

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Jenny Autio & Jenni Lalu

NAISTENTAUTIPOTILAAN PREOPERATIIVISEN OHJAUKSEN
KEHITTÄMINEN

- OHJAUSKANSIO KYMENLAAKSON KESKUSSAIRAALAN
NAISTENTAUTIEN VUODEOSASTON HOITOHENKILÖKUNNAN
KÄYTTÖÖN

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

AUTIO, JENNY & LALU, JENNI	Naistentautipotilaan preoperatiivisen ohjauksen kehittäminen - ohjauskansio Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien vuodeosaston hoitohenkilökunnan käyttöön
Opinnäytetyö	55 sivua + 12 liitesivua
Työn ohjaajat	Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen ja Lehtori Jussi Hänninen
Toimeksiantaja	Kymenlaakson keskussairaala, Naistentautien vuodeosasto
Marraskuu 2010	
Avainsanat	potilasohjaus, naistentaudit, preoperatiivinen, kehittämistehtävä, ohjauskansio

Tämä opinnäytetyö on kehittämistehtävä, jonka tarkoituksena oli laatia naistentautien vuodeosaston henkilökunnalle ohjauskansio preoperatiivisen ohjauksen tueksi. Yhteistyökumppanina oli Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien vuodeosasto 8B. Tavoitteena oli luoda vuodeosastolle yhtenäinen ohjauksen runko preoperatiiviseen potilasohjaukseen.

Kehittämistehtävään liittyvä tiedonkeruu toteutettiin kirjallisuuskatsauksella sekä vuodeosastolle tehdyllä kartoittavalla kyselyllä. Kirjallisuudesta saatua tietoa verrattiin vuodeosastolle tehtyyn kyselyyn ja aineiston analyysillä saatiin teoriapohja ohjauskansiolle. Teoriapohjasta muodostui ohjauskansion lopullinen sisältö uuden aineiston analyysin avulla. Ohjauskansion alustava versio testattiin naistentautien vuodeosastolla ja lopullista muotoa sekä sisältöä muokattiin vastausten perusteella.

Naistentautien preoperatiivisessa ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan sairauden arkaluontoisuus. Ohjaustilanteen tekee haastavaksi hoitohenkilökunnan kiire sekä rauhallisten tilojen löytyminen, mikä puolestaan vaikuttaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseen. Potilaiden tiedontarpeet ovat yksilöllisiä ja niihin täytyisi myös kiinnittää huomiota.

Ohjauskansio on osaston toiveiden mukaisesti lyhyt ja tiivis ohjauksen apuväline, josta tärkeät tiedot löytyvät selkeästi jäseneltynä. Ohjauskansio sisältää pre-, intra- ja postoperatiivisia asioita, joita tulisi käydä preoperatiivisessa ohjauksessa läpi potilaan kanssa. Toivottavasti ohjauskansiosta on hyötyä vuodeosaston hoitohenkilökunnalle sekä vuodeosastolla työskenteleville sijaisille ja opiskelijoille.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

AUTIO, JENNY & LALU, JENNI	Preoperative Guidance Development of a Gynecological Patient – guidance folder for the nursing staff in gynecological ward of Kymenlaakso Central Hospital
Bachelor's Thesis	55 pages + 12 pages of appendices
Supervisors	Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, PhD, and Jussi Hänninen, Master of Health Care
Commissioned by	Kymenlaakso Central Hospital – gynecological ward
November 2010	
Keywords	patient guidance, gynecological disease, preoperative, development task, guidance folder

This Bachelor's thesis is a development task. The purpose was to create a preoperative guidance folder for the nursing staff of the gynecological ward. This Bachelor's thesis was made in co-operation with gynecological ward 8B, which is located in Kymenlaakso central hospital. The target was to create a common frame for preoperative guidance on the ward.

The data for the development task was gathered from literature reviews and an inquiry on the ward. The data from the literature and inquiry were compared and the theoretical knowledge for the guidance folder created using content analysis. The contents of the guidance folder were formed from the theoretical knowledge through new content analysis. The first version of the guidance folder was tested in the gynecological ward. The contents of the folder were revised on the basis of the inquiry.

The delicacy of the patients' disease must be paid attention to. The guidance situation is challenging, because the nursing staff is busy and it is difficult to find a peaceful place for the guidance. Besides, the guidance situation should create a confidential nursing relationship. Every patient has different needs of information and the nursing staff has to detect those needs.

The guidance folder is short and compact as the nursing staff in the ward wanted. It is a tool of guidance where important information can be systematically found. The guidance folder consists of pre-, intra- and postoperative information, which should be dealt with during the preoperative guidance situation with the patient. Hopefully the guidance folder is useful for the nursing staff, the substitutes and the students in the ward.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖKOHDAT JA PROSESSIN KUVAUS	7
2.1	Kehittämistehtävänä yhdenmukaisen preoperatiivisen ohjauksen luominen osastolle	7
2.2	Kirjallisuuskatsaus ohjaukansion laadinnan pohjaksi	9
2.3	Sisällön analyysi	11
2.4	Kysely osaston hoitohenkilökunnalle	12
2.5	Kehittämistehtävän prosessin kuvaus	14
3	KEHITTÄMISTAVOITTEET	16
4	TEORIATAUSTAA KEHITTÄMISTOIMINNALLE	17
4.1	Naistentautien hoitotyö	18
4.1.1	Hoitajien ammattitaito	18
4.1.2	Lyhentyneet hoitoajat ja hoitotyön haasteet	18
4.1.3	Naistentautien hoitotyön arkaluontoisuus ja potilaan huomioiminen	19
4.2	Preoperatiivinen ohjaus	20
4.2.1	Yksilöllinen ohjaus	20
4.2.2	Ohjauksen toteutus	21
4.2.3	Hoitajan ja potilaan persoonallisuudet ohjauksessa	22
4.2.4	Kirjalliset ohjeet suullisen ohjauksen tukena	23
4.3	Potilaiden tiedontarve	23
4.3.1	Potilaiden vastuunottaminen omasta hoidostaan	24
4.3.2	Vuorovaikutus ja pelkojen lievittäminen	24
5	NAISTENTAUTIPOTILAAN PREOPERATIIVISEN OHJAUSKANSION SISÄLTÖ	25
5.1	Elämäntavat	26
5.1.1	Ravitseminen	26

5.1.2	Alkoholi ja tupakka	28
5.1.3	Liikunta ja lepo	28
5.1.4	Seksuaalisuus	29
5.2	Hygienia	30
5.3	Lääkehoito	31
5.4	Leikkaukseen valmistautuminen	33
5.5	Tulevan toimenpiteen läpikäynti	34
5.5.1	Leikkausmuodot	34
5.5.2	Leikkaus aiheita	35
5.6	Leikkauksen jälkeinen aika sekä toipuminen	37
5.6.1	Hoitoaika ja toipumisen pituus	37
5.6.2	Kotona selviytyminen	38
5.6.3	Kivunhoito	39
5.6.4	Haavan hoito	39
6	OHJAUSKANSION LAADINTA JA KÄYTTÖSUOSITUKSET	40
6.1	Ohjauskansion laadinta	41
6.2	Ohjauskansio käytännön työssä	43
7	KANSION TESTAUS JA TULOKSET	44
8	POHDINTA	46
8.1	Luotettavuus	46
8.2	Kehittämistehtävän prosessin tarkastelu ja johtopäätökset	47
8.3	Ohjauskansion arviointi	49
	LÄHTEET	51
	LIITTEET	
	Liite 1. Saatekirje	
	Liite 2. Kyselylomake	
	Liite 3. Tietokantahaku	
	Liite 4. Aikaisempien tutkimusten taulukko	
	Liite 5. Ohjauskansio	

1 JOHDANTO

Ohjaus on tärkeä osa hoitoa, ja se kuuluu tärkeimpiin sairaanhoitajan käyttämiin hoitotyön keinoihin. Naistentautipotilailla preoperatiivisella käynnillä tiedontarve on suuri, koska kyseessä on hyvin intiimi ja arkaluontoinen asia. Potilaat kuitenkin kokevat asiat yksilöllisesti, eikä kaikilla tiedontarve ole yhtä suuri (Alanen 2002, 1–2). Hoitotilanteissa potilaan yksilöllinen tiedon ja ohjauksen tarve on tärkeää hyvään lopputulokseen pääsemisessä (Halonen 2006, 1). On kuitenkin otettava huomioon myös yhtenäinen hoitolinja osastolla (Asiantuntija 2, 30.9.2009).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittää jokaiselle potilaalle kuuluvan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeuden. Potilaat kuitenkin kokevat, ettei heille aina jää riittävästi aikaa keskusteluun, eivätkä he saa riittävästi tietoa omasta tilanteestaan (Lamminperä 1999, 44). Ohjaustilanteissa sairaanhoitajat kokevat ajan olevan rajallista ja tilojen puutteellisia sekä ohjaukseen soveltumattomia (Halonen 2006, 51).

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on kehittää potilasohjausta ja preoperatiivisen käynnin ohjeistusta ohjauksansion avulla. Potilasohjaukseen saataisiin yhtenäisemmät linjat ja myös sijaisten olisi helpompi ymmärtää ohjauksen merkitys ja toimia yhtenäisten ohjeiden mukaisesti nopeissa toimintojen muutoksissa. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 36.) Toisena perusteena kehittämistehtävälle on, että Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien osastolla ei tällä hetkellä ole yhtenäistä ohjauksansiota tai -opasta, joka palvelisi henkilökunnan työtä ja tiedontarpeita (Asiantuntija 1, 30.9.2009).

Kun aloimme miettiä opinnäytetyötämme, niin pidimme tärkeänä, että siitä olisi oikeasti hyötyä käytännössä. Carea – Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Internet-sivuilla oli vuoden 2009 keväällä opinnäytetyö pyyntöjä ja siellä oli myös tämän työn aihe. Kun opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen, se luo työlle tiettyä haastavuutta, mutta myös tukea yhteysosastolta. Matkan varrella aihe on muovautunut potilaisiin kohdistuvasta tutkimuksesta hoitohenkilöstölle kohdistettuun kehittämistehtävään.

Hoitajien työ on muuttunut paljon viime vuosina: ihmiset ovat tietoisempia omasta kehostaan ja ihmiset myös etsivät ahkerammin tietoa. Ihmiset etsivät itse aktiivisesti

tietoa Internetistä ja kirjallisuudesta sekä keskustelevat mielellään leikkauskokemuksista läheistensä ja tuttaviansa kanssa (Linna & Mikkola 2000, 34). Hoito on muuttunut asiakaslähtöisemmäksi ja samalla hoitoajat ovat lyhentyneet, jolloin potilaille täytyy kertoa enemmän myös kotihoito-ohjeita. Hoitajan työssä ohjaaminen on haastavaa, koska asiakkaat ovat erilaisia ja heillä on erilaisia tarpeita. (Heikkilä ym. 2008, 12–14.)

Yhteistyötahomme on Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien vuodeosasto 8B. Siellä meille on nimetty ohjaava sairaanhoitaja, johon olemme tarvittaessa yhteydessä. Tarve kyseiselle opinnäytetyölle tuli osastolta, jossa ei ole yhtenäistä ohjeistusta tai ohjauskansiota hoitohenkilöstölle preoperatiivisen ohjauksen tueksi. Asia koettiin ajankohtaiseksi ja tarpeelliseksi myös sen vuoksi, että osastolla työskentelee ajoittain vaihtuvia sijaisia, joilla ei ole jatkuvaa käytännön kokemusta naistentautien preoperatiivisesta ohjauksesta. Toivottavasti myös pitkään osastolla työskennelleet hoitajat kokisivat, että kansio tukee heidän työtään ja he saisivat uusia malleja työskentelyyn. (Asiantuntija 1, 30.9.2009; Asiantuntija 2, 30.9.2009.)

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖKOHDAT JA PROSESSIN KUVAUS

Kehittämistehtävän tarkoituksena sekä tavoitteena on toiminnan parantaminen. Koska työelämässä tapahtuu nopeita muutoksia, niin toimintatapoja sekä tietoutta täytyy päivittää nopealla tahdilla. (Toikko & Rantanen 2009, 7, 33.) Tässä luvussa esittelemme, opinnäytetyömme kehittämistehtävään ja prosessin toteutukseen liittyviä asioita. Kehittämistehtävä toteutetaan tietyn kaavan mukaan, jotta kehittämistehtävästä tulee mahdollisimman luotettava. Kehittämistehtävän tiedonkeruu tehdään kirjallisuuden ja tuoreen tutkimukselliseen tietoon perustuvan aineiston pohjalta käyttäen kirjallisuuskatsausta. Kvalitatiivinen eli laadullinen kysely kartoittaa osaston lähtötilannetta sekä osastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan toiveita. Kirjallisuuskatsauksen sekä kyselyn yhteisellä aineiston analyysillä saadaan kansion pohjaksi aineistoa, jotta ohjauskansion sisältö on luotettavaan tietoon perustuvaa sekä käytäntöön sopivaa.

2.1 Kehittämistehtävänä yhdenmukaisen preoperatiivisen ohjauksen luominen osastolle

Kehittämistehtävällä tarkoitetaan toimintaa, joka luo uusia tai ainakin parantaa aikaisempia menetelmiä. Tutkimuksiin perustuva kehittämistoiminta vaatii faktaanäkökulman rinnalle myös olemassa olevan todellisuuskäsityksen. Kehittämistoiminnan läh-

tökohtana on, että jotakin asiaa kehitetään ja kehitettävästä asiasta täytyy olla jo tietoa, jotta sitä voidaan verrata ja kehittää tutkitun tiedon avulla. (Heikkilä ym. 2008, 18; Toikko & Rantanen 2009, 35–36.) Kehittämistoiminnalla tarkoitetaan systemaattisesti toteutettua tiedon keruuta ja tietoa käytetään uusien tapojen löytymiseen (Heikkilä ym. 2008, 18).

Tällä opinnäytetyöllä pyritään kehittämään koko vuodeosaston toimintatapaa, jolloin preoperatiivinen ohjauksenkäynti yhdenmukaistuisi sekä selkiytyisi. Kehittämistehtävän kehittäminen on työssämme Toikko & Rantasen (2009) mukaan ”ylhäältä alas” -logiikan mukaista. Tällöin kehittämistehtävän tutkijat ovat varsinaisen toiminnan ulkopuolella. Kehittämistehtävän myötä on tarkoitus kehittää ja päivittää hoitajien tietämystä tutkittuun tietoon pohjautuen preoperatiivisesta ohjauksesta, sekä panostamaan laatuun ja vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Koska on useita hoitajia, jotka tekevät preoperatiivisia haastatteluita, olisi suotavaa että kaikki ymmärtävät asian samalla tavoin. (Heikkilä ym. 2008, 17–18, 21; Toikko & Rantanen 2009, 14, 48.)

Kehittämisprosessiin kuuluvia vaiheita voidaan jakaa erilaisilla tavoilla. Tässä opinnäytetyössä on käytetty Toikko & Rantanen (2009) kirjassa esitettyä viiden kohdan etenemistä, mutta sisällöltään samat kohdat on esitetty myös Heikkilä ym. (2008) kirjassa. Ensimmäisessä vaiheessa perustellaan kehittämistehtävälle tarkoitus: miksi jotakin asiaa täytyy kehittää. Toisessa vaiheessa tarkastellaan nykytilan resursseja toteuttaa kehitettävää asiaa. Kolmanneksi on kehittämistoiminnan konkreettinen toteutus, joka toteutuu esimerkiksi todellisella tekemisellä. Neljännessä vaiheessa toimintaa arvioidaan kehittämisen näkökulmasta, kuten onko tapahtunut muutosta entiseen verraten. Viidenneksi on tulosten levittäminen, jolloin kehittämisen tuloksena tullutta toiminnan mallia pyritään juurruttamaan mahdollisimman hyvin kehittämisen kohteeksi. (Toikko & Rantanen 2009, 56–63; Heikkilä ym. 2008, 57–58.)

Tässä kehittämistehtävässä on edetty edellisen kappaleen mukaisella kehittämisprosessin tavalla, jonka vaiheista on erillinen luku 2.5 Kehittämistehtävän prosessin kuvaus. Ensin aihetta perusteltiin naistentautien vuodeosastolta siten, ettei heillä ole erillistä ohjetta preoperatiiviseen ohjaustilanteeseen. Ohjaustilanteessa on kuitenkin paljon tärkeitä asioita, joita hoitotyöntekijän olisi hyvä käydä lävitse potilaan kanssa. Toisessa vaiheessa osaston sen hetkistä tilannetta selvitettiin kvalitatiivisella kyselyllä, josta saatiin lähtökohta sekä kehittämisideoita kehittämistehtävän tueksi. Kolmanneksi

osastolle kehitettiin ohjauskansio preoperatiivisen ohjauskäynnin tueksi. Kehittämistehtävän tulokset ja tuotos on kohdennettu kaikkien naistentautien vuodeosastolla työskentelevien käyttöön, mutta eniten siitä tulee olemaan hyötyä uusille työntekijöille ja opiskelijoille perehdytykseksi (Toikko & Rantanen 2009, 60). Neljättä vaihetta emme tämän opinnäytetyön puitteissa onnistu toteuttamaan käytännössä, koska kansion olisi ollut hyvä olla osastolla käytössä pidemmän aikaa, jotta pystyisi luotettavasti arvioimaan kehittämistehtävän onnistumista. Viides vaihe on myös haastavaa toteuttaa ulkopuolisena tutkimuksen tekijänä. Ohjauskansion valmistuttua lopullisesti menemme naistentautien vuodeosastolle pitämään osastotunnin. Osastotunnilla kerromme naistentautien hoitohenkilökunnalle preoperatiivisen ohjauskansion sisältämistä asioista sekä kansion erilaisista käyttömahdollisuuksista.

Kehittämistehtävän tavoitteena on luoda hoitajille selkeä ohjauskansio, jotta naistentautien asiakkaat saavat hyvää ohjausta ja tarvitsemaansa tietoa preoperatiivisella käynnillä. Naistentautien osastolla ohjauksiin sisällytetään riskitekijöiden kartoitusta, leikkaukseen valmistautumisen ohjausta ja leikkausvalmennusohje, johon sisältyy leikkauksen jälkeiseen toipumiseen liittyvää ohjeistusta. (Asiantuntija 2, 30.9.2009.) Ohjauskansion toteutuksessa mietittiin, että oppaan täytyy olla yksinkertaisesti ja nopeasti luettavissa osastolla. Jos hoitaja tietää haastattelevansa preoperatiivisessa ohjaustilanteessa esimerkiksi pitkän tauon jälkeen, hänen on helppo palautella asioita mieleensä ja muistaa ohjauksessa käytävät tärkeät asiat. Kansio sisältää ohjauksen pääkohdat ja laajemmasta opinnäytetyön teoriaosasta löytyy syvempi ja monipuolisempi tieto. Valmistuttuaan molemmat ovat käytettävissä osastolla. (Asiantuntija 3, 4.2.2010.)

2.2 Kirjallisuuskatsaus ohjauskansion laadinnan pohjaksi

Kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen teoreettisena pohjana käytetään jo olemassa olevia artikkeleita ja tutkimuksia. Siinä täytyy osata poimia tutkimuksista tärkeimmät asiat ja tarkastella niitä keskenään. Tutkimuksia ja artikkeleita olisi myös hyvä vertailla keskenään, mutta aineistoa käsitellessä täytyy olla kriittinen. On hyvä katsoa esimerkiksi tutkimuksen otanta ja mahdollisesti se mitä eroavaisuuksia ilmenee muun muassa eri osastojen tai ikäryhmän muutoksien myötä. (Sajavaara 2008a, 117; Sajavaara 2008b, 252–254.)

Teoriapohjaisessa analyysissä käsitteet tulevat valmiina, kun asiasta tiedetään jo jotain (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117). Kirjallisuuskatsausta tehdessä työssämme käytimme pohjana Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen – kirjassa esitettyjä vaiheita. Suunnitteluvaiheessa meillä oli opinnäytetyön aihe selvillä, ja alkuvaiheessa muotoilimme kehittämistavoitteet työllemme (Johansson 2007, 5–7). Ennen aineistohakujen suorittamista teimme käsitekartan jo meille tutuista asioista, jotka tulivat esille kun tutustuimme aiheeseen (kuva 1). Käsitekartan avainsanoja käytimme aineistohakuun. (Tähtinen 2007, 10–11.)



Kuva 1. Käsitekartta kirjallisuuskatsauksessa käytetyistä keskeisistä käsitteistä

Käytimme muutamia suomalaisia hakukoneita Internetissä tietokantahakuihin: Aleks, Linda, Medic ja KYMI-tietokannat (liite 3; Tietokantahaku). Näistä tietokannoista eniten lähteitä saimme Medicistä. Aleksissa ja Lindassa oli paljon tietolähteitä, joiden luotettavuutta voidaan kyseenalaistaa, kuten opinnäytetöitä. Medic on kotimainen terveystieteellinen tietokanta, joka sisältää hoitotieteellisestä kirjallisuudesta muun muassa artikkeleita, kirjoja, väitöskirjoja sekä tutkimuslaitosten raportteja (Tähtinen 2007, 29–30). Pyrimme käyttämään opinnäytetyössä ainoastaan tutkimuksia, jotka ovat korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja, jotta työssämme olisi mahdollisimman tuoretta tutkittua tietoa. Joissain tutkimuksissa teimme poikkeuksia, jos tutkimuksen sisältö oli asiallista ja työssämme hyödyllistä, eikä uudempaa tutkittua tietoa löytynyt. Aineistohakujen jälkeen tutustuimme aineistoon ja priorisoimme tarkemmin, millaisia asioita opinnäytetyössä käsitellään. Kysyimme myös vinkkejä ohjaavalta sairaanhoitajalta, millaisia toiveita osastolla on, sekä käytimme apuna osastolle tehtyä kyselyä. Kirjallisuudesta karsittiin kokonaan pois miesten ohjauksen näkökulma, ja yleisiä leikkaukseen ohjauksen tutkimuksia käytettiin harkiten. (Tähtinen 2007, 12; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46–47.)

