

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2015

Heta Soini & Noora Vello

POTILASOHJAUS ENNEN GYNEKOLOGISTA LEIKKAUSTA

– yksilökeskeinen ohjausmalli



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Joulukuu 2015 | 32 sivua ja 2 liitettä

TiT Susanna Mört

Heta Soini & Noora Vello

POTILASOHJAUS ENNEN GYNEKOLOGISTA LEIKKAUSTA - YKSILÖKESKEINEN OHJAUSMALLI

Gynekologisia leikkauksia toteutetaan yhä useammin lyhytjälkihoitoisesti. Potilaat viipyvät sairaalassa lyhyemmän ajanjakson, mutta leikkaukseen liittyvän tiedon määrä on vain lisääntynyt. Gynekologisen potilaan leikkausta edeltävä ohjaus tulee yksilöidä potilaskohtaisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa yksilökeskeinen ohjausmalli. Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset olivat: mitkä ovat yleisimpiä LEIKO:ssa ja PÄIKI:ssä tehtäviä gynekologisia leikkauksia, millaisia erityispiirteitä gynekologisilla leikkauspotilailla on, millaisia tiedontarpeita potilailla on ennen gynekologista leikkausta sekä miten hyvää potilasohjausta toteutetaan. Tavoitteena oli kehittää gynekologisen leikkauspotilaan potilasohjausta LEIKO- ja PÄIKI-toiminnassa.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jonka pohjalta luotiin yksilökeskeinen ohjausmalli. Toimeksiantajana on toiminut Turun yliopistollisen keskussairaalan Naistenklinikka. Ohjausmallissa on hyödynnetty käsittekarttaa, johon on kerätty tutkimuksissa esille tulleita potilaiden tiedontarpeita.

Yleisimpiä LEIKO:ssa ja PÄIKI:ssä tehtäviä gynekologisia leikkauksia ovat kohdunpoisto, laskeumakorjausleikkaukset, virtsainkontinenssileikkaukset, endometriosisleikkaus sekä kohdun sivuelinten kirurgia. Gynekologiset potilaat ovat herkästi haavoittuva potilasryhmä, sillä gynekologinen leikkaus vaikuttaa naiseuden kokemiseen, minäkuvaan, ihmissuhteisiin ja seksuaalisuuteen. Gynekologisten potilaiden tiedontarpeet jakautuvat seuraaviin osa-alueisiin: fyysiseen, psyykkiseen, kokemukselliseen, toiminnalliseen ja taloudelliseen osa-alueeseen. Hyvä potilasohjaus vaatii potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioinnin.

Yhteenvedon voidaan todeta, että yksilöllisellä ja potilaslähtöisellä ohjauksella voidaan ehkäistä gynekologisen leikkauspotilaan pelkoja ja ahdistusta sekä leikkauksen jälkeistä kipua. On muistettava, että yksilöohjaus ei ole sama asia kuin yksilöllinen ohjaus. Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia ohjausmallin käyttöönottoa ja sen hyötyä hoitotyössä.

ASIASANAT:

gynekologia, leikkauspotilas, ohjausmenetelmä, potilasohjaus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing programme | Nurse

December 2015 | 32 pages and 2 attachments

PhD Susanna Mört

Heta Soini & Noora Vello

PATIENT EDUCATION BEFORE GYNECOLOGICAL SURGERY - CUSTOMIZED PATIENT EDUCATION MODEL

Gynecological surgeries are done more and more in day surgery. Patients spend less time in hospital, but the amount of information about surgical procedures has increased. Patient education should be individually designed.

The aim of this bachelor's thesis was to create an individual model for patient education. The directive questions of this thesis were what are the most common gynecological surgical procedures performed in day surgery, what kind of special characteristic do gynecological patients have, what kind of informational needs do gynecological patients have and how is good patient education performed. The target of bachelor's thesis was to develop patient education among day-surgical gynecological patients.

This bachelor's thesis was executed as a literature review and the individual patient education model was based on literature review. The gynecological ward of Turku University Hospital has been the principal of this thesis. A mind-map-model has been used in the patient education model.

The most common gynecological procedures performed in day surgery are hysterectomy, prolapse reconstructions, reconstructions for incontinence, surgical treatment for endometriosis and surgical treatment for adnexa of uterus. Gynecological patients are vulnerable, because the gynecological surgery has an effect on the experience of womanhood, self-image, relationships and sexuality. Informational needs of gynecological patients divide in the following sections: physical, mental, experiences, functional and economical section. Individualizing the patient education is important.

In conclusion, individual and patient-oriented education can prevent fear and anxiety along with the experience of post-operative pain. Patient education offered for one patient isn't necessarily individually designed. In future, the usage of individual patient education model and its benefits for nursing could be investigated.

