yksikön potilailla. Varsinkaan ulkomaiset käytänteet eivät ole suoraan verrattavissa suomalaisiin käytänteisiin ja sen vuoksi niistä saatuihin tuloksiin on suhtauduttava kriittisesti. Pro gradu tutkielmat olivat Suomessa tehtyjä ja niiden tulokset on sovellettavissa, koska suomalaiset päiväkirurgiset käytänteet ovat hyvin samanlaisia.

6 Tulosten yhteenveto

Työssä tarkasteltiin päiväkirurgisen potilaan leikkauksen jälkeistä ohjausta ja toipumista kotona erilaisista kirjallisista lähteistä. Eri kotimaisista ja ulkomaisista lähteistä kävi ilmi tarve osallistaa omaiset tai muu tukihenkilö mukaan potilasohjaukseen. Dokumentoituja potilaiden

parannusehdotuksia olivat esimerkiksi se, että tulevaisuudessa olisi hyvä kehittää verkkopohjaisia ohjaussivustoja perinteisten lisäksi, jolloin ohjaus ei olisi ajasta ja paikasta riippuvaista. Tällöin potilaat saisivat yksilöllistä ohjausta tarpeidensa mukaisesti.

Potilaat toivoivat, ettei ohjausta tulisi liian nopeasti leikkauksen jälkeen ja silloinkin vähän asiaa kerrallaan. Terveystieteiden tutkimuskeskukset toivoivat saavansa samanlaista ohjausta kuin muutkin potilaat. Kaikki potilaat toivovat, että heiltä kysyttäisiin aikaisemmista leikkauskokemuksista. Potilaat halusivat tietää enemmän potilaan oikeuksista (kuntoutus, vakuutusasiat, sairaspäiväraha) ja hoidon kustannuksista (lääkkeet, sairaalamaksut, taksi). Potilaat toivoivat kirurgin käyvän potilaan luona leikkauksen jälkeen kertomassa toipumiseen ja leikkaukseen liittyviä asioita. Lisäksi he toivoivat päiväkirurgiasta soitettavan seuraavana päivänä. Postoperatiiviseen soittoon haluttiin yhtenäistä lomaketta, joka voitaisiin tallentaa potilastietoihin. Kutsukirjeeseen toivottiin seuraavia lisättäviä asioita: Potilaat halusivat tietää etukäteen leikkauspäivän kulun eli rungon tulevasta leikkauspäivästä valmistautumisen helpottamiseksi. Kutsukirjeeseen toivottiin lisättävän, että potilas tulotaisiin hakemaan päiväkirurgiasta asti. Muistutusta helposti puettavista vaatteista toivottiin sekä ravinnotta olosta tärkeydestä ja mahdollisista riskeistä, mikäli sitä ei noudateta.

Monet valituista lähteistä painottivat omaisen tai tukihenkilön ottamista mukaan potilasohjaukseen. Verkkopohjaisia ohjaussivustoja toivottiin potilasohjaukseen, jolloin se ei olisi ajasta tai paikasta riippuvaista. Tulokset potilasohjauksesta eri tutkimusten välillä olivat osittain ristiriitaisia. Useiden lähteiden mukaan kasvokkain tapahtuva potilasohjaus koettiin hyväksi. Toisaalta henkilökohtaista ohjausta saaneet potilaat olivat hermostuneempia ohjauksen jälkeen ja leikkauspäivänä verkkopohjaisesta ohjausta saaneeseen ryhmään verrattuna. Pääosassa lähteitä kehoitetaan huomioimaan ohjaustilanteessa ohjattavan tausta ja osaaminen. Kuitenkin eräässä tutkimuksessa kävi ilmi, että terveystieteiden tutkimuskeskukset toivoivat samanlaista ohjausta kuin muutkin potilaat.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön edetessä olemme sisäistäneet ohjauksen tärkeyden hoitotyössä. Opinnäytetyön tekeminen on valmentanut meitä tulevaan ammattiin sairaanhoitajina. Riippumatta potilasryhmästäme potilaan yksilöllisyyden huomioiminen, potilaan aikaisemmat kokemukset ja potilaan tulkinnat vaikuttavat potilasohjaustilanteeseen. Samoin kipu on keskeinen asia kaikessa hoitotyössä alasta riippumatta. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet, että ainoastaan potilas tuntee oman kipunsa ja on kivun paras asiantuntija. Ammattillisen tiedon lisäksi olemme oppineet lisää tiedonhausta, tietokannoista, tekstinkäsittelystä ja tiimityöskentelystä. Opinnäytetyön etenemiseen vaikutti asuminen eri paikkakunnilla pitkin välimatkoineen sekä samanaikaiset ammattitaitoa edistävät harjoittelut. Iloitsimme suuresti saadesamme päiväkirurgian aiheeksi. Päiväkirurgian lisääntyessä se koskettaa yhä useampaa potilasryhmää. Aihe oli monipuolinen ja mielenkiintoinen. Työssä tuli esiin hoitajan näkökulma ja potilasnäkökulma useista päiväkirurgiaan kuuluvista osa-alueista.