Tutkimuksista muodostettiin aikaisempien tutkimusten taulukko, josta näkyy tutkimuksen tekijä, vuosi sekä tutkimuksen nimi, tutkimuksen aihe, otos sekä aineiston keruumenetelmä, tutkimuksen tarkoitus ja keskeiset tulokset (Liite 4; Aikaisempien tutkimusten taulukko). Taulukko helpottaa tutkimusten käsittelyä ja sen avulla voi myös vertailla eri tutkimuksia ja niissä esitettyjä tuloksia. (Stolt & Routasalo 2007, 63–66.)

2.3 Sisällön analyysi

Sisällön analyysia pidetään ristiriitaisena tutkimusmenetelmänä. Siinä täytyy tutkia asiaa laajasti ja aineistosta, kuten artikkeleista ja dokumenteista, täytyy löytyä asian ydin. Aineistoa on hyvä ryhmitellä erilaisin perustein, kuten erilaisten ominaisuuksien ja käsitysten mukaan. Tässä opinnäytetyössä aikaisemmista tutkimuksista on tehty taulukko (Liite 4; Aikaisempien tutkimusten taulukko), josta näkee helposti ja nopeasti tutkimusten pääkohdat. Sisällön analyysia on moitittu siitä, että tutkimuksen tekijä voi tuoda liian näkyvästi esille tiettyjä itseä kiinnostavia asioita. Näin ollen tutkimus ei ole riittävän kattava eikä myöskään luotettava. (Vilka 2007a, 139–140.) Sisällön analyysissa voidaan verrata erilaista aineistoa, kuten dokumentteja, tutkimuksia, artikkeleita ja kirjoja keskenään (Kynge & Vanhanen 1999, 4). Tässä opinnäytetyössä si-

sällön analyysin aineistona on käytetty myös osastolle tehdyn kyselyn vastauksia vertaillen teoreettiseen tutkittuun tietoon.

Kehittämistehtävän tekemisessä sisällön analyysia on käytetty kaksi kertaa. Ensimmäisen kerran sitä käytettiin kirjallisuuskatsausta ja kartoittavan kyselyn vastauksia vertaillen. Ensimmäisessä sisällön analyysin vaiheessa on aihetta rajattu naistentautien preoperatiivisen ohjauksen näkökulman mukaan. Luvussa neljä, on avattu myös keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössä sisällön analyysin avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.) Toisen kerran sisällön analyysia käytettiin, kun teoriapohja ohjauksansiolla valmistui. Silloin kyseessä on ollut aineistolähtöinen sisällön analyysi, jolloin aineistoa on redusoitu eli pelkistetty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.) Koska ohjauksansion on tarkoitus olla tiivis pohja ohjaukseen, on aineistoa syytä tiivistää mahdollisimman runsaasti. Toisessa sisällön analyysin vaiheessa apuna käytettiin ohjauksansion testaamisesta saadun kyselyn tuloksia. Sisällön analyysin avulla tässä kehittämissä tehtävissä hajallaan ja erilaisista lähteistä tuleva tieto on saatu koottua yhdeksi kokonaisuudeksi. Tuloksena on tämän kokonaisuuden perusteella tuotettu ohjauksansio.

Sisällön analyysin luotettavuuden lisäämiseksi voidaan käyttää face-validiteettia. Face-validiteetissa tutkimuksen tulos esitetään henkilöille, jotka ovat tuttuja tutkittavan asian kanssa ja jotka tietävät asiasta enemmän. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Naistentautien osaston kokenut sairaanhoitaja tekee yhteistyötä kanssamme opinnäytetyön edetessä ja toivomme hänen arvioivan, kuinka onnistuneesti olemme käyttäneet tutkittua tietoa työmme teossa. Ohjauksansio on tarkoitus testata osastolla ja siinä tulee käyttöön myös face-validiteetin käyttäminen.

2.4 Kysely osaston hoitohenkilökunnalle

Alun perin ajatuksenamme oli teettää naistentautien osaston hoitohenkilökunnalle ryhmähaastattelu, mutta kolmivuorotyön luonteen vuoksi olisi ollut vaikeaa saada riittävä määrä hoitohenkilökuntaa paikalle samalla kertaa. Osaston toiveena oli, että haastattelun sijaan osastolle tehdään kysely paperilla, johon hoitajat saavat vastata nimettöminä. Päätimme toteuttaa kvalitatiivisen eli laadullisen kyselyn osastolla työskenteleville hoitajille, johon he saivat omin sanoin vastata muun muassa heidän nykyisistä toimintatavoistaan ja niiden hyvistä sekä huonoista puolista (liite 2; Kyselylomake).

Kyselylomakkeella halusimme tietää, millaiset tavat osastolla on tällä hetkellä käytössä. Osastolle tekemämme kysely tukee kirjallisuuskatsauksen tiedon saantia sekä kyselystä saatuja tietoja voi verrata kirjallisuuskatsauksesta saatuihin tietoihin. Kvalitatiivisella kyselyllä halusimme tarkempia ja persoonallisempia vastauksia. Hoitajat saivat vastata avoimiin kysymyksiin haluamallaan tavoilla, kuten ranskalaisilla viivoilla tai lauseilla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72, 74.) Kyselylomakkeella suurin osa kysymyksistä oli avoimia kysymyksiä, joissa on esitetty kysymys ja kysymyksen jälkeen on jätetty avointa tilaa vastaamista varten. Työskentelyaikaa, jonka hoitaja on ollut osastolla, kysyttiin vuoden tarkkuudella. (Hirsjärvi 2008, 193–194.)

Lähetimme kyselylomakkeita osastolle 10 kappaletta. Jokainen kyselylomake oli omassa kirjekuoreessaan ja jokaisen mukana oli myös saatekirje. Saatekirjeessä kerroimme keitä olemme ja minkä vuoksi teemme kyselyä, myös vastausohjeet löytyivät saatekirjeestä (Liite 1; Saatekirje). Vastauksia saimme 5 kappaletta, joten vastausprosentti on 50 %. Olisimme halunneet enemmän vastauksia luotettavuuden parantamiseksi, mutta opinnäytetyöhön laadulliseen tutkimukseen vastauksia tuli riittävä määrä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

Vastauksen antaneet hoitajat olivat työskennelleet naistentautien vuodeosastolla alle vuodesta kymmeneen vuoteen. Vastauksista ilmeni, että kiireestä huolimatta hoitajat haluavat olla aidosti läsnä ohjauksen ajan. Kaavoihin kangistuneisuutta pidettiin tietyllä tavalla hyvänä asiana, jotta kaikki asiat tulee käytyä läpi. Luontevaa käyttäytymistä ja pelon lievittämistä asiallisella käyttäytymisellä pidettiin tärkeänä. Hoitajat pyrkivät jättämään aikaa potilaan omille kysymyksille, vaikka osastolla olisi kiire.

Kaikkien hoitajien vastauksissa korostui potilaan yksilöllinen huomioiminen ohjaustilanteessa. Vastauksissa tärkeinä pidettiin potilaan toiveita ja että potilas saa riittävästi tietoa leikkaukseen liittyvistä asioista, ettei hänelle myöhemmin tulisi ikäviä yllätyksiä. Selkeyttä, luontevuutta ja asiantuntevuutta pidettiin tärkeinä ohjaustilanteissa. Hyvinä asioina osaston preoperatiivisessa ohjauksessa pidettiin ohjauksen selkeyttä sekä hoitopolun sujuvuutta. Preoperatiivista ohjausta pidetään osastolla tärkeänä potilaan hoidon sujuvuuden kannalta. Huonoina puolina kaikissa vastauksissa pidettiin hoitajien kiirettä osastolla työskennellessä. Lisäksi useissa vastauksissa kerrottiin, ettei aina löydy rauhallista paikkaa ohjaukselle ja tilaongelman vuoksi haastattelu joudutaan tekemään aulassa.

Ohjaukansiota pidetään osastolla hyvänä asiana varsinkin uusille työntekijöille. Kansiota voi tarkistaa, että kaikki asiat on kerrottu ohjauksen aikana. Osa hoitajista toivoisi kansion myötä ohjaukikäytänteiden yhdenmukaistuvan osastolla. Tutkittua tietoa kaivattiin lisää elämänlaadusta gynekologisen leikkauksen jälkeen, miten onnistunut ohjaus vaikuttaa leikkauksen sujumiseen ja potilaan toipumiseen sekä millaista tietoa potilas on valmis vastaanottamaan preoperatiivisella ohjauksikäynnillä. Muutoin ohjaukansion toivottiin olevan selkeä tietopaketti preoperatiiviseen ohjaustilanteeseen. Kansion toivotaan sisältävän preoperatiivisessa tilanteessa huomioitavat asiat, jotta potilas sekä asiakirjat ovat valmiina leikkausta varten. Kansion toivottiin myös sisältävän täsmällistä tietoa erilaisista naistentautien leikkauksista ja niihin valmistautumisesta sekä lääkelistan, jossa on lueteltu mitä lääkkeitä potilas saa ja ehdottomasti ei saa ottaa leikkauspäivänä.

2.5 Kehittämistehtävän prosessin kuvaus

Tässä luvussa käsitellään vielä tiivistetysti kehittämistehtävän prosessin eteneminen, jotta lukijalle hahmottuu helpommin mitä prosessin aikana on tapahtunut (kuva 2). Aloitimme työn aiheen valinnalla. Halusimme tehdä opinnäytetyön aiheesta, josta olisi hyötyä myös käytännössä niin meille itsellemme kuin toivottavasti myös taholle, jonka kanssa yhteistyössä opinnäytetyö tehtäisiin. Keväällä 2009 selasimme läpi Carean – Kymenlaakson keskussairaalan nettisivuja ja löysimme sieltä aiheen, joka vaikutti kiinnostavalta.

Alun perin tarkoituksena oli tutkia preoperatiivisen ohjauksen riittävyyttä naistentautien potilaiden näkökulmasta. Varasimme aiheen itsellemme ja sen jälkeen otimme yhteyttä Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien osaston osastonhoitajaan, jonka kanssa sovimme tapaamisen. Tapaamisessa keskustelimme aiheesta ja keskustelun aikana aiheen rajaus tarkentui ja näkökulma muuttui. Osastonhoitaja ehdotti, että voisimme tarkastella asiaa hoitohenkilöstön näkökulmasta ja luoda osastolle yhtenäiset ohjeet ohjaukselle.

Keskustelun yhteydessä osastonhoitaja nimesi meille yhteyshenkilöksi osastolla jo pitkään työskennelleen sairaanhoitajan. Hänen kanssaan keskustelimme vielä aiheesta ja siitä, kuinka saisimme työhömmme mukaan myös osaston hoitohenkilöstön ajatuksia ja mielipiteitä. Ehdotimme tiedonkeruumenetelmäksi ryhmähaastattelua, mutta kuten jo edellisessä kappaleessa, 2.4, mainitsimme, niin ryhmähaastattelulla olisimme ta-

voittaneet vain pienen osan osaston hoitohenkilöstöstä. Sen vuoksi päätimme toteuttaa osastolle kirjallisen kyselyn, jolloin jokaisella osastolla työskentelevällä olisi halutesaan mahdollisuus osallistua ja kertoa mielipiteensä nimettömänä.

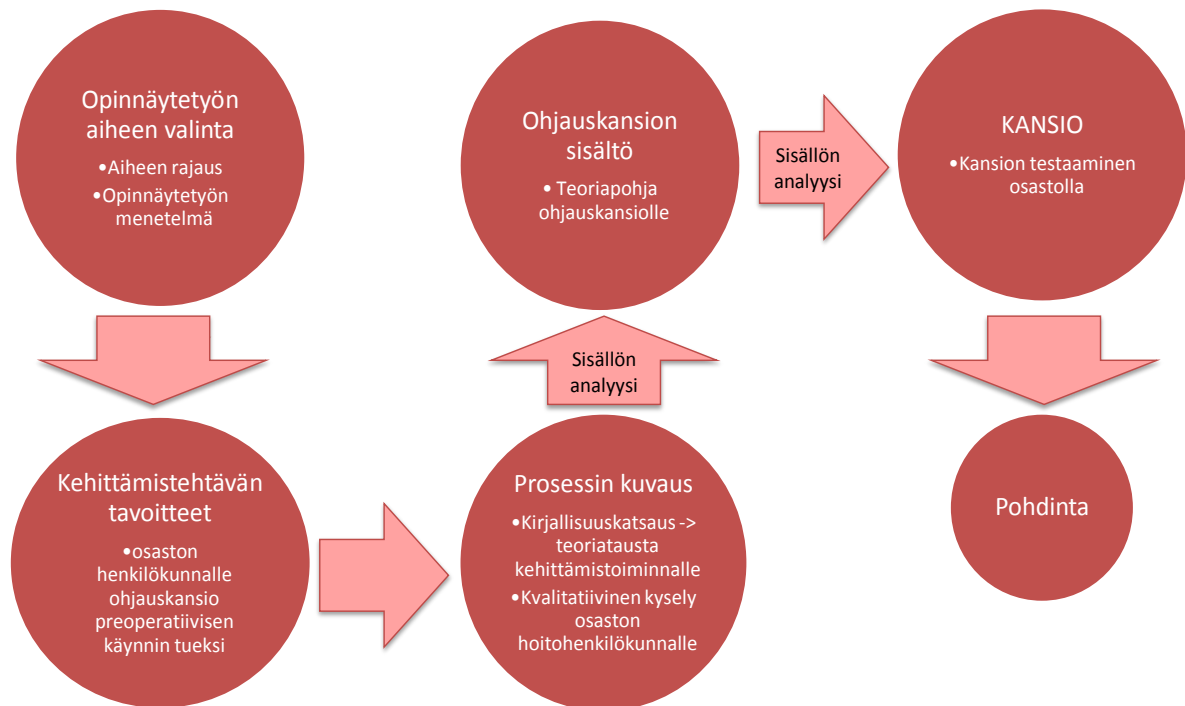
Edellä mainittujen keskusteluiden lisäksi pohdimme tiedonkeruumenetelmää, jota käyttäisimme opinnäytetyön toteutuksessa. Osaston hoitohenkilökunnan näkökulman lisäksi päätimme käyttää kehittämistehtävässämme kirjallisuuskatsausta, josta on kerrottu tarkemmin jo edellä kappaleessa 2.2. Kirjallisuuskatsauksella saisimme työmme pohjaksi uusimpaan, tutkittuun tietoon perustuvat asiat.

Seuraavassa vaiheessa aloimme hahmotella kehittämistehtävälle tavoitteita. Koko prosessin aikana olemme pitäneet nuo kyseiset tavoitteet mielessämme, päästäksemme mahdollisimman lähelle niitä (kts. luku 3). Tavoitteiden asettamisen jälkeen aloimme suunnitella kirjallisuuskatsausta ja sen toteutusta. Ryhdyimme ensin hahmottelemaan avainsanoja, joita käyttäisimme tiedonhaussa (kuva 1). Koska työmme tavoitteena oli luoda preoperatiivinen ohjauskansio, pyrimme muodostamaan avainsanoja myös sen mukaan, että kyseiset asiat löytyisivät ohjauskansiosta. Tiesimme, että tässä vaiheessa avainsanat olisivat vain pohjana tiedonhauille ja kansion sisältö ja rakenne muokkautuisivat myöhemmin.

Aineistohaun jälkeen käytimme sisällön analyysiä kansion teoriapohjan luomisessa. Poimimme aineistosta löytämämme ohjaukseen vaikuttavat tärkeät asiat ja tiivistimme niistä kokonaisuuden, joka toimisi kansion pohjana. Nämä ohjauskansion pohjana olevat tiedot on esitelty opinnäytetyön luvussa 5.

Seuraavaksi tiivistimme kansion pohjana olevasta teorian tiedosta varsinaisen ohjauskansion sisällön uudella sisällön analyysillä. Jaoin luvun 5 osiot pre-, intra- ja postoperatiivisiin ohjauksessa käytäviin osa-alueisiin ja pelkistimme luvun 5 pääkohdat sopimaan kyseisten otsakkeiden alle. Tämän jälkeen toimitimme kansion naisten tautien osastolle testattavaksi ja arvioitavaksi. Testauksen ja arvioinnin tulokset löytyvät opinnäytetyön luvusta 7 Kansion testaus ja tulokset. Osastolta saamamme palautteen perusteella muokkasimme jälleen ohjauskansion sisältöä osaston hoitohenkilöstön toiveiden mukaisesti. Tarkemmat tiedot ohjauskansion laadinnasta ja käyttösuosituksista on kerrottu opinnäytetyön luvussa 6.

Lopuksi opinnäytetyötä ja kehittämistehtävän toteutumista tulee arvioida. Myös opinnäytetyön luotettavuus on asia, jota on syytä tarkastella työn loppuvaiheessa. Olemme koonneet lukuun 8, opinnäytetyön luotettavuuden arviointia ja kehittämistehtävän prosessin tarkastelua. Lisäksi luvussa on käsitelty myös ohjauskansion arviointia.



Kuva 2. Prosessin kuvaus

3 KEHITTÄMISTAVOITTEET

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena on luoda Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien osaston henkilökunnalle ohjauskansio preoperatiivisen käynnin tueksi.

- Ohjauskansion tavoitteena on luoda naistentautien osaston hoitohenkilökunnalle yhtenäinen ohjauksen pohja.

- Ohjauskansio on uusimpaan tutkittuun tietoon perustuva ohjauksen apuväline.
- Ohjauskansio antaa hoitajalle valmiudet kertoa asiakkaalle preoperatiivisella käynnillä leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauksesta sekä leikkauksen jälkeisestä ajasta.
- Ohjauskansio antaa hoitajalle valmiudet ohjata naistentautien potilasta yksilöllisesti, selkeästi ja ymmärrettävästi.

4 TEORIATAUSTAA KEHITTÄMISTOIMINNALLE

Seuraavassa käsittelemme kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten perusteella löytyneitä keskeisiä käsitteitä, jotka liittyvät naistentauteihin ja potilaan ohjaamiseen sekä tiedontarpeisiin. Ajatuksenamme oli selkiyttää näitä keskeisiä käsitteitä kehittämistehtävään liittyen, jotta lukijan on helpompi ymmärtää asian taustaa. Kuvassa 3 on kuvattuna lukujen 4 ja 5 pääotsikot.



Kuva 3. Teoriapohjan otsikot kehittämistehtävälle

4.1 Naistentautien hoitotyö

Naistentaudeilla tarkoitetaan naisen sukupuolielinten ja niiden toiminnan erilaisia häiriöitä ja tautitiloja. Naistentautien hoitotyössä asiakkaiden ikäjakauma on hyvin suuri, nuoresta vanhaan. Naistentautien hoitotyöhön kuuluvat sairauksien tutkiminen, hoito ja toimenpiteet sekä ennaltaehkäisevät ja kuntouttavat toiminnot. Osa tarvitsee sairauteensa kirurgista hoitoa, osa tulee tutkimuksiin tulehdustautien takia tai saamaan säde- tai sytostaattihoitoa gynekologisen syövän takia. Lisäksi naistentautien osa-alueeseen kuuluvat alkuraskauden ongelmat ja häiriöt. Hoitoa toteutetaan naistentautien poliklinikoilla, toimenpide- ja vuodeosastoilla, sekä yksityisillä lääkäriasemilla. (Ihme & Rainto 2008, 15–17.) Opinnäytetyössä keskitymme pääasiassa kirurgisen naistentautipotilaan hoitotyöhön ja ohjaukseen, koska aiheena on preoperatiivinen ohjaus.

4.1.1 Hoitajien ammattitaito

Naistentautien, niin kuin muidenkin alojen hoitotyössä hoitajan ammattitaidolla on suuri merkitys. Naistentautien hoitotyössä hoitajalla on oltava tietoa ja hoitamisen taitoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Hoitajan tulee tietää naisen kehitykseen kuuluvat seksuaali- ja lisääntymisterveyden ilmiöt, normaalit fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät ja lisäksi niihin liittyvät muutokset. Hyvien tietojen ja taitojen avulla hoitaja pystyy neuvomaan, ohjaamaan, tukemaan ja hoitamaan naisia hyvän hoidon periaatteiden mukaisesti. (Ihme & Rainto 2008, 19.) Nämä asiat tulevat ilmi myös Nykäsen (2002) tutkimuksessa, jossa tutkittiin potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla; potilaat pitivät tärkeänä hoitohenkilökunnan ystävällisyyttä ja asiallista toimintaa. Potilaat kokivat hoitohenkilökunnan asiallisen toiminnan rakentuvan ammattitaidosta ja asiantuntijuudesta. Potilaat kokivat erityisen tärkeäksi, ettei hoitohenkilökunta vähätellyt potilaan terveysongelmaa eikä toiminut rutiininomaisesti. (Nykänen 2002, 25.) Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien osasto 8B:lle tekemämme kyselyn vastauksissa pilkahtelivat samat asiat kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Kyselyyn vastanneet hoitohenkilöstön jäsenet toivat julki kokemuksen ja tietotaidon merkityksen varmuuden ja asiantuntijuuden kehittymisessä.

