



Satakunnan ammattikorkeakoulu

Lotta Nordberg

GYNEKOLOGISTEN LEIKKAUSPOTILAIEN KOKEMUKSET
PREOPERATIIVISESTA OHJAUKSESTA

Sosiaali- ja terveysala Rauma
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2008

GYNEKOLOGISTEN LEIKKAUSPOTILAIEN KOKEMUKSET PREOPERATIIVISESTA OHJAUKSESTA

Nordberg, Lotta
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Rauma
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Huhtikuu 2008
Simula, Jaana
YKL: 59.57
Sivumäärä: 50, liitteitä 4

Asiasanat: preoperatiivinen hoito, potilasneuvonta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää gynekologisten leikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta Rauman aluesairaalan naistentautiosastolla ja Satakunnan keskussairaalan naistentautiosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada potilaiden kokemusten pohjalta tietoa, jonka avulla osastojen henkilökunta pystyy kehittämään preoperatiivista ohjausta kattavammaksi ja potilaan paranemista ja jaksamista tukevaksi.

Tutkimus oli kvantitatiivinen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Rauman aluesairaalan ja Satakunnan keskussairaalan naistentautiosastojen lupapaikoille tulevat gynekologiset leikkauspotilaat (n=91), jotka viipyvät osastolla vähintään yhden vuorokauden. Tutkimus ei koskenut päiväkirurgisia potilaita. Vastausprosentiksi muodostui 79,5 %. Strukturoidut kysymykset analysoitiin manuaalisesti ja avointen kysymysten analysoinnissa käytettiin sisällön analyysia. Tulokset esitettiin frekvensseinä ja prosentteina ja niitä havainnoillistettiin taulukoiden ja kuvioiden avulla. Avoimet kysymykset esitettiin suorina lainauksina.

Tutkimustulokset osoittivat, että potilaat saivat preoperatiivisessa ohjauksessa tietoa leikkauksesta ja leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauksen jälkeisestä voinnista ja hoidosta. Tietoa saatiin myös leikkauksen aiheuttamista rajoituksista ja muutoksista sekä sairaalomasta että kotona tapahtuvasta hoidosta. Noin puolet potilaista olivat sitä mieltä, että olivat saaneet paljon tietoa kaikista ohjauksessa käsitellyistä asioista.

Potilaat kokivat ohjauksen toteutuksen onnistuneen hyvin. Ohjaus oli ollut oikein ajoitettua, se oli kestänyt riittävän kauan ja sitä oli saanut tarpeeksi monta kertaa. Enemmistön mielestä ohjauksen antaja oli ollut hienotunteinen ja ystävällinen. Potilaiden toiveita oli kuunneltu, yksityisyys huomioitu hyvin ja ohjauksen ilmapiiri oli ollut luottamuksellinen ja kiireetön.

Tutkimustuloksista voidaan siis päätellä, että ohjauksen toteutuminen oli onnistunut osastoilla hyvin ja ohjauksessa annettu tieto oli ollut riittävää.

GYNECOLOGICAL SURGERY PATIENTS' EXPERIENCES OF
PREOPERATIVE CONSULTATION

Nordberg, Lotta
Satakunta University of Applied Sciences
School of Social Services and Health Care, Rauma
Degree Programme in Nursing
Specialisation in Nursing Care
April 2008
Simula, Jaana
PLC: 59.57
Number of Pages: 50, 4 appendices

Key Words: preoperative nursing, patient counselling

The aim of this thesis was to study gynecological surgery patients' experiences of preoperative consultation given on the gynecological wards of Rauma Regional Hospital and Satakunta Central Hospital. The objective of this graduate thesis was, through patients' experiences, to obtain information by means of which the ward staff could develop preoperative consultation, making it more comprehensive and supportive and, thus, facilitating the patient's recovery and coping.

The study was a quantitative one, and the material was gathered using questionnaires. The target group of the study consisted of gynecological surgery patients (n=91) who had made an appointment for surgery on the gynecological wards of Rauma Regional Hospital and Satakunta Central Hospital and who stayed on the ward at least 24 hours. The study did not apply to day surgery patients. The response rate was 79,5 %. The structured questions were analyzed manually and the open questions by means of content analysis. The results were presented as frequencies and percentages and illustrated using tables and figures. The open questions were displayed as direct quotations.

The findings of the study showed that information concerning the surgery and preparation for it as well as on postoperative condition and treatment was provided for the patients during the preoperative consultation. Information was received also on restrictions and changes caused by the operation and on sick leave and home care. About one half of the patients thought that they had been given plenty of information on everything that had been dealt with during their consultation.

The patients felt that their consultation had been implemented well. It had been well-timed, lasted long enough and had taken place often enough. Most patients agreed that they had been treated in a considerate and kind manner. The patients' wishes had been heard, due attention had been paid to their privacy and the atmosphere had been confidential and unhurried.

Consequently, it can be concluded from the results that the consultation on the wards had been successful and that the patients had received enough information.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	GYNEKOLOGINEN LEIKKAUSPOTILAS.....	6
	2.1 Gynekologiset toimenpiteet.....	6
	2.2 Gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyö.....	8
3	PREOPERATIIVINEN OHJAUS.....	9
	3.1 Preoperatiivinen ohjaustilanne.....	10
	3.2 Preoperatiivisen ohjauksen sisältö.....	12
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	15
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	15
	5.1 Tutkimusmenetelmä.....	15
	5.2 Tutkimusaineiston keruu.....	16
	5.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	17
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	17
	6.1 Vastaajien taustatiedot.....	17
	6.2 Vastanneiden kokemukset ohjauksen toteutumisesta.....	20
	6.3 Vastaajien kokemukset ohjauksen sisällöstä.....	26
7	POHDINTA.....	31
	7.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta.....	31
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	33
	7.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	35
	LÄHTEET.....	36

LIITTEET

Liite 1: Tutkimuslupa-anomus

Liite 2: Tutkimuslupa

Liite 3: Saatekirje

Liite 4: Kyselylomake

1 JOHDANTO

Suomessa tehdään vuosittain noin 10 000 kohdunpoistoleikkausta ja se on yksi yleisimpiä gynekologisia toimenpiteitä. Väestöön suhteutettuna kohdunpoistojen lukumäärä vaihtelee suuresti maasta toiseen ja Suomessakin on moninkertaisia alueellisia eroja, joiden syitä on pyritty selvittämään. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006, 57, 588.)

Gynekologisten sairauksien hoito koskettaa yhä useampaa suomalaista, sillä jo nyt yli puolet väestöstä on naisia. Terveydenhuollon suurin haaste on naisten terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista huolehtiminen koko heidän elämänsä ajan. Gynekologisten sairauksien hoitotyö liittyy naisen jokaiseen elämänvaiheeseen ja niiden hoitotyö on monimuotoista. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2001, 403-404.)

Naisten kokemukset hoidosta esimerkiksi sisätautiosastolla ovat erilaisia kuin nais-tentautiosastolla, koska hoidot ja tutkimukset kohdistuvat sukupuolielimiin ja koskevat hyvin henkilökohtaista aluetta. Monesti gynekologinen sairaus koetaan uhkana sukupuolielämälle ja naisellisuudelle. Potilaan pelot gynekologisen sairauden vaikutuksista elämän eri osa-alueille tekevät gynekologisen hoitotyön erityisen haasteelliseksi, koska ne monesti heijastuvat myös hoitotilanteisiin. (Eskola & Hytönen 2002, 21.)

Hoitoaika sairaaloissa on usein lyhyt, ja siksi potilaan ohjauksen merkitys on korostunut (Eskola & Hytönen 2002, 510). Preoperatiivisen tapaamisen ja ohjauksen tarkoituksena on luoda luotettava hoitosuhde koko perioperatiivisen hoidon ajaksi. Sen tarkoituksena on myös saada tarvittavaa tietoa potilaasta leikkaushoitoa varten, arvioida potilaan tiedon tarvetta ja vastata potilasta askarruttaviin asioihin sekä ohjata ja opettaa potilasta. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 342-343.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää gynekologisten leikkauspotilaiden kokemuksia hoitajan osastolla antamasta preoperatiivisesta ohjauksesta. Tavoitteena on,

että tutkimustulosten avulla hoitohenkilökunta pystyy kehittämään ennen leikkausta annettavaa ohjausta kattavaksi ja potilaan paranemista ja jaksamista tukevaksi.

2 GYNEKOLOGINEN LEIKKAUSPOTILAS

Gynekologinen leikkaus koskee aina naisen intiimiä aluetta. Leikkauksella pyritään korjaamaan toimintahäiriö, jolla on voinut olla suuri vaikutus naisen normaaliin elämään. Leikkaus vaikuttaa naisen kuvaan itsestään koskemattomana ja kokonaisena ja sillä voi olla vaikutuksia myös sukupuolielämään ja parisuhteeseen. Hoitajan tehtävä korostuu erityisesti gynekologisen leikkauspotilaan hoidossa, koska leikkaus vaikuttaa naisen itsetuntoon ja minäkuvaan. Keskustelu arkaluonteisista asioista edellyttää luottamusta potilaan ja hoitajan välillä ja tämän vuoksi on erityisesti otettava huomioon hoitosuhteen ja hoidon luotettavuus sekä hoitajan rooli potilaan tukijana. (Eskola & Hytönen 2002, 510.)

2.1 Gynekologiset toimenpiteet

Kohdunpoisto eli hysterectomia on gynekologisista leikkauksista yleisin. Se tehdään yli puolelle potilaista hyvänlaatuisten lihaskasvaimien eli myoomien takia. Se voidaan tehdä myös kohdun laskeuman, endometrioosin, lantion kroonisten kipujen, adenomyoosien eli limakalvopesäkkeiden, heikon virtsanpidätyskyvyn, syövän tai vuoto-ongelmien takia. Kohdunpoisto voidaan tehdä laparotomiassa, emättimen kautta tai laparoscopia-avusteisesti. Kohdunpoistoa ei kuitenkaan yleensä tehdä naisille, jotka vielä haluavat raskautta. (Ylikorkala & Kauppila 2001, 269.)

Hysteroskopiaa eli kohtuontelon tähystystä käytetään tutkimus- ja hoitokeinona. Hysteroskopia tehdään emättimen kautta ja se auttaa selvittämään lapsettomuuden syitä, kohdun rakennetta ja mahdollisia kasvaimia. Hysteroskopian avulla kohdusta voidaan ottaa näytteitä ja sen avulla voidaan myös poistaa polyypit tai kohdun lima-

kalvon alaiset myoomat sekä hoitaa osin myös kohtuontelon rakennepoikkeavuuksia. (Anttila, ym. 2001, 387.)

Useita gynekologisia toimenpiteitä voidaan tehdä myös laparoskopian eli vatsaontelon täyhystyksen avulla. Laparoskopia tehdään yleensä yleisanestesiassa ja gynekologisessa asennossa. Vatsaontelo täytetään hiilidioksidilla ja vatsaonteloon viedään pienen viillon kautta optiikkaputki, jonka jälkeen voidaan laittaa työskentelyputket kun saadaan näkökontrolli vatsaonteloon. Laparoskopian avulla voidaan hoitaa munasarjakystia, pieniä hyvänlaatuisia munasarjakasvaimia, endometrioosia, kohdunulkoisia raskauksia ja sterilisaatioita. (Paananen, ym. 2006, 587.)

Harkittaessa laparoskooppista leikkausta on otettava huomioon potilaan ikä ja perussairaudet sekä hyytymishäiriöt ja antikoagulanttihoito. Myös mahdollisesti poistettavan kasvaimen koko ja maligniteettiepäily on huomioitava. Vasta-aiheita toimenpiteelle ovat vatsakalvontulehdus, suolen toiminnan heikkeneminen, arpityrä ja yleisanestesian vasta-aiheet. (Ylikorkala & Kauppila 2001, 270.)