Tarvetta uudelle tutkimukselle alalla on, koska päiväkirurgisia leikkauksia tehdään nykyisin ja tulevaisuudessa entistä enemmän yhä sairaammille ja iäkkäimmille ihmisille. Lisäksi tieto päiväkirurgiasta on osin jo yli kymmenen vuotta vanhaa. Potilasohjaus lisääntyy verkossa, joten olisi hyvä tutkia verkko-ohjauksen toteutumista ja potilaiden kokemuksia siitä.

Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, V., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. 1.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2014. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva hoitotyö. 13 (1), 13-20.
- Haapala, T. 2012. Ohjauksen kehittäminen päiväkirurgisessa olkapäälleikkauksessa olleiden potilaiden näkökulmasta. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos: Tampere.
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2015. 20. painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Heikkinen, K., Salanterä, S., Leppänen, T., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi H. 2012. Ambulatory orthopaedic surgery patients' emotions when using two different patient education methods. Clinical feature, 22, 226-231.
- Ilola, T., Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R. & Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Duodecim.
- Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2015 Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja. A:73/2015. Turku: Turun yliopisto, 83 - 96.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Duodecim 131, 1923-1927.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen tutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: SanomaPro.
- Leikkola, P., Helminen, M., Paavilainen, E. & Kurki, P. 2013. Selkäleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä selviytymisen voimavarat potilaan kotiutuessa sairaalasta. Tutkiva hoitotyö. 11 (3), 26-34.
- Mattila, K. & Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 128 (14), 1423-1424.
- McCloy, O. & McCutcheon, K. 2016. The day surgery experience from the perspective of service users. British Journal of Nursing. Vol 25, No 13, 736-739.
- Mitchell, M. 2014. Home recovery following day surgery: a patient perspective. Journal of Clinical Nursing, 24, 415 - 427.
- Niela-Vilén, H. & Kauhanen, L. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja. A:73/2015. Turku: Turun yliopisto, 23 - 36.
- Rautavaara-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vusorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Reiter, K. 2014. A Look at Best Practices for Patient Education in Outpatient Spine Surgery. *AORN Journal*, Vol 99, No 3, 378-380.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. 1.-4.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Hotus. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1.painos. Helsinki: Edita Prima.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen jul-kaisuja tutkimuksia ja raportteja. A:73/2015. Turku: Turun yliopisto, 7-22.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M-L., Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2012. Yksilöllinen hoito-potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede*. 25 (2), 80-91.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidontarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Tasala, L. 2013. Päiväkirurgisen potilaan voimavaraistumista tukeva ohjauskeskustelu. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos: Turku.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Jyväskylä: Tammi.

Warrén-Stomberg, M., Saxborn, E., Gambreus, S., Brattwall, M. & Jakobsson JG. 2015. Tools for the assessment of the recovery process following discharge from day surgery: a literature review. *Clinical feature*. Vol 25 (11), 219-224.