4.1.2 Lyhentyneet hoitoajat ja hoitotyön haasteet

Hoitoajat ovat viime vuosina lyhentyneet myös naistentautien hoitotyössä parantuneiden tutkimusmahdollisuuksien ja kehittyneiden hoitomenetelmien ansiosta (Eskola &

Hytönen 2002, 23). Lyhentyneiden hoitoaikojen seurauksena niin naistentautien hoitotyössä kuin muillakin hoitotyön osa-alueilla moniammatillisen hoitotyön merkitys on lisääntynyt ja saanut suuremman arvon (Eskola & Hytönen 1998, 31). Hoitotyö painottuu yhä enemmän ohjaukseen ja neuvontaan, jossa moniammatillinen yhteistyö on suuressa osassa (Eskola & Hytönen 2002, 21).

Lyhentynyt hoitoaika asettaa hoitotyölle aivan erityisiä vaatimuksia, koska luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen ja uskallus käsitellä arkaluontoisia asioita vaatii aikaa. Yksilövastuinen hoitotyö onkin tärkeä keino luoda läheinen vuorovaikutussuhde, jolloin potilaan on helpompi ilmaista tunteitaan, pelkojaan ja toiveitaan. Keskeistä on yhteistyö perusterveydenhuollon ja sairaalan henkilökunnan välillä, jotta voitaisiin luoda onnistunut pohja hoidon jatkuvuudelle. (Eskola & Hytönen 2002, 23.)

4.1.3 Naistentautien hoitotyön arkaluontoisuus ja potilaan huomioiminen

Naistentautien hoitotyössä kohdataan arkaluontoisia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä asioita, minkä takia erityisesti vaitiolovelvollisuuden periaate korostuu (Ihme & Rainto 2008, 19). Vaitiolovelvollisuuden noudattaminen on perustana luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiselle (Eskola & Hytönen 2002, 23). Naistentautien osastolle tekemässämme kyselyssä hoitajat nostivat esiin luottamuksellisen hoitosuhteen tärkeyden ohjauksessa. Hoitajien vastausten mukaan ohjaustilanteesta on pyrittävä luomaan rauhallinen ja ilmapiiristä tulee luoda luottamuksellinen, jotta potilas tuntee olonsa vapautuneemmaksi ja hänen kanssaan on helpompi keskustella asioista ohjauksessa.

Naistentautien hoitotyössä potilaan kuunteleminen, päätöksenteon tukeminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä, koska potilas on yhä enemmän asiantuntija omassa hoidossaan (Eskola & Hytönen 2002, 21). Samat asiat nousevat esille myös Nykäsen (2002) tutkimuksessa, jonka tulosten perusteella potilaat kokivat turvallisuutta lisäävinä tekijöinä potilaan kuuntelemisen ja potilaan terveysongelmien ymmärtämisen. Lisäksi potilaat kokivat tärkeänä oman osallistumisensa omaan hoitoonsa ja pitivät tärkeänä myös oman mielipiteensä huomiointia. Heille annettiin perustellusti tietoa eri hoitovaihtoehdoista sekä oikeus päättää hoitomuodoista. (Nykänen 2002, 32.)

Naiset kokevat hoidon naistentautien osastolla eri tavoin kuin esimerkiksi sisätauti-osastolla. Seksuaalisuuteen ja naisena elämiseen liittyy hyvin erityinen sisäinen merkitys. Sukupuolielimiin liittyvät hoidot ja tutkimukset kohdistuvat hyvin intiimille, henkilökohtaiselle alueelle. Gynekologinen sairaus koetaan hyvin usein uhkana sukupuolielämälle ja naisellisuudelle. Naisen mahdolliset pelot sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen ja lisääntymiseen heijastuvat hoitotoimenpiteisiin ja – tilanteisiin. (Eskola & Hytönen 2002, 22.) Nykäsen (2002) tutkimuksessa naiset kokivat myönteisenä oman seksuaalisuutensa kohtaamisen, kun terveysongelman poistuessa heidän roolinsa naisena säilyi ja he pystyivät elämään normaalia seksuaalielämää. Kielteisenä naiset kokivat sen sijaan oman seksuaalisuutensa muuttumisen esimerkiksi kohdunpoiston jälkeen. (Nykänen 2002, 23, 28.)

4.2 Preoperatiivinen ohjaus

Preoperatiivisella ohjauksella tarkoitetaan ennen leikkausta tai toimenpidettä tapahtuvaa ohjausta. Ohjaus on yksi hoitotyön keskeisimmistä auttamismenetelmistä ja se toimii asiakassuhteen punaisena lankana koko hoitoprosessin ajan (Ohtonen 2006, 3). Marttilan & Piekkolan (1997) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päiväkirurgisen potilaan ohjausta potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat määrittivät ohjauksen hoitotyön perustaksi. Hoitajien mielestä ohjauksessa on tärkeää auttaa potilasta ymmärtämään, mikä ohjauksen merkitys on potilaalle ja hänen hoidolleen. (Marttila & Piekkola 1997, 1.)

4.2.1 Yksilöllinen ohjaus

Naistentautien hoitotyössä ohjauksella on tärkeää auttaa naista ymmärtämään omaa terveydentilaansa, terveysongelmaansa, hoitoaan ja kuntoutustaan (Ihme & Rainto 2008, 199). Huovisen (1999, 17) tutkimuksen tulosten mukaan hyvä ohjaus on yksilöllistä ja se vastaa potilaan sen hetkisiä tarpeita. Ohjauksen suurimpana tavoitteena on, että toimenpiteen läpikäynyt nainen voisi elää mahdollisimman itsenäisesti ja hän olisi mahdollisimman sinut muuttuneen minäkuvansa kanssa (Ihme & Rainto 2008, 199–200). Kyselymme vastauksissa hoitajat pitivät ohjauksessa tärkeinä asioina potilaan yksilöllistä huomiointia ja potilaan toiveita. Vastaajat pitivät tärkeänä myös sitä, että potilas saa ohjauksesta tarvitsemansa tiedon ja osaa valmistautua tulevaan leikkaukseen.

Huovisen (1999) tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat arvostivat ja pitivät tärkeänä hoitohenkilökunnan ystävällisyyttä, yhteistyötä ja työyhteisössä vallitsevaa miellyttävää ilmapiiriä. Potilaat kokivat hyvin tärkeäksi hoitohenkilökunnan aidon kiinnostuksen, välittämisen ja läsnäolon. Myös asioiden esittämistapa koettiin tärkeäksi ohjaukseen vaikuttavaksi tekijäksi. (Huovinen 1999, 49.) Kyselyssämme hoitajat kokivat tärkeäksi, että ohjaus on luontevaa ja asiallista. Alaloukusa-Lahtisen (2008) tutkimuksesta käy myös ilmi potilaiden tyytyväisyys ohjaustilanteen ilmapiiriin. Ilmapiiri arvioidiin yleisesti erittäin onnistuneeksi, asiantuntevaksi, luotettavaksi ja miellyttäväksi. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 33.) Halosen (2006, 35) mukaan hoitajien tiedot ja taidot ovat ohjaustilanteessa hyvät, mutta puutteita on erilaisten ohjausmenetelmien käytössä. Tulokset ovat samansuuntaisia myös Lipposen (2004, 1) tutkimuksessa, jonka tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia kirurgisen potilaan ohjaukseen sekä hoitohenkilökunnan käsityksiä ohjaustapahtuman toteutuksesta ja sen puitteista.

4.2.2 Ohjauksen toteutus

Hoitotyön muutos ja erityisesti lyhentyneet hoitoajat luovat ohjaukselle uusia haasteita ja tarvetta ohjauksen kehittämiseen (Ohtonen 2006, 3; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6). Ohjaukseen ja sen toteutukseen liittyy myös ongelmia, joista merkittävimpiä ovat ajan käytön vähäisyys ja puutteelliset tilat, kuten Halonen (2006, 43 – 44) tuo tutkimuksessaan ilmi. Ajankäytön vähäisyyden hoitajat kokivat ohjausta rajoittavaksi tekijäksi myös Lipposen (2004) tutkimuksessa. Jopa 74 % tutkimukseen osallistuneista hoitajista koki, ettei heillä ole riittävästi aikaa ohjaukseen. (Lipponen 2004, 45.) Samat asiat pilkahtelivat myös sairaanhoitajan (Asiantuntija 2, 30.9.2009) kanssa käydyssä keskustelussa. Kyselyssä kysimme hoitohenkilöstöltä, mihin asioihin he eivät ole tyytyväisiä osastolla toteutettavassa preoperatiivisessa ohjauksessa. Kyselyyn vastanneet hoitajat olivat hyvin yksimielisiä, että kiire ja huonot ohjaustilat ovat asioita, mitkä rajoittavat heidän potilasohjauksen toteutustaan. Alaloukusa-Lahtinen (2008) kysyi tutkimuksessaan potilaiden kokemuksia ohjauksen puitteista ja kokemukset olivat päinvastaisia kuin hoitajilla. 74 % tutkimukseen osallistuneista potilaista piti ohjaukseen käytettyä aikaa riittävänä, ja yli 70 % mielestä ohjaus toteutettiin asianmukaisissa tiloissa. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 40.)

Ohjauksessa vastaanottotilanne ja hoitosuhteen alkuvaihe ovat tärkeitä. Silloin potilasta ohjaava henkilö näkee, kuinka vastaanottavainen potilas on ja potilaan kanssa on mahdollista yhdessä pohtia, minkälaista tietoa potilas tarvitsee. (Nylander 2002, 40.) Ohjauksen toteutuksessa tärkeää on, että potilas kokee saavansa ohjauksesta sen, mitä tarvitsee. Ohjaustilanteesta tulisi luoda rauhallinen keskustelutilanne ja potilaalle on annettava riittävästi aikaa miettiä asioita. Ohjaus tulisi toteuttaa niin, että potilas ymmärtää hänelle selitetyt asiat. (Marttila & Piekkola 1997, 76.) Ohjaustilanteessa erityisen tärkeää on huomion keskittäminen potilaaseen (Asiantuntija 3, 4.2.2010). Ohjauksen tulisi perustua potilaan tarpeiden täyttämiseen. Potilasta ohjaavan henkilön tulisi siksi olla perehtynyt potilaan aikaisempiin tietoihin asiasta ja ohjattavat asiat tulisi soveltaa potilaan sen hetkiseen elämäntilanteeseen. (Lipponen 2004, 38.)

4.2.3 Hoitajan ja potilaan persoonallisuudet ohjauksessa

Ohjauksessa tulisi huomioida sekä asiakkaan, että hoitajan persoonallisuus. Kaikkien kanssa ei ole mahdollista käydä asioita läpi samalla tavoin, kuten Marttilan & Piekkolan (1997) tutkimuksessa käy ilmi. Tutkimuksessa hoitajat määrittivät ohjauksen luottamukselliseksi vuorovaikutussuhteeksi, jossa potilas itse valitsee ohjauksesta sen, minkä kokee tarvitsevansa. (Marttila & Piekkola 1997, 59.) Myös Nykäsen (2002, 25) tutkimuksessa potilaat kokivat hyvänä asiana, että heitä hoitavat henkilöt kohtelivat heitä yksilöinä ja kohtasivat potilaat ihmisläheisesti, eivätkä toimineet rutiininomaisesti.

Ohjauksen tulisi perustua hoitajan ja asiakkaan väliselle luottamukselle, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus sanoa ääneen epäselvät ja mieltä askarruttavat asiat (Ohtonen 2006, 3). Vuorovaikutus, jossa potilasta kuunnellaan, häneltä kysytään, häntä rohkaistaan kertomaan omista ohjaukseen vaikuttavista tekijöistä ja hänelle annetaan palautetta, mahdollistaa luottamuksellisen ohjaussuhteen syntymisen (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8). Lipposen (2004, 38) tutkimuksessa hoitohenkilöstöltä kysyttiin ohjaustilanteen toteutumisesta ja kaikki kertoivat antavansa potilaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä ohjaustilanteesta. Samaa asiaa tutkittiin potilaiden näkökulmasta Alaloukusa-Lahtisen (2008) tutkimuksessa ja myös potilaat kokivat saaneensa mahdollisuuden kysymysten esittämiseen ohjauksen yhteydessä. Lisäksi suurin osa potilaista koki, että tunteista ja vaikeistakin asioista keskusteleminen oli ohjaustilanteessa mahdollista. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 35.) Myös osastolle tekemässämme kyse-

lyssä vastaajat kertoivat antavansa ohjauksessa tilaa potilaan kysymyksille. Yksilö-
vastuisella hoitotyöllä on suuri merkitys läheisen ja luottamuksellisen vuorovaikutus-
suhteen luomisessa (Eskola & Hytönen 2002, 23).

4.2.4 Kirjalliset ohjeet suullisen ohjauksen tukena

Kirjalliset ohjeet ovat ohjauksessa merkittäviä tekijöitä. Hoitajat pitävät kirjallisia oh-
jeita ohjauksen perustana ja tukena ohjauksessa. Ohjaustilanteessa hoitaja kertoo po-
tilaalle kirjallisen ohjeen sisällön ja potilaalla on mahdollisuus samalla seurata kirjalli-
sesta ohjeesta niitä asioita, jotka ohjauksessa tulevat esiin. Kirjallisilla ohjeilla on
merkitystä potilaan hoidon jatkuvuuden ja onnistumisen kannalta. Ohjeesta potilaan
on helppo tarkistaa mahdollisesti epäselviksi jääneitä asioita. (Marttila & Piekkola
1997, 64–65). Alaloukusa-Lahtisen (2008) tutkimuksessa potilailta kysyttiin henkilö-
kunnan käyttämistä ohjausmenetelmistä. 52 % vastanneista potilaista arvioi kirjallisen
aineiston hyväksi tai kiitettäväksi. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 42.) Myös Nykäsen
(2002) tutkimuksen tulosten perusteella potilaat pitivät kirjallista tiedonsaantia tär-
keänä yhdessä suullisen tiedonsaannin kanssa (Nykänen 2002, 31). Marttilan & Piek-
kolan (1997, 50) tutkimuksessa potilaat kokivat, että heidän on helpompi omaksua
kirjalliset ohjeet ja sitoutua niiden noudattamiseen, jos he ymmärtävät ohjeiden mer-
kityksen omalle hyvinvoinnilleen.

4.3 Potilaiden tiedontarve

Kaikki potilaat tarvitsevat tietoa, mutta tiedon tarpeen määrä ja laatu vaihtelee hyvin
yksilöllisesti (Alanen 2002, 29). Potilaat pitävät erityisen tärkeänä tiedonsaantia eten-
kin sairaudestaan ja sen hoidosta sekä psykososiaalisesta tuesta (Alanen 2002, 48;
Bernier, Sanares, Owen & Newhouse 2003, 7). Potilaiden tiedontarpeet ovat yksilöllii-
siä, ja niihin tulisi kiinnittää huomiota. Huovisen (1999, 47) tutkimuksen tulosten pe-
rusteella naiset olisivat kaivanneet vieläkin enemmän tietoa toimenpiteen vaikutuk-
sista elimistöön ja toimenpiteen mahdollisista jälkioireista. Linnan & Mikkolan (2000,
38) tutkimuksessa potilaat toivat esille halunsa saada syvempää tietoa leikkaukseen
liittyvistä riskitekijöistä, seksuaalisuudesta ja yleensä leikkauksen vaikutuksesta elä-
mään.

4.3.1 Potilaiden vastuunottaminen omasta hoidostaan

Naisille tiedonsaanti on yleisesti tärkeä asia. Tiedonsaannin merkitys korostuu naistentautien leikkaukseen tulevalla asiakkaalla, koska naistentaudeissa kyse on aina hyvin henkilökohtaisesta, intiimistä ja arastakin asiasta. Potilaat tarvitsevat yksilöllistä tietoa ottaakseen vastuuta omasta hoidostaan. Lisäksi entistä lyhyempien hoitoaikojen seurauksena potilaan vastuunottaminen omasta hoidostaan korostuu entisestään, ja sen takia potilaiden tulisi saada tietoa, jota heidän on mahdollista käyttää hyödykseen. (Marttila & Piekkola 1997, 87; Bernier ym. 2003, 8.) Nykäsen (2002) tutkimuksessa tiedonsaanti koettiin myönteisenä asiana, kun se ajoitettiin oikeaan aikaan ja käytetyt tiedonsaantimenetelmät olivat monipuolisia. Tiedonsaannin menetelmistä potilaat pitivät suullista tiedonsaantia kaikkein merkittävimpänä, mutta tutkittavat pitivät tärkeänä myös kirjallisia ohjeita. Potilaat pitivät tärkeänä kirjallisten ohjeiden läpikäyntiä yhdessä hoitajan kanssa, koska se selkeytti ohjeiden ymmärtämistä. (Nykänen 2002, 31.)

Alasen (2002, 29) tutkimuksessa ilmenee, että tiedonsaannilla ja tiedon tärkeydellä on yhteys niin, että mitä tärkeämpänä asiakkaat jotakin tiedonaluetta pitävät - sitä enemmän he myös saavat siltä alueelta tietoa. Lamminperän (1999, 45) mukaan potilaiden täytyi olla itse aktiivisia saadakseen tietoa hoitoon liittyvistä asioista.

Potilailla on mahdollisuus osallistua yhä enemmän omaan hoitoonsa, ja sen takia tiedonsaanti on erityisen tärkeää. Lisäksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785), joka astui voimaan 1993 maaliskuussa, painottaa potilaan oikeutta osallistua omaan hoitoonsa ja hänen itsemääräämisoikeuttaan. Siksi hoitosuhteen tulisi perustua tasavertaiseen ihmissuhteeseen, jossa potilas luovuttaa osan omasta päätösvallastaan hoidostaan vastaaville (Eskola & Hytönen 2002, 23). Nykäsen (2002, 32) tutkimuksessa potilaat pitivät tärkeänä osallistumistaan omaan hoitoonsa ja lisäksi he kokivat hyvin tärkeäksi heidän mielipiteidensä huomioimisen.

4.3.2 Vuorovaikutus ja pelkojen lievittäminen

Henkilökunnan ja asiakkaan välisellä vuorovaikutuksella on suuri merkitys siinä miten asiakkaat ottavat tietoa vastaan. Alasen (2002) tutkimuksessa enemmistö tutkittavista piti henkilökohtaista vuorovaikutusta ensisijaisena tiedonsaannin keinona. Tutkimuksessa käy myös ilmi, että monet tutkimukseen osallistuneista olivat tyytymättö-

miä vuorovaikutukseen käytettävän ajan vähäisyyteen tai vuorovaikutuksen laatuun. Tutkittavat pitivät hyvin tärkeänä, että henkilökunta on tiedonantajana aktiivinen. (Alanen 2002, 44.) Alaloukusa-Lahtisen (2008) tutkimuksessa potilaista suurin osa oli sitä mieltä, että ohjaukseen ja vuorovaikutukseen käytetty aika oli riittävää. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista koki myös, että vuorovaikutteisuus hoitajan ja potilaan välillä toteutui hyvin. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 35, 40.)

Potilaat tarvitsevat tietoa myös pelkojensa lievittämiseen. Laitinen (2003) on tutkinut hoitajien kokemuksia potilaiden leikkauspeloista ja preoperatiivisesta ahdistuksesta sekä niiden tunnistamisesta ja lievittämisestä ennen leikkausta. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat kertoivat antavansa potilaalle tämän tarvitsemaa tietoa toimenpiteestä. He myös kuuntelivat potilasta ja keskustelivat potilaan kanssa pelon syistä, rohkaisivat potilasta kertomaan tuntemuksistaan ja antoivat potilaille aikaa ja pyrkivät näin lievittämään potilaan pelkoja ja ahdistusta. (Laitinen 2003, 29.) Alaloukusa-Lahtisen (2008, 34) tulosten mukaan yli puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista koki, että heidän pelkonsa otettiin huomioon ohjaustilanteessa. Marttilan & Piekkolan (1997) tutkimuksessa potilaat kokivat leikkauksen ja anestesian persoonallisuutta uhkaavana kokemuksena. Potilaat kokivat saadun tiedon lievittävän heidän pelkojaan ja lisäävän turvallisuuden tunnetta. (Marttila & Piekkola 1997, 42.) Nykäsen (2002) tutkimuksessa potilaiden pelkoja vähensi hoitohenkilökunnan ymmärtävä asenne potilaan pelkoja kohtaan. Potilaat kokivat rohkaisevana tekijänä, että henkilökunta pystyi kohtaamaan potilaan pelkoja selvittämällä ja perustelemalla asioita, jotka liittyivät esimerkiksi toimenpiteisiin. (Nykänen 2002, 27.) Potilaiden pelkoja lievittää myös asianmukainen ja oikein kohdennettu tieto. Siten potilaan on helpompi ennakoita tulevia tilanteita ja sopeutua niihin. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 16.)

5 NAISTENTAUTIPOTILAAN PREOPERATIIVISEN OHJAUSKANSION SISÄLTÖ

Leikkaukseen tulevat potilaat kokevat tiedonsaannin erittäin tärkeäksi ennen toimenpidettä. Potilaat pitävät tärkeänä, että hoitava henkilökunta selvittää toimenpiteeseen ja jälkihoitoon liittyvät asiat perusteellisesti ja ymmärrettävästi ennen leikkausta annettavassa ohjauksessa. (Nykänen 2002, 30.) Lipposen (2004) tutkimuksessa hoitohenkilöstöltä kysyttiin keinoja potilasohjauksen kehittämiseen. Tutkimukseen osallistuneet hoitohenkilökunnan jäsenet toivat vastauksissaan esiin, että ohjauksen tulisi olla yhteneväistä ja ohjauksen tukena tulisi käyttää tutkittua tietoa. Lisäksi kirjallisia

ohjeita tulisi olla niin potilailla kuin henkilökunnallakin ja ohjauskansiota oli myös ehdotettu ohjauksen pohjaksi. (Lipponen 2004, 47–48.) Kymenlaakson keskussairaalan Naistentautien osastolla ei yhtenäistä pohjaa potilaan preoperatiiviselle ohjaukselle tällä hetkellä ole (Asiantuntija 1, 30.9.2009), joten seuraavassa olemme koonneet yhteen asioita, joista ohjauksessa tulisi potilaan kanssa puhua. Käsiteltävät asiat luovutetaan ohjauskansiolle. Ohjauskansion runkoa laatiessamme olemme ottaneet huomioon asiat, jotka ovat nousseet esiin aikaisemmissa tutkimuksissa, oppikirjoissa, sekä osastolle tekemämme kyselyn vastauksissa.