Laparotomia on vatsaonteloon tehtävä avoleikkaus, jossa tehdään alavatsalle pitkittäinen tai poikittainen Pfannenstielerin viilto. Lähes kaikki gynekologiset perusleikkaukset voidaan tehdä sen kautta, myös sektio mukaan luettuna. (Paananen ym 2006, 588-589.) Laparotomiamenetelmää voidaan käyttää kohdun poistossa, levinneen pahanlaatuisen kasvaimen tai lantiokasvaimen poistossa. Sitä voidaan hyödyntää myös suolikiinnikemuodostuksen ja hankalan endometrioosin hoidossa tai jos laparoskooppisesti suoritettavaan leikkaukseen on vasta-aihe. (Ylikorkala & Kauppila 2001, 269.)

Monia gynekologisia leikkauksia tehdään emättimen kautta. Emättimen kautta tehtävillä leikkauksilla hoidetaan useimmiten kohdun laskeumia, tällä menetelmällä voidaan hoitaa myös virtsan pydätyskyvyn häiriöitä. (Paananen ym. 2006, 588-589.) Jos kyseessä on laskeuma ja kohtu halutaan poistaa kokonaan on vaginaalinen hysterektomia ensisijainen leikkaustapa (Ylikorkala & Kauppila 2001, 270).

2.2 Gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyö

Naisen elämän tärkeät käännekohdat liittyvät niihin asioihin, jotka liittyvät seksuaalisuuteen ja naisena elämiseen. Näitä voivat olla esimerkiksi lapsen syntyminen, vanheneminen tai sairastuminen. Näillä on naisen elämässä erityinen merkitys ja siksi kokemus hoidosta naistentautiosastolla on erilainen kuin kokemus hoidosta esimerkiksi sisätautiosastolla. Gynekologisen potilaan sairaus kohdistuu intiimialueeseen ja kyse on silloin hyvin henkilökohtaisista ja arkaluontoisista asioista. Gynekologinen potilas kokee sairautensa usein uhkana sukupuolielämälleen ja naisellisuudelleen. Tämä saattaa heijastua potilaan ihmissuhteisiin ja pelot sairauden vaikutuksesta eri elämän alueille saattavat heijastua myös hoitotilanteisiin. Tämän vuoksi gynekologisen potilaan hoitotyö painottuu erityisesti ohjaukseen ja neuvontaan. (Eskola & Hytönen 2002, 30-31.)

Gynekologisen potilaan hoitotilanne voi olla hyvinkin lyhyt, jolloin on tärkeää saavuttaa luottamus potilaan ja hoitajan välille nopeasti lyhyessä ajassa. Intiimien asioiden käsittely vaatii hienotunteisuutta ja näin ollen on varottava pelottamasta tai syylistä potilasta hänen ongelmiansa perusteella. Potilaan on varmistuttava siitä, että hoitaja pitää hänen ongelmaansa tärkeänä ja hoitamisen arvoisena. (Anttila ym. 2001, 380.) Perusta luottamukselliselle hoitosuhteelle on vaitiolovelvollisuuden ehdoton noudattaminen. Gynekologisen potilaan kanssa on tärkeää sopia mitkä yksityiset asiat ovat hoidon kannalta tärkeitä, sen suunnittelussa ja toteutuksessa ja mitkä asiat jätetään vain keskusteluun osallistuneiden tietoon. Erityisen tärkeää gynekologisen potilaan hoitotyössä on myös potilaan yksityisyyden turvaaminen tutkimus- ja hoitotoimenpiteissä toteuttamalla ne hienotunteisesti ilman tarpeetonta paljastamista ja odottamista. (Eskola & Hytönen 2002, 24.)

Sukupuolielimiin kohdistuvat sairaudet ja leikkaukset voivat synnyttää naisessa tunteen sukupuoli-identiteetin menettämisestä. Tämän vuoksi hoitosuhteen ja preoperatiivisen hoitotyön päämääränä on auttaa potilasta saavuttamaan hyvä olo ja saamaan hänet hyväksymään itsensä sellaisena kuin on. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 164-165.) Gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyön tavoitteena on, että potilas on tietoinen sairaudestaan ja leikkauksesta sekä ymmärtää leikkausvalmistelujen tarkoituksen ja osallistuu niihin voimiensa mukaan.

Hoitotyön tavoitteena on, että potilas kokee saavansa hyvää yksilöllistä hoitoa. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 464.)

Gynekologinen leikkauspotilas tulee sairaalaan yleensä leikkauspäivänä. Jos potilas on iäkäs ja tarvitsee apua perushoidossa, asuu kaukana tai leikkaus on laaja hänet voidaan kutsua sairaalaan jo leikkausta edeltävänä päivänä. Leikkauksen edellyttämiin valmisteluihin kuuluu huolellinen peseytyminen ennen leikkausta, syömättä ja juomatta oleminen, minihepariinihoito, jonka tarpeellisuus arvioidaan potilaan verenkierron riskien perusteella sekä edelleen varsinkin suurissa leikkauksissa suolen tyhjentäminen. (Eskola & Hytönen 2002, 335.)

3 PREOPERATIIVINEN OHJAUS

Preoperatiivinen ohjaus on välttämätöntä yksilöllisen leikkaushoidon toteutumiseksi (Korte ym. 2000, 344). Preoperatiivinen ohjaus auttaa potilasta ja hänen läheisiään vähentämällä heidän leikkaukseen kohdistuvia pelkoja ja ahdistusta. Ohjaus lisää potilaan valmiutta sopeutua leikkaushoittoon ja näin ollen myös leikkauksen jälkeiset komplikaatiot yleensä vähenevät. Ohjauksen tavoitteena on saada potilas ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja kuntoutumisestaan. (Anttila ym. 2001, 64.)

Ohjauksen ensisijainen tavoite on luoda luottamuksellinen hoitosuhde potilaan ja häntä hoitavan hoitajan välille. Ohjauksessa hoitaja pystyy saamaan tiedon potilaalta itseltään ilman, että tieto siirtyisi monien tahojen kautta. Preoperatiivisessa ohjauksessa hoitaja pystyy havainnoimaan potilaan käyttäytymistä ohjaustilanteessa esimerkiksi hermostuneisuutta ja kykenee siten huomioimaan tämän keskustelussa. Koska tieto leikkauksesta aiheuttaa lähes aina potilaalle pelkoa ja ahdistusta ja hän saattaa olla epävarma selviytymisestään, on hänellä ohjauksen aikana mahdollisuus kysyä, keskustella ja saada tietoa muun muassa pelkojensa käsittelemiseksi. (Panellus & Varisto 1995, 68-69.)

Nieminen (2006) on opinnäytetyössään tutkinut leikkauspotilaiden (N=70) tiedon- saantia. Tutkimustulosten mukaan suuri osa potilaista (73%) koki tiedolla olevan pal- jon merkitystä stressin vähenemiseen, (79%) sairaudesta toipumiseen ja (89%) itse- hoidon edistämiseen. (Nieminen 2006, 24.) Hedback (2000) on tutkinut opinnäyte- työssään leikkauspotilaan (N=62) kokemaan pelkoa ennen leikkausta. Tutkimuksen mukaan tärkeimpänä pelon lievittäjänä ja poistajana tuli esiin hoitohenkilökunnan avoin, asiallinen, vapautunut ja luottamuksellinen suhtautuminen potilaisiin. (Hed- back 2000, 45.)

3.1 Preoperatiivinen ohjaustilanne

Pelkästään sairaalan tulo ja sairaalassa olo voivat olla potilaille pelottavia ja ahdistava- via, normaalista elämästä poikkeavia tilanteita. Siksi on luonnollista, että hoitohenki- lökunnan toiminta ja käyttäytyminen vaikuttavat potilaan pelkoihin ja oppimiseen. Myös ympäristön sekä oman itsensä kontrollin menetys aiheuttavat potilaille pelkoa ja voivat haitata oppimista. (Kuni, Männistö & Välimaa 2002, 14-15.) Ohjauksen onnistumisen kannalta tärkeää on, että ohjaustilanne on rauhallinen ja tapahtuu rau- hallisessa ympäristössä. Häiriötön ympäristö edistää potilaan oppimista kun taas me- lu ja erilaiset häiriötekijät huonontavat sitä. (Korte ym. 2000, 60.) Ohjauksen tulisi tapahtua samassa tasossa ja hoitajan saada potilaaseen katsekontakti. Ohjauksen tuli- si myös kestää riittävän kauan niin, että kaikki tarvittavat asiat ehditään käydä läpi. Kun hoitaja on avoin, empaattinen ja kuuntelee potilasta, on hänen mahdollista vasta- ta potilaan tarpeisiin. (Panelius & Varisto 1995, 70.)

Huovinen (1999) on opinnäytetutkielmassaan tutkinut tähytyskirurgisten kohdun- poistopotilaiden (N=67) odottamaa ja saamaa ohjausta. Työssään hän selvitti myös potilaiden odottamaa ja saamaa tukea. Tulokset osoittivat, että 94% potilaista odotti selkeää tietoa toiminnasta ja 88% potilaista odotti itseään tukevaa tietoa omasta roo- listaan potilaana. Tulosten mukaan lähes kaikki potilaat olivat suhteellisen tyytyväi- siä saamaansa tukeen ja kokivat saaneensa tukea hieman odotuksiaan enemmän. Po- tilaista 96% koki itseään tukeviksi asioiksi henkilökunnan rohkaisun ja ystävällisyy- den sekä työyhteisön miellyttävän ilmapiirin. (Huovinen 1999, 41-42.)

Ohjaustilanteessa hoitajan tulee ottaa huomioon myös, että hän käyttää potilaan ja omaisten ymmärtämää sanastoa. On tärkeää, että potilas ymmärtää mitä hänelle kerrotaan ja ammattisanasto voi merkittävästi vaikeuttaa ohjauksen onnistumista. Hoitajan tulisi myös suunnitella ohjauksen sisältö niin, että se etenee loogisesti ja asioita kerrotaan vähän kerrallaan, jotta ohjattavan on helpompi jäsentää saamansa tieto. Hoitajan tulee myös kertoa toivotun käyttäytymisen syyt ja hyöty. Esimerkiksi mitä merkitystä potilaalle on oppia hengittämään tietyllä tavalla leikkauksen jälkeen. (Korte ym. 2000, 61.)

Ohjaustilanteessa hoitajan tulee myös osata yksilöidä ohjaus potilaan erityistarpeiden mukaan. Esimerkiksi pelokas potilas voi tarvita enemmän ohjausta kuin potilas, joka ei pelkää toimenpidettä. Hoitajan on myös huomioitava ohjauksessa, ettei hän kuormita potilasta monilla pikkuasioilla, koska potilaan voi olla vaikeampi omaksua suurta tietoa määrää. Ohjaustilanteessa hoitajan tulisi myös käydä kirjalliset materiaalit potilaan kanssa yhdessä läpi ja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksessa läpi käydyt asiat. (Korte ym. 2000, 61.)

Uunila ja Vuoriaho (2003) ovat opinnäytetyössään (N=62) tutkineet, miten kirurgisten osastojen hoitajat tukevat pelokkaita leikkauspotilaita. Hoitajat arvioivat leikkauspotilaiden pelkäävän paljon nukutusta ja puudutusta, pahanlaatuista löydöstä, kipua ja leikkaukseen liittyviä riskejä. Hoitajista yli puolet (71%) oli sitä mieltä, että paras ajankohta keskustella leikkauspeloista olisi preoperatiivisen käynnin yhteydessä. Tutkimustuloksista käy ilmi, että yleisimpiä tiedollisen tuen antamiseen liittyviä ongelmia olivat kiire ja ajanpuute. Tulokset osoittivat myös, että hoitajat antavat emotionaalista tukea lähinnä kuuntelemalla potilasta ja keskustelemalla avoimesti peloista. (Uunila & Vuoriaho 2003, 22-33.)