KEYWORDS:

gynecology, education method, patient education, surgical patient

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	5
2. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	7
3. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	8
4. YLEISIMMÄT GYNEKOLOGISET LEIKKAUKSET	12
4.1 Kohdunpoisto	13
4.2 Laskeumakorjausleikkaus	14
4.3 Virtsainkontinenssin korjausleikkaus	14
4.4 Endometrioosileikkaus	16
4.5 Kohdun sivuelinten kirurgia	16
5. GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN ERITYISPIIRTEET	18
6. POTILASOHJAUS	20
6.1 Potilaiden tiedontarve	20
6.2 Potilasohjauksen menetelmät	22
6.3 Potilaan yksilöllinen ohjaus	23
7. OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	26
8. POHDINTA	28
LÄHTEET	31

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimustaulukko
- Liite 2. Yksilökeskeinen ohjausmalli

TAULUKOT

Taulukko 1. Tutkimushakutaulukko	9
----------------------------------	---

1. JOHDANTO

Yhä useampi gynekologinen leikkaus toteutetaan lyhytjälkihoitoisesti. Tästä syystä potilaat viipyvät sairaalassa lyhyemmän ajanjakson. Leikkaukseen liittyvän tiedon määrä on vain lisääntynyt ja potilaiden on omaksuttava se lyhyessä ajassa. Kirurgisilla potilailla on erityisiä tiedontarpeita (Suhonen & Leino-Kilpi 2006, 5) ja hoitajilla vain vähän aikaa antaa tarvittava informaatio (Kruzik 2009, 382). Hoitajien ohjaustaidot ovat kehittyneet, mutta taitojen ja erilaisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen on jäänyt vähemmälle (Eloranta ym. 2014, 70).

Potilaalle annettavaa ohjausta määrittelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilaalla on itsemääräämisoikeus ja oikeus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tämän vuoksi potilaalle on annettava ”selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista — ”. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Gynekologisen potilaan ohjaus ennen leikkausta korostuu erityisesti lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa, johon kuuluu LEIKO (leikkaukseen kotoa)- ja PÄIKI (päiväkirurgia) -toiminta (Erämies 2015). Potilaan ohjaus lähtee terveydenhuollon ammattilaisten aloitteesta ja potilaan osuus tulisi nähdä erittäin tärkeänä (Johansson & Mikkonen 2008, 61). Koska potilaat viettävät nykyään vain lyhyen ajan sairaalassa, on vastuu potilaan hoidosta siirtynyt yhä enemmän potilaalle itselleen. Moni potilaista etsii tietoa esimerkiksi internetistä, josta löytyykin paljon tietoa. Julkaisukynnys on matala ja kuka tahansa voi laittaa internettiin mitä vain. Tiedon taso, laatu ja kohdeyleisö vaihtelevat suuresti ja potilaan voi olla vaikea löytää juuri hänelle tarpeellinen tieto. Tämän vuoksi hoitajan on tärkeä antaa potilaalle tarpeellinen, luotettava informaatio hänen hoitoaan koskien. (Kättö 2009, 5; Tähtinen 2007, 12-13.)

Leikkaukseen tulevan potilaan ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja potilaan tarpeisiin pohjautuvaa (Erämies 2012). Yksilöllinen ohjaus ei ole sama asia kuin yksilöohjaus (Suhonen ym. 2013, 89). Yksilöllisellä ohjauksella pystytään vaikutta-

maan muun muassa potilaan kokemaan jännitykseen ja pelkoon. Potilaan ja hoitajan välinen hyvä vuorovaikutus on keskeistä ohjaustilanteessa. (Kättö 2009, 10.) Potilasohjaus on todettu merkittäväksi osaksi potilaan hoitotyötä. Uusien menetelmien kehittäminen on kuitenkin jäänyt huomattavan vähäiseksi. (Eloranta ym. 2014, 64.) Tässä opinnäytetyössä luotiin yksilökeskeinen ohjausmalli (liite 2), joka pohjautuu käsitekarttamenetelmään. Ohjausmallin avulla pyritään kehittämään gynekologisen leikkauspotilaan ohjausta. Yksilökeskeisen ohjausmallin avulla potilas voi vaikuttaa ohjauksen sisältöön.

2. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää gynekologisen leikkauspotilaan potilasohjausta LEIKO- ja PÄIKI-toiminnassa. Tarkoituksena oli tuottaa yksilökeskeinen ohjausmalli, jonka pohjalta gynekologisen potilaan ohjaus olisi hoitajan näkökulmasta entistä sujuvampaa ja ohjausta toteutettaisiin mahdollisimman potilaslähtöisesti. Yksilökeskeinen ohjausmalli pohjautuu käsitekarttamenetelmään.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset olivat:

1. Mitkä ovat yleisimpiä LEIKO:ssa ja PÄIKI:ssä tehtäviä gynekologisia leikkauksia?
2. Millaisia erityispiirteitä gynekologisilla leikkauspotilailla on?
3. Millaisia tiedontarpeita potilailla on ennen gynekologista leikkausta?
4. Miten hyvää potilasohjausta toteutetaan?

3. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena käyttäen monipuolisesti kotimaisia ja ulkomaisia lähteitä. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda yksilökeskeinen ohjausmalli, jonka avulla potilasohjausta voidaan kehittää. Työn toimeksiantajana on toiminut Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) Naistenklinikka.

Opinnäytetyötä lähdettiin työstämään tutustumalla alan kirjallisuuteen. Työn alkuvaiheilla tehtiin myös aikataulusuunnitelma, jossa pysyttiin suhteellisen hyvin työn edetessä. Gynekologiset potilaat ovat kirurgiassa hyvin spesifi ryhmä, ja gynekologiset leikkaukset on kirjallisuudessa eritelty omiin teoksiin. Naisen hoitotyöstä on kirjoitettu useita kirjoja, joten perustiedot gynekologisten leikkausten kulusta on haettu alan kirjallisuudesta. Potilasohjausta koskevaa tietoa löytyy jonkin verran kirjoista, mutta tässä opinnäytetyössä haluttiin keskittyä uuteen tutkimustietoon. Tiedonhaku ohjasivat opinnäytetyön kysymykset (kts. s. 7). Alan kirjallisuuteen tutustumisen jälkeen alkoi tutkimustiedon haku.

Työssä hyödynnettiin tietokantoja, kuten Cinahl Complete, Cochrane Library, Medic ja Medline sekä manuaalista hakua etsien lähteitä esimerkiksi jo löytyneiden tutkimusten lähdeluetteloista. Tiedonhaussa oli tarkoitus löytää mahdolliset puutteet yksilöllisessä potilasohjauksessa sekä tunnistaa gynekologisen potilaan erityistarpeet. Tiedonhaku lähdettiin toteuttamaan käyttämällä monipuolisesti hakusanoja sekä tiedonhakukanavia. Tiedonhaku alkoi hieman huonoin tuloksin, sillä hakusanoilla ei löytynyt tutkimuskysymyksiin vastauksia. Tutkimuskysymysten tarkistelu ja hakusanojen uudelleen muotoilu ansiosta tiedonhaussa päästiin parempiin lopputuloksiin. Käytetyillä hakusanoilla ja lausekkeilla löydettiin hyviä tutkimusartikkeleita, joista löydettiin vastaus tutkimuskysymyksiin. Työssä käytettiin myös muiden kirurgisten potilaiden ohjaukseen liittyvää tutkimustietoa, sillä pelkästään gynekologisten potilaiden ohjauksesta löytyi hyvin suppeasti tietoa.

Tutkimushakutaulukosta (taulukko 1) lukija voi löytää alkuperäiset opinnäytetyössä käytetyt lähteet. Hakusanat, rajaukset ja valitut lähteet löytyvät samasta taulukosta. Hakusanoja yhdistettiin eri hakulausekkeiksi käyttämällä Boolean operaattoreita sekä katkaisemalla sanoja, esimerkiksi gynaecolo*, hakutulosten lisäämiseksi. Tuloksia rajattiin vuosina 2005-2015 julkaistuihin artikkeleihin, joista löytyy koko teksti. Julkaisuvuosi on rajattu, koska opinnäytetyössä haluttiin hyödyntää mahdollisimman ajankohtaista tietoa.

Taulukko 1. Tutkimushakutaulukko

TIETOKANTA	HAKULAUSE	RAJAUKSET	TULOKSET	VALITTU
Cinahl Complete	Gynecologic surgery AND patient interview	-	2	0, ei sopivia
	preoperative education AND gynecology	vuosi 2005-2015, full text	3	0, ei sopivia
	laparoscopy AND gynaecology	vuosi 2005-2015, full text	27	0, ei sopivia
	ambulatory surgery AND gynecology	vuosi 2005-2015, full text	5	1. Gilmartin 2005
	gynaecological AND day surgery	vuosi 2005-2015, full text	10	1. Carr ym. 2006
	surgical patients AND education AND ambulatory surgery	vuosi 2005-2015, full text	36	1. Liebner 2015 2. Berg ym. 2013 3. Kruzik 2009
	adult surgical patients AND information	vuosi 2005-2015	28	1. Suhonen & Leino-Kilpi
	patient education AND empowerment AND nurse	vuosi 2010-2015, full text	45	1. Eloranta ym. 2014
Cochrane	ovariectomy	vuosi 2005-2015, full text	4	1. Orozco ym. 2014
Medic	Gynecologic surgery AND patient interview	vuosi 2005-2015	2	1. Kättö 2009