5.1 Elämäntavat

Naisten, joilla on taustalla monia perussairauksia, tulee hoitaa perussairautensa hyvään tasapainoon, jotta niistä ei aiheudu lisäongelmia leikkaukseen ja toipumiseen. Henkilökohtaisesta terveydestä huolehtiminen, esimerkiksi hampaiden, suun ja ihon terveys sekä ravitseminen, on ensiarvoisen tärkeää ennen leikkausta. (Ihme & Rainto 2008, 202.)

Potilaiden ohjauksessa saamien kirjallisten ohjeiden merkitys korostuu leikkaukseen valmistautumisessa. Kirjallisissa ohjeissa korostetaan, kuinka tärkeää henkilökohtainen terveydenhoito on ennen leikkausta. Itsestään hyvin huolehtivan naisen toipuminen leikkauksesta on nopeampaa kuin naisen, jonka terveydenhoito on ollut puutteellista. (Eskola & Hytönen 2002, 334.) Terveellisten elämäntapojen läpikäyminen ja tarvittaessa potilaan ohjaaminen ja kannustaminen muutokseen on osa preoperatiivista ohjausta. Varsinainen elämäntapaohjaus vaatii aikaa ja useita ohjauskertoja, jotta potilaan on mahdollista motivoitua ja muuttaa käyttäytymistään (Nuutinen ym. 2009, 25).

5.1.1 Ravitseminen

Hyvä ravitsemustila pitää yllä terveyttä, parantaa elämänlaatua ja ehkäisee kansansairauksia kuten tyypin 2 diabetesta, lihavuutta ja sydän- ja verisuonitauteja. Ravitsemuksen ohjaus on oleellinen osa leikkaukseen tulevan potilaan ohjausta, koska ravitsemuksella on vaikutusta potilaan toipumiseen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. (Nuutinen ym. 2009, 15, 18.)

Preoperatiivisella käynnillä nainen saa ohjeita ravitsemuksesta ennen ja jälkeen leikkauksen. Terve nainen, jonka ravitsemustila on hyvä, ei tarvitse erityisiä valmisteluja. Ohjeistuksessa on painotettu terveellisen ja monipuolisen ravinnon merkitystä toipumisen ja haavan paranemisen kannalta. Suolen tyhjenemistä edistää runsas nesteen juominen. Tärkeimpiä aineita, joilla on myönteinen vaikutus haavan paranemiseen, ovat hiilihydraatit, vitamiinit ja proteiinit. Leikkausta edeltävänä iltana nainen voi syödä normaalisti. Ohjauksessa tulisi käydä potilaan kanssa lävitse myös ravinnon saannin turvaamista sekä suonensisäistä nesteytystä leikkauksen jälkeen. Lisäksi ohjauksessa olisi tärkeää kysyä potilaan mahdollisista ruoka-aine allergioista ja erityisruokavaliosta. Niistä kysyminen on tärkeää siksi, että osastolla osataan tilata potilaalle oikeanlainen ruoka. (Ihme & Rainto 2008, 206–207; Asiantuntija 3, 4.2.2010.)

Kymenlaakson keskussairaalan potilaille jaettavien leikkausvalmennusohjeiden mukaan leikkaukseen tulevan potilaan tulee olla syömättä ja juomatta leikkausta edeltävänä iltana klo 24 lähtien. Leikkauspäivän aamuna potilas voi ottaa aamulääkkeensä ja mahdollisen esilääkkeen noin klo 6 pienen vesimäärän kanssa. Osastolla työskentelevän sairaanhoitajan mukaan tämä ohjeistus on käytössä myös naistentautien osastolla. (Asiantuntija 2, 30.9.2009.) Käypä hoito -suosituksessa on annettu ohjeet paastoamisesta ennen leikkausta. Kiinteää ruokaa tulee olla syömättä kuusi tuntia ennen leikkausta. Kirkkaita nesteitä voi juoda aina siihen asti, kun puudutukseen tai anestesiaan on aikaa kaksi tuntia. Kirkkaisiin nesteisiin kuuluvat vesi, kirkas mehu, tee ja kahvi ilman maitoa. Potilas voi juoda mukillisen vettä vielä tuntia ennen anestesiaa suun kautta otettavan esilääkkeen kanssa. Purukumin ja tupakkavalmisteiden käyttö tulisi lopettaa kaksi tuntia ennen anestesiaa. Ravinnotta olon tarkoituksena on minimoida anestesiaan liittyvä aspirointi riski. Suurentuneen aspiraatoriskin potilailla, esimerkiksi diabeetikot ja reilusti ylipainoiset, aiemmat paastoajat eivät välttämättä päde. Tällaisten potilaiden kohdalla riittävän paastoajan arvioi anestesiaalääkäri potilaskohtaisesti huomioiden potilaan perussairaudet ja hoidettavan tilan. (Jalonen ym. 2008, 16–17.)

Aikaisempien tutkimusten perusteella potilaiden ohjauksessa saamat tiedot ravitsemuksesta ovat hieman ristiriitaisia. Linnan & Mikkolan (2000, 37) tutkimuksessa potilaat saivat ohjaustilanteessa ravitsemusohjausta melko vähän. Kätön (2009) tutkimuksessa tarkasteltiin gynekologisen päiväkirurgisen tähystyspotilaan tiedollisia odotuksia ja tiedonsaantia. Tulosten perusteella potilaat olivat saaneet paljon tietoa ra-

vitsemuksesta ennen toimenpidettä, vaikka potilaiden odotukset ravitsemusohjauksesta eivät kovin suuria olleetkaan. (Kättö 2009, 25, 30.)

Laparoskooppiseen leikkaukseen tulevan potilaan olisi hyvä välttää suolistokaasuja muodostavien ruoka-aineiden käyttöä paria päivää ennen leikkausta. Siten leikkauksessa saadaan parempi näkyvyys ja leikkausalueella on enemmän tilaa toimia. Samat ohjeet ovat hyödyllisiä myös avoleikkaukseen tulevalle potilaalle, mikäli potilaan suolen toiminta on erityisen hidas ja suunnitteilla on hyvin laaja leikkaus. (Eskola & Hytönen 2002, 335.)

5.1.2 Alkoholi ja tupakka

Alkoholin käytöstä kysyminen kuuluu olennaisena osana potilaan preoperatiiviseen ohjaukseen. Näin löydetään mahdolliset alkoholin suurkuluttajat ja potilaalle on mahdollista antaa alkoholineuvontaa, mikäli se on tarpeen. (Asiantuntija 2, 30.9.2009.) Preoperatiivisen ohjauksen yhteydessä jokainen leikkaukseen tuleva potilas täyttää AUDIT-testin. Testin avulla erotellaan vähän alkoholia käyttävät niistä, joiden juomisen aiheuttama riski on koholla. AUDIT-testin avulla halutaan löytää potilaista ne, joiden juominen on ongelmallista, jotta ongelmien paheneminen voitaisiin ehkäistä ajoissa. (Päihdelinkki 2010.) Alkoholi altistaa leikkauksen jälkeisille komplikaatioille ja sillä voi olla haitallisia vaikutuksia myös potilaan mahdollisten taustasairauksien kanssa. Jokaisen leikkaukseen tulevan potilaan tulisi olla käyttämättä alkoholia 24 tuntia ennen ja jälkeen leikkauksen, koska alkoholilla voi olla myös vaarallisia sivuvaikutuksia leikkauspotilaan lääkityksen kanssa. (Jalonen ym. 2008, 15.)

Tupakointiin liittyy myös oleellinen leikkauksen jälkeinen komplikaatoriski. Runsaan tupakoinnin aiheuttamia leikkauksen jälkeisiä haittoja ovat hengitysongelmat ja heikentynyt haavan paraneminen. Ohjauksessa tulisi kannustaa potilaita tupakoinnin lopettamiseen henkilökohtaisella neuvonnalla ja tarjoamalla nikotiinikorvaustuotteita. (Jalonen ym. 2008, 15; Asiantuntija 2, 30.9.2009.)

5.1.3 Liikunta ja lepo

Hyvä yleiskunto auttaa leikkauksen jälkeisessä toipumisessa, minkä takia erityisesti iäkkään ja huonokuntoisen potilaan on tärkeää huolehtia yleiskunnostaan ennen leik-

kausta. Liikunnan ohjaaminen ennen leikkausta on myös yksi toipumisen kannalta tärkeä ohjauksen osa-alue. (Ihme & Rainto 2008, 202, 206.)

Preoperatiivisessa ohjauksessa tulisi käydä potilaan kanssa lävitse toipumisen kannalta keskeisiä liikkumiseen vaikuttavia asioita. Potilaalle tulisi antaa ohjausta vuoteesta nousemisesta ja vuoteeseen menosta, passiivisesta ja aktiivisesta liikkumisesta sekä mahdollisista apuvälineistä ja niiden käytöstä. Potilasta tulisi ohjeistaa myös liikuttelmaan jalkojaan ja käsiään vuoteessa leikkauksen jälkeen, jotta raajojen verenkierto edistyisi. (Ihme & Rainto 2008, 206, 210.) Linnan ja Mikkolan (2000) tutkimuksessa potilaat arvioivat saaneensa hyvin tietoa liikkumisesta. Kuitenkin suuri osa potilaista olisi kaivannut vielä konkreettisempaa liikunnan ohjausta ennen leikkausta. (Linna & Mikkola 2000, 52.) Palokosken (2007, 48) tutkimuksen tulosten mukaan potilaat olisivat kaivanneet ohjauksessa enemmän tietoa liikkumisen rajoituksista leikkauksen jälkeen.

5.1.4 Seksuaalisuus

Ohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota myös naisen minäkuvaan ja seksuaalisuuteen ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Leikkauksella voi olla vaikutusta myös naisen parisuhteeseen ja sukupuolielämään. Naisen tulisi saada tietoa leikkauksen vaikutuksista elimistöön, koska tietämättömyys ja väärät käsitykset aiheuttavat usein pelkoa ja voivat hidastaa leikkauksen hyväksymistä. (Eskola & Hytönen 2002, 331, 334.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa on käsitelty seksuaalisuutta yhtenä ohjauksen osa-alueena. Huovisen (1999) tutkimuksessa iso osa potilaista odotti saavansa ohjauksessa tietoa toimenpiteen vaikutuksista elimistöön sekä seksuaalisuuteen. Vaikka ohjauksessa saatu tieto oli pääasiassa potilaiden odotusten mukaista, oli ohjauksessa myös puutteita erityisesti aistikokemuksista ja leikkauksen aiheuttamista mahdollisista sivu-oireista. (Huovinen 1999, 30, 47.) Linnan & Mikkolan (2000) tutkimuksessa naiset eivät kokeneet naiseuden menettämistä tai leikkauksen vaikutusta sukupuolielämään pelottavana asiana. Tutkimuksen tulosten perusteella potilaat olisivat kuitenkin halunneet ohjauksessa syvempää tietoa leikkauksen vaikutuksista ja seksuaalisuudesta. Potilaat olivat saaneet sukupuolielämään liittyvää ohjausta paljon tai melko paljon yleisellä tasolla, mutta tarkempi ohjaus, esimerkiksi yhdyntäkipujen välttäminen, jäi puuttumaan. (Linna & Mikkola 2000, 36, 38, 43.)

Potilaiden seksuaalisuuteen ja minäkuvan muutokseen liittyviä asioita on kysytty myös sairaanhoitajilta aikaisemmissa tutkimuksissa. Lipposen (2004) tutkimuksessa kysyttiin sairaanhoitajilta tiedollisia ohjausvalmiuksia. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat, että tiedollisista valmiuksista heikoimmat olivat tiedot potilaan sairauden vaikutuksista perheeseen tai parisuhteen. (Lipponen 2004, 28.) Halosen (2006, 39) tutkimuksessa 82 % sairaanhoitajista koki tietonsa potilaan sairauden vaikutuksista perheeseen ja parisuhteeseen hyväksi. Laitisen (2003) tutkimuksessa hoitohenkilöstöltä kysyttiin potilaiden preoperatiivisesta ahdistuksesta ja peloista. Tutkimukseen osallistuneista neljännes koki, että potilaalle ahdistusta aiheuttivat kehon kuvan muutos ja itsekontrollin menetys. Myös yksityisyyden menettäminen ja fyysisen koskemattomuuden menettäminen aiheuttivat paljon ahdistusta usean sairaanhoitajan mielestä. (Laitinen 2003, 23.)

5.2 Hygienia

Iso asia leikkaukseen valmistautumisessa on hygieniasta huolehtiminen. Huonosti hygieniastaan huolehtinut potilas on alttiimpi leikkauksen jälkeisille komplikaatioille kuin potilas, joka on huolehtinut hyvin hygieniastaan ennen leikkausta. Kätön (2009, 25) tutkimuksen tulosten mukaan potilaat odottivat ennen leikkausta tietoa siitä, miten he itse voivat ehkäistä leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita.

Terve iho ja limakalvot ovat paras suoja mikrobeja vastaan. Leikkaukseen tulevan naisen ihon kunto tarkistetaan ennen leikkausta, ettei potilaalla ole infektioita. Iholla oleva infektio on usein syy perua leikkaus. Päätöksen peruutuksesta infektion takia tekee leikkaava lääkäri. Jos leikkaus infektion takia peruutetaan, sovitaan yhdessä potilaan kanssa infektion hoito ja annetaan potilaalle uusi aika toimenpiteeseen. (Ihme & Rainto 2008, 208.) Vaikka Kätön (2009) tutkimuksessa potilaat odottivat tietoa, kuinka itse voivat ehkäistä komplikaatioita, olivat potilaiden odotukset leikkaukseen valmistautumisesta ja esimerkiksi ihon kunnon huolehtimisesta melko vähäiset. Samassa tutkimuksessa tarkasteltiin myös potilaiden toteutunutta tiedonsaantia ohjauksessa. Tutkimuksen tulosten perusteella potilaat olivat saaneet eniten tietoa toimenpiteeseen valmistautumisesta, peseytymisestä ja ihon kunnon seurannasta ja huolehtimisesta. Vastaavasti vähiten potilaat olivat saaneet tietoa, kuinka itse ehkäistä komplikaatioiden syntymistä. (Kättö 2009, 26, 30.)

Leikkausta edeltävänä iltana naisen tulee käydä suihkussa. Ihon hankaamista voimakkailla pesuaineilla tulee silloin välttää, koska ne voivat rikkoa ihoa. Ihon pesulla vähennetään ihon bakteeripitoisuutta ja minimoidaan leikkauksen jälkeinen infektioriski. Tärkeimmät puhdistettavat alueet ovat: kainalot, nivustaipheet ja perineumin eli välilihan seutu, koska niissä kasvaa eniten mikrobiflooraa. Hiukset voi myös pestä edellisenä iltana. Naiselta tulee haastattelussa selvittää muiden allergioiden ohella myös mahdolliset pesuaineallergiat, jotta sairaalan pesuaineet eivät aiheuta allergisia reaktioita. (Ihme & Rainto 2008, 208.)

Leikkaukseen valmistautumisessa ja henkilökohtaisen hygienian hoidossa yhtenä tärkeänä osa-alueena on hampaiden ja suun hoito. Bakteerit leviävät huonosti hoidetusta suusta ja hampaista hyvin nopeasti ja voivat altistaa vakavillekin infektioille. Siksi hampaat tulisikin hoitaa kuntoon hyvissä ajoin ennen leikkausta. Melko usein hampaiden huono kunto voi olla este leikkaukselle. (Asiantuntija 3, 4.2.2010.)

Huolellinen valmistautuminen ja puhtaudesta huolehtiminen ovat tärkeitä ennen leikkausta, jotta potilas välttyy turhilta infektioilta. Ohjauksessa on hyvä käydä potilaan kanssa läpi mahdollisia infektioriskejä ja kuinka ne voidaan välttää. Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat ovat saaneet hyvin ohjausta hoitoon ja toimenpiteeseen valmistautumisesta, mutta mahdollisista riskitekijöistä saatu tieto on jäänyt vähäisemmäksi (Linna & Mikkola 2000, 37; Alaloukusa-Lahtinen 2008, 26). Ihokarvat poistetaan leikkausalueelta leikkausta edeltävänä iltana. Ihokarvojen poisto on kuitenkin tehtävä varovasti, ettei iho vaurioidu ja aiheuta mahdollisesti infektiota. Myös kynsilakat poistetaan kynsistä ennen leikkausta, koska kynsilakka on infektioriski ja sillä voi olla vaikutusta sormesta mitattavan happisaturaation tuloksiin. Lisäksi kynnenalusten väriä seuraamalla voidaan leikkauksen aikana saada tietoa potilaan hapeutuksesta. Mikäli kyseessä on avoleikkaus, ja leikkausviilto tulee lähelle napaa, tulee leikkaukseen menevän naisen puhdistaa napansa huolellisesti suihkussa käydessään. Napa puhdistetaan lisäksi pumpulipuikoilla ja aseptisellä aineella, jotta infektioriski saadaan minimoitua. (Ihme & Rainto 2008, 208–209.)

5.3 Lääkehoito

Tutkimusten mukaan leikkaukseen tulevat potilaat pitävät tärkeänä lääkehoitoon liittyvää ohjausta ennen leikkausta ja potilaiden kokemusten mukaan ohjaus on ollut melko riittävää (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 31; Linna & Mikkola 2000, 37).

Leikkauspäivän aamuna leikkaukseen tuleva nainen voi yleensä ottaa kotilääkkeensä normaalisti – muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Potilasta tulee ohjata ottamaan mukaan sairaalaan mahdolliset astmalääkkeet, hormonivalmisteet ja silmätipat. (Ihme & Rainto 2008, 209.)

- Asetyylihalisyylisyylihappon (ASA) voi lisätä leikkausvuotoa ja siksi sen käyttö tulee yleensä lopettaa viikkoa ennen leikkausta ainakin suurissa verenvuotoriskin toimenpiteissä, ellei lääkäri ole toisin määrännyt.
- Varfariinihoito taotetaan yleensä 4 – 5 päivää ennen leikkausta. Korkean riskin potilailla, joille on asennettu tekoläppä sydämeen, tai joilla on eteisvärinänsä liittynyt aivoverenkierron tukos, aloitetaan lääkärin harkinnan mukaan hoito subkutaanisella (ihonalaisella) pienimolekyylisellä hepariinilla tai laskimonsisäisellä hepariinilla, kunnes INR-arvo on hoitotason alapuolella. Pienimolekyylisen hepariinin anto potilaalle tulee keskeyttää 12 tuntia ennen leikkausta. (Jalonen ym. 2008, 17–18.) Leikkauksen jälkeinen vuodelepo altistaa potilaan alaraajan syville laskimotukoksille, jotka saattavat aiheuttaa keuhkovaltimoembolian (Ihme & Rainto 2008, 210).
- Tablettihoitoisen diabeetikon tulee jättää ottamatta leikkausta edeltävänä päivänä kaikki diabetestabletit klo 18 tai sen jälkeen.
- Insuliinihoitoisen diabeetikko pistää leikkausta edeltävänä iltana normaalin iltainsuliiniannoksensa, ellei häntä ole toisin ohjeistettu, mikäli potilas on ruokaillut normaalisti. Leikkauspäivän aamuna potilaan tulee pistää puolet normaalisti pitkävaikutteisen insuliinin aamuannoksesta. Potilaan tulee myös ottaa omat insuliininsa mukaan sairaalaan. (Potilasohje 2010.)

Esilääke annetaan leikkauspotilaalle ohjeistuksen mukaan ennen toimenpidettä. Esilääkkeen tavoitteena on rentouttaa potilasta, vähentää leikkauksen pelkoa, poistaa leikkausta edeltävää kipua, vähentää anestesia-aineiden haitallisia vaikutuksia ja syljen eritystä suun ja nielun alueella toimenpiteen aikana sekä vähentää refleksiärsytystä. (Ihme & Rainto 2008, 209.)

Potilaalle on mahdollista antaa myös Mikrobioprofylaksiaa, jolla estetään postoperatiiviset infektiot. Lääke voidaan antaa potilaalle leikkausta edeltävänä iltana osastolla suun kautta, mutta useimmiten lääke annetaan leikkauksen aikana suonensisäisesti. (Ihme & Rainto 2008, 209.)

5.4 Leikkaukseen valmistautuminen

Leikkausta edeltävän hoitotyön tarkoituksena on, että potilas ymmärtää leikkausvalmisteluiden merkityksen, on tietoinen tulevasta leikkauksesta ja leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Leikkaukseen valmistaminen on tärkeää, jotta potilas kestäisi leikkauksen aikaiset rasitukset. (Ihme & Rainto 2008, 202.) Potilaan ohjauksessa pyritään valmistamaan potilas leikkaukseen hyvin. Ohjauksen tarkoituksena on myös, että potilas on selvillä hoidosta ja sen tavoitteista (Eskola & Hytönen 2002, 331).