Puiseva ja Takkunen (2001) ovat opinnäytetyössään tutkineet potilaiden odotuksia ja kokemuksia preoperatiivisesta käynnistä. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelemalla viittä potilasta. Tutkimustulosten mukaan potilaat kokivat saaneensa tarvitsemaansa tietoa vähän, johon omalta osaltaan saattoi vaikuttaa käynnin kesto, joka oli ollut potilaiden kertoman mukaan vain noin 5-10 minuuttia. (Puiseva & Takkunen 2002, 37-38.)

Unga (2001) on tutkinut opinnäytetyössään diabeetikoiden preoperatiivista ohjausta ja sen toteutumista potilaiden ja hoitajien näkökulmasta. Hän haastatteli kolmea sairaanhoitajaa ja kolmea leikkauspotilaana olevaa diabeetikkoa. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat, että aikaa ohjaukselle ole riittävästi ja tämä koski heidän mielestään kaikkien potilaiden preoperatiivista ohjausta. (Unga 2001, 19.)

Hoitajan rooli ohjaustilanteessa on vaativa ja hoitajan tulee osata huomioida potilaassa monia tekijöitä. Eräs näistä tekijöistä on potilaan sanaton viestintä. Sanattomalla viestinnällä saattaa olla suuri osuus ohjaustilanteessa. Saattaa olla, että potilas kiistää leikkauspelon häneltä siitä kysyttäessä, mutta tuo sen ohjaustilanteessa kuitenkin muilla tavoin esille esimerkiksi kasvojensa ilmeillä. Hoitajan tulee ohjaustilanteessa kiinnittää huomiota sanattomasti tapahtuviin toimintoihin, kasvojen ilmeiden lisäksi on huomioitava esimerkiksi hengitysrytmiä, äänensävyä ja potilaan liikkeitä. (Panellius & Varisto 1995, 72.)

3.2 Preoperatiivisen ohjauksen sisältö

Preoperatiivisessa ohjauksessa hoitaja esittelee itsensä potilaalle ja kertoo mitä varten kyseinen keskustelu käydään. Hoitaja kertoo potilaalle, että tarvitsee tietoja leikkaukselta varten ja on tullut vastaamaan potilaan esittämiin kysymyksiin. Hoitaja keskustelee potilaan kanssa myös hoidon tavoitteista. Ohjauksessa käydään läpi mihin toimenpiteeseen potilas tulee. Hoitaja kertoo myös potilaalle anestesiaamuodosta sekä esilääkityksestä, minkä tarkoituksena on lievittää kipua ja rentouttaa ennen leikkaukselta. (Iivanainen, ym. 2006, 463-465.)

Potilaalle selvitetään ohjauksessa kuka hänet leikkaa, leikkauksen ajankohta, leikkauksalin tapahtumat ja leikkauksen jälkeinen hoito osastolla ja kotona. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito, kipulääkitys ja sen saatavuus on tärkeää selvittää potilaalle, koska potilaiden kokemat pelot liittyvät useasti juuri kipuun. (Holmia ym. 2001, 81.) Paasio (2000) on tutkinut opinnäytetyössään turvallisuuden ja yksilöllisyyden periaatteiden toteutumista preoperatiivisessa tapaamisessa. Tutkimuksen mukaan leikkauksen jälkeinen kipu aiheutti potilaissa (N=8) jännittyneisyyttä, mutta sitä lievitti tie-

to siitä, että kipulääkettä uskaltaisi pyytää heti, kun kipuja ilmaantuisi. (Paasio 2000, 26.)

Ohjauksessa kerrotaan myös leikkaushoitoa varten tehtävistä valmisteluista kuten syömättä ja juomatta olemisesta, ihokarvojen poistosta, ihon puhdistuksesta ja mahdollisista peräruiskeista ja katetreista. Koska potilas voi kokea nämä asiat hyvin epämiellyttävinä on niistä tärkeää kertoa etukäteen, jotta potilas pystyy valmistautumaan niihin. (Iivanainen, ym. 2006, 463-473.) Hoitaja selvittää myös potilaan perussairaudet esimerkiksi diabeteksen, sydämen vajaatoiminnan ja tarkastaa näiden hoitotasapainon. Tarvittaessa esimerkiksi diabeetikoille aloitetaan i.v.-nesteytys, koska potilas saattaa joutua olemaan pitkään ravinnotta. (Mustajoki, Maanselkä, Alila, Hyvärinen, Huttunen & Rasimus 2007, 303-304.)

Koivulahti (1999) on tutkinut opinnäytetyössään kirurgisten potilaiden (N=32) tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeuden toteutumista preoperatiivisesta näkökulmasta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa potilaista tiesi erittäin paljon syömättä ja juomatta olostaan sekä ihokarvojen poistosta. Leikkaukseen liittyvistä riskeistä potilaat olivat tietämättömmimpiä, 25 % tiesi vain vähän tai ei lainkaan leikkaukseen liittyvistä riskeistä. (Koivulahti 1999, 19.)

Tärkeää on kertoa potilaalle myös hänen osuudestaan leikkaukseen valmistautumisessa esimerkiksi fyysisissä toiminnoissa, kuten liikkuminen, hengittäminen, mahdollisten apuvälineiden käyttö ja yskiminen leikkauksen jälkeen. Fyysisten toimintojen selvittäminen potilaalle on tärkeää, koska oikealla liikkumis-, hengittämis-, ja yskimistekniikalla voidaan olennaisesti lievittää muun muassa leikkauksen jälkeistä kipua. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2001, 81.)

Liike- ja voimisteluohjeet ja harjoitukset kuten sängystä nousu ja sänkyyn meno leikkauksen jälkeen käydään potilaan kanssa läpi ennen leikkausta. Myös hengitystekniikkaa harjoitellaan tarvittaessa. (Mustajoki, ym. 2007, 304.) Erityisen tärkeää on kertoa potilaalle mitä rajoituksia ja muutoksia leikkaus aiheuttaa, esimerkiksi nostamisessa leikkauksen jälkeen (Holmia ym. 2001, 81).

Turvallisuuden tunteen luomiseksi potilaalle kerrotaan myös miten leikkausosastolle siirrytään, minkälainen leikkausosasto on, ketkä osallistuvat potilaan hoitoon ja että hoitohenkilökunta valvoo potilaan turvallisuutta ja on hänen tukenaan. (Holmia ym.2001, 81.) Männistö ja Virtanen (2000) ovat tutkineet opinnäytetyössään (N=25) laparoskooppisesti leikattujen sappikivipotilaiden hoitoa ja ohjausta. Tutkimuksen mukaan enemmistö potilaista oli sitä mieltä, että he olivat saaneet riittävästi leikkaukseen ja hoitoon liittyvää ohjausta. He kokivat, että leikkaukseen ja hoitoon liittyvästä ohjauksesta oli heille hyötyä tulevaa leikkausta ajatellen. (Männistö & Virtanen 2000, 42.)

Myös omaisille annetaan tietoa potilaan sairaudesta, sen hoidosta ja ennusteesta mikäli potilas itse tähän suostuu. Heitä informoidaan lisäksi sairauden vaikutuksista potilaan elämään ja taloudelliseen tilanteeseen ja erityisesti siitä, miten he voivat osallistua potilaan hoitoon. Tämä on olennaista, koska omaisilla on tärkeä rooli potilaan tukijana. (Iivanainen, ym. 2001, 72-73.) Omaiset voivat joko tukea tai rajoittaa potilaan paranemista ja toimintaa. He voivat huomaamattaan siirtää omat pelkonsa potilaaseen ja ehkäistä tämän paranemista, siksi hoitajan on huomioitava myös potilaan ja omaisten välistä vuorovaikutusta, jotta tämä voitaisiin ehkäistä ja omaiset pystyisivät tukemaan potilaan paranemista. (Panelius & Varisto 1995, 72.)

Huovinen (1999) selvitti työssään kohdunpoistopotilaan odottamaa ja saamaa ohjausta. Tutkimustulokset osoittivat, että suurin osa potilaista odotti saavansa tietoa omasta roolistaan kotona leikkauksen jälkeen. 85% odotti saavansa tietoa leikkauksen jälkeisestä sukupuolisesta kanssakäymisestä, 82% arkitoimintoja koskevista rajoituksista ja 75% harrastuksia koskevista rajoituksista. (Huovinen 1999, 36.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää gynekologisten leikkauspotilaiden kokemuksia hoitajan osastolla antamasta preoperatiivisesta ohjauksesta. Tavoitteena on, että tutkimustulosten avulla hoitohenkilökunta pystyy kehittämään ennen leikkausta annettavaa ohjausta kattavaksi ja potilaan paranemista ja jaksamista tukevaksi.

1. Mitä tietoa gynekologiset leikkauspotilaat saavat preoperatiivisessä ohjauksessa?
2. Minkälaisia kokemuksia heillä on ohjauksen toteutuksesta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimukseen tutkimusmenetelmäksi valittiin kyselylomake, koska näin on mahdollista saada laaja tutkimusaineisto. Kyselytutkimus on yleisesti käytössä mielipiteitä mittaavissa tutkimuksissa ja se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Saatua aineistoa on helppo käsitellä ja analysoida tietokoneen avulla ja kerättävän tiedon käsittelyyn on kehitetty tilastolliset analyysitavat, joten tutkijan ei tarvitse itse kehitellä uusia analyysitapoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 184.)

Kyselylomakkeen laadinnan lähtökohtana olivat tutkimusongelmat sekä aiempi kirjallisuus tutkittavasta aiheesta. Kyselylomake (LIITE 4) sisälsi suljettuja eli strukturoituja kysymyksiä ja kaksi avointa eli strukturoimatonta kysymystä. Avointen vaihtoehtojen avulla voidaan saada esiin näkökulmia, joita ei olla etukäteen osattu ajatella lomaketta laatiessa. Avointen kysymysten tarkoituksena oli saada syventävää tie-

toa kysyttävästä asiasta. (Hirsjärvi ym. 2006, 187-188.) Tässä tutkimuksessa käytettiin itse laadittua kyselylomaketta (LIITE 4), koska juuri tutkimusongelmaan sopivaa valmista mittaria ei löytynyt. Mittarista pyrittiin tekemään mahdollisimman yhdenmukainen teoriaosuuden ja tutkimusongelmien kanssa.

Kyselylomake muodostui kolmesta osiosta. Ensimmäisessä osiossa (kysymykset 1-5) kysyttiin vastaajien taustatietoja, kuten ikä, koulutus, mikä leikkaus heille tehtäisiin, olivatko he tietoisia siitä mitä heille tullaan tekemään ja ovatko he aiemmin olleet jossakin leikkauksessa. Kyselylomakkeen toinen osio (kysymykset 6-27) käsitteli ohjauksen toteutumista. Kyselylomakkeen kolmas osio (kysymykset 28-45) käsitteli ohjauksen sisältöä.

5.2 Tutkimusaineiston keruu

Aineiston keräämiseen haettiin lupaa Satakunnan sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Tutkimuslupa myönnettiin 24.11.2006. Kyselylomake esiteltiin viidellä Rauman aluesairaalan naistentautiosaston leikkauspotilaalla. Esitelluksen avulla voidaan tarkistaa kyselylomakkeen soveltuvuutta tutkimukseen ja korjata sitä varsinasta tutkimusta varten. (Hirsjärvi ym. 2006, 193.) Tutkimusaineiston kerääminen suoritettiin 8.1.2007- 30.5.2007 välisenä aikana Satakunnan keskussairaalan ja Rauman aluesairaalan naistentautien osastoilla. Tutkimuksen kohdejoukko muodostui lupapaikoille tulevista gynekologisista leikkauspotilaista (N=91), jotka viipyvät osastoilla vähintään yhden vuorokauden. Tutkimus ei koskenut päiväkirurgisia potilaita.