TIETOKANTA	HAKULAUSE	RAJAUKSET	TULOKSET	VALITTU
	potilasohjaus AND leikkaus	vuosi 2005-2015, koko teksti	7	0, ei sopivia
	Preoperative	vuosi 2005-2015, koko teksti	54	1. Keränen 2006 2. Keränen ym. 2006
	ovario	vuosi 2005-2015	20	1. Jokimaa 2006
Manuaalinen haku	Lähdeluettelosta Kättö 2009			1. Booth ym. 2005 2. Johansson ym. 2007

Tutkimusten haku eteni johdonmukaisesti niin, että haetuista tutkimuksista luettiin otsikot, joiden perusteella valittiin jatkotarkasteluun opinnäytetyöhön sopivalta vaikuttavat tutkimukset. Otsikoista etsittiin viittauksia gynekologiaan, kirurgiaan, potilasohjaukseen ja päiväkirurgiaan liittyen. Näistä jatkotarkasteluun valituista tutkimuksista luettiin abstrakti, jonka perusteella eroteltiin opinnäytetyöhön sopivat tutkimukset. Abstraktien perusteella valittiin joukko tutkimuksia, jotka luettiin kokonaan. Tutkimusartikkeli hylättiin, jos tutkimus oli liian vanha, sisältöä ei voinut hyödyntää tässä työssä tai se ei käsitellyt potilasohjausta, kirurgisen tai gynekologisen potilaan hoitotyötä. Kaikista luetuista artikkeleista on arvioitu niiden sovellettavuutta Suomen hoitotyöhön, niiden valmistumisvuotta, luotettavuutta sekä tekijöitä. Valituista tutkimuksista pääpiirteet on kerätty tutkimustaulukkoon (liite 1).

Kirjallisuuskatsauksen perusteella päädyttiin toteuttamaan yksilökeskeinen ohjausmalli käsitekartan muodossa. Käsitekartan on todettu olevan potilaan voimavaraistumista tukeva tekijä potilasohjauksessa (Johansson ym. 2007, 89). Käsitekarttaan kerättiin kirjallisuudesta esiin nousseita potilaiden tiedontarpeita. Alustava käsitekartta esiteltiin toimeksiantajana toimineelle Naistenklinikalle, josta saatiin myös joitakin lisäsehdotuksia. Ehdotusten perusteella lisättyjä asioita olivat potilaan perustiedot, sauna, limakalvojen hoito ja leikkauspäivän kulku. Kaikkia lisäsehdotuksia ei toteutettu, koska ne eivät olleet nousseet

esiin kirjallisuuskatsauksesta. Kaikki käsitekartassa esiintyvät asiat ovat esiintyneet luetussa kirjallisessa materiaalissa. Kaikkia asioita ei ole käyty kuitenkaan opinnäytetyössä läpi, sillä pääpaino on haluttu keskittää potilasohjaukseen.

4. YLEISIMMÄT GYNEKOLOGISET LEIKKAUKSET

Gynekologiset toimenpiteet kohdistuvat naisen intiimeille alueille eli sukuelimiin. Sukuelimiin kuuluvat kohtu, munasarjat, munanjohtimet, emätin ja ulkoiset sukuelimet eli isot ja pienet häpyhuulet sekä klitoris (Nienstedt ym. 2009, 441, 452). Kirurgia on gynekologiassa keskeisimpiä hoitomuotoja. Useasti kirurgisiin toimenpiteisiin päädytään, jos konservatiivinen hoito ei ole tehokasta tai siihen liittyy haittavaikutuksia. Gynekologisia leikkauksia suoritetaan yhä useammin LEIKO:ssa ja PÄIKI:ssä. (Ihme & Rainto 2014, 164.) LEIKO tulee sanoista leikkaukseen kotoa ja sillä tarkoitetaan potilaan tuloa leikkausyksikköön sananmukaisesti suoraan kotoa. LEIKO-toiminta on yleistynyt viime vuosina huomattavasti. LEIKO-prosessissa potilas ei käy vuodeosastolla ja potilaat kotiutuvat yleensä samana tai seuraavana päivänä. (Keränen ym. 2006, 3603; Käypä hoito 2014.)