Hoitajalla on tärkeä vastuu leikkaukseen tulevan naisen muuttuvan minäkuvan ja itsetunnon tukijana. Leikkaukseen valmistautuvan potilaan ympärille tulisi luoda kiireetön ja turvallinen ilmapiiri, jotta potilaan olisi mahdollista valmistautua leikkaukseen sekä psyykkisesti että fyysisesti. Sama käy ilmi myös Nykäsen (2002, 25) tutkimuksessa, jossa potilaat kokivat myönteiseksi asiaksi kiireettömyyden ja hoitajien ajanantamisen potilaille, mikä helpotti rentoutumista.

Gynekologiseen leikkaukseen tulevan potilaan tulisi saada tietoa, psykososiaalista tukea ja mahdollisuus oppia tiettyjä leikkauksen jälkeisen toipumisen kannalta tärkeitä taitoja omien tarpeidensa mukaan oikein ajoitettuina (Huovinen 1999, 17). Marttilan & Piekkolan (1997, 39) tutkimuksessa nousi esille se, että potilaat odottavat ohjauksessa annettavan tiedon lisäksi myös heidän sairauteensa ja siihen liittyviin tunteisiin kohdistuvaa ymmärrystä heidän hoitoonsa osallistuvilta henkilöiltä. Hoitaja on potilaan tukena leikkauspäätökseen sopeutumisessa (Eskola & Hytönen 2002, 334).

Ennen leikkausta potilaan tulee käydä yksilöllisesti määrättävissä laboratorio- ja röntgentutkimuksissa. Tutkimusten määrä riippuu potilaan iästä, yleisilasta, voinnista ja kyseessä olevan leikkauksen laajuudesta. (Eskola & Hytönen 2002, 335.) Verikokeiden ja muiden tutkimusten avulla saadaan käsitys naisen elimistön tilasta ja saadaan tietoa leikkauksekelpoisuuden arviointia varten. Leikkauksen suunnitteluvaiheessa potilaalta otetaan peruslaboratoriokokeet, jotka ovat sairaalakohtaisia. (Ihme & Rainto 2008, 197.)

Onnistuneen hoitoprosessin perustana on kirjallinen hoitosuunnitelma, joka on aloitettu jo ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä. Esitietolomakkeesta saatuja tietoja täydennetään haastattelulla. (Eskola & Hytönen 2002, 335.) Nainen tulee naistentautien osastolle ohjaukseen paria päivää ennen leikkausta, jolloin hänelle annetaan sekä

suulliset että kirjalliset ohjeet. Hyväkuntoinen potilas voi olla kotona leikkauspäivän aamuun saakka. Potilaalle annetaan tarkat ohjeet valmisteluista ja saapumisesta leikkaukseen. Sen sijaan huonokuntoisia potilaita voidaan hoitaa osastolla ennen leikkausta, jos siihen on tarvetta. Tavoitteena on, että sairaalassa olo ennen leikkausta kestää mahdollisimman lyhyen ajan, ettei nainen altistu tarpeettomasti sairaalan mikrobeille. (Ihme & Rainto 2008, 202; Asiantuntija 2, 30.9.2009.)

Preoperatiivisen ohjauksen yhteydessä täytetään leikkausta varten anestesiakertomusta. Potilaan taustatietojen paikkansa pitävyys tarkistetaan ja varmistetaan lähiomainen tai yhdyshenkilö. Lisäksi naiselta kysytään hänen nykysairaudestaan, sen lääkityksestä ja vaikutuksesta elämänlaatuun. Potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden kannalta oleellista on tietää myös potilaalle aikaisemmin tehdyt leikkaukset ja anestesiati sekä niihin mahdollisesti liittyneet ongelmat ja kokemukset niistä. Tärkeitä selvitettäviä ovat myös allergiat, pituus ja paino. Mahdolliset liikuntarajoitteet ja käytössä olevat apuvälineet kuuluvat myös varmistettavaan asioihin ennen leikkausta. Ohjauksen yhteydessä naiselta mitataan myös verenpaine ja pulssi. (Ihme & Rainto 2008, 203.) Ohjauksessa naista ohjeistetaan myös virtsanäytteen antamisesta leikkauspäivän aamuna. Potilaalle annetaan ohjauksessa ohjeet virtsanäytteen ottamisesta ja hän saa myös näytettä varten purkin ja kuljetuslaatikon. (Asiantuntija 2, 30.9.2009.)

5.5 Tulevan toimenpiteen läpikäynti

Tulevan toimenpiteen läpikäyminen potilaan kanssa kuuluu myös olennaisena osana potilaan ohjaukseen ennen leikkausta. Tutkimusten mukaan potilaat pitävät hyvin tärkeänä tietoa sairaudestaan, tutkimuksista ja kyseessä olevasta toimenpiteestä. Myös riittävä tieto tilanteesta ja ennusteesta, riskitekijöistä sekä leikkauksen vaikutuksista elimistöön ovat potilaiden mielestä tärkeitä. (Huovinen 1999, 30 & Alanen 2002, 29.) Seuraavassa olemme esitelleet naistentautien leikkausmuodot ja yleisimmät gynekologiset leikkaukset.

5.5.1 Leikkausmuodot

Laparotomialla tarkoitetaan vatsanpeitteiden läpi tehtävää avoleikkausta. Leikkauksuoritetaan yleisanestesiassa, joten potilaan tulee olla nukutuskelpoinen. Avoleikkauksen syynä voi olla esimerkiksi pahanlaatuinen levinyt kasvain, epäselvä lantiokasvain, hankala endometrioosi (kohdun limakalvon sirottumatauti) tai laparoskopian

vasta-aihe. Toimenpiteessä vatsanpeitteet avataan kerroksittain tekemällä ihoviilto poikittain tai pitkittäin. (Heinonen 2001, 269.)

Laparoskopia tarkoittaa täyhystyksellä tehtävää toimenpidettä. Laparoskopia tehdään yleensä yleisanestesiassa, mutta joskus selkäpuudutuksessa. Laparoskopialla voidaan selvittää lapsettomuuden ja alavatsakipujen syitä, hoitaa kohdunulkoisia raskauksia, munasarjakystia, endometrioosia, myoomia (kohdun lihaskyhyt) ja poistaa kohtu sekä munasarjat. Vasta-aiheita laparoskopialle ovat yleistynyt peritoniitti (vatsakalvotulehdus), reponoitumaton ventraalihernia (sijoilleen asettumaton vatsatyrä) ja yleisanestesian vasta-aiheet. Täyhystyskirurgisessa toimenpiteessä vatsanonteloon johdetaan hiilidioksidia, joka laajentaa vatsaonteloa ja näin saadaan hyvä näkyvyys lantioon. Toimenpiteessä tehdään navan alueelle sekä alavatsalle 2–3 pientä viiltoa. Vatsanpeitteet lävistetään putkipistimillä ja kuvanvahvistimella ja valolla varustettu optiikka sekä instrumentit viedään vatsaonteloon. Leikkausalue on nähtävissä monitorista ja toimenpide suoritetaan katsomalla suoritusta kuvaruudulta. Hankaluuksien ilmaantuessa laparoskopia on mahdollista muuttaa avoleikkaukseksi. Syitä siihen ovat esimerkiksi pahat kiinnikkeet, vaikeus toimia turvallisesti leikkausalueella, tai mahdolliset komplikaatiot. Potilasta on tärkeä informoida mahdollisesta avoleikkauksesta ennen toimenpidettä. (Heinonen 2001, 270.)

Vaginaalinen eli alatieleikkaus valitaan ensisijaisesti leikkaustavaksi, mikäli kyseessä on kohdun- tai emättimen seinämän laskeuma tai kohtu halutaan poistaa kokonaan. Vasta-aiheita alatieleikkaukselle ovat: kookas kohtu, endometrioosi, epäily kiinnikkeistä tai samanaikainen sivuelinkirurgian tarve. Toimenpide voidaan suorittaa spinaalipuudutuksessa. Leikkaushaava tai -haavat tulevat emättimen pohjaan tai seinämiin. Se mahdollistaa huonokuntoistenkin potilaiden hoitamisen. Alatieleikkaus tehdään yleisanestesiassa tai selkäpuudutuksessa. (Heinonen 2001, 270.)

5.5.2 Leikkaus aiheita

Kohdun poisto eli hysterektomia on yleisin gynekologinen leikkaus. Suomessa tehdään vuosittain noin 10 000 kohdunpoistoa. (Heinonen 2001, 269.) Yleisimmät syyt kohdunpoistoon ovat kohdun lihaskasvaimet ja vuotohäiriöt. Lisäksi kohdunpoiston syitä voivat olla: endometrioosi, laskeumat, lantion krooniset kivut, adenomyoosi ja kohdun premalignit muutokset (syövän esiasteet). Myös pahanlaatuiset kasvaimet voivat olla kohdunpoiston syynä. (Heinonen 2001, 269.)

Kohdun poisto voidaan tehdä kokonaan laparotomiassa, emättimen kautta tai laparoskopio-avusteisesti. Leikkaustavan valintaan vaikuttavat: kohdun koko, liikkuvuus, laskeuma, syöpä, mahdolliset lisätoimenpiteet esimerkiksi sivuelimiin ja leikkaavan lääkärin kokemus ja taito. Myös potilaan iällä, hyytymishäiriöillä ja antikoagulanttihoitolla on vaikutusta leikkaustavan valintaan. (Heinonen 2001, 269–270.)

Kohdunpoiston seurauksena naisen kuukautisvuodot jäävät pois, eikä nainen voi tulla enää raskaaksi. Kohdunpoistolla ei kuitenkaan muutoin ole suurempaa vaikutusta naisen seksuaalisuuteen. (Ihme & Rainto 2008, 232.) Kohdunpoisto saattaa aikaistaa vaihdevuotia 1-3 vuodella. Virtsankarkailu ja häiriöt suolentoiminnassa ovat mahdollisia myöhäisvaikutuksia. (Heinonen 2001, 271.)

Jos kohdunpoiston yhteydessä naiselta poistetaan myös molemmat munasarjat, toimenpiteen seurauksena estrogeeni- ja progesteronihormonituotanto loppuvat. Mikäli toinen munasarja säästetään, hormonituotanto jatkuu normaalisti. Estrogeenin puutos aiheuttaa naisen elimistössä muutoksia, joilla on vaikutusta naisen seksuaalisuuteen. Siksi keskustelu mahdollisista apukeinoista on tarpeen. Fertiili-ikäisten eli hedelmällisessä iässä olevien naisten kanssa tulee ohjauksessa keskustella myös hormonikorvaushoidosta, koska hormonitoiminnan loppumisesta aiheutuvat oireet tulevat jo 3–4 päivän sisällä leikkauksesta. (Ihme & Rainto 2008, 232.)

Laskeumat ovat oireita aiheuttavia pullistumia naisen lantion alueella ja ne syntyvät lantionpohjan tukirakenteiden, sidekudoksen ja lihaskudoksen pettäessä. Myös raskauksien ja synnytysten määrä, kookkaiden lasten synnyttäminen alateitse, synnytyksen pitkä ponnistusvaihe sekä sidekudoksen ominaisuuksien perinnölliset tekijät vaikuttavat laskeumien syntyyn. Lisäksi laskeumien riskiä voivat aiheuttaa tekijät, jotka aiheuttavat painetta vatsaonteloon, kuten raskas työ, krooninen yskä ja ummetus. (Ihme & Rainto 2008, 233.)

Laskeuman leikkaushoito on aiheellista silloin, jos laskeuma aiheuttaa oireita kuten suolentoiminnan häiriöitä, kipuja, virtsaamishäiriöitä tai kyseessä on täydellinen esiinluiskahdus. Lievä ja oireeton laskeuma ei vaadi leikkaushoitoa. Muita vasta-aiheita leikkaukselle ovat potilaan kieltäytyminen leikkauksesta, todettu raskaus tai potilaan huono yleiskunto. Laskeumaleikkaukset tehdään emättimen kautta. Laskeumaleikkauspotilaat ovat yleensä vanhuksia. (Heinonen 2001, 274.)

Laskeumamuutokset jaotellaan yleensä neljään osaan sen mukaan, kuinka pitkälle alas- ja ulospäin rakenteet työntyvät. Yleisin laskeuma tyyppi on kystoseele eli virtsarakon laskeuma. Muita ovat muun muassa kohdun laskeuma eli descensus uteri, virtsaputken laskeuma eli uretroseele ja rektoseele eli peräsuolen pullistuma. (Mäkinen 2001, 189–190.)

Laskeumaleikkauksen jälkeen potilaalla saattaa olla istumarajoituksia, joista lääkäri yleensä antaa potilaalle ohjeet. Laskeutumisen uusiutumisen välttämiseksi naisen tulisi välttää leikkauksen jälkeen raskaita ponnisteluja ja painavien esineiden nostelua. (Ihme & Rainto 2008, 235.)

5.6 Leikkauksen jälkeinen aika sekä toipuminen

Ohjauksen päämääränä on auttaa potilasta selviytymään kotona sekä auttaa häntä hoitamaan itse itseään niin, ettei hän tuntisi epävarmuutta (Marttila & Piekkola 1997, 60). Ennen leikkausta annettavalla ohjauksella varmistetaan, että potilas osaa huolehtia jatkohoidostaan ja on myös motivoitunut siihen (Eskola & Hytönen 2002, 331). Linnan ja Mikkolan (2000, 44) tutkimuksen tulosten perusteella potilaat pitivät kotona toipumiseen liittyvää ohjausta tarpeellisena. Alaloukusa-Lahtinen (2008) kuvaili tutkimuksessaan, millaisiksi kirurgiset potilaat arvioivat sairaalassa saamansa ohjauksen. Tutkimuksen tulosten perusteella suurin osa potilaista koki jatkohoitoon liittyvän ohjauksen riittäväksi. Parhaiten ohjausta oli saatu kontrollikäynneistä, kotiutumiseen liittyvistä asioista sekä omasta hoidosta kotiutumisen jälkeen. 17 % vastanneista oli kuitenkin tyytymättömiä toipumisajanpituuteen liittyvistä asioista. Potilailta kysyttiin myös ohjauksen hyödyistä ja yli 70 % vastaajista koki ohjauksen edesauttaneen vastuunottamisessa omasta sairauden hoidosta ja itsensä hoidosta kotona. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 28, 44.)

5.6.1 Hoitoaika ja toipumisen pituus

Ennen leikkausta potilaan kannalta erityisen tärkeää tietoa ovat leikkauspäivä sekä arvio sairaalassaolon ja sairausloman pituudesta. Siten potilas pystyy järjestämään henkilökohtaiset asiansa. (Eskola & Hytönen 2002, 334.) Sairaalahoidon- ja sairausloman pituudet vaihtelevat sen mukaan, minkälainen leikkaus on ollut kyseessä (Heinonen 2001, 270). Lisäksi hoitoajan ja toipumisen pituuteen vaikuttavat naisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tila ennen ja jälkeen leikkauksen (Ihme & Rainto 2008,

227). Potilaan sairaalahoito laparotomian jälkeen kestää yleensä 3–7 päivää. Sairasloman pituus laparotomian jälkeen on yleensä neljä viikkoa. Laparoskooppisesta ja vaginaalisesta leikkauksesta toipuminen on nopeampaa ja kivuttomampaa, joten potilaan on mahdollista kotiutua jo ensimmäisenä tai toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Sairasloman pituus on yleensä laparoskooppisen tai vaginaalisen leikkauksen jälkeen kaksi viikkoa. (Heinonen 2001, 270.)

5.6.2 Kotona selviytyminen

Palokosken (2007) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen sekä selvittää, miten sairaalassa annettu ohjaus tukee potilaiden selviytymistä kotona. Tutkimuksen tuloksista selviää, että potilaiden sairaalassa saamalla ohjauksella on yhteys siihen, kuinka potilaat kokivat selviytyvänsä kotona leikkauksen jälkeen. Potilaat, jotka kokivat saaneensa hyvin ohjausta sairaalassa, kokivat selviävänsä hyvin myös leikkauksen jälkeisestä hoidostaan. (Palokoski 2007, 51–52.)

Palokosken (2007) tutkimuksessa selvitettiin potilaiden kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen, mikä jaettiin tiedolliseen ja toiminnalliseen selviytymiseen. Potilaista suurin osa tiesi kotiutuessaan hyvin hoitoonsa liittyvistä asioista. Parhaiten tietoa oli saatu peseytymisestä, kipulääkityksestä, leikkaushaavan hoidosta, millaista liikuntaa kotona voi harrastaa ja mihin voi ottaa yhteyttä mahdollisissa ongelmatilanteissa. Vähiten tietoa oli saatu haavahoidon tarkkailusta ja mahdollisista komplikaatioista. Suurin osa potilaista oli myös selviytynyt hyvin kotona leikkauksen jälkeen. Parhaiten potilaat olivat selvinneet suihkussa käynnistä, haavan hoidosta ja syömisestä. Myös liikkumisesta ja pukeutumisesta oli selviydytty hyvin. Huonoiten potilaat kokivat selviytyneensä kodin siistinä pitämisestä. Myös kaupassa käynti koettiin usein ongelmalliseksi. Ongelmallista oli myös kivunhoito, mistä johtuen kivut haittasivat potilaiden jokapäiväistä elämää. (Palokoski 2007, 42–44.) Tulokset ovat samankaltaisia myös Kätön (2009) tutkimuksessa. Ohjauksen toiminnalliselta osa-alueelta potilaat olivat saaneet eniten tietoa peseytymisestä, saunomisesta ja uimisesta leikkauksen jälkeen sekä jälkitarkastuksen ajankohdasta ja mihin ottaa yhteyttä mahdollisissa ongelmatilanteissa. Vähiten potilaat olivat saaneet tietoa sairauden vaikutuksista kodin järjestyistä toimenpiteen jälkeen sekä levon määrästä. (Kättö 2009, 31.)

Edellä mainittujen asioiden vuoksi, potilasta tulisi ohjeistaa huolehtimaan kodin siisteystydestä ennen leikkausta, koska leikkauksen jälkeen siivoaminen ei ainakaan heti ole mahdollista. Potilasta on hyvä ohjeistaa myös hankkimaan kotiin valmiiksi helppoja ruokia, koska kaupassa käynti voi tuottaa hankaluuksia jonkin aikaa leikkauksen jälkeen. (Valmistautuminen leikkaukseen 2009.)

5.6.3 Kivunhoito

Ohjauksessa on hyvä keskustella leikkaukseen tulevan naisen kanssa myös kivusta ja leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Jokainen kokee kipuun liittyvät tuntemukset eri tavoin ja naisen tunteet, mieliala ja aikaisemmat leikkauskokemukset vaikuttavat kivun syntyyn ja voimakkuuteen. Lisäksi kivun voimakkuuteen vaikuttavia asioita ovat leikkausalueen suuruus ja syvyys, kudostulehdus ja siitä johtuvat turvotukset. Kipu voi aiheutua leikkaushaavan aiheuttamasta pinta- tai syväkivusta, drenien, siteiden tai tamponien aiheuttamasta kivusta tai hankalasta olost. Leikkauksen aikainen asennon aiheuttama lihasten venyminen, perussairaus, täysinäinen virtsarakko tai liikkuminen voivat olla myös leikkauksen jälkeisen kivun syitä. Hyvällä kivunhoidolla toipuminen leikkauksesta on nopeampaa ja siksi on tärkeää ohjata naista kertomaan mahdollisista kiputuntemuksistaan. Lisäksi hyvällä kivunhoidolla myös vitaalinelintoiminnot taantuvat nopeasti leikkauksen jälkeen. (Ihme & Rainto 2008, 223–224.)

Hyvällä kivun hoidolla tehostetaan myös potilaan hengitystä leikkauksen jälkeen. Leikkauksen aikana ja sen jälkeen käytettävät kipulääkkeet voivat heikentää potilaan hengitystä vielä leikkauksen jälkeen. Siksi erityisesti nukutuksessa tehdyn toimenpiteen jälkeen potilaan on hyvä hengittää syvään, jotta keuhkotuuletus toimisi paremmin. Hyvän kivun hoidon lisäksi potilaan hengitystä voidaan tehostaa asentohoidolla, huoneen tuuletuksella ja tarvittaessa lisähapella. Potilaille tulisi ohjata hengitysharjoitusten toteuttamista leikkauksen jälkeen, jotta mahdollinen keuhkoissa oleva lima poistuisi. Potilasta on hyvä ohjata jatkamaan hengitysharjoituksia niin kauan kuin hän viettää toipuessaan enemmän aikaa vuoteessa kuin jalkeilla. (Ihme & Rainto 2008, 218–219.)

5.6.4 Haavan hoito

Ohjauksessa on hyvä puhua potilaalle myös leikkaushaavan hoidosta ja tarkkailusta toimenpiteen jälkeen. Leikkauksen jälkeen haava pidetään yleensä koskemattomana

ensimmäisten 24 tunnin ajan. Potilasta on hyvä ohjata itsekin seuraamaan mahdollisia haavainfektion merkkejä, joita ovat punoitus, turvotus, kuumotus ja vuoto. Alavatsalla olevaa leikkaushaavaa saa ja pitääkin suihkutella leikkauksen jälkeen päivittäin pariin kertaan. Alatieleikkauksessa vuotojen tyrehtyttämiseen käytetään tamponia, joka poistetaan jo leikkauspäivänä tai ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Tamponin poistamisen jälkeen oleellisia ovat vuodon määrän ja hajun seuranta. Leikkaushaava ei parane hetkessä, ja siksi potilasta tulisi ohjata myös haavatuntemuksista. Haavan alueella voi tuntua esimerkiksi kipua, kutinaa tai kiristystä. (Eskola & Hytönen 2002, 337; Ihme & Rainto 2008, 222.)