Sähköiset lähteet

Finlex. 2016. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 7.11.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

HUS. 2017. Päiväkirurgia. Viitattu 15.5.2017. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/leikkaustoiminta/paivakirurgia/Sivut/default.aspx>

Laki erikoissairaanhoidosta 1062/1989. Viitattu 9.5.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20erikoissairaanhoidosta>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/785. Viitattu 9.5.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#a559-1994>

Kansanterveyslaki 66/1972. Viitattu 9.5.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 9.5.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Hotus. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Viitattu 16.10.2016. <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/aikuispotilaan-kirurgisen-toimenpiteen-jalkeisen-lyhytkestoisen-kivun-hoito>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 9.5.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Liitteet

Liite 1: Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
Medic	Ambulatory Surgical Procedures patient education	Child Full text 2012-2017 full text	80	0
Medic	“patient education” child ambulatory	child full text	2	0
Manuaalinen haku Tutkiva hoitotyölehtisisällysluettelot		2014-2016 full text	12	1
Manuaalinen haku Tutkiva hoitotyölehtisisällysluettelot		2010-2013 full text	12	2
Medic	lääkkeetön hoito kirurgia	2012-2016 lapsi full text	29	1
CINAHL (EBSCO)	“ day surgery” or “ambulatory surgery” and “patient education”	2012-2016 full text	11	1
ProQuest, Hoitotiede, sisällysluettelot		2012-2016 full text	19	1
Medic	postoperat* and pain	2012-2016 full text	32	2
CINAHL (EBSCO)	“ day surgery” or “ambulatory surgery” and recovery	2012-2016 full text	19	2
TamPub	potilaan kokemukset	2012-2016	330	1

Liite 2: Valittu lähdeaineisto ja aineistossa esiintyvien tutkimusten tarkoitus

Tekijät ja otsikko	Maa	Tutkimuksen tarkoitus	Julkaisu- vuosi
Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. Katajisto, J. & Valkeapää, K. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoi- tajien arvioimana	Suomi	Kuvailla ja vertailla potilasohjauksen toteutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä ortopedisten leikkausepoti- laiden, läheisten ja hoitajien arvioi- mana.	2014
Haapala, T. Ohjauksen kehittäminen päi- väkirurgisessa olkapääleik- kauksessa olleiden potilai- den näkökulmasta	Suomi	Kuvata päiväkirurgisessa olkapää- leikkauksessa olleiden potilaiden oh- jausta potilasnäkökulmasta. Tuottaa tietoa kyseisen potilasryh- män ohjauksen kehittämiseen.	2012
Heikkinen, K., Salanterä, S., Leppänen, T., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi H. Ambulatory orthopaedic sur- gery patients' emotions when using two different pa- tient education methods	Suomi	Tutkia ortopedisten päiväkirurgisten potilaiden tunteiden muutoksia eri ajankohtina ennen päiväkirurgista toimenpidettä ja jälkeen. Vertailla internet-pohjaista potilas- ohjausta kasvokkain annettuun poti- lasohjaukseen.	2012
Kontinen, V. & Hamunen, K. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito	Suomi	Tutkia leikkauksen jälkeistä kivun- hoitoa.	2015
Leikkola, P., Helminen, M., Paavilainen, E. & Kurki, P. Selkäleikkausepotilaiden ja heidän läheistensä selviyty- misen voimavarat potilaan kotiutuessa sairaalasta.	Suomi	Arvioida potilaan ja hänen lähei- sensä selviytymisen voimavaroja ja niihin vaikuttavia tekijöitä potilaan kotiutuessa selkäleikkauksen jäl- keen.	2013
McCloy, O. & McCutcheon, K. The day surgery experience from the perspective of ser- vice users	Iso- Britan- nia	Tutkia Pohjois-Irlantilaisen päiväki- rurgisen yksikön potilastyytyväi- syyttä.	2016
Mitchell, M. Home recovery following day surgery: a patient perspec- tive	Iso- Britan- nia	Tutkia päiväkirurgisessa toimenpi- teessä kotona toipumiseen vaikutta- via tekijöitä	2015
Reiter, K. A Look at Best Practices for Patient Education in Outpa- tient Spine Surgery	USA	Määritellä ja käsitellä yksityiskohtai- sesti päiväkirurgisen selkäpotilaan potilasohjaukseen liittyviä asioita.	2014