Päiväkirurginen potilas tulee aamulla sairaalaan ja lähtee samana päivänä yöpymättä sairaalassa. Jotta toimenpide voidaan suorittaa päiväkirurgisesti, potilaan soveltuminen arvioidaan sekä potilaan yleisen terveydentilan että toimenpiteen perusteella. (Hammar 2011, 12; Keränen 2006, 1412-1413.) Toimenpiteen tulee olla ennalta suunniteltu ja enintään keskisuuri. Päiväkirurginen potilas kotiutetaan sairaanhoitajan toimesta yksikön ohjeiden mukaan. Ohjeet liittyvät potilaan vitaalielintoihin, psyykkiseen ja fyysiseen tilaan sekä toimenpiteen onnistumiseen suunnitellusti. (Hammar 2011, 12.)

Leikkaustapoja ovat vatsaontelon avoleikkaus eli laparotomia, emättimen kautta tehtävä eli vaginaalinen kirurgia, sekä endoskopia eli tähystys. Lähes kaikki gynekologiset leikkaukset voidaan toteuttaa tähystysleikkauksina. (Heinonen 2011a.) Endoskooppisesti toteutettuna toimenpiteestä toipuminen on nopeampaa, ja potilas kotiutuu nopeammin sairaalasta. Useat gynekologiset leikkaukset tehdään päiväkirurgisina tai lyhytjälkihoitoisina toimenpiteinä. (Eskola & Hytönen 2005, 331.) Tavallisimpia gynekologisia leikkauksia ovat kohdunpoisto eli hysterektomia, laskeumien korjausleikkaukset, inkontinenssivaivojen korjaus-

leikkaukset sekä kohdun sivuelinten kirurgia. (Ihme & Rainto 2014, 176-177; Eskola & Hytönen 2005, 332).

4.1 Kohdunpoisto

Kohdunpoisto eli hysterektomia tarkoittaa kohdun poistamista kokonaan. Kohdunpoisto on yleisin gynekologinen leikkaus ja Suomessa niitä tehdään vuosittain noin 7000. Yleisimpiä kohdunpoistoon johtavia syitä ovat suuret tai verenvuotoja aiheuttavat myoomat eli hyvänlaatuiset lihaskasvaimet, vuotohäiriöt ja endometrioosi. Myös syövän takia kohtu voidaan poistaa. Tarvittaessa munasarjat poistetaan samalla, mutta terveitä ja toimivia munasarjoja ei poisteta, jotta normaali hormonitoiminta säilyisi. (Ihme & Rainto 2014, 176.)

Leikkaustavan valintaan vaikuttavat muun muassa kohdun koko, kiinnikkeiden määrä, kohdun liikkuvuus, mahdollinen laskeuma, syöpä, mahdolliset lisätoimenpiteet sivuelimiin sekä leikkaavan lääkärin taidot. Hyvänlaatuisten muutosten vuoksi kohtua ei välttämättä poisteta, mikäli nainen toivoo vielä raskautta. (Heinonen 2011a.) Myös naisen ikä, paino, aiemmat leikkaukset ja nukutukset vaikuttavat leikkaustavan valintaan (Ihme & Rainto 2014, 177).

Kohdunpoisto voidaan tehdä kolmella eri tavalla; emättimen kautta, tähystyksessä tai avoleikkauksessa. Suositeltavin leikkaustapa on vaginaalinen eli emättimen kautta tehtävä kohdunpoisto. (Ihme & Rainto 2014, 177.) Tähystysleikkaus voidaan muuttaa avoleikkaukseksi, jos leikkauksen aikana ilmenee ongelmia (Heinonen 2011a). Vaginaalisessa kohdunpoistossa haava tulee emättimen pohjaan. Kohtu irrotetaan kannattimistaan ja vedetään ulos emättimen kautta. Suurikokoinen kohtu, endometrioosi, epäily kiinnikkeistä sekä mahdollinen sivuelinkirurgian tarve ovat yleensä este vaginaaliselle kohdunpoistolle. Tähystysleikkauksessa vatsaonteloon viedään pienistä leikkausviilloista tähystin eli skooppi, sekä instrumentit, joiden avulla kohtu irrotetaan kannattimistaan ja lopuksi poistetaan emättimen kautta. Laparoskopian kontraindikaatioita eli vasta-aiheita ovat suolitukos, yleistynyt vatsakalvontulehdus sekä napatyrä. Avoleikkauksessa tehdään joko pitkittäinen viilto navasta alaspäin tai poikittainen viilto häpyluun yläpuolelle. Kohtua tukevat siteet ja verisuonet sidotaan ja kat-

kaistaan, kohtu irrotetaan emättimestä ja poistetaan leikkaushaavasta. Avoleikkaus tarvitaan, kun kohtu on suuri, kiinnikkeitä on runsaasti, syöpä on levinnyt tai kohdussa on kookkaita myoomia. (Ihme & Rainto 2014, 177; Heinonen 2011a.)