Kyselylomakkeet jaettiin vastaajille toimenpiteen jälkeen ennen kotiutumista. Kyselylomakkeen mukana olevassa saatekirjeessä (LIITE3) kerrottiin vastaajille tutkimuksen tarkoituksesta ja vastaamisen vapaaehtoisuudesta. Kyselylomakkeet pyydettiin palauttamaan niille varattuun keräyslaatikkoon tai hoitajalle suljettuna vastauskuoreen. Kyselylomakkeet jaettiin Satakunnan keskussairaalan naistentautien osastolla ja Rauman aluesairaalan naistentautien osastolla. Lomakkeita jaettiin potilaille 117 potilaalle. Vastattuja lomakkeita palautui yhteensä 100 kappaletta, joista yhdeksän kappaletta jouduttiin hylkäämään vajaaksi jätetyn täytön vuoksi. Kaiken kaikkien

aan hyväksytyjä kyselylomakkeita oli siis 91 kappaletta ja tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 79,5%.

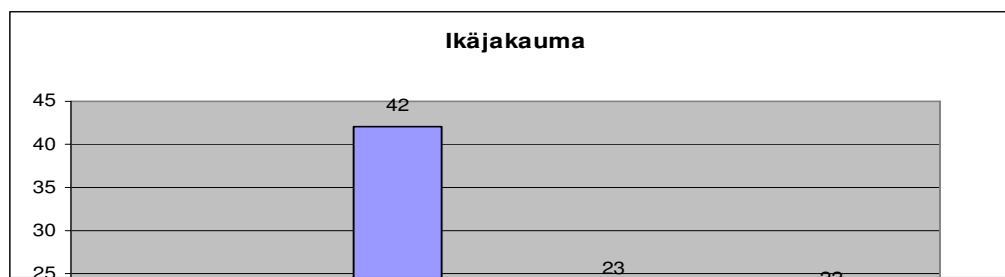
5.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Empiirisessä tutkimuksessa pystytään aineistoa analysoimaan vasta esitöiden jälkeen. Esitöitä ovat tietojen tarkistaminen, tietojen täydentäminen ja aineiston järjestäminen. (Hirsjärvi ym. 2006, 209-210.) Analyysin alkuvaiheessa tarkistettiin kyselylomakkeiden tiedot, jossa kiinnitettiin huomiota puuttuviin tietoihin ja muuten epäselvästi vastattuihin kohtiin. Yhdeksän kyselylomaketta jouduttiin hylkäämään niiden puutteellisten vastausten vuoksi. Kyselylomakkeet numeroitiin ja suljetut kysymykset analysoitiin manuaalisesti ja Excel- tietokoneohjelman avulla. Tulokset esitettiin frekvensseinä ja prosentteina ja niitä havainnoillistettiin taulukoiden ja kuvioden avulla. Kyselylomake sisälsi kaksi avointa kysymystä, joihin vastaajat saivat vastata omin sanoin. Avoimien kysymysten vastaukset luettiin läpi ja ne luokiteltiin eri aihepiireihin. Avoimien kysymysten tulokset esitetään työssä suorina lainauksina.

6 TUTKIMUSTULOKSET

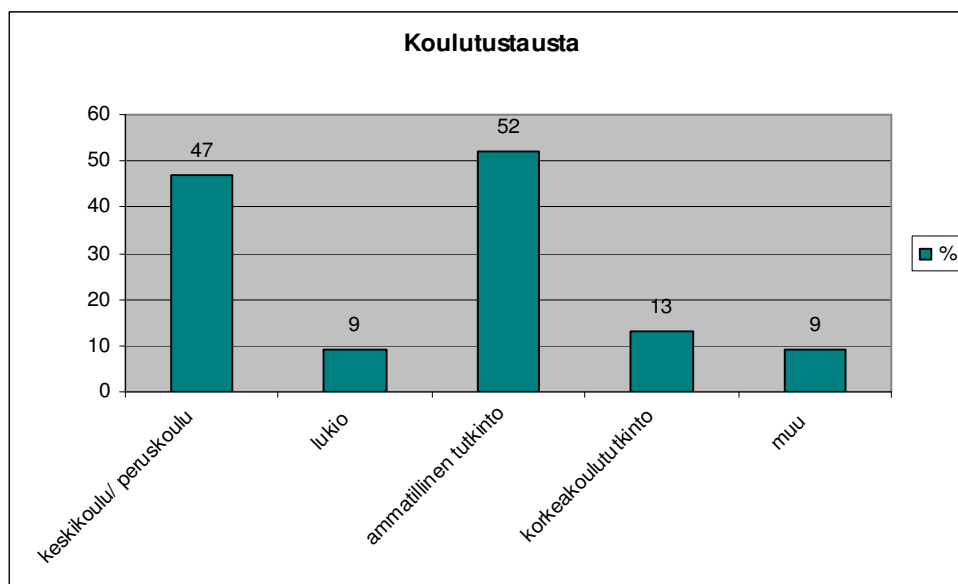
6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa kysyttiin tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja. Tutkimukseen osallistuneiden ikä vaihteli 20 ja 80 ikävuoden välillä. Kuvio 1 osoittaa, että suuri osa (fr= 38) kyselyyn vastanneista oli 41- 50 vuotiaita.



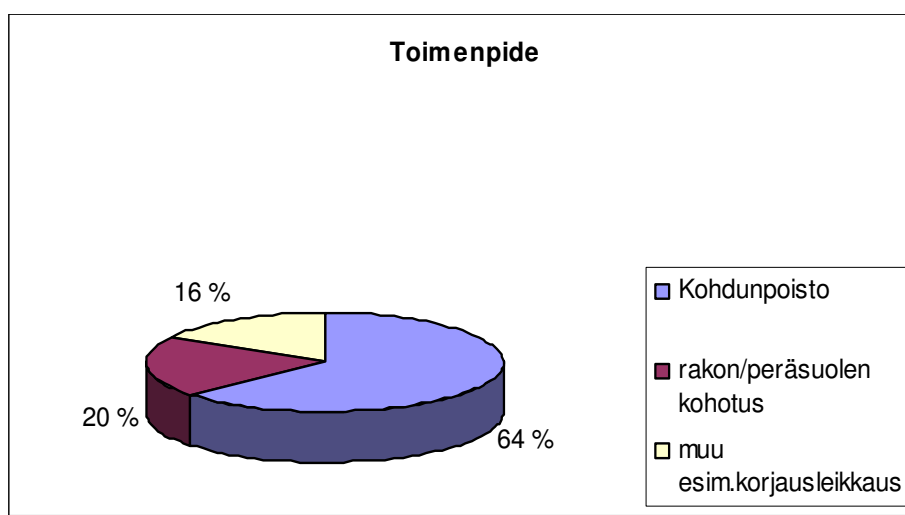
Kuvio 1. Vastanneiden ikäjakauma (n=91).

Vastaajista enemmistö (fr=47) oli saanut ammatillisen koulutuksen (Kuvio 2).



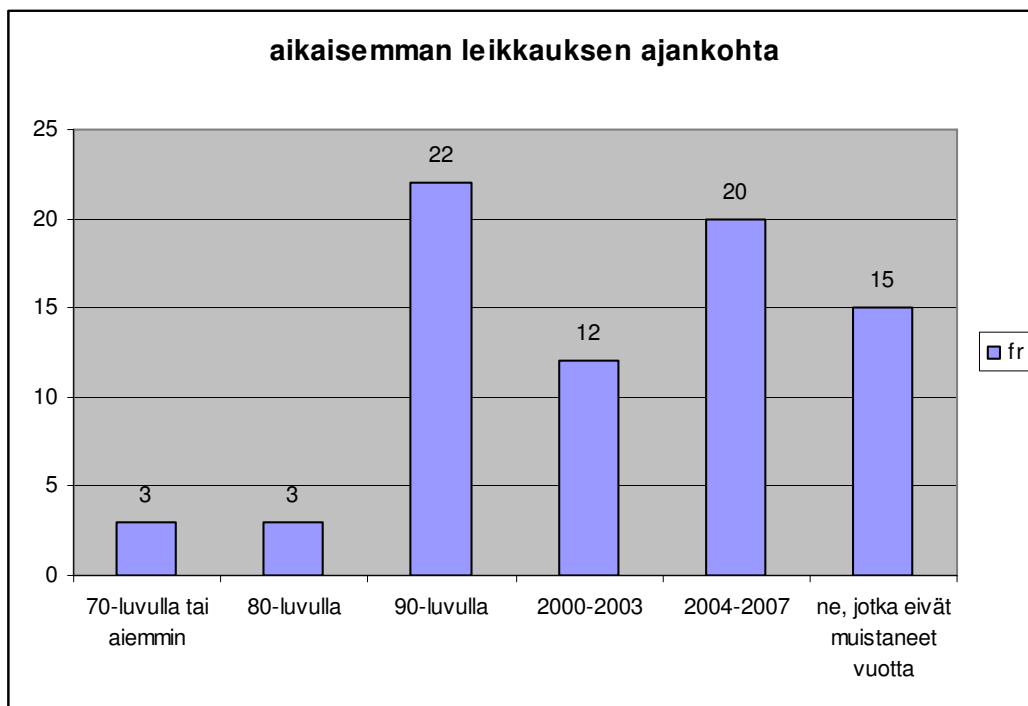
Kuvio 2. Vastanneiden koulutustausta (n=89).

Taustatiedoissa kysyttiin potilailta sitä mihin toimenpiteeseen he olivat tulossa. Yli puolet (fr=58) oli tulossa kohdunpoistoon. Toiseksi yleisimpänä (fr=18) olivat rakon- ja peräsuolen kohotusleikkaukset (Kuvio 3).



Kuvio 3. Vastanneille tehty toimenpide (n=91).

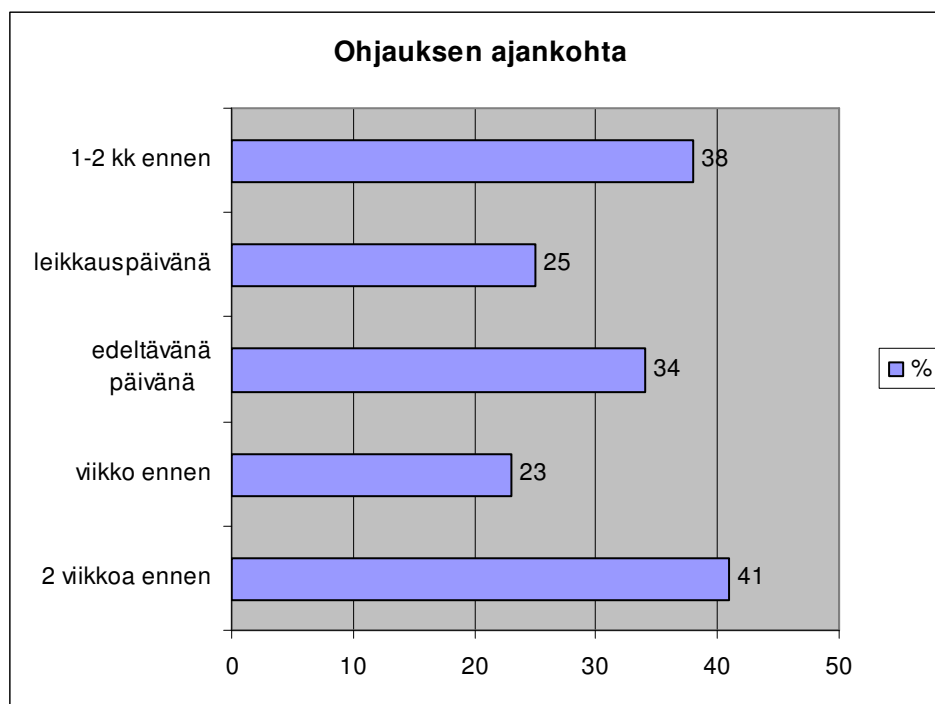
Taustatiedoissa kysyttiin potilailta myös sitä, olivatko he tietoisia siitä mitä leikkauksessa olisi tarkoitus tehdä. Lähes kaikki (98%) vastasivat olleensa tietoisia siitä mitä leikkauksessa tehtäisiin. Kyselylomakkeen viimeisessä taustatietoja koskevassa kohdassa kysyttiin sitä, olivatko vastaajat olleet ennen jossakin leikkauksessa. Enemmistö (87%) vastasi olleensa aikaisemmin jossakin leikkauksessa, mutta vain osa (26%) oli ollut leikkauksessa viimeisen parin vuoden sisällä (Kuvio 4).