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö	Suomi	Esittää tieteellinen näyttö päiväkirurgiseen toimenpiteeseen liittyvän lyhytkestoisen kivun eri vaiheissa.	2013
Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M-L., Tsangari, H. & Papastavrou, E. Yksilöllinen hoito-potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu	Suomi	Vertailla potilaiden ja hoitajien näkemyksiä yksilöllisestä hoidosta.	2012
Tasala, L. Päiväkirurgisen potilaan voimavaraistumista tukeva ohjauskeskustelu	Suomi	Kuvailla, miten sairaanhoitajan ja potilaan välinen ohjauskeskustelu toteutuu ja mistä he keskustelevat potilaan kotiutuessa päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen.	2013
Warrén, Stomberg, Saxborn, Gambreus, Brattwall & Jakobsson Tools for the assessment of the recovery process following discharge from day surgery: a literature review	Ruotsi	Päiväkirurgisen jälkeisen toipumisen seuraamisessa käytettyjen mittareiden tarkastelu ja vertailu.	2015

Liite 3: Lähdeaineistot ja niistä saadut tulokset

Millaisena potilaat ovat kokeneet kotihoito-ohjeistuksen? Mitä aihealueista ohjaus sisälsi? Onko ohjaus ollut yleisesti riittävää? Mistä potilas olisi tarvinnut lisätietoa?	
Lähde	Saadut tulokset
Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. Kattajisto, J. & Valkeapää, K. 2014. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva hoitotyö. 13 (1)	Verkkopohjaiset ohjaussivustot potilasohjaukseen Omaisten mukaan ottaminen ohjaukseen Potilaat olisivat halunneet saada lisätietoa potilaanoikeuksista, kuntoutuksista, kustannuksista, vakuutusasioista ja sairaspäivärahoista
Haapala, T. 2012. Ohjauksen kehittäminen päiväkirurgisessa olkapääleikkauksessa olleiden potilaiden näkökulmasta. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos: Tampere.	Ohjaus leikkauksen jälkeen tapahtuu liian pian leikkauksen jälkeen. Tietoa tulee liian paljon kerralla. Kiire koettiin häiritseväksi. Kehitysehdotuksena toivottiin kerrottavan vain toipumisen kannalta tärkeimmät asiat. Terveystieteiden tutkimuskeskuksella työskentelevä potilaat toivoivat samanlaista ohjausta kuin muut potilaat.
Heikkinen, K., Salanterä, S., Leppänen, T., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi H. 2012. Ambulatory orthopaedic surgery patients' emotions when using two different patient education methods. Clinical feature, 22, 226-231.	Verkkopohjainen ja henkilökohtainen ohjaus sopivat ortopediselle päiväkirurgiselle potilaalle. Kasvokkain annettu ohjaus lisäsi potilaan hermostuneisuutta ohjauksen jälkeen ja leikkauksen jälkeen enemmän kuin verkkopohjaisen ohjaus.
McCloy, O. & McCutcheon, K. 2016. The day surgery experience from the perspective of service users. British Journal of Nursing, Vol 25, No 13, 736-739. Mitchell, M. 2014. Home recovery following day surgery: a patient perspective. Journal of Clinical Nursing, 24, 415 - 427.	Suurin osa omaisista tai ystävistä oli saanut postoperatiivista ohjeistusta. Lähes kaikki potilaat olivat saaneet ohjeistuksen komplikaatioiden varalta.
Reiter, K. 2014. A Look at Best Practices for Patient Education in Outpatient Spine Surgery. AORN Journal, Vol 99, No 3, 378-380.	Suositus päiväkirurgisten selkäpotilaiden potilasohjauksesta: Lääkärin arvio, mitä potilaan pitää tietää kotihoito-ohjeistuksen jälkeen, yksilöllisyyden huomioiminen ohjeistusta annettaessa.
Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M-L., Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2012. Yksilöllinen hoito-potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. Hoitotiede. 25 (2).	Potilaat haluavat omaiset mukaan hoitoon ja hoidonohjaukseen. Potilaat toivovat heidän aikaisempien sairaalakokemusten ja työn sekä harrastusten huomioimista.
Tasala, L. 2013. Päiväkirurgisen potilaan voimavaraistumista tukeva ohjauskeskustelu. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos: Turku.	Ohjauskeskustelun sisältö: kivun määrän arvioinnin ohjausta oli liian vähän, leikkauksesta ja sairaudesta puhuttiin vähän. Perheellä suuri merkitys tukena ja hoitoon osallistumisena. Potilaat olisivat halunneet lisätietoa haavahoidosta, kivun hoidosta, peseytymiseen liittyvistä asioista.