6 OHJAUSKANSION LAADINTA JA KÄYTTÖSUOSITUKSET

Ohjauskansion tekeminen vaatii taitoa, jotta se jaksaa kiinnostaa käytettävyyteen asti osastolla ohjaustilanteissa. Asioiden tulee olla esitetty selkeästi ja lyhyesti sekä ulkoasun tulee olla siisti ja selkeä. Jotta ohjauskansio olisi jokapäiväisessä ohjauksessa hyödyllinen, täytyy ydinasioiden olla selkeästi esitetty. Osastolla toivotaankin, että ohjauskansio olisi ainoastaan parin sivun mittainen ja mukana olisi myös koko opinäytetyö, josta tarkemmat tiedot löytyvät paremmin ja laajemmin selitettynä. (Asiantuntija 3, 4.2.2010.)

Ohjaustilanteessa jokaisella hoitajalla on oma tapansa toteuttaa potilaan ohjausta. Hyvään lopputulokseen pääseminen vaatii ammattitaitoa ja teoriatietoa, mutta erityisesti hyvää vuorovaikutustaitoa ja kykyä havaita potilaan tiedontarvetta ja vastaanottokykyä.

Tavoitteenamme on luoda preoperatiivinen ohjauskansio,

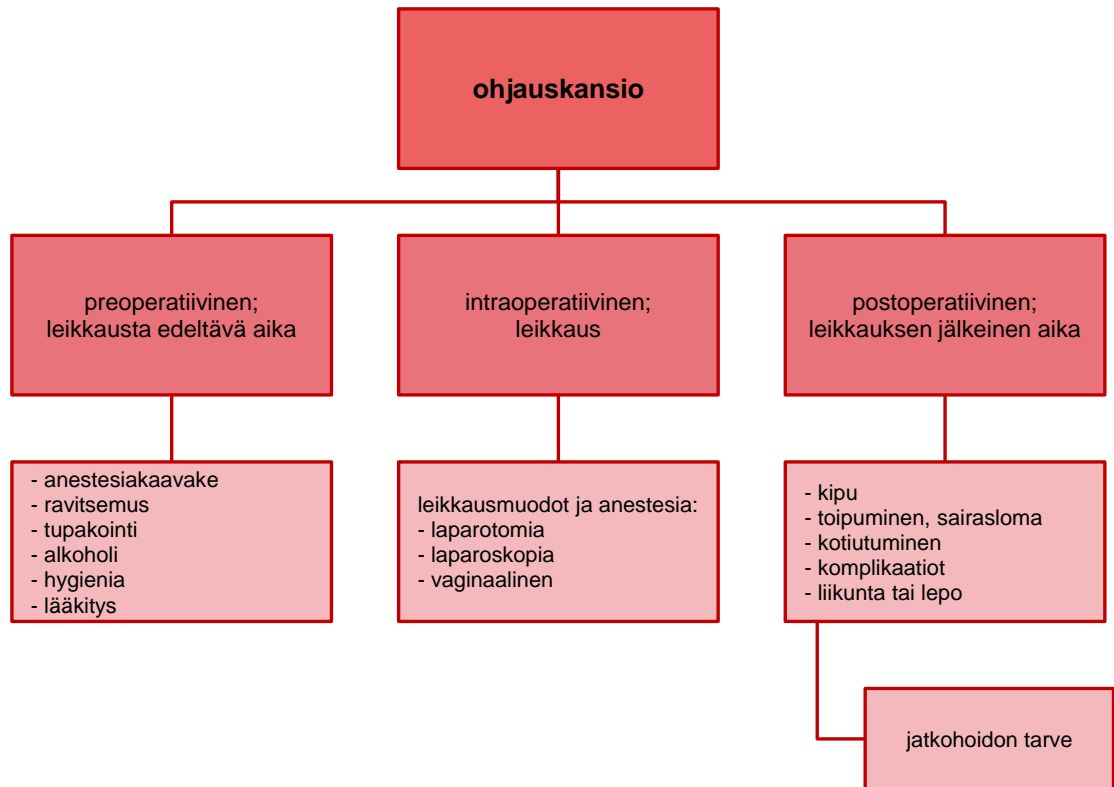
- joka on apuväline hoitajalle preoperatiiviseen ohjaustilanteeseen.
- joka sisältää ohjauksessa käytävät asiat lyhyesti ja ytimekkäästi.
- joka on ulkoasultaan selkeä.
- josta tarvittava tieto löytyy helposti ja nopeasti.

6.1 Ohjauskansion laadinta

Uimonen (2004) neuvoo kirjassaan ennen tekstin kirjoittamista suunnittelemaan kirjoitettavan tekstin huolella. Uimosta mukailten ohjauskansio kirjoitetaan naistentautien osastolle henkilökunnan avuksi hoitajan ja potilaan keskinäiseen ohjaustilanteeseen. Ohjauskansio sopii myös perehdytykseksi uusille työntekijöille, sijaisille tai opiskelijoille. Ohjauskansion sisältö on suunnattu vastaamaan leikkaukseen menevän potilaan tiedontarpeita. Potilas ei välttämättä tiedä ohjaukseen tullessa kovinkaan paljoa leikkaukseen liittyvistä käytännön asioista. Ohjauskansio on apuväline potilasohjauksessa, jossa esimerkiksi potilaan mahdollisia pelkoja leikkausta kohtaan yritetään lieventää ja potilaalle kerrotaan faktatietoja leikkaukseen liittyen, tietysti hänen oman vastaanottokykynsä mukaan. (Uimonen 2004, 9–10.)

Ohjauskansio on sairaanhoitajan apuväline. Siinä tulee välttää niin sanottua sairaalasanastoa ja suosia enemmän arkikieltä, jota ohjaukseen osallistuva potilas ymmärtää helpommin. (Uimonen 2004, 14–15, 81; Kettunen 2001, 63–64.) Uimonen neuvoo, että tekstin tekeminen on järjestelmällinen prosessi. Prosessi on hyvä aloittaa kokoamalla niitä asioita, joiden pitäisi löytyä lopullisesta tekstistä. Ohjauskansion sisällölliset asiat löytyvät opinnäytetyön edellisestä luvusta viisi, josta sisällön analyysin avulla ohjauskansioon muodostuu tiiviit pääkohdat asioista, joita on hyvä käydä läpi preoperatiivisessa ohjauksessa. Seuraavassa vaiheessa kerrotaan asioiden esittämisjärjestyksestä, jotka ohjauskansiossa tulevat olemaan pre-, intra- ja postoperatiivinen (kuva 4), jolloin kansio etenee leikkausta mukailten kronologisessa järjestyksessä. Viimeisessä vaiheessa on varsinaisen tekstin kirjoittaminen, joka on vielä siinä vaiheessa puutteellista. Tekstiä ja sen virkerakenteita hiotaan vasta aivan loppuksi. (Uimonen 2004, 18–23.)

Jotta ohjauskansio palvelisi mahdollisimman monia ja monenlaisissa tilanteissa, niin siinä täytyy olla selkeitä asiakokonaisuuksia. Tällöin hoitajan ei tarvitse lukea koko kansiota lävitse, vaan hän voi poimia sieltä haluamansa asian helposti. (Uimonen 2004, 79–80.) Tekstiä selkeyttävät muun muassa tekstin pilkkominen osiin, kuten otsikot ja väliotsikot sekä kuvat ja graafiset jäsentelyt (Uimonen 2004, 82). Ohjauskansiossa hyödynnetään jonkin verran graafista esittämistapaa selkeyttämään kansion kokonaisuutta ja asiat esitetään lyhyesti ja ytimekkäästi, eikä suinkaan kokonaisin lausein.



Kuva 4. Ohjauskansion rakenne

Ohjauskansion sisällöllinen teoriapohja muodostuu kirjallisuuskatsauksena haetusta tutkimuksellisesta tiedosta. Ohjauskansion tekemisen pohjana käytettiin apuna potilasohjeen tekoon tarkoitettua malliohjetta: Valmistautuminen toimenpiteeseen (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 61–66). Malliohjeen sisältöä muokattiin ohjauskansioon sopivaksi ja kirjoitettiin kansion raakaversio. Raakaversio kansiota testattiin myöhemmin osastolla, mistä on kerrottu lisää luvussa seitsemän. Kansion sisällön testaaminen osastolla auttoi meitä kansion sisällön ja ulkoasun viimeistelemisessä (liite 5).

Ohjauskansion ulkoasun lopullisessa jäsentelyssä käytettiin erilaisia oppaita, jotta kansiota saadaan houkutteleva ohjauksen apuväline. Monet oppaat on kuitenkin tehty potilasohje-lähtöisesti ja tietoa on hyödynnetty sen vuoksi erityyppisistä ohjeistuksista. Kansion sisällön lopullista kieliasua sekä sisältöä täytyy harkita tarkkaan, jotta se on mielekäs apuväline hoitohenkilöstölle. Koska hoitohenkilökunnalla on jo ammattitutkinto hoitoalalta ja esimerkiksi päihteiden haittavaikutuksista täytyisi olla jo perustiedot hallussa, on kansiossa turha mainita perusteluja alkoholin liikakäytön haittoista.

6.2 Ohjauskansio käytännön työssä

Hoitopedagogiikka on käsite, jossa yhdistyvät hoidon, huolenpidon sekä pedagogiikan yhteisalue. Käytännön tasolla se tarkoittaa hoitoalan sovelluksia kasvatukseen, opetukseen, ohjaukseen sekä koulutukseen. Tieteellisellä tasolla se taas tarkoittaa tutkimus- ja teorianäytetyönsä sovellutuksia hoitoalalle. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 148–151.) Koska opinnäytetyössä on vahvana osana potilaan ohjaus, on syytä käydä läpi myös pedagogisia eli ohjaamiseen liittyviä asioita. Hoitopedagogiikkaan viitaten kyseessä on hoitajan (ohjaajan) ja potilaan (ohjattavan) välinen ohjaustilanne, jossa täytyy olla tavoite ja opetuksen lähtökohta. Opinnäytetyön toteutuksen eli ohjauskansion tavoite on valmistaa hoitajan ohjaamana potilas leikkaukseen. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 193–195.)

Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996) mainitsevat kirjassaan hoitajien monipuolisista valmiuksista ohjaustilanteessa. Kaikki hoitajat ovat uransa aikana koonneet oman käytännön teorian pohjan omista kokemuksista, kuulluista asioista, lukemalla tai havainnoimalla toisten käyttäytymismalleja hoitotilanteissa. Hoitajan omat arvot ja asenteet vaikuttavat myös ohjaustilanteessa. Hoitajan tärkeitä työkaluja hoitotyössä ovat muun muassa vuorovaikutustaidot sekä älylliset taidot. Vuorovaikutustaidoilla tarkoitetaan hoitajan kykyä ilmaista itseään ymmärrettävästi ja selkeästi, hänen täytyy osata kuunnella muita ihmisiä sekä havaita potilaan reaktioita. Älyllisiä taitoja hoitaja käyttää, kun hän analysoi ohjaustilanteita ja tekee niistä johtopäätöksiä sekä lisäksi suunnittelee tilanteen loogisesti ja arvioi tilanteen kriittisesti. Ennen kaikkea hoitajan hyvä koulutus takaa onnistuneen potilasohjauksen. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 92–93; Ohtonen 2006, 3.)

Ohjaustilanteessa täytyy olla uusinta tutkittua tietoa käytössä, jotta vanhoista käytän-teistä voitaisiin luopua. Ohjaustilanteista ei saisi tulla hoitajalle välttämätön rutiini työpäivän keskellä, jolloin ohjauksen laatu kärsii. Hoitajan täytyisi muistaa, että ohjaustilanne voi olla potilaalle ainutkertainen ja jotkin potilaat voivat jännittää kovasti ohjaustilannetta. (Ohtonen 2006, 3.)

Preoperatiivisessa ohjaustilanteessa potilaalle olisi kerrottavana runsaasti tietoa, mutta ajanpuute sekä potilaan vastaanottokyky täytyy ottaa huomioon. Potilasta ei ole myöskään syytä hukuttaa tiedon runsauteen. Kuten naistentautien vuodeosastolle toteutetusta kyselystäkin ilmenee, ohjaustilanne on usein keskellä kiireistä työpäivää ja

aina ohjaukseen ei ole toivottavaa määrää aikaa. Ohjauskansion sisällöstä täytyy silloin poimia ohjaustilanteeseen ainoastaan olennaisin tieto. Potilaan kysymyksille täytyy aina olla aikaa vastata myös myöhemmin hoidon aikana, jotta epäselvät asiat eivät olisi haitaksi potilaan toipumiselle. Usein ohjaustilanteessa tietoa voi tulla kerralla liikaa ja leikkauksen jälkeen ohjausta on hyvä jatkaa leikkauksen jälkeisistä asioista, kuten kivunhoidosta ja toipumisesta. Ohjauskansio ja opinnäytetyön teoriaosuus on hyödynnettävissä myös esimerkiksi postoperatiivisessa ohjauksessa. (Torkkola ym. 2002, 31; Ohtonen 2006, 3; Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 176, 203.)

7 KANSION TESTAUS JA TULOKSET

Preoperatiivisen ohjauskansion teoreettisen pohjan valmistuttua siitä muodostettiin ohjauskansion raakaversio, jonka lähetimme naistentautien vuodeosastolle testattavaksi. Liitimme kansion oheen saatekirjeen sekä muutaman kysymyksen kyselylomakkeen. Koska koko opinnäytetyön prosessi on tehty yhteistyössä Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien vuodeosaston kanssa, niin tietysti haluamme, että kansio on hoitohenkilökunnan mielestä sisällöllisesti käytännössä toimiva kokonaisuus.

Saatekirjeen tekemisessä apuna käytettiin Vilkan (2007b) menetelmäkirjaa. Saatekirjeessä kerromme, keitä olemme ja mikä on testauksen idea. Vilkan kirjaan viitaten saatteesta tulee myös ilmi ohjauskansion taustaa ja syitä kansion testaamiseen. Myös vastausohjeet avoimiin kysymyksiin löytyvät saatekirjeestä. Saatekirjeen tarkoituksena on motivoida hoitohenkilöstöä vastaamaan kyselyyn. (Vilka 2007b, 80–82, 86.)

Ohjauskansion raakavedoksen yhteyteen liitettiin kyselylomake. Kysymykset olivat avoimia kysymyksiä, koska halusimme hoitajien vastaavan kysymyksiin omin sanoin ja laajasti. Koska osastolle vietiin useampi raakaversio kansiosta, hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus merkitä muutosehdotuksia myös suoraan kansion sisältöön. Ohjauskansioiden lisäksi osastolla oli käytettävissä opinnäytetyön luku viisi, johon hoitajat myös kirjoittivat osaston käytänteiden ja opinnäytetyössä olevan tutkimuksellisen tiedon eroavaisuuksista. Kysymyksien laadinnassa käytettiin teoriapohjana kirjallisuudesta muun muassa Torkkola ym. (2002) kirjasta kappaletta ohjauksen esteet ja mahdollisuudet sekä Ojanen (2001) ohjauksen arviointia (Torkkola ym. 2002, 29–31; Ojanen 2001, 166–170). Kyselylomakkeita osastolle vietiin neljä kappaletta ja kaikki saatiin vastattuna takaisin. Seuraavissa kappaleissa on käsitelty vastauksien antia ja

ohjauskansioon liittyviä perusteluja, joitakin muutoksia sekä pohdintaa verraten teoriaosaan.

Useista vastauksista ilmeni, ettei kansiota ole helppo käyttää varsinaisessa ohjaustilanteessa. Jotkin asiat ohjataan osastolla eri tavoin, kuin uusimmissa tutkimuksissa on esitetty. Erityisesti voisi mainita ravinnotta olon ennen leikkausta. Osastolla ohjataan potilaalle, että hän on täysin ravinnotta klo 24 jälkeen edellisestä illasta ja nesteitä saa nauttia ainoastaan tilkan aamulääkkeiden kanssa. Uusimmissa tutkimuksissa ja käypä hoito -suosituksessa ravinnotta oloa suositellaan 6 tuntia ennen leikkausta. Niiden mukaan kirkkaita nesteitä voisi nauttia jonkin verran aina siihen asti, kunnes leikkaukseen on aikaa 2 tuntia. Kansio on mukautettu osaston käytänteihin sopivaksi.

Kyselyn vastauksissa oli myös ihmettelyä, miksi tällainen ohjauskansio on edes tehty, vaikka toive tällaiseen työhön tuli osastolta. Ohjauskansion tiedoissa on ollut ristiriitaa osastolla käytössä olevien potilasohjeiden kanssa, jotka sittemmin on muokattu kansioon yhdenmukaiseksi osaston toiveen mukaan. Myös kiire vaikuttaaansion käytettävyyteen. Siinä sanotaan olevan liian paljon tietoa, jota pitäisi käydä ohjauksessa läpi, eikä siihen todellakaan ole osastolla aikaa. Tämän perusteella ohjauskansiota tiivistetään lopulliseen versioon ja asioita selkiytetään edelleen. Kansioon kirjoitetaan ohjeistus, jossa kerrotaan, ettei kaikkiaansion asioita tarvitse käydä läpi jokaisessa ohjauksessa.

Osastolta tuli myös toiveita joidenkin kohtien lisäämiseen ohjauskansioon, kuten alkoholin käytön määrää mittaavan AUDIT -testin mainitseminen. Kaikki leikkaukseen menevät potilaat tekevät testin, mutta selvittämättä edelleen jäi, kuinka testin tulokseen reagoidaan osastolla ohjaustilanteessa. Osastolle tilattavan ruoan vuoksi on hyvä kysyä ennen leikkaukseen tuloa potilaalta mahdollinen erityisruokavalio. Potilasta ohjataan lisäksi tuomaan mukanaan leikkausaamuna osastolle virtsanäyte. Näitä asioita on käsitelty opinnäytetyön luvussa 5.

Vastauksissa kävi myös ilmi, että kansio sisältää asioita, jotka lääkäri kertoo yleensä potilaalle. Pidämme kuitenkin perusteltuna myös joidenkin sellaisten asioiden olemassa olon kansiossa, koska potilaat eivät aina ymmärrä kysyä lääkäriltä lisätietoa tai jotkin lääkärin kertomat asiat eivät jää mieleen, jos asiaa tulee kerralla paljon. Opinnäytetyön kohdassa 5 on myös kerrottu yleisiä asioita naistentautien leikkauksista, jolloin esimerkiksi uusi työntekijä voi näppärästi katsoa sieltä tietoa.

Osastolla on käytössä kaksi potilasohjetta, jotka annetaan potilaalle kotiin mukaan preoperatiivisessa ohjauksessa. Näiden potilasohjeiden käyttämistä pidettiin helpompana ohjaustilanteessa käytävien asioiden tukena kuin ohjauskansiota. Sen vuoksi ohjauskansio pyrittiin tekemään potilasohjeiden kanssa yhteneväiseksi niin, ettei ristiriitoja esiintyisi. Ohjauskansiossa on kuitenkin laajemmin tietoa, jota hoitajat voivat oman halun ja tilanteen mukaan käyttää ohjaustilanteessa.

Kansion testaamisesta ja kyselyn toteuttamisesta oli paljon hyötyä, koska emme itse ole olleet naistentautien osastolla töissä emmekä preoperatiivisessa ohjaustilanteessa mukana. Kansion sisältö muokkautuu testauksen avulla selkeämmäksi sekä käyttötarkeitusta paremmin palvelevaksi.

8 POHDINTA

Pohdinta osiossa olemme tuoneet esille kehittämistehtävän luotettavuuteen liittyviä seikkoja. Pohdinnassa on myös prosessin tarkastelua ja johtopäätöksiä liittyen opinnäytetyön etenemiseen. Viimeisessä luvussa on arvioitu myös ohjauskansiota sekä kerrottu ohjauskansion käyttömahdollisuuksista.

8.1 Luotettavuus

Opinnäytetyömme kohdistuu naistentautien vuodeosaston preoperatiiviseen toimintaan. Suoraan naistentauteihin ja preoperatiiviseen hoitotyöhön yhdessä linkittyviä tutkimuksia löytyi vain muutamia. Kirjallisuuskatsauksessa otimme myös huomioon muita aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsausta tehdessämme käytimme pohjana systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheita, jotka ovat karkeasti jaoteltu katsauksen suunnitteluun, katsauksen tekemiseen hakuineen, analysointeineen sekä synteeseineen ja lisäksi katsauksen raportointiin (Johansson 2007, 5).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen luotettavasti ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä on erittäin haastavaa. Yhteistyö-osastomme sairaanhoitaja ja kartoitettavan kyselylomakkeen tulokset ovat olleet suurena apuna eri asioiden huomioon ottamisessa. Mielestämme onnistuimme hyvin löytämään uutta tutkimuksellista tietoa, mikä on hyvin hyödynnettävissä preoperatiivisessa ohjauskansiossa. (Sajavaara 2008b, 252–253.)

Lopullista ohjauskansiota arvioitaessa, muokkasimme sitä osastolla olevien potilasohjeiden mukaiseksi, jotta ohjaus on yhtenäisempää. Kansion luotettavuus myös samalla kärsii, kun kaikki tiedot eivät ole tuoreimpaan tietoon perustuvaa. Opinnäytetyön teoriaosassa on kuitenkin enimmäkseen tuoreinta tutkittua tietoa. (Sajavaara 2008b, 254.) Pääasiassa opinnäytetyön tutkimukset ovat korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja, mutta perustellusti, jos uudempaa tutkimusta aiheesta ei ole tehty niin on käytetty vanhempaa tutkimusta.