4.2 Laskeumakorjausleikkaus

Laskeumien korjausleikkaukset ovat toiseksi yleisimpiä gynekologisia leikkauksia. Noin 11% naisista joutuu elämänsä aikana laskeumaleikkaukseen ja heistä 30% joutuu uusintaleikkaukseen (Ihme & Rainto 2014, 180). Laskeumalla tarkoitetaan oireita aiheuttavia pullistumia lantion alueella. Ne syntyvät, kun lantion tukirakenteet pettävät. Tukirakenteilla tarkoitetaan lihaksia sekä sidekudosta. Laskeumasta aiheutuvia oireita ovat esimerkiksi painontunne alavatsalla, virtsaamisvaivat, häiriöt suolentyhjenemisessä sekä yhdyntävaikeudet. (Heinonen 2011a; Ihme & Rainto 2014, 181.) Hoidon kannalta on tärkeää selvittää laskeumatyyppi ja sen vaikeusaste. Eri laskeumatyyppejä ovat virtsarakon laskeuma, virtsaputken laskeuma, kohdun laskeuma, emättimen takapohjukan laskeuma fossa Douglasiin, emättimen laskeuma sekä peräsuolen laskeuma. (Ihme & Rainto 2014, 180-182.)

Leikkaukseen päädytään, kun laskeuma aiheuttaa oireita, jotka heikentävät elämänlaatua. Oireettomia tai lieviä laskeumia voidaan hoitaa konservatiivisesti. Leikkaus kohdistuu emättimen etu- tai takaseinämään tai pohjukkaan, ja leikkaus toteutetaan vaginaalisella menetelmällä. Kaikki laskeumat korjataan samassa leikkauksessa ja tarvittaessa myös kohtu voidaan poistaa. Laskeumaooperaatioista on olemassa useita erilaisia muunnelmia. Laskeumien aiheuttaessa virtsanpidätyskyvyttömyyttä, voidaan laskeumaleikkauksen yhteydessä tehdä myös virtsainkontinenssin korjausleikkaus. (Heinonen 2011a; Ihme & Rainto 2014, 184.)

4.3 Virtsainkontinenssin korjausleikkaus

Virtsainkontinenssi tarkoittaa virtsan pidätyskyvyttömyyttä tai virtsankarkailua (Ihme & Rainto 2014, 186). Naisilla virtsanpidätyskyvyttömyyttä esiintyy 5-58% naisista. Virtsankarkailua esiintyy eniten ikäänntyvillä naisilla. Vuonna 2009

Suomessa tehtiin noin 2000 virtsankarkailuun liittyvää leikkausta. (Käypä hoito 2011.)

Virtsainkontinenssi jaetaan neljään eri tyyppiin; ponnistusinkontinenssi, pakkoinkontinenssi, sekamuotoinen inkontinenssi sekä ylivuotoinkontinenssi (Käypä hoito 2011). Ponnistusinkontinenssia esiintyy fyysisen rasituksen tai ponnistuksen yhteydessä. Virtsa karkaa pieni määrä kerrallaan eikä siihen liity edeltävää virtsaamisen tarvetta. Pakkoinkontinenssissa virtsarakko tyhjenee kokonaan estämisyriytyksistä huolimatta. Syy on usein tuntematon. Sekamuotoisessa inkontinenssissa yhdistyy kahden edellämainitun inkontinenssityypin yhtäaikaista esiintymistä. Ylivuotoinkontinenssilla tarkoitetaan tilannetta, kun virtsarakko ei tyhjene kunnolla, vaan virtsaamisen jälkeen rakkoon jäänyt virtsa valuu ulos. Virtsankarkailulle altistavia tekijöitä ovat muun muassa ylipaino, raskaudet, synnytykset, ikä, kohdunpoisto, käytössä oleva lääkitys sekä kohdunlaskeuma. (Ihme & Rainto 2014, 186.)