Miten toipumisaika sujui kotona? Oliko kipulääkitys riittävää? Tuliko komplikaatioita? Tarvitsiko ottaa yhteyttä lääkäriin/hoitavaan yksikköön?	
Lähde	Saadut tulokset
Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. Kattajisto, J. & Valkeapää, K. 2014. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva hoitotyö. 13 (1)	Kotona selviytymisen kannalta tärkeäksi koettiin tieto sairaudesta, eri hoitovaihtoehdoista, tutkimuksista ja leikkaukseen liittyvistä komplikaatioista. Ortopedinen potilas odottaa tukea eri ammattiryhmiltä hoidon onnistumiseksi.
Haapala, T. 2012. Ohjauksen kehittäminen päiväkirurgisessa olkapääleikkauksessa olleiden potilaiden näkökulmasta. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos: Tampere.	Potilaat toivoivat kirurgin tapaamista leikkauksen jälkeen. Leikkauksesta toipuminen vei paljon voimavaroja. Toivottiin postoperatiivista soittoa kotiin leikkauksen jälkeisenä päivänä.
Heikkinen, K., Salanterä, S., Leppänen, T., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi H. 2012. Ambulatory orthopaedic surgery patients' emotions when using two different patient education methods. Clinical feature, 22, 226-231.	Potilaiden tunteet eivät vaihdelleet suuresti leikkauksen jälkeen. Eniten koettiin kärsimättömyyttä.
Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Duodecim 131, 1923-1927.	Perioperatiivinen tiedottaminen vähensi potilaan pelkoa, ahdistusta ja paransi tyytyväisyyttä kivunhoitoon. Kivunhoidon onnistumista lisäsi selkeät ohjeet kivunhoidosta ja sen haittavaikutuksista sekä mahdollisuus yhteydenottoon komplikaatioiden ilmaantuessa. Kivun arvioinnissa on huomioitava lepo- ja liikekivun voimakkuus ja se pitää suhteuttaa toimintakykyyn. Potilaiden erilaisuus ja kivun kokeminen on huomioitava kivunhoidossa.
Leikkola, P., Helminen, M., Paaivilainen, E. & Kurki, P. 2013. Selkäleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä selviytymisen voimavarat potilaan kotiutuessa sairaalasta. Tutkiva hoitotyö. 11 (3).	Potilaan toipumiseen vaikuttivat ahdistuneisuus, huolestuneisuus, persoonallisuus ja selviytymiskäyttäytyminen. Kivulla ei ollut vaikutusta selviytymiseen, mutta pelko koettiin huonontavan sitä. Psykkinen pahoinvointi koettiin huonotavan selviytymisen kokemuksia.
Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Hotus. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö.	Internetissä tapahtuva kivunohjaus paransi potilaiden kivunhallintaa ja toipumisprosessia. Preoperatiivinen ohjaus koettiin hyödylliseksi. Potilaat pelkäsivät lääkeriippuvuutta ja haittavaikutuksia. Potilaat ajattelivat, että kipua pitää kestää. Postoperatiivisen kivun voimakkuuteen vaikuttaa: sukupuoli, preoperatiivisen kivun voimakkuus, psykkinen pahoinvointi ja toimenpiteen luonne.
Tasala, L. 2013. Päiväkirurgisen potilaan voimavaraistumista tukeva ohjauskeskustelu. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos: Turku.	Toipumisaikana pelkoa aiheutti haavan sitomiseen ja verenvuotoon liittyvät asiat sekä apuvälineiden käyttö.
Warrén, Stomberg, Saxborn, Gambreus, Brattwall & Jakobsson 2015	Päiväkirurgisen toipumisen seuraamiseksi on käytössä lukuisia mittareita, jotka eroavat suuresti toisistaan. Yhtenäinen käytäntö päiväkirurgisten potilaiden toipumisen seuraamiseksi puuttuu.