Kuvio 4. Vastaajien aikaisemman leikkauksen ajankohta (n=75).

6.2 Vastanneiden kokemukset ohjauksen toteutumisesta

Kyselylomakkeen toisessa osiossa selvitettiin ohjauksen toteutumista. Kysymykset 6- 27 käsittelivät muun muassa ohjauksen kestoä, määrää, ajoitusta, ohjauksen antajaa ja sitä missä ohjausta oli annettu. Vastaajilta kysyttiin milloin he olivat saaneet leikkaukseen liittyvää tietoa/ ohjausta. Alle puolet (fr=37) vastasi saaneensa ohjausta 2 viikkoa ennen leikkausta. Lähes saman verran vastanneista (fr=35) oli saanut ohjausta 1-2 kuukautta ennen leikkausta (Kuvio 5).



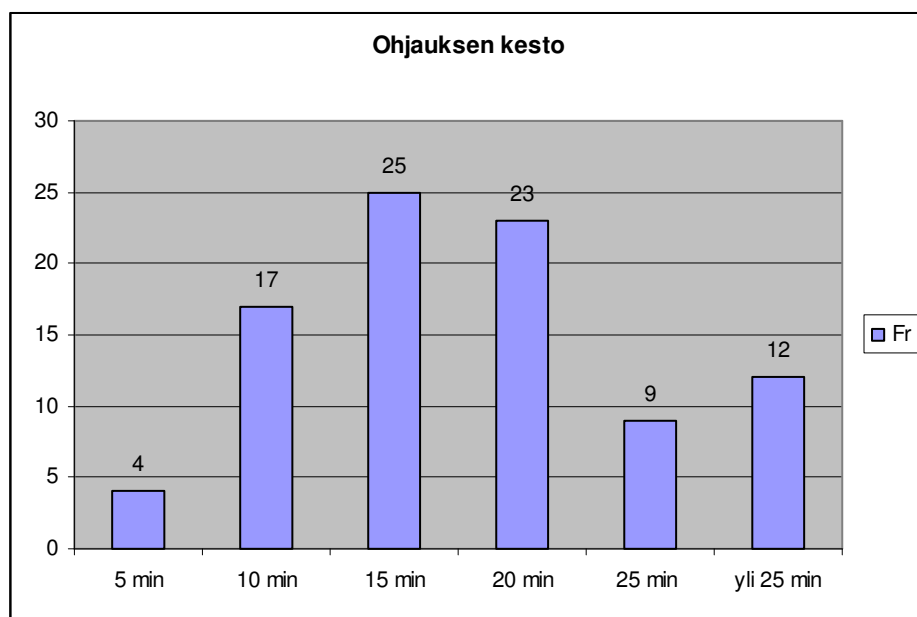
Kuvio 5. Ohjauksen ajankohta (n=90).

Kyselylomakkeessa vastaajilta kysyttiin oliko ohjaus ollut heidän mielestään oikein ajoitettua. Lähes kaikki (99%) olivat sitä mieltä, että ohjaus oli ollut oikein ajoitettua. Vastaajilta kysyttiin myös keneltä he olivat saaneet ohjausta. Suurin osa vastanneista (fr=81) oli saanut tietoa sairaanhoitajalta. Miltei yhtä paljon (fr=70) vastaajista oli saanut tietoa lääkäriltä. Monet olivat saaneet tietoa molemmilta (Taulukko 1).

Taulukko 1. Ohjauksen antaja (n=91).

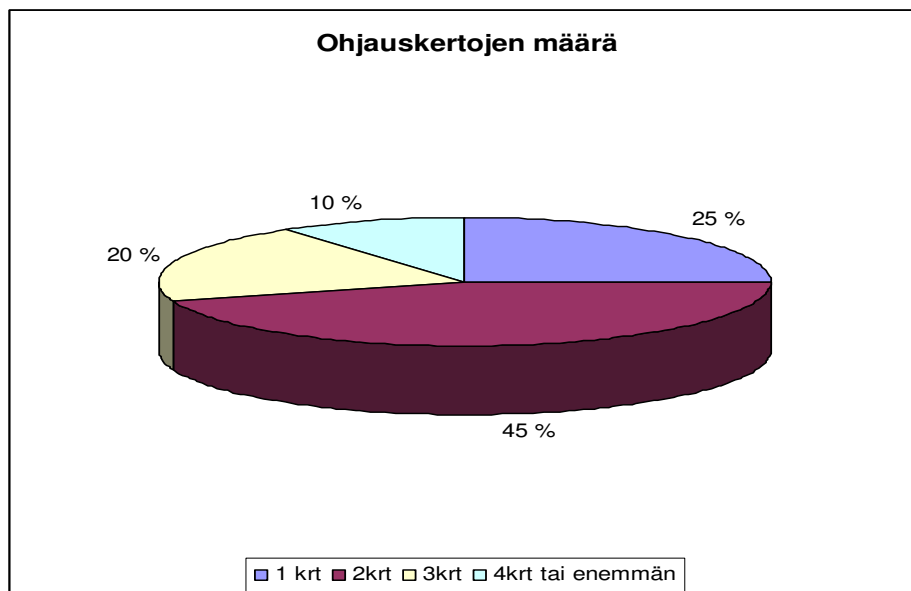
Saitteko tietoa	Fr	%
Sairanhoitajalta	81	89
Laboratoriohoitajalta	-	-
Fysioterapeutilta	-	-
Lääkäriltä	70	77
Tuttavalta	8	9
Internetistä	7	8
Muualta	3	3

Vastanneista (27%) oli saanut ohjausta 15 minuuttia. Lähes yhtä paljon vastanneista (26%) oli saanut ohjausta 20 minuuttia.



Kuvio 6. Ohjauksen kesto (n=90).

Kyselylomakkeessa vastaajilta kysyttiin myös sitä, kuinka monta kertaa he olivat saaneet leikkausta edeltävää ohjausta. Suurin osa (fr=39) oli saanut ohjausta kaksi kertaa ennen leikkausta. 1-3 kertaa ohjausta saaneita oli lähes saman verran (Kuvio 7).



Kuvio 7. Ohjauskertojen määrä (n=87).

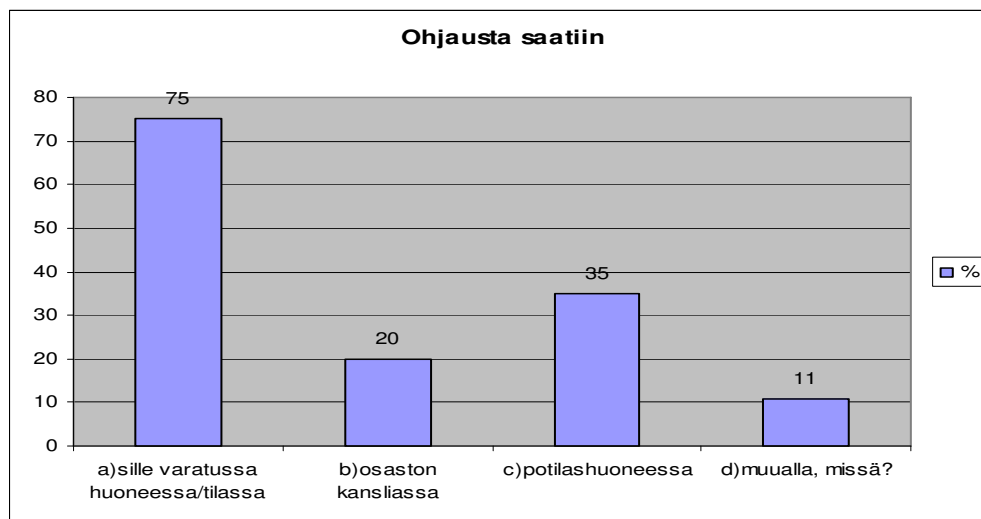
Vastanneilta kysyttiin oliko ohjaus ollut heidän mielestään ymmärrettävää. Tähän vastattiin yksimielisesti (fr=91), että ohjaus oli ollut ymmärrettävää. Kysymyksessä 12 vastanneilta kysyttiin, miten he olivat saaneet ohjausta, oliko sitä annettu henkilökohtaisella ohjauksella, kirjallisella materiaalilla, videofilmin avulla, puhelimitse tai jollakin muulla tavalla. Valtaosa (fr=83) oli saanut ohjausta henkilökohtaisesti. Yli puolet (fr=52) oli saanut kirjallista materiaalia.

Taulukko 2. Ohjausta saatiin (n=87).

Saitteko ohjausta	Fr	%
videofilmin avulla	-	-
kirjallisella materiaalilla	52	60
henkilökohtaisella ohjauksella	83	95
puhelimitse	10	12

muulla tavoin	2	2
---------------	---	---

Kysymyksessä 14 kysyttiin oliko ohjaustilanne ollut rauhallinen. Valtaosa (fr=89) vastasi, että ohjaustilanne oli ollut rauhallinen. Vastaajilta kysyttiin kirjallisen materiaalin selkeydestä. Vastaajista suurin osa (fr=67) oli sitä mieltä, että kirjallinen materiaali oli ollut selkeää. Vain yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei kirjallinen materiaali ollut selkeää. Kyselylomakkeessa kysyttiin missä vastaajat olivat saaneet ohjausta. Vastaajista yli puolet (fr=68) oli saanut ohjausta sille varatussa huoneessa/ tilassa. Toiseksi eniten (fr=32) ohjausta oli annettu potilashuoneissa. Ohjausta oli annettu vähän (fr=18) myös osaston kansliassa (Kuvio 8).



Kuvio 8. Ohjauspaikka (n=90).

Enemmistö vastanneista oli sitä mieltä, että ohjauksen antaja oli ollut hienotunteinen (90%), kiinnostunut ohjauksesta (82%), kiinnostunut ohjattavan hoidosta (78%), kohdellut ystävällisesti (92%) ja saanut ohjattavan olon tuntumaan turvalliselta (84%) (Taulukko 3).

Taulukko 3. Vastaajien mielipiteet ohjauksen antajasta.

Kysymykset 17-20, 26	Ei lainkaan		Vähän		Jonkin verran		Paljon	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
17.Ohjauksen antaja oli ohjauksen aikana hienotunteinen.(n=91)	1	1	1	1	7	8	82	90
18.Ohjauksen antaja oli kiinnostunut ohjauksestani.(n=90)	1	1	-	-	15	17	74	82
19.Ohjauksen antaja oli kiinnostunut hoidostani. (n=89)	1	1	-	-	19	21	69	78
20.Ohjauksen antaja kohteli minua ystävällisesti.(n=91)	1	1	-	-	6	7	84	92
26.Ohjauksen antaja sai oloni tuntumaan turvalliselta ohjauksen aikana. (n=91)	1	1	-	-	14	15	76	84

Väittämissä, jotka koskivat vastaajien mielipiteitä toiveidensa, mieltä askarruttavien asioiden ja yksityisyyden huomioimisesta ohjauksen aikana oltiin sitä mieltä, että ohjauksen aikana oli saanut kysyä mieltään askarruttavista asioista (87%), potilaan toiveita oli kuunneltu (81%) ja yksityisyys oli huomioitu hyvin (82%) (Taulukko 4).

Taulukko 4. Vastaajien mielipiteet toiveidensa ja yksityisyytensä huomioimisesta.