Virtsankarkailun tyyppi ja vaikeusaste tulee selvittää huolellisesti. Virtsankarkailua hoidetaan elintapamuutoksilla, lantionpohjan lihasharjoittelulla sekä lääkkeillä. Ponnistus- ja pakkoinkontinenssi on mahdollista hoitaa myös kirurgisesti, mikäli konservatiivinen hoito ei tuota toivottua tulosta. Ponnistusinkontinenssin leikkauksissa hyödynnetään erilaisia nauhamenetelmiä. Leikkauksissa virtsaputken keskiosan alle asetetaan sulamattomasta materiaalista valmistettu verkkonauha, jonka tarkoituksena on tukea virtsaputken alustaa ja estää virtsan karkaaminen ponnistaessa. Leikkaus tehdään useasti paikallispuudutuksessa tai selkäydinpuudutuksessa. (Ihme & Rainto 2014, 189.) Pakkoinkontinenssissa leikkausmuotona voidaan käyttää niin sanottua simpukkakystoplastiaa, jossa rakkoa suurennetaan suolenpalaa käyttäen. Mikäli suurennusleikkaus ei ole mahdollinen, voidaan potilaalle tehdä myös virtsarakkoavanne (Käypä hoito 2011), jolloin virtsanjohtimet yhdistetään ohut- tai paksusuolesta otetun pätkän toiseen päähän ja suolen toinen pää nostetaan vatsanpeitteiden päälle avanteeksi. Tällöin virtsa erittyy avanteeseen jatkuvasti ja potilaan on pidettävä avannepussia. (Niskasaari 2013, 7.)

4.4 Endometrioosileikkaus

Endometrioosi on krooninen sairaus, jota esiintyy hedelmällisessä iässä olevilla naisilla. Endometrioosissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta esiintyy pesäkkeinä kohtuontelon ulkopuolella. Pesäkkeitä voi esiintyä esimerkiksi munasarjoissa, munanjohtimissa, suolistossa, virtsarakon ulkopinnalla ja vatsakalvon pinnalla. Taudin vaikeimmissa muodoissa pesäkkeet voivat olla syviä tai kasvaa syvälle lantion kudoksiin. (Ihme & Rainto 2014, 171-172.)

Kirurgiseen hoitoon päädytään, kun oireisiin ei saada riittävää apua lääkkeillä tai endometrioosi aiheuttaa vaikeita ja voimakkaita elämänlaatua heikentäviä kipuja. Endometrioosikudos pyritään poistamaan mahdollisimman huolellisesti vahingoittamatta hedelmällisyyteen vaikuttavia synnytimeliä. Yleensä leikkaustapa on laparoskooppinen. Jos endometrioosipesäkkeet ovat syviä, tai naisella on hankalia kiinnikkeitä, valitaan avoleikkaus. Leikkaustapa valitaan yhdessä potilaan kanssa. (Ihme & Rainto 2014, 171-173; Perheentupa & Santala 2011.)

4.5 Kohdun sivuelinten kirurgia

Kohdun sivuelimiä ovat munasarjat ja munanjohtimet. Näihin elimiin kohdistuvia toimenpiteitä ovat muun muassa munasarjan kystan poisto, munasarjan tai munanjohtimen kiertymän hoito, sterilisaatio tai sen purku, munasarjan tai munatorven poisto sekä kasvainten poisto. Toimenpiteet voidaan useimmiten suorittaa päiväkirurgisesti. (Eskola & Hytönen 2005, 333; Heinonen 2011b.)

Munasarjakasvain, kuten hyvänlaatuinen kysta, hoidetaan kuorimalla se munasarjasta, kun munasarja on terve ja toimiva. Jos munasarja on vaurioitunut tai siinä todetaan jokin sairaus, poistetaan koko munasarja. Mikäli kasvain osoittautuu leikkauksen aikana pahanlaatuiseksi, jatketaan leikkausta laparotomialla. Jotta oikea leikkaustapa voitaisiin valita jo ennen operaatiota, tutkitaan kasvain tarkasti. Mikäli tutkimusten perusteella voidaan epäillä kasvaimen pahanlaatuisuutta, se on kookas tai kiinni lantiossa tai jos leikkausta ei voida toteuttaa laparoskooppisesti, on syytä valita laparotomia. Hyvänlaatuiset munasarjakasvaimet voidaan poistaa laparoskooppisesti. (Heinonen 2011b.)

Munasarja tai munanjohdin voi kiertyä akselinsa ympärille. Munasarjan suuri koko, kystat tai munanjohtimeen asetettu sterilisaatioklipsi saattavat vaikuttaa kiertymien esiintymiseen. Kiertymän aiheuttama kipu kohdistuu alavatsalle, se on yleensä hyvin voimakasta, aaltoilevaa tai jatkuvaa. Kipu voi säteillä kylkeen ja yläselkään. Kipu muistuttaa virtsateiden tukoksesta johtuvaa kipua. Mikäli epäillään munasarjan tai munajohtimen kiertymää eli torsiota, on hoito aina kirurginen. Leikkauksessa kiertynyt munasarja tai munatorvi vapautetaan, yleensä tämä kannattaa tehdä myös silloin kun munasarja tai munatorvi ei vaikuta toimintakykyiseltä. Vapautettujen munasarjojen on todettu palautuvan hyvin. (Jokimaa 2006, 438.)