Tietoa etsittäessä myös muita hoitotyön aloja on käytetty naistentautien hoitotyön lisäksi. Koska useat leikkaukseen liittyvät asiat on löydettävissä yleisistä leikkausohjeista, niin niitä on myös hyödynnetty työssä. Opinnäytetyössä on yhdistetty laadullista tutkimusta sekä kirjallisuuskatsausta, joten vertailu ja sisällön analysointi kriittisesti on ollut helpompaa, koska tietoa on erityyppisistä lähteistä. 2.3 Sisällön analyysin kappaleessa on mainittu erillisestä face-validiteetista. Naistentautien osastolta kanssamme yhteistyötä on tehnyt kokenut alan sairaanhoitaja. Hän on lukenut opinnäytetyön teoriaosan läpi ja pitää tuloksia asiallisena. Ohjauskansion testaaminen osoitti pientä erimielisyyttä osaston käytänteiden sekä tuoreimman tutkimuksellisen tiedon välillä. Face-validiteetin käyttäminen on saanut myös kritiikkiä osakseen luotettavuuden arvioinnissa (Kygäs & Vanhanen 1999, 10–11).

8.2 Kehittämistehtävän prosessin tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjausmateriaalia gynekologiseen leikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviseen ohjaukseen Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien vuodeosasto 8B:lle. Ohjauksen tueksi tarkoitettu materiaali on suunnattu osaston hoitohenkilökunnalle sekä sijaisille ja opiskelijoille. Ohjauskansio koostuu asioista, joita potilaan kanssa tulisi käydä lävitse ohjauksessa ennen leikkausta.

Naistentautien hoitotyössä kohdataan usein hyvin arkaluontoisia ja intiimejä asioita. Siten myös naisten tiedontarpeet ovat usein melko suuret. Tiedontarpeissa on kuitenkin suuria yksilöllisiä eroja. (Alanen 2002, 29; Nykänen 2002, 30; Nylander 2002, 40.) Tässä työssä pyrimme löytämään aikaisemmista tutkimuksista ne asiat, jotka ovat potilaan hyvän ohjauksen kannalta tärkeitä. Tarkastelimme kirjallisuudesta potilasohjausta niin potilaiden kuin hoitohenkilöstönkin näkökulmasta. Omasta mielestämme

onnistuimme löytämään ne asiat, jotka ohjauksessa tulisi ottaa huomioon ja joilla on vaikutusta ohjaukseen.

Opinnäytetyössä loimme pohjan ohjauskansiolle perehtymällä aikaisempaan tutkittuun tietoon. Lisäksi laadimme kyselyn Kymenlaakson keskussairaalan osasto 8B:n hoitohenkilöstölle ja kysyimme myös heidän mielipiteitään ohjauksesta ja ohjauskansion sisällöstä. Aikaisempien tutkimusten tulokset ja osaston hoitohenkilökunnan vastaukset olivat melko samansuuntaisia ja toisiaan tukevia.

Tätä työtä tehdessämme ja aikaisempia tutkimuksia lukiessamme saimme hyvän ja laajan kuvan potilasohjauksesta ja sen toteutuksesta sekä toteutukseen ja ajankäyttöön liittyvistä ongelmista. Onnistuimme poimimaan työhömmme ne asiat, joita sekä potilaat että hoitohenkilöstö pitävät tärkeinä ohjauksessa aikaisempien tutkimusten perusteella. Potilasohjauksesta saamaamme tietoa voimme hyödyntää myös tulevaisuudessa työsämme valmiina sairaanhoitajina.

Opinnäytetyön prosessi eteni melko hyvin. Aineiston etsimisen jälkeen teoriaosuuden kirjoittaminen sujui pienten alkuvaikeuksien jälkeen melko sujuvasti. Työskentelymme opinnäytetyön parissa oli kausiluontoista, ja loppua kohden työskentelimme ahkerammin ja tiiviimmin. Keskinäinen työskentelymme sujui moitteettomasti. Työskennellessä keskustelimme erilaisista vaihtoehdoista, jotta opinnäytetyö olisi mahdollisimman kattava. Olemme yrittäneet ottaa työssä huomioon osaston toiveet ja tarpeet mahdollisimman hyvin. Ohjauskansion sisältöä ja runkoa laatiessamme olisi ehkä pitänyt olla tiiviimmin yhteydessä yhteistyöosastoomme ja kysyä vielä heidän toiveitaan ja suhtautumistaan ohjauskansioon. Ohjauskansion laadinta sujui hyvin, koska sisältö löytyi kirjoittamastamme teoriaosuudesta. Testasimme kansion raakaversiota naistentautien osastolla ja samalla pyysimme palautetta kansion sisällöstä ja käytettävyydestä osaston hoitohenkilökunnalta. Saamamme palaute oli hieman ristiriitaista. Osa kansion testaajista piti kansiota hyvänä ja käyttökelpoisena ohjauksessa, mutta joukossa oli myös vastauksia, joissa ihmeteltiin, miksi kansio on laadittu, koska osastolla olevat potilaille jaettavat ohjeet toimivat hyvin ohjauksen runkona. Meidän olisi ehkä täytynyt pitää osaston hoitohenkilökunnalle osastotunti tai jakaa osastolla laajemmin tietoa tekeillä olevasta opinnäytetyöstä etukäteen. Nähtävästi tieto työstä ei ollut tavoittanut kaikkia osastolla työskenteleviä. Mielestämme onnistuimme kuitenkin laatimaan hyvän ja käyttökelpoisen ohjausrungon naistentautipotilaan ohjaukseen.

8.3 Ohjauskansion arviointi

Seuraavaksi arvioimme tuottamaamme ohjauskansiota ja sen toteutusta. Ohjauskansiosta on luotu tiivis ja toivottavasti melko kattava runko potilaan ohjaukselle. Jo opin­näytetyön ideavaiheessa yhteistyöosastolta tuli toive, että kansion on oltava selkeä ja nopeasti luettavissa, ja näihin toiveisiin pyrimme kansiota laatiessamme vastaamaan.

Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien osasto 8B:llä ohjauksen runkona on tähän asti käytetty potilaille jaettavia leikkausvalmennusohjeita. Ohjauskansio on tuotettu, jotta naistentautien osastolla potilaan ohjaus saisi yhtenäisemmät linjat ja kaikkien potilasta ohjaavien henkilöiden olisi helppo käyttää kansiota ohjauksessa, tai tarvittaessa tarkistaa kansiosta joitakin kohtia. Tarkoituksena on, että ohjauksessa hoitajalla olisi tukenaan potilasohjeiden lisäksi selkeä ja tiivis ohjausrunko. Koko opin­näytetyön prosessin ajan olemme pyrkineet pitämään mielessämme, että ohjauskansio palvelisi erityisesti osastolla työskenteleviä sijaisia sekä opiskelijoita, mutta toivottavaa on, että kansiosta olisi tukea ja hyötyä myös osaston vakituisille työntekijöille.

Testasimme kansiota osastolla, kun olimme saaneet ensimmäisen version valmiiksi. Samalla kysyimme kansiota testanneilta hoitajilta heidän mielipiteitään kansiosta ja tiedustelimme myös mahdollisia korjausehdotuksia, kuten jo aikaisemmin työssä mainitsemme. Testauksesta saamamme palautteen perusteella pyrimme muuttamaan kansiota yhä enemmän osaston hoitohenkilöstön toiveiden suuntaiseksi ja lisäsimme kansion asioita, joita hoitajat toivoivat kansion sisältävän. Testaus antoi mielestämme arvokasta tietoa, koska toivomme, että kansiosta olisi todellista hyötyä potilaan ohjauksessa osastolla. Tarkoituksenamme oli luoda kansio, joka tulee käytettäväksi osastolla, eikä jää hyllyyn käyttämättömänä pölyttymään.

Lisäksi Kymenlaakson keskussairaalassa on aloitettu LEIKO eli leikkaukseen kotoa toiminta, joka valmistaa preoperatiivisella toiminnalla potilaat leikkausosastolle. LEIKO-toiminta tarkoittaa, että kaikki potilaan leikkauksen esivalmistelut tehdään erillisessä yksikössä, joka sijaitsee leikkausosaston lähetyvillä. Potilas voi saapua sairaalaan noin kahta tuntia ennen leikkausaikaa ja kävellä itse leikkaussaliin. Sairaalassa oloaika ennen suunniteltua leikkausta lyhenee huomattavasti ja sen vuoksi se on saanut paljon positiivista palautetta potilailta. LEIKO-toiminta säästää huomattavasti myös osaston resursseja, koska leikkausta odottava potilas ei tarvitse vuodepaikkaa. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603–3605.) Jatkossa myös naistentautien

osasto tulee olemaan mukana Kymenlaakson keskussairaalan yhteisessä LEIKO-toiminnassa, joten potilaiden preoperatiiviset valmistelut naistentautien osastolla vähenevät. Ainoastaan huonompikuntoiset potilaat saattavat saapua naistentautien vuodeosastolle jo edellisenä päivänä leikkausvalmisteluihin. (Asiantuntija 3, 4.2.2010; Keränen ym. 2006, 3605.) Ohjaukansiota voisi hyödyntää myös LEIKO-yksikössä (Asiantuntija 3, 4.2.2010).

Jatkotutkimuksena voitaisiin tarkastella onko tuottamamme kansio todella käyttökelpoinen ja käytetäänkö sitä ohjauksissa. Lisäksi olisi mahdollista tutkia, kuinka kansio palvelee eri käyttäjiä, kuten opiskelijoita tai osaston vakituista hoitohenkilöstöä. Mielinkiintoista olisi myös tietää, kuinka potilaat kokevat ohjauksen Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien osastolla ja saavatko he ohjauksesta sen, mitä kokevat tarvitsevana.

Teimme opinnäytetyötä yhteistyössä naistentautien osaston osastonhoitajan sekä osastolta meille yhteyshenkilöksi nimetyn sairaanhoitajan kanssa. Osaston sairaanhoitajalta saimme opinnäytetyön prosessin aikana paljon hyviä neuvoja ja saimme myös osastolla potilaille ohjauksessa jaettavat materiaalit työmme tueksi. Toivomme, että työstä on hyötyä niin osaston hoitohenkilöstölle, kuin sijaisille ja osastolla harjoittelemassa oleville opiskelijoillekin.

LÄHTEET

Alaloukusa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Eskola, K. & Hytönen, E. 1998. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki. WSOY.

Halonen, J. 2006. Potilasohjaus naistentautien hoitotyössä potilaiden ja sairaanhoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen – avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heinonen, P. 2001. Tärkeimmät gynekologiset leikkaukset. Teoksessa Kauppila, A. & Ylikorkala, O. (toim.). 2001. Naistentaudit ja synnytykset. 3. uudistettu painos. Helsinki. Duodecim.

Hirsjärvi, S. 2008. Tutkimustyytit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Huovinen, K. 1999. Täyhystyskirurgisen kohdunpoistopotilaan odottama ja saama ohjaus. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki. Edita.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.). 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku.

Keränen U., Keränen J. & Wäänänen V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. Suomen lääkirilehti - Finlands läkartidning 2006 vol. 61, no 36. Sivut 3603–3607.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu - Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Kyngäs, H. & Vanhanen, H. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999, s. 3–12.

Kättö, T. 2009. Gynekologisen tähytyspotilaan ohjaus päiväkirurgiassa. Pro gradu - tutkielma. Turun yliopisto.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidtaja – Sjuksköterskan 10/2006, s. 6–9.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lamminperä, T. 1999. Gynekologista tulehdusta sairastavien naisten kokemuksia sairaalahoidosta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Linna, P. & Mikkola, I. 2000. Potilaiden kokemuksia ohjauksesta laparoskooppisen kohdunpoiston yhteydessä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Lipponen, K. 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Marttila, M. & Piekkola, S. 1997. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Mäkinen, J. 2001. Rakennemuutokset ja kasvaimet. Teoksessa Kauppila, A. & Ylikorkala, O. (toim.). 2001. Naistentaudit ja synnytykset. 3. uudistettu painos. Helsinki. Duodecim.

- Nykänen, K. 2002. Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Stakes aiheita 18.
- Nylander, U. 2002. Potilaan opettaminen. Lähtökohtana potilaslähtöisyys. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan 10/2006, s. 3.
- Ojanen, S. 2001. Ohjauksesta oivallukseen - ohjausteorian kehittelyä. Palmenia-kustannus.
- Pudas-Tähkä, S.-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.). 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku.
- Sajavaara, P. 2008a. Alustava lukeminen ja muistiinpanot. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Sajavaara, P. 2008b. Tieteellisten kirjoitelmien rakenne. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Juva. WSOY.
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.). 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväiksi. Tampere. Hygieia.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.). 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku.

Uimonen, T. 2004. Taitoa tekijälle - tehoa teksteihin. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Vilka, H. 2007a. Tutki ja kehitä. Vaajakoski. Tammi.

Vilka, H. 2007b. Tutki ja mittaa. Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Bernier, M.-J., Sanares, D., Owen, S. & Newhouse, P. 2003. Preoperative teaching received and valued in a day surgery setting.

http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_3_77/ai_99237598/pg_7/?tag=content;coll [Viitattu 27.9.10.]

Valmistautuminen leikkaukseen. 2009. Endometrioosiyhdistys ry.

<http://www.endometrioosiyhdistys.fi/index.php?section=24> [Viitattu 28.10.2010.]

Potilasohje: leikkaukseen valmistautuminen kotona. 2010. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Mikkelin keskussairaala.

www.esshp.fi/downloader.asp?id=4407&type=1 [Viitattu 28.10.2010.]

Jalonen, J., Kokki, H., Castrén, M., Heinonen, S., Huusko, T., Hynynen, M., Kangas-Saarela, T., Kurki, T., Laisalmi, M., Lindgren, L., Manner, T., Mattila, K., Salmenperä, M. & Sane, T. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys Ry:n asettama työryhmä. 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Käypähoito-suositus. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50066.pdf> [Viitattu 23.9.2010.]

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit.

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf [Viitattu 16.9.2010.]

Nuutinen, O., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M.-L., Siljamäki-Ojansuu, U., Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravitsemushoitosuositus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Edita.

<http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Ravitsemushoitosuositus.pdf> [Viitattu 23.9.2010.]

Palokoski, M.-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01622.pdf> [Viitattu 16.9.2010.]

Päihdelinkki. Testit. Audit-testi. Lisätietoa Audit-testistä.

http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit_lisatieto.htm [Viitattu 27.10.2010.9]

Asiantuntija 1. Osastonhoitaja. 30.9.2009. Kotka: Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien vuodeosasto 8B.

Asiantuntija 2. Sairaanhoitaja. 30.9.2009. Kotka: Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien vuodeosasto 8B.

Asiantuntija 3. Sairaanhoitaja. 4.2.2010. Kotka: Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien vuodeosasto 8B.

Liite 1. Saatekirje



KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hyvä naistentautien osaston sairaanhoitaja/kätilö!

Olemme Jenni Lalu ja Jenny Autio. Opiskelemme Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyömme yhdessä Kymenlaakson keskussairaalan osasto 8B:n kanssa.

Opinnäytetyön nimi on: ”Naistentautipotilaan preoperatiivisen ohjauksen kehittäminen -ohjauskansion laadinta hoitajien käyttöön”. Leikkausta edeltävä asiakkaan ohjaaminen on tärkeää muun muassa asiakkaan toipumisen kannalta. Opinnäytetyön kehittämistavoitteet:

- Ohjauskansion tavoitteena on luoda naistentautien osaston hoitohenkilökunnalle yhtenäinen ohjauskäytäntö.
- Ohjauskansio on uusimpaan tutkittuun tietoon perustuva ohjauksen apuväline.
- Ohjauskansio antaa hoitajalle valmiudet kertoa asiakkaalle preoperatiivisella käynnillä naistentautien leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauksesta sekä leikkauksen jälkeisestä ajasta.
- Ohjauskansio antaa hoitajalle valmiudet ohjata asiakasta selkeästi, ymmärrettävästi ja yksilöllisesti.

Ohessa olevan kyselylomakkeen tavoitteena on saada tietoa osastonne tämän hetkisistä käytänteistä sekä kokemuspohjaisella tiedolla suunnata ohjauskansion sisältöä. Toivomme, että vastaatte kysymyksiin omin sanoin monipuolisesti sekä realistisesti, jotta ohjauskansiosta tulisi Teidän tarpeisiinne sopiva työväline. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Vastatkaa kysymyksiin niille tarkoitetuille viivoille, mutta tarvittaessa voitte jatkaa vastauksianne paperin kääntöpuolelle. Sulkekaa vastauksenne kirjekuoreen ja jättäkää ne osastolla olevaan laatikkoon, jonka käymme noutamassa sieltä.

Opinnäytetyömme valmistuu syksyllä 2010, jolloin myös ohjauskansio osastollenne on valmis. Syksyllä pidämme osastotunnin, jolloin esittelemme kansion Teille hoitajille.

Ystävällisin terveisin

sairanhoitajaopiskelijat Jenni Lalu ja Jenny Autio



Liite 2. Kyselylomake 1/2

Vastaa alla oleviin kysymyksiin.

1. Kuinka kauan olet työskennellyt Kymenlaakson keskussairaalan naistentautien vuodeosastolla?
(vuoden tarkkuudella) _____

2. Millainen koet olevasi preoperatiivisena ohjaajana?

3. Mitä asioita pidät tärkeinä preoperatiivisessa ohjaustilanteessa?

4. Mihin asioihin olet tyytyväinen osastollasi preoperatiiviseen ohjaukseen liittyen (työympäristö, asenteet tms.)?

Liite 2. Kyselylomake 2/2

5. Mihin asioihin et ole tyytyväinen osastollasi preoperatiiviseen ohjaukseen liittyen?

6.a) Millainen hyöty preoperatiivisesta kansioista olisi työssäsi?

b) Mistä preoperatiiviseen ohjaukseen liittyvistä asioista haluaisit lisää tutkittua tietoa?

7. Mitä asioita preoperatiivisen ohjauskansion olisi hyvä sisältää?

Kiitos vastauksistasi!

Liite 3. Tietokantahaku

tietokanta	hakusana	osumia	valitut aineistot
Aleksi	naistentautipot*	0	0
Aleksi	preoperatiiv*	26	1
Aleksi	elämäntapa ohjaus	0	0
Aleksi	ohjaus ja elämäntavat	0	0
Aleksi	naistentau*	397	2
Aleksi	leikkauspot*	22	1
Aleksi	leikkaukseen valm*	2	0
Aleksi	potilaan ohjaus	9	1
Aleksi	gynekologia	116	3
Aleksi	seksuaalisuus	1646	2
Linda	naistentautipot*	0	0
Linda	preoperatiiv*	21	0
Linda	elämäntapa ohjaus	4	0
Linda	ohjaus ja elämäntavat	1	0
Linda	naistentau*	336	1
Linda	leikkauspot*	26	1
Linda	leikkaukseen valm*	2	0
Linda	potilaan ohjaus	44	2
Linda	gynekologia	202	1
Linda	seksuaalisuus	3187	1
Medic	naistentautipot*	0	0
Medic	preoperatiiv*	156	2
Medic	elämäntapa ohjaus	1326	4
Medic	ohjaus ja elämäntavat	11	0
Medic	naistentau*	75	5
Medic	leikkauspot*	61	3
Medic	leikkaukseen valm*	1844	1
Medic	potilaan ohjaus	3940	2
Medic	gynekologia	61	3
Medic	seksuaalisuus	128	1
KYMI	naistentautipot*	0	0
KYMI	preoperatiiv*	13	1
KYMI	elämäntapa ohjaus	1	0
KYMI	ohjaus ja elämäntavat	2	0
KYMI	naistentau*	55	2
KYMI	leikkauspot*	17	0
KYMI	leikkaukseen valm*	3	0
KYMI	potilaan ohjaus	26	2
KYMI	gynekologia	28	3
KYMI	seksuaalisuus	343	1

Liite 4. Aikaisempien tutkimusten taulukko 1/4

tekijä, tutkimus, vuosi	tutkimuksen aihe	otos, aineiston keruumenetelmä	tutkimuksen tarkoitus	keskeiset tulokset
Alaloukusa-Lahtinen, Johanna, Pro gradu-tutkielma, Oulun yliopisto, 2008.	Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana.	Aineisto kerättiin postikyselynä kehittämishanketta varten laaditulla mittarilla Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgian ja neurokirurgian klinikoiden vuodeosastojen kotiutuvilta potilailta marraskuun 2003 ja tammikuun 2004 välisenä aikana. Vastausprosentti 56 (n=172).	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, millaiseksi kirurgiset potilaat arvioivat sairaalassa saamansa ohjauksen. Tutkimus on osa Oulun yliopiston ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteistä Potilasohjauksen kehittäminen – tutkimushanketta.	Kirurgiset potilaat arvioivat saamansa ohjauksen kokonaisuudessaan hyväksi. Potilaat kokivat ohjauksen riittävimmäksi sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa. Puutteellisinta oli sosiaaliseen tukeen liittyvä ohjaus. Potilaat arvioivat henkilökunnan ohjaukseen tarvitsemat tiedot ja taidot pääosin hyväksi, mutta puutteita oli ohjaukseen asennoitumisessa.
Alanen Seija, Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, 2002	Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla	Tutkimukseen on osallistunut kolmen kuukauden ajalta tutkimusosastoilta kotiutuneet yli 18-vuotiaat potilaat (n=855, vastausprosentti 51). Aineiston keruu on tapahtunut strukturoidulla kyselylomakkeella.	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut selvittää potilaiden tiedontarvetta sekä tiedonsaantia	Tutkimuksen mukaan potilaat pitivät tärkeimpänä saada tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja toimenpiteistä. Vähiten tärkeimpänä he pitivät tietoa järjestöjen toiminnasta sekä omaisen osallistumisesta hoitoon. Kyselyyn vastanneet olivat saaneet heikoimmin tietoa järjestöjen toiminnasta sekä potilaan oikeuksista. Tiedontarve oli potilailla yksilöllistä.
Halonen Johanna, Pro gradu -tutkielma, Oulun yliopisto, 2006	Potilasohjaus naistentautien hoitotyössä potilaiden ja sairaanhoitajien arvioimana	Tutkimus on tehty kyselylomakkeilla naistentautien poliklinikalla, naistentautien osastoilla ja perinnöllisyyspoliklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille (n=69) ja siellä asioiville potilaille (n=131).	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kartoittaa naistentautipotilaiden nykytilaa. Tuloksia on tarkoitus hyödyntää kehitettäessä potilasohjausta naispotilaiden kohdalla.	Sairaanhoitajien tiedot ja taidot olivat tutkimuksen perusteella ohjaustilanteissa hyvät, puutteita esiintyi erilaisten ohjausmenetelmien käytössä. Potilaat olivat saaneet hyvin ohjausta sairauteen, hoitoon ja ohjaukseen liittyvissä asioissa. Potilasohjauksessa käytetty aika on vähäistä ja tilat puutteellisia.