Kysymykset 21-23	Ei lainkaan		Vähän		Jonkin verran		Paljon	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
21.Ohjauksen aikana sain vapaasti kysyä	1	1	1	1	10	11	79	87

mieltäni askarruttavista asioista.(n=91)							
22.Toiveitani kuunneltiin ohjaustilant.(n=90)	3	3	-	-	16	18	71 81
23.Yksityisyyteni huomioitiin ohj. aikana.(n=90)	2	2	1	1	13	14	74 82

Väittämissä oli myös kolme kohtaa, jotka käsittelivät ohjaustilanteen kiireettömyyttä, ilmapiiriä ja luottamuksellisuuden tuntua ohjauksen aikana. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että ilmapiiri ohjauksen aikana oli ollut lämmin ja välittävä (84%), ohjaustilanne oli tuntunut luottamukselliselta (89%) ja oli ollut kiireetön (81%).

Taulukko 5. Vastaajien mielipiteet ohjaustilanteesta.

Kysymykset 16, 24-25	Ei lainkaan		Vähän		Jonkin verran		Paljon	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
16.Ilmapiiri ohjauksen aikana oli lämmin ja välittävä.(n=91)	1	1	1	1	13	14	76	84
24.Ohjaustilanne tuntui luottamukselliselta.(n=91)	2	2	-	-	8	9	81	89
25.Ohjaustilanne oli kiireetön(n=90)	3	3	3	3	11	12	73	81

Viimeisenä kohtana kyselylomakkeen toisessa osiossa potilaille annettiin mahdollisuus kirjoittaa omin sanoin mitä asioita osastolla olisi heidän mielestään voitu tehdä ohjauksen suhteen eri tavalla. Vastaajat toivoivat enemmän informaatiota leikkauk-

sesta, lyhyempiä odotusaikoja lääkärin ohjaukseen, enemmän tietoa leikkauksen jälkeisistä asioista ja siitä mistä kivut johtuvat ja kenen puoleen kääntyä kun niitä on.

”Hiukan enemmän informaatiota leikkauksesta.”

”Ainut negatiivinen puoli oli leikkausta edeltävän päivän lääkärin haastattelun odotusaika, joka venyi melkein viisituntiseksi. Poliklinikka voisi toimia nopeammin, oikeilla ajanvarauksilla!”

”Kertoa mistä kipuni johtuvat tai kenen puoleen kääntyä niiden vuoksi.”

”Leikkauksen jälkeisiin asioihin olisi voitu vähän enemmän kiinnittää huomiota, esim. dreeneihin, katetreihin, niiden poistoon yms. Näitä asioita selvitettiin kuitenkin heti leikkauksen jälkeen, jolloin oli vielä tokkurainen eikä tieto mennyt 100 % perille.”

6.3 Vastaajien kokemukset ohjauksen sisällöstä

Kyselylomakkeen kolmas osio käsitteli ohjauksen sisältöä. Osio muodostui 17 kohdasta. Vastaajista noin puolet oli mielestään saanut paljon tietoa leikkaavasta lääkäristä (51%), esilääkkeen tarkoituksesta (55%) ja laboratoriotutkimuksista (49%). Myös suuri osa vastanneista oli saanut mielestään paljon tietoa leikkauspäivän tapahtumista (66%), leikkaukseen valmistautumisesta (67%) ja syömättä ja juomatta olostta (84%) (Taulukko 6).

Taulukko 6. Vastaajien kokemukset saamastaan leikkausta ja siihen valmistautumista koskevasta tiedosta.

Kysymykset 28-33	En lain- kaan		Vähän		Jonkin verran		Paljon		En tarvin- nut tietoa	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Sain tietoa...										
28.leikkaavasta lää- käristä(n=89)	2	2	15	17	20	22	45	51	7	8

29.leikkauspäivän tapahtumista(n=91)	1	1	3	3	26	29	60	66	1	1
30.leikkaukseen valmistautumisesta (n=90)	-	-	2	2	28	31	60	67	-	-
31.laboratoriotutk (n=90)	5	6	4	4	32	36	44	49	5	6
32.syömättä ja juomatta olosta (n=90)	-	-	1	1	13	14	76	84	1	1
33.esilääkkeen tar-koituksesta(n=91)	5	6	8	9	23	25	50	55	5	6

Vastaajilta kysyttiin myös kuinka paljon he olivat saaneet tietoa leikkauksen jälkeisestä voinnista, kivun hoidosta ja leikkauksessa mahdollisesti laitettavista katetreista ja dreeneistä ym. Noin puolet vastanneista oli sitä mieltä, että olivat saaneet tietoa paljon leikkauksen jälkeisestä voinnista (57%), leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta (62%) ja leikkauksessa laitettavista katetreista, dreeneistä ym. (53%) (Taulukko 7).

Taulukko 7. Vastaajien kokemukset ennen leikkausta saamastaan leikkauksen jälkeistä vointia ja hoitoa koskevasta tiedosta.

Kysymykset 34-36 Sain tietoa...	En lain-kaan		Vähän		Jonkin verran		Paljon		En tarvinnut tietoa	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
34.leikkauksen jälkeisestä voinnista(n=88)	3	3	7	8	24	27	50	57	4	5
35.leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta (n=90)	2	2	7	8	22	24	56	62	3	3
36.leikkauksessa	5	6	7	8	23	26	48	53	7	8

laitettavista ka- tetreista, dree- neistä yms. (n=90)					
--	--	--	--	--	--

Vastaajilta kysyttiin myös kokemuksia saamastaan tiedosta leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta ja leikkaukseen liittyviä mahdollisista komplikaatioista. Näillä aihealuilla vastaajat olivat eniten sitä mieltä, etteivät olleet saaneet lainkaan tietoa. Vastaajista 25% oli sitä mieltä, ettei ollut saanut lainkaan tietoa oikeasta hengitystekniikasta leikkauksen jälkeen. Lähes saman verran vastaajista (20%) oli sitä mieltä, ettei ollut saanut lainkaan tietoa jalkojen liikuttamisen tärkeydestä (Taulukko 8).

Taulukko 8. Vastaajien kokemukset ennen leikkausta saamastaan tiedosta liittyen liikkumiseen leikkauksen jälkeen ja leikkaukseen liittyvistä mahdollisista komplikaatioista.

Kysymykset 37-40 Sain tietoa...	En lain- kaan		Vähän		Jonkin verran		Paljon		En tarvin- nut tietoa	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
37.oikeasta hengi- tystekniikasta leikkauksen jäl- keen (n=88)	22	25	12	14	17	19	29	33	8	9
38.jalkojen liikut- tamisen tärkeydes- tä (n=90)	18	20	4	4	20	22	43	48	5	6
39.vuoteesta ylös- nousemisesta (n=88)	15	17	7	8	20	23	41	47	5	6
40.leikkaukseen liittyvistä mahdol- lisista komplikaat- ioista	19	21	16	18	26	29	26	29	3	3

(n=90)

Vastaajilta kysyttiin myös kokemuksia saamastaan tiedosta sairasloman pituuteen, kotona tapahtuvaan hoitoon, leikkauksen aiheuttamiin rajoituksiin ja muutoksiin ja jälkitarkastukseen. Noin puolet vastaajista oli mielestään saanut paljon tietoa sairasloman pituudesta (57%), kotona tapahtuvasta hoidosta (54%), leikkauksen aiheuttamista rajoituksista ja muutoksista (52%) ja jälkitarkastuksesta (55%) (Taulukko 9).

Taulukko 9. Vastaajien kokemukset ennen leikkausta saamastaan tiedosta liittyen kotona tapahtuvaan hoitoon, sairaslomaan, leikkauksen aiheuttamiin mahdollisiin rajoituksiin ja jälkitarkastukseen.

Kysymykset 41-44 Sain tietoa...	En lain- kaan		Vähän		Jonkin verran		Paljon		En tarvin- nut tietoa	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
41.sairasloman pituudesta(n=90)	5	6	7	8	22	24	51	57	5	6
42.kotona tapah- tuvasta hoidosta (n=90)	10	11	11	12	18	20	49	54	2	2
43.leikkauksen aiheuttamista ra- joituksista ja muu- toksista(n=89)	11	12	9	10	21	24	46	52	2	2
44.jälkitarkastuk- sesta (n=88)	12	14	11	13	12	14	48	55	5	6

Viimeisenä kohtana kyselylomakkeen osiossa kolme oli avoin kysymys, jossa annettiin vastaajille mahdollisuus vastata omin sanoin siihen, mistä asioista he olisivat halunneet lisää tietoa. Vastaajat toivoivat enemmän tietoa leikkauksen kulusta, komplikaatioista ja puudutuksesta.

”Tuliko leikkauksessani eteen yllätyksiä.”

”Selkäydinpuudutuksesta, toimenpiteenä oli tosi hieno ja suositeltava, mutta itselleni jäi hieman epäselvä kuva miten se toimii ja mihin vaikuttaa.”

”Ehkä komplikaatioista voisi mainita. Toisaalta toisille se voi olla pelkomomentti, mutta avoimuuteen se kuuluu.”

Lisää tietoa toivottiin myös leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta, turvotuksesta ja kivuista.

”Leikkauksen jälkeen ei pystynyt hengittämään syvään kipeän vatsan takia, niin oikea hengitystekniikka olisi ollut kiva tietää ennen leikkausta. Sama juttu vuoteesta ylösnousemisen kanssa. Potilaalle tärkein kysymys leikkauksen jälkeen on tietenkin se, miten pärjää kotona, miten haavoja hoidetaan ym. niistä ei koskaan puhuta liikaa.”

”Siitä, että ilmavaivat saattavat olla totaaliset ja turvotus niin suurta, että olisi voinut ottaa isommat vaatteet mukaan kotimatalle.”

”Leikkauksen jälkeisistä kivuista. Tiesin, että niitä on, mutta en tajunnut et näin paljon.”

Tietoa toivottiin myös sairasloman pituudesta ja siitä miten itse voi vaikuttaa nopeaan toipumiseen.

”Miten voin itse toipilas aikana vaikuttaa mahdollisimman hyvään ja nopeaan toipumiseen?”

”Sairasloman tarkan pituuden (vaikka varmasti on yksilöllinen).”

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa potilailta kysyttiin taustatietoja. Suuri osa kyselyyn vastanneista oli 41- 50 vuotiaita ja enemmistö ammatillisen koulutuksen saaneita. Yli puolet oli tullut kohdunpoistoon. Taustatiedoissa vastaajilta kysyttiin myös sitä olivatko he olleet aikaisemmin jossakin leikkauksessa. Enemmistö vastasi olleensa aikaisemmin jossakin leikkauksessa, mutta vain osa oli ollut viimeisen parin vuoden aikana.

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää mitä tietoa gynekologiset leikkauspotilaat saavat preoperatiivisessa ohjauksessa. Tutkimustulosten mukaan yli puolet potilaista oli saanut paljon tietoa itse leikkauksesta, siihen valmistautumisesta ja leikkauksen jälkeisestä voinnista ja hoidosta. Myös Männistön ja Virtasen (2000) opinnäytetyössä tulokset olivat samanlaiset. Leikkauksen aiheuttamista rajoituksista ja muutoksista, kotona tapahtuvasta hoidosta ja sairauslomasta sekä jälkitarkastuksesta vastaajista yli puolet oli saanut paljon tietoa. Tiedonsaannissa leikkaukseen liittyvien komplikaatioiden ja leikkauksen jälkeisen liikkumisen kohdalla mielipiteet jakautuivat tasaisemmin ja noin 1/3 osa vastanneista oli sitä mieltä, ettei ollut saanut näistä asioista lainkaan tai vain vähän tietoa. Samanlaisen tuloksen sai myös Koivulahti (1999), jonka opinnäytetyössä kävi ilmi, että leikkaukseen liittyvistä riskeistä potilaat olivat tietämättömiä. Saatuun tutkimustulokseen on saattanut vaikuttaa se, että monet potilaat eivät ole keskittyneet niin paljon leikkauksen jälkeisiin asioihin ohjauksen aikana vaan enemmänkin siihen mitä itse leikkauksessa tapahtuu. He ovat saattaneet hermoilla ja pelätä itse leikkausta, joilloin on voinut olla vaikeaa keskittyä kuuntelemaan leikkauksen jälkeen tapahtuvia asioita.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, minkälaisia kokemuksia potilailla on ohjauksen toteutuksesta. Ohjausta oli saatu noin 2 viikkoa ennen leikkausta, 1-2 kuukautta ennen leikkausta ja leikkausta edeltävänä päivänä. Kysyttäessä oliko ohjaus ollut vastaajien mielestä oikein ajoitettua, lähes kaikki olivat sitä mieltä, että ohjaus oli

oikein ajoitettu. Lähes kaikki olivat saaneet tietoa sairaanhoitajalta. Tietoa oli saatu myös lääkäriltä ja monet olivat saaneet molemmilta. Ohjaus oli ollut vastaajien yksimielisen vastauksen mukaan myös ymmärrettävää.