Sterilisaatiossa munanjohtimiin asetetaan titaanihakaset. Toimenpide suoritetaan tähystyksessä. Munanjohtimet voidaan myös katkaista tai niistä voidaan poistaa 1-2cm:n pituinen pala. Sterilisaatio voidaan myös purkaa, jolloin hakenen sekä tukoskohta poistetaan ja munanjohtimen päät yhdistetään mikrokirurgisesti. Raskaus onnistuu noin 60-80%:lla naisista, kun sterilisaatio puretaan. (Heinonen 2011b.)

Munasarjat pyritään yleensä säästämään gynekologisten leikkausten yhteydessä. Profylaktinen eli ennaltaehkäisevä munasarjojen poisto voidaan tehdä, mikäli potilaalla on erittäin korkea riski sairastua munasarjasyöpään. Ennen vaihdevuotia tehdyn munasarjojen poiston on todettu nostavan riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Munasarjojen poisto myös lopettaa naishormonien tuotannon, joka aiheuttaa vaihdevuosien eli menopaussin alkamisen. (Orozco ym. 2014.)

5. GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN ERITYISPIIRTEET

Sukupuolimet ovat hyvin henkilökohtaista aluetta ja niihin liittyvät tutkimukset, toimenpiteet sekä erilaiset sairaudet koetaan uhkana naiseudelle. Sukuelimiin liittyy tunnelatausta, jolloin niiden paljastaminen voi olla arkaluonteisempaa kuin vähemmän tunnetta herättävien kehonosien paljastaminen. Gynekologiset sairaudet herättävät monenlaisia tunteita niin potilaassa kuin hoitajassakin, ja joskus keskustelu aroista asioista voi olla haastavaa. (Eskola & Hytönen 2005, 21.)

Gynekologinen leikkaus vaikuttaa naiseen monin eri tavoin. Fyysisesti gynekologiseen leikkaukseen liittyy usein jonkin elimen, esimerkiksi kohdun tai munasarjan poisto. Kohdunpoisto tarkoittaa naiselle luopumista yhdestä elämänvaiheesta, sillä raskaus ei ole enää mahdollinen. Kohdunpoiston seurauksena myös kuukautiset loppuvat. Naishormonien tuotanto tapahtuu pääasiassa munasarjoissa, jolloin niiden poisto aiheuttaa hormonitoiminnan loppumisen. (Nienstedt ym. 2009, 444). Mikäli naiselta joudutaan poistamaan molemmat munasarjat, naisella, jolla ei ole vielä alkaneet vaihdevuodet, alkaa vaihdevuosisoireita tulla heti leikkauksen jälkeen (Eskola & Hytönen 2005, 39).

Naiselle voi olla joskus hyvinkin vaikeaa kohdata omaa naiseuttaan koskeva sairaus (Hanhirova 2012). Gynekologinen leikkaus vaikuttaa vahvasti omaan seksuaaliseen identiteettiin ja minäkuvaan (Ihme & Rainto 2014, 29). Sukuelinten sairaudet ja toimenpiteet johtavat helposti ahdistukseen ja pelkoon. Nainen voi ahdistua kyvyttömyydestään lisääntyä, hän voi kokea muutoksia sukupuoli-identiteetissä sekä hän voi kokea seksuaalista haluttomuutta. Naisen kokemukset toimenpiteistä voivat heijastua myös ihmissuhteisiin, etenkin parisuhteeseen. (Eskola & Hytönen 2005, 21.) Hoitajan on muistettava kertoa potilaalle, että toimenpide saattaa vaikuttaa seksuaalisuuteen ja seksuaalielämään. Potilaan on tärkeä keskustella mahdollisen kumppaninsa kanssa ajatuksista toimenpiteeseen ja seksuaalisuuteen liittyen. Hoitaja voi kannustaa ja rohkaista

pariskuntaa etsimään uusia näkökulmia seksuaalisuuteen. (Ihme & Rainto 2014, 29.)

Gynekologiset potilaat ovat herkästi haavoittuvainen potilasryhmä (Booth ym. 2005, 230) ja hoitotyössä tulisi korostua kiireettömyys ja hienovarainen kohtelu. Kaikessa potilaan hoidossa avainsanat ovat luottamuksellisuus ja hyvä hoitosuhde. Näiden muodostumista edistävät tutkimusten ja toimenpiteiden selostaminen potilaalle, potilaan intymiteettisuojaajan turvaaminen sekä luvan pyytäminen potilaalta tutkimuksiin