Liite 4. Aikaisempien tutkimusten taulukko 2/4

tekijä, tutkimus, vuosi	tutkimuksen aihe	otos, aineiston keruumenetelmä	tutkimuksen tarkoitus	keskeiset tulokset
Huovinen Kirsi, Pro gradu –tutkielma, Kuopion yliopisto, 1999	Tähystyskirurgisen kohdunpoistopotilaan odottama ja saama ohjaus	Tutkimusaineisto on kerätty puolistrukturoidulla kyselylomakkeella 67:lta tähystyskirurgisesti leikatulta kohdunpoistopotilaalta. Vastausprosentti oli 61%.	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata tähystyskirurgisten kohdunpoistopotilaiden odotuksia ohjauksesta ja saada tietoa ohjauksen riittävydestä.	Potilaat olivat saaneet odotuksiensa mukaisesti tiedon, tuen ja taitojen osalta. Potilaat olisivat kuitenkin kaivanneet selkeästi enemmän tietoa leikkauksen vaikutuksista elimistöön sekä leikkauksen mahdollisista jälkioireista. Taustatekijöistä leikkausta edeltävällä henkisellä terveydentilalla oli erityisen suuri merkitys odotettuun ja saatuun ohjaukseen.
Kättö, Teija, Pro gradu-tutkielma, Turun yliopisto, 2009.	Gynekologisen tähystyspotilaan ohjaus päiväkirurgiassa	Tutkimuksen aineisto on kerätty strukturoidulla kyselylomakkeilla. Kysely on toteutettu kahdessa osassa. Ensimmäisen kyselyn vastausprosentti 58 % ja toisen kyselyn 40 %.	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata gynekologisen päiväkirurgisen tähystyspotilaan tiedollisia odotuksia ja toteutunutta tiedonsaantia.	Potilaat odotukset keskittyivät eniten biofysiologiselle ja toiminnalliselle osa-alueelle. Vähiten potilaat odottivat tietoa kokemukselliselta ja eettiseltä osa-alueelta. Vastaajat olivat saaneet hyvin tietoa esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautumisesta. Vastaajat olivat saaneet vain vähän tietoa siitä, kuinka he itse voivat ehkäistä komplikaatioita. Tietoa oli saatu hyvin myös mihin ottaa yhteyttä mahdollisissa ongelmatapauksissa. Vähän tietoa oli saatu esimerkiksi levosta.
Laitinen, Ritva. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, 2003.	Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta.	Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joihin vastasi 84 hoitajaa (vastausprosentti 47).	Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa hoitajien kokemuksista potilaiden leikkauspeloista ja preoperatiivisesta ahdistuksesta sekä niiden tunnistamisesta ja lievittämisestä ennen leikkausta.	Hoitajien mukaan potilailla oli vähän anestesiaan liittyviä pelkoja. Eniten pelättiin puudutuksen sattumista. Potilaita ahdisti ennen leikkausta epävarmuus sairaudesta ja elämä leikkauksen jälkeen. Hoitajat tunnistivat potilaiden pelon ja ahdistuksen usein erilaisista fyysisistä muutoksista. Potilaiden pelon ja ahdistuksen lievittämiseksi hoitajat antoivat tietoa toimenpiteestä, kuuntelivat potilaita ja keskustelivat pelon syistä.

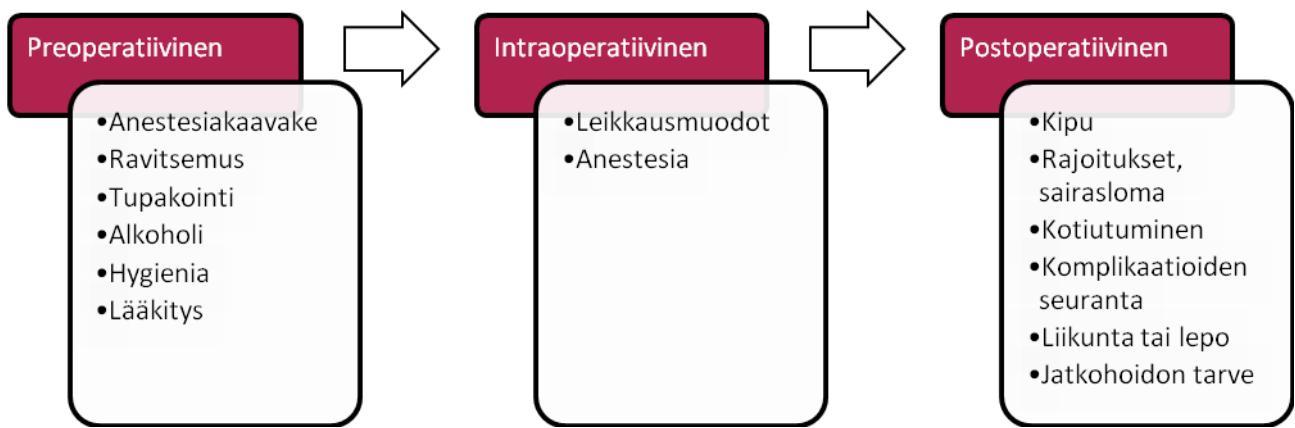
Liite 4. Aikaisempien tutkimusten taulukko 3/4

tekijä, tutkimus, vuosi	tutkimuksen aihe	otos, aineiston keruumenetelmä	tutkimuksen tarkoitus	keskeiset tulokset
Lamminperä Tarja, Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, 1999	Gynekologista tulehdusta sairastavien naisten kokemuksia sairaalahoitosta	Tutkimuksen aineisto on kerätty teemahaastatteluna. Haastateltavana on ollut seitsemän gynekologiseen infektiin sairastunutta naista.	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut selvittää gynekologista tulehdusta sairastaneiden naisten kokemuksia ja odotuksia sairaalahoitosta	Tutkimuksen haastateltavat olivat hoitoon liittyvistä asioista epätietoisia kaikissa vaiheissa. Heidän täytyi olla itse aktiivisia saadakseen tietää hoitoon liittyvistä asioista. Haastateltavat kokivat myös että liian monet eri hoitajat ja lääkärit hoitivat heitä sairaala-aikana, jolloin hoito jäi liian rutiininomaiseksi.
Linna, Pirjo & Mikkola, Irma. Pro gradu-tutkielma, Kuopion yliopisto, 2000.	Potilaiden kokemuksia ohjauksesta laparoskooppisen kohdunpoiston yhteydessä	Tutkimusaineisto on kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä. Tutkimusaineisto kerättiin helmikesäkuussa 1999. Kyselylomake lähetettiin 141 ja sen palautti 111 potilasta.	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata potilaiden ohjaukokemuksia lyhytjälkihoitoisen laparoskooppisen kohdunpoiston yhteydessä ja koota tietoa siitä, millaisia kokemuksia potilailla oli ohjauksen toteutumisesta koko hoitojakson ajalta.	Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon toimenpiteestä ja ohjaukseen leikkausta edeltävistä toimenpiteistä ja lääkityksestä, mutta tyytymättömiä saamaansa tietoon leikkauksen riskitekijöistä ja leikkauksen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Ohjaus toteutui suurelta osin kirjallisena ja suullisena.
Lipponen, Kaija, Pro gradu-tutkielma, Oulun yliopisto, 2004.	Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjaus valmiudet	Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella kaikilta kirurgian vastualueella marraskuussa 2003 vakinaisessa tai pitkäaikaisessa sijaisuudessa työssä olleilta hoitotyöntekijöiltä (n=303). Vastausprosentti 67%.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia kirurgisen potilaan ohjaukseen.	Hoitohenkilökunnan tiedolliset valmiudet kirurgisen potilaan ohjaukseen olivat hyvät tai kiitettävät lukuun ottamatta tietoa potilaiden lääkähoidosta, toipumisesta, kuntoutusvaihtoehdoista ja sosiaalietuuksista. Taidolliset ohjausvalmiudet olivat pääasiassa hyvät, mutta puutteita oli potilaan ohjaamisessa vertaistuen käyttöön ja omaisten huomioimisessa.

Liite 4. Aikaisempien tutkimusten taulukko 4/4

tekijä, tutkimus, vuosi	tutkimuksen aihe	otos, aineiston keruumenetelmä	tutkimuksen tarkoitus	keskeiset tulokset
Marttila, Marita & Piekkola, Sinikka. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, 1997.	Päiväkirurgisen potilaan ohjaus potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta.	Tutkimuksen aineisto on kerätty avoimella haastattelulla kesä-elokuussa 1996. Tutkimukseen osallistui 10 päiväkirurgista potilasta ja 10 päiväkirurgisen potilaan hoitoon osallistunutta sairaanhoitajaa.	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata potilaiden kokemuksia päiväkirurgisen toimenpiteen yhteydessä saamastaan ohjauksesta sekä päiväkirurgisten potilaiden hoitoon osallistuneiden sairaanhoitajien kokemuksia potilaiden ohjauksesta.	Potilaiden ohjauskokemukset olivat yhteydessä siihen, kuinka he kokivat vuorovaikutuksen henkilökunnan kanssa. Potilaat olisivat toivoneet lisää informoinnin kaltaista ohjausta etenkin odotusajoista. Potilaiden sairauden vakavuudella vaikutti olevan yhteys ohjauksen kokemiseen. Sairaanhoitajat pitivät ohjausta oleellisena osana hoitotyötä. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä osallistumista päiväkirurgisen potilaan ohjauksen suunnitteluun ja kehittämiseen.
Nykänen Kaisa, Pro gradu -tutkielma, Turun yliopisto, Stakes, 2002	Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla	Tutkimusaineisto on kerätty vuosien 1995-1996 aikana kymmenen alue- ja keskussairaalan naistentautien poliklinikalta. N=206.	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata naisten myönteisiä ja kielteisiä hoito- ja vastaanottokokemuksia naistentautien polikliinisestä hoidosta.	Potilaiden kokemana tärkeimmät ja myönteisimmät hoitoon liittyvät kokemukset olivat yksilöllisyys ja hoidon jatkuvuus. Hoitokontakteissa hoitohenkilökunnan ystävällisyys, myönteinen ilmapiiri ja asiallinen toiminta olivat tärkeimpiä. Tiedonsaanti koettiin myönteisenä kun se ajoitettiin oikeaan aikaan ja tiedonsaantimenetelmät olivat monipuolisia.
Nylander, Ulla. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, 2002.	Potilaan opettaminen – Lähtökohtana potilaslähtöisyys.	Tutkimuksessa on käytetty laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto on kerätty puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Haastattelut tehtiin 12 sairaanhoitajalle, jotka hoitivat aikuisia potilaita Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kirurgian toimialalla.	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata sairaanhoitajien käsityksiä potilaslähtöisyyden ilmenemisestä ja kehittämisestä kirurgisen potilaan opettamisessa.	Sairaanhoitajat kokivat opetusta tapahtuvan koko hoitoprosessin ajan, vaikka pääpaino oli potilaan kotihoidon opetuksessa. Sairaanhoitajien mukaan potilaan itsemääräämisoikeus ei aina toteutunut. Opetukseen käytettävät välineet ja materiaalit koettiin riittäviksi. Rauhallisen tilan sekä riittävän ajan puuttuminen olivat suurimpia esteitä hyvälle potilasopetukselle.

PREOPERATIIVINEN OHJAUSKANSIO

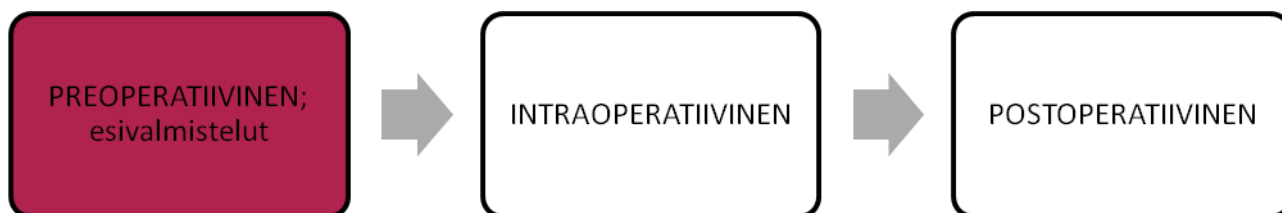


Tämä on ohjauskansio käytettäväksi preoperatiivisessa ohjaustilanteessa. Kansio sisältää asiat, jotka on hyvä käydä läpi preoperatiivisessa ohjaustilanteessa. Aiheet on jaettu yllä olevan kuvan osoittamalla tavalla pre-, intra- ja postoperatiivisiin osioihin, leikkauksen vaiheiden mukaan. Kansion kaikkia asioita ei välttämättä ole syytä käydä läpi preoperatiivisessa ohjauksessa, vaan kansioista voi valita tilanteeseen sopivat asiat. Sen vuoksi kansioon on hyvä tutustua ennen ohjaustilannetta. Lisätietoa kansiossa oleviin asioihin löytyy kansion liitteenä osastolle toimitetusta opinnäytetyöstä, luku 5 Naistentautipotilaan preoperatiivisen ohjauskansion sisältö.

Preoperatiivisessa ohjauksessa on tärkeää

- **valita rauhallinen paikka.**
- **varata riittävästi aikaa ohjaukselle.**
- **antaa tietoa potilaalle ja motivoida potilasta leikkaukseen ja toipumiseen.**
- **antaa tilaa potilaan omille kysymyksille ja kuunnella potilasta.**
- **huomioida potilaan tilanne ja tiedon vastaanottovalmius.**
- **lievittää potilaan mahdollisia pelkoja leikkausta kohtaan.**

Liite 5. Ohjaukansiö 2/4



- Anestesiakaavake:** Taustatietojen paikkansapitävyys ja varmistus lähiomaisesta/ yhdyshenkilöstä
Sairaudet, lääkitykset, aikaisemmat leikkaukset ja anestesiati (mahdolliset ongelmat)
Allergiat, pituus, paino, verenpaine, pulssi
Pissanäytteen ottaminen ja tuominen osastolle
- Ravitsemus:** Terveellisyys ja monipuolisuus → edistävät toipumista ja haavan paranemista
Hiilihydraatit, vitamiinit ja proteiinit tärkeitä
Leikkausta edeltävänä päivänä on hyvä juoda runsaasti, syöminen normaalisti
Syömättä ja juomatta klo 24 jälkeen
Aamulla voi pestä hampaat ja ottaa sovitut aamulääkkeet pienen vesimäärän kanssa
Mahdollisen esilääkkeen voi ottaa veden kanssa.
- Tupakointi:** Leikkauksen jälkeiset haitat mm. hengitysongelmat ja heikentynyt haavan paraneminen
Käytön lopetus vähintään 2 tuntia ennen anestesiaa
Mahdollinen ohjeistus korvaavien nikotiinivalmisteiden käytöstä leikkauksen jälkeen
Motivointi tupakoinnin lopettamiseen
- Alkoholi:** AUDIT – testi
Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot, haitalliset sivuvaikutukset
Leikkauspotilaan lääkityksen kanssa
Alkoholin käytön välttäminen 24 tuntia ennen sekä jälkeen leikkauksen
- Hygienia:** Suihkussa/saunassa käynti leikkausta edeltävänä iltana, myös hiukset hyvä pestä
Huolellinen pesu: vatsa (huom. ihopoimut), napa ja nivustaipeet sekä välilihan seutu
Peseytymisen jälkeen puhdas yöpaita/pyjama.
Pesuaineallergioista kysyminen (allergisen reaktion välttäminen leikkauksessa)
Omat hygieniatuotteet mukaan sairaalaan (hammasharja, hiusharja ja pesuaineet)
Suuhygieniasta huolehtiminen (ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen ← infektio portti)
Osastolla poistetaan tarvittaessa karvoitus leikkausalueelta ja puhdistetaan napa

Lääkitys:

Huom. Lääkärin erilliset ohjeistukset

Leikkauspäivän aamuna kotilääkkeet voi yleensä ottaa normaalisti (huom. poikkeukset)

Asetyylisalisyylihappo (Aspirin®, Disperin®, Primaspan®, Asasantin®) lopetetaan yleensä viikkoa ennen leikkausta.

Varfariinihoidon (Marevan®) tauotus 4-5 vrk ennen leikkausta.

Mahdollisesti aloitetaan pienimolekyylinen hepariinihoito (esim. Klexane®).

Tablettihoitoinen diabetes: diabetestabletit jätetään ottamatta leikkausta edeltävänä päivänä klo 18 tai sen jälkeen

Insuliinihoitoinen diabetes: leikkausta edeltävänä iltana normaali iltainsuliiniannos, ellei toisin ole ohjeistettu. Leikkauspäivän aamuna puolet normaalista pitkävaikutteisesta aamuinsuliiniannoksesta

- omat insuliinit mukaan sairaalaan.

Esilääke: annetaan ohjeistuksen mukaan esim. rentouttamaan, lievittämään leikkauspelkoa, sekä refleksiärsytystä.



Leikkaustapa ja anestesia: **Laparotomia** eli vatsanpeitteiden läpi tehtävä avoleikkaus: yleisanestesiassa (nukutuksessa)

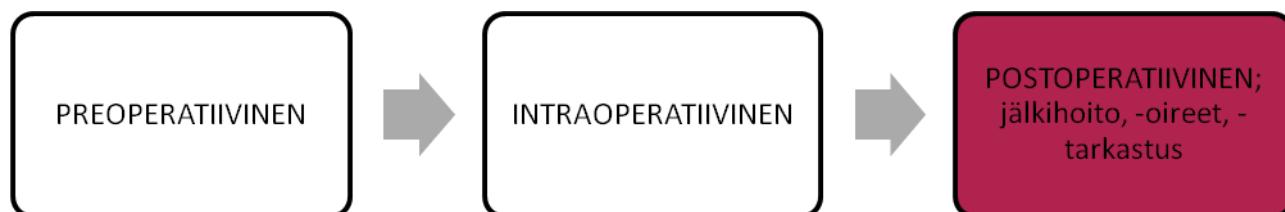
Laparoskopia eli tähytysleikkaus:

yleisanestesiassa, harvemmin puudutuksessa
laparoskoopinen leikkaus voi tarvittaessa muuttua avoleikkaukseksi: syinä mm. pahat kiinnikkeet tai mahdolliset komplikaatiot

Vaginaalinen eli alatieleikkaus:

yleisanestesiassa tai selkäpuudutuksessa
(spinaalipuudutus)
leikkaushaava emättimen pohjaan tai seinämiin

Liite 5. Ohjauskansio 4/4



- Kipu:** Kivun voimakkuuteen vaikuttavat mm. mieliala, aikaisemmat kokemukset, leikkausalueen suuruus ja syvyys, kudostulehdukset sekä turvotukset
Hyvä kivunhoito edesauttaa ja nopeuttaa toipumista
Kipujana ja sen käytön opettaminen
Leikkausvalmennusohje
- Toipuminen, sairausloma:** Laskeumaleikkauksen jälkeen mahdolliset istumarajoitukset, ja uusiutuman välttämiseksi raskaiden esineiden nostelun sekä ylimääräisten ponnistelujen välttäminen
Yleiset sairaalassa oloajat ja sairauslomien pituudet:
Laparostomian jälkeen sairaalassa 3-7 päivää ja sairauslomaa n. 4 viikkoa.
Laparoskopian ja vaginaalisen leikkauksen jälkeen sairaalasta voi päästä pois jo ensimmäisenä tai toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Sairasloman pituus n. 2 viikkoa.
- Kotiutuminen:** Kodin valmistelu toipumiselle jo ennen leikkausta
Kaupassakäynti ja kodin siistinä pitäminen voivat olla yllättävän vaikeita asioita, jos rasitus aiheuttaa kipua tai on nostorajoituksia.
- Komplikaatiot:** Haavainfektion merkkejä: punoitus, turvotus, runsas vuoto, paha haju
- Liikunta tai lepo:** Leikkausvalmennusohje!
Ohjaus vuoteesta nousemiseen sekä vuoteeseen menoon
Passiivinen ja aktiivinen liikkuminen
Jalkojen ja käsien liikuttelu leikkauksen jälkeen → edistää raajojen verenkiertoa
- Jatkohoidon tarve:** Ei välttämätöntä jälkitarkastusta
Halutessaan jälkitarkastuksen mm. haavan paranemisesta potilas ohjataan terveystieteiden keskuksen lääkärin vastaanotolle.