Valtaosa vastanneista oli saanut ohjausta henkilökohtaisella ohjauksella ja suuri osa oli saanut myös kirjallista materiaalia. Kysyttäessä kirjallisen materiaalin selkeydestä suuri osa oli sitä mieltä, että se oli ollut selkeää. Vain yksi vastanneista oli kokenut, ettei kirjallinen materiaali ollut selkeää. Loput vastaajista olivat jättäneet kokonaan vastaamatta. Tähän on saattanut vaikuttaa se, etteivät kaikki vastanneet saaneet ohjausta kirjallisen materiaalin avulla ja jättivät näin ollen kokonaan vastaamatta, koska kysymyksessä ei ollut vastausvaihtoehtoa, jonka olisi voinut valita tässä tapauksessa.

Valtaosan mielestä ohjaustilanne oli ollut rauhallinen, ohjaus oli kestänyt 15-20 minuuttia ja ohjausta oli pääsääntöisesti saatu sille varatussa huoneessa tai potilashuoneessa. Puiseva ja Takkunen (2001) saivat ohjauksen kestoon liittyen erilaisen tutkimustuloksen. Tutkimustuloksen mukaan potilaat kokivat saaneensa tarvitsemaansa tietoa vähän, johon oli omalta osaltaan vaikuttanut preoperatiivisen käynnin kesto, joka oli ollut vain noin 5-10 minuuttia. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan ohjaustilanteen rauhallisuus ja riittävä kesto ovat vaikuttaneet omalta osaltaan siihen, että vastaajat ovat saaneet riittävästi leikkausta koskevaa tietoa, koska ne eivät ole häirinneet heidän oppimistaan.

Tutkimustulosten mukaan ohjauksen antaja oli enemmistön mielestä ollut hienotunteinen, kiinnostunut ohjauksesta, kiinnostunut ohjattavan hoidosta, kohdellut ystävällisesti ja saanut ohjattavan olon tuntumaan turvalliselta. Samankaltaiseen tulokseen pääsi myös Huovinen (1999) opinnäytetutkimuksessaan. Enemmistö vastaajista oli myös sitä mieltä, että ohjauksen aikana oli saanut kysyä mieltään askarruttavista asioista, toiveita oli kuunneltu ja yksityisyys huomioitu hyvin. Valtaosa oli ollut myös sitä mieltä, että ilmapiiri oli ollut ohjauksen aikana lämmin ja välittävä, ohjaustilanne oli tuntunut luottamukselliselta ja oli ollut kiireetön. Tähän tulokseen vaikuttaa varmasti se, että hoitajat ymmärtävät kuinka arkaluonteisista ja intiimeistä asioista on kyse, jolloin on oltava erityisen hienotunteinen ohjauksen aikana, jotta saadaan aikaan luottamuksellinen hoitosuhde potilaan ja hoitajan välille.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla se, miten hyvin leikkauksen jälkeisen liikkumisen ohjaus ja opetus toteutuu osastolla, koska tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että vastaajien mielipiteet erosivat eniten toisistaan juuri leikkauksen jälkeiseen liikkumiseen annetusta ohjauksesta.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimukselle on tärkeää sen luotettavuus. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin eli pysyvyyden ja validiteetin eli pätevyyden avulla. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin. Esimerkiksi vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kyselylomakkeen kysymykset aivan toisin kuin tutkija on ajatellut, joten jos tutkija käsittelee tutkimustuloksia edelleen alkuperäisen oman ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2006, 216-217.)

Mittarin validiteettia voidaan parantaa esitestauksella. Esitestauksen avulla voidaan monia näkökohtia tarkistaa ja kysymysten muotoilua korjata varsinaista tutkimusta varten. (Hirsjärvi ym. 2006, 193.) Tässä tutkimuksessa mittarin validiteettia pyrittiin parantamaan esitestauksen avulla. Esitestaus tehtiin viidellä potilaalla. Potilaita pyydettiin kirjoittamaan kommentteja lomakkeeseen, mikäli kyselylomakkeessa olisi jotain korjattavaa heidän mielestään. Kyselylomakkeeseen tehtiin pieni lisäys kolmanteen osioon, joka käsitteli ohjauksen sisältöä. Lisätty kohta käsitteli potilaiden tiedonsaantia koskien jälkitarkastusta.

Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake aikaisempia tutkimuksia (Männistö & Virtanen 2000, Nieminen 2006, Koivulahti 1998) ja aiheeseen liittyvää kirjallisuutta apuna käyttäen. Näin saatiin kehitettyä kyselylomake, joka mittasi niitä asioita joita teoriaosuudessa käsiteltiin. Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään selkeä ja helposti ymmärrettävä. Kysymyksistä suuri osa esitettiin väittäminä, jotta vastaaminen olisi helppoa eikä veisi liikaa aikaa. Kyselylomake sisälsi myös saatekirjeen, jossa vastaajille annettiin ohjeita miten kyselylomake tulisi palauttaa ja yritettiin myös motivoida vastaajia vastaamaan mahdollisimman rehellisesti. Kyselylomakkeen kussakin osios-

sa annettiin ohjeet vastaamiseen sekä joissakin kysymyksissä oli vielä erilliset vastausohjeet.

Mittarin validiteetti on sitä suurempi, mitä vähemmän sattuma on vaikuttanut tutkimuksen tuloksiin. Luotettavuutta parantaa oikeiden mittareiden valinta ja niiden soveltuvuus mittauskohteen mittaamiseen. Mitä tarkempia tulosten halutaan olevan, sitä tarkempi tulee mittarin olla. (Valli 2001, 92.) Reliabiliteettiin voivat vaikuttaa monet asiat kuten vastaaja voi ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin tutkija on tarkoittanut, merkitä vastauksen väärin tai vaikkapa muistaa jonkin asian väärin.

Tutkimuksen reliabiliteettiin on saattanut vaikuttaa vastaamisajankohta. Potilaille jaettiin kyselylomakkeet leikkauksen jälkeen ennen kuin he kotiutuivat. Jotkut saattoivat olla kivuliaita ja väsyneitä ja mahdollisesti myös huoli kotona pärjäämisestä on voinut vaikuttaa vastaamiseen. Myös potilaiden kiire kotiin on voinut viedä täyden keskittymisen lomakkeeseen vastaamisesta. Potilaat ovat myös vastanneet lomakkeisiin lähinnä potilashuoneissa, jotka ovat saattaneet olla rauhattomia. Myös kysymysten suuri määrä on saattanut vaikuttaa siihen, ettei ole jaksattu vastata kokonaan tai lainkaan. Toisaalta kuitenkin tutkimuksen luotettavuutta paransi korkea vastausprosentti.

Kyselylomakkeen muutama epäselvä kohta on voinut myös vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Taustatiedoissa kysyttiin ovatko potilaat olleet aikaisemmin jossakin leikkauksessa. Jos potilas vastasi kyllä haluttiin tietää myös edellisen leikkauksen ajankohta (kysymys 5). Kysymystä olisi pitänyt tarkentaa niin, ettei vastaaja olisi ymmärtänyt kysymystä väärin ja laittanut kaikkia edellisiä leikkausajankohtia vaan vain viimeisten parin vuoden aikana olleet jos niitä oli. Kyselylomakkeessa kysyttiin myös, että jos ohjauksessa käytettiin kirjallista materiaalia, oliko se ollut vastaajien mielestä selkeää (kysymys 13). Vastausvaihtoehtona olivat kyllä ja ei. Tässä kohdassa moni vastaajista oli jättänyt vastaamatta johtuen ehkä siitä, että jos ohjauksessa ei käytetty kirjallista materiaalia. Kysymyksessä olisi siis pitänyt olla kolmas vastausvaihtoehto kun ohjauksessa ei ollut käytetty kirjallista materiaalia. Myös kyselylomakkeen kolmannen osion avoimessa kysymyksessä olisi voitu tarkentaa, että siinä haettiin vastaajien mielipiteitä ohjauksesta koskien ohjauksen sisältöä. Näin olisi saa-

tu tarkemmat vastaukset. Avoimien kysymysten luotettavuutta vähentää myös se, että niihin oli vastattu niukasti.

7.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkijalta edellytetään eettistä vastuullisuutta. Tutkimustulosten julkaisemisessa eettisyys liittyy rehellisyyteen ja tulosten luotettavuuteen. Tutkija ei saa väärentää tuloksia eikä jättää oleellista osaa niistä kertomatta. Hänen tulee myös välttää epärehellisyyttä tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimus ei myöskään saa millään tavoin loukata tutkimukseen kohteena olevia ihmisiä. (Hirsjärvi ym. 2006, 25-27.) Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupaa (LIITE 1) Satakunnan sairaanhoitopiiriin eettiseltä toimikunnalta. Opinnäytetyön tekijälle myönnettiin tutkimuslupa (LIITE 2) 8.11.2006.

Osastojen hoitajat vastasivat kyselylomakkeiden jakamisesta potilaille. Jokainen kyselylomake sisälsi saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimukseen osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista. Saatekirjeessä kerrottiin myös tutkimuksen olevan luottamuksellinen ja että lomakkeet tulisivat vain tutkimuksen tekijän käyttöön nimettöminä. Mukana oli myös vastauskuori, johon lomakkeen sai heti vastattuaan sulkea. Vastattu kyselylomake palautettiin joko osastolla olevaan vastauslaatikkoon tai osaston hoitajalle, joka toimitti sen sitten vastauslaatikkoon. Näin taattiin potilaiden anonymiteetti, koska näin hoitohenkilökunnallakaan ei ollut mahdollisuutta nähdä vastauksia.

Kyselylomakkeet olivat ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytettävissä ja ne hävitettiin asianmukaisesti tulosten analysoinnin ja raportoinnin jälkeen. Tutkimuksessa ei eritelty osastoja, vaan molemmilta osastoilta saadut tulokset raportoitiin yhdessä. Tässä tutkimuksessa on pyritty rehellisyyteen ja luotettavuuteen esittämällä tulokset juuri sellaisina, kuin ne ilmenivät.

LÄHTEET

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2001. Sairaanhoito ja huolenpito. Porvoo: WSOY.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Hedback, T. 2000. Leikkauspotilaan kokema pelko ennen leikkausta. Opinnäytetyö. Rauma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2001. Sisätautikirurginen hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Huovinen, K. 1999. Tähystyskirurgisen kohdunpoistopotilaan odottama ja saama ohjaus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kassara, H., Palokoski, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.

Koivulahti, M. 1999. Kirurgisen potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen preoperatiivisesta näkökulmasta. Opinnäytetyö. Pori. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY.

Kuni, M., Männistö, P. & Välimaa, M. 2002. Leikkauspelot ja niiden hoitaminen. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja. C.oppimateriaaleja. Seinäjoki. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A., Hyvärinen, S., Huttunen, R. & Rasimus, M. 1999. Sairaanhoidajan käsikirja. Jyväskylä: Duodecim.

Männistö, T. & Virtanen, K. 2000. Iaparoskooppisesti leikattujen sappikivipotilaiden preoperatiivinen hoito ja ohjaus. Opinnäytetyö. Pori. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Nieminen, P. 2006. Leikkauspotilaan tiedonsaanti. Opinnäytetyö. Rauma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2006. Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Paasio, A-M. 2000. Turvallisuuden ja yksilöllisyyden periaatteiden toteutuminen preoperatiivisessa tapaamisessa. Opinnäytetyö. Rauma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Panelius, M. & Varisto, H. 1995. Perioperatiivisen hoito-opin perusteet. Vantaa: TummaVuoren Kirjapaino Oy.

Puiseva, M. & Takkunen, M. 2001. Potilaiden odotuksia ja kokemuksia preoperatiivisesta käynnistä. Opinnäytetyö. Pori. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Unga, K. 2001. Diabeetikkojen preoperatiivinen ohjaus ja sen toteutuminen. Opinnäytetyö. Pori. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Uunila, P. & Vuoriaho, A. 2003. Hoitaja pelokkaan leikkauspotilaan tukijana. Opin-
näytetyö. Rauma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2001. Naistentaudit ja synnytykset. Vammala: Duo-
decim.

Valli,R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus Kirjapai-
no Oy.

Lotta Nordberg
Taka-Alhontie 151
26410 Kaaro
puh. 044-5565057

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS
12.10.2006

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden Rauman yksikössä sairaanhoitajaksi. Opinnäytetyön tekeminen kuuluu osana opiskeluuni. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää gynekologisten leikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta. Tutkimuksen avulla osastojen hoitohenkilökunta pystyy kehittämään ennen leikkausta annettavaa ohjausta kattavaksi ja potilaan paranevista ja jaksamista tukevaksi.

Tutkimus tehdään Rauman aluesairaalan ja Satakunnan keskussairaalan naistentautiosastojen leikkauspotilaille. Tutkimus ei koske päiväkirurgisesti hoidettavia potilaita. Tarkoituksena on kerätä tutkimusaineisto strukturoidulla kyselylomakkeella. Vastajat saavat kyselylomakkeen mukana saatekirjeen ja vastauskuoren, johon vastaaja itse sulkee kyselylomakkeen vastaamisen jälkeen. Tiedonkeruun on tarkoitus tapahtua marraskuun-tammikuun välisenä aikana. Tarkoituksenani on valmistua kevään 2007 aikana.

Anon kohteliaimmin tutkimuslupaa opinnäytetyölleni.

Kunnioitavasti

Lotta Nordberg

Opinnäytetyön ohjaaja
yliopettaja Ttl Jaana Simula
p.6203558

LIITTEET Tutkimussuunnitelma
 Kyselylomake

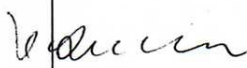
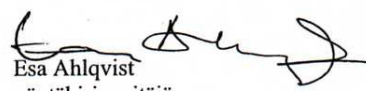


SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRIN
KUNTAYHTYMÄ
EETTINEN TOIMIKUNTA

PÖYTÄKIRJA

8/2006

Sivu 45

KOKOUSAIKA	8.11.2006	klo 13.30 – 13.50
KOKOUSPAIKKA	Keskustoimiston neuvotteluhuone	
SAAPUVILLA OLEVAT JÄSENET	<p>Eero Aarnisalo ylilääkäri, puheenjohtaja Elina Vähä-Eskeli osastonylilääkäri, jäsen Raija Kiviniitty sairaalateologi, jäsen Silja Iltanen paikalla alkaen § 81 potilasasiamies Tapio Lipsanen ylilääkäri, jäsen Seppo Lehtojoki apulaisyylilääkäri, jäsen Esa Ahlqvist lakimies, maallikkojäsen, sihteeri</p>	
Poissa	<p>Sari Sjövall Marita Koivunen Leena Astala</p>	
ASIAT	§ 79 - 88	
PÖYTÄKIRJAN ALLEKIRJOITUS	<p> Eero Aarnisalo puheenjohtaja</p> <p> Esa Ahlqvist pöytäkirjanpitäjä</p>	

Satakunnansairaanhoitopiiri
EETTINEN TOIMIKUNTA

Kokouspäivämäärä
8.11.2006

PÖYTÄKIRJANOTE

82§ OPISKELIJA LOTTA NORDBERGIN LAUSUNTOPYYNTÖ

Sairaanhoidon opiskelija Lotta Nordberg on lähettänyt eettiselle toimikunnalle lausuntopyynnön koskien opinnäytetyön tekemistä. Tarkoituksena on selvittää gynekologisten leikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta. Tutkimuksen avulla osastojen hoitohenkilökunta pystyy kehittämään ennen leikkausta annettavaa ohjausta kattavaksi ja potilaan paranemista ja jaksamista tukevaksi.

Lausuntopyynnön liitteenä on tutkimussuunnitelma, lähetekirje sekä kyselykaavake.

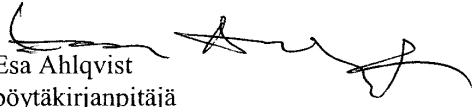
LIITE NRO 3.

Päätös:

Eettinen toimikunta käsitteli tutkimussuunnitelman ja totesi, että sillä ei ole huomautettavaa tutkimuksen suorittamiseen esitetystä muodosta.

Tarkastetusta pöytäkirjasta kirjoitetun otteen oikeaksi todistaa

Porissa 24.11.2006


Esa Ahlqvist
pöytäkirjanpitäjä

ARVOISA VASTAAJA!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden Rauman yksikössä sairaanhoitajaksi. Opinnäytetyön tekeminen kuuluu osana opiskeluuni. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta.

Toivon teidän vastaavan oheiseen kyselylomakkeeseen. Kysely on täysin luottamuksellinen ja siihen vastataan nimettömänä. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastauksillanne on merkitystä potilasohjauksen kehittämiseksi tulevaisuudessa.

Kyselyn vastaukset tulevat vain työn tekijän käyttöön ja käytön jälkeen ne hävitetään asianmukaisella tavalla. Täytetyn kyselylomakkeen voitte palauttaa kirjekuoreen suljettuna osastolla olevaan lomakkeille varattuun keräyslaatikkoon.

Jos teillä on kysyttävää kyselyyn tai tutkimukseeni liittyen voitte ottaa minuun yhteyttä.

Lotta Nordberg 044-5565057

Kiitos osallistumisesta!

KYSELYLOMAKE

LIITE 4 1/6

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympäröimällä mielestänne sopivin vaihtoehto ja kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.

TAUSTATIEDOT

1. Ikä _____ v.

2. Koulutus
- a) keskikoulu/ peruskoulu
 - b) lukio
 - c) ammatillinen tutkinto
 - d) korkeakoulututkinto
 - e) muu mikä? _____

3. Mikä leikkaus teille tehtiin? _____

4. Olitteko tietoinen ennen leikkausta siitä mitä teille tehdään?
- a) kyllä.
 - b) en.

5. Oletteko olleet aikaisemmin jossakin leikkauksessa?

- a) kyllä, milloin? _____
- b) en.

OHJAUKSEN TOTEUTUS

Seuraavassa kysytään kokemuksianne saamanne ohjauksen toteutuksesta. Ympyröikää kokemustanne vastaava/ vastaavat vaihtoehdot.

6. Milloin saitte leikkaukseen liittyvää tietoa/ ohjausta?

- a) 2 viikkoa ennen leikkausta
- b) viikko ennen leikkausta
- c) leikkausta edeltävänä päivänä
- d) leikkauspäivänä
- e) muulloin, milloin? _____

7. Oliko saamanne ohjaus mielestänne oikein ajoitettu?

a) kyllä

b)ei,miksi? _____

8. Saitteko tietoa

a) sairaanhoitajalta

b) laboratoriohoitajalta

c) fysioterapeutilta

d) lääkäriltä

e) tuttavalta

f) internetistä

g)muualta,mistä? _____

9. Saamanne ohjauksen kesto

a) 5 min

b) 10 min.

c) 15 min.

d) 20 min.

e) 25 min.

f) yli 25 min.

10. Kuinka monta kertaa saitte ohjausta? _____ kertaa.

11. Oliko saamanne ohjaus ymmärrettävää?

a) kyllä.

b)ei, miksi? _____

12. Saitteko ohjausta

- a) videofilmin avulla
- b) kirjallisella materiaalilla
- c) henkilökohtaisella ohjauksella
- d) puhelimitse
- e) muulla tavoin, miten? _____

13. Jos ohjauksessa käytettiin kirjallista materiaalia, oliko se mielestänne selkeää?

- a) kyllä.
- b) ei, miksi? _____

14. Oliko ohjaustilanne rauhallinen? a) kyllä.

- b) ei, miksi? _____

15. Missä saitte ohjausta?

- a) Sille varatussa huoneessa/ tilassa
- b) osaston kansliassa
- c) potilashuoneessa
- d) muualla, missä? _____

Ympyröikää seuraavista väittämistä mielestänne sopivin vaihtoehto.

	Ei lainkaan	Vähän	Jonkin verran	Paljon
16. Ilmapiiri ohjauksen aikana oli lämmin ja välittävä.	1	2	3	4
17. Ohjauksen antaja oli ohjauksen aikana hienotunteinen.	1	2	3	4
18. Ohjauksen antaja oli kiinnostunut ohjauksesta-ni.	1	2	3	4
19. Ohjauksen antaja oli kiinnostunut hoidostani.	1	2	3	4
20. Ohjauksen antaja kohteli minua ystävällisesti.	1	2	3	4
21. Ohjauksen aikana sain vapaasti kysyä mieltäni askarruttavista asioista.	1	2	3	4
22. Toiveitani kuunneltiin ohjaustilanteessa.	1	2	3	4
23. Yksityisyyteni huomi- oitiin ohjauksen aikana.	1	2	3	4
24. Ohjaustilanne tuntui luottamukselliselta.	1	2	3	4
25. Ohjaustilanne oli kiireetön.	1	2	3	4
26. Ohjauksen antaja sai oloni tuntumaan turvalliselta ohjauksen aikana.	1	2	3	4

27. Mitä asioita osastolla olisi voitu tehdä ohjauksen suhteen eri tavalla?

OHJAUKSEN SISÄLTÖ

LIITE 4 5/6

Seuraavassa kysytään saamastanne ohjauksesta.

Ennen leikkausta sain tietoa seuraavista asioista:

	En lain- kaan	Vähän	Jonkin verran	Paljon	En tar- vinnut tie- toa
28. leikkaavasta lääkäristä	1	2	3	4	5
29.leikkauspäivän tapahtumista	1	2	3	4	5
30.leikkaukseen valmistamisesta	1	2	3	4	5
31. laboratoriotutkimuksista	1	2	3	4	5
32.syömättä ja juomatta olosta	1	2	3	4	5
33.esilääkkeen tarkoituksesta	1	2	3	4	5
34.leikkauksen jälkeisestä voinnista	1	2	3	4	5
35.leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta	1	2	3	4	5
36.leikkauksessa laitettavista katetreista, dreeneistä yms.	1	2	3	4	5
37.oikeasta hengitystekniikasta leikkauksen jälkeen	1	2	3	4	5
38.jalkojen liikuttamisen tärkeydestä	1	2	3	4	5
39. vuoteesta ylösnousemisesta	1	2	3	4	5
40.leikkaukseen liittyvistä mahdollisista komplikaatioista	1	2	3	4	5
41. sairausloman pituudesta	1	2	3	4	5
42.kotona tapahtuvasta hoidosta	1	2	3	4	5
43.leikkauksen aiheuttamista rajoituksista ja muutoksista	1	2	3	4	5
44. jälkitarkastuksesta	1	2	3	4	5

45. Mistä asioista olisitte halunnut lisää tietoa?

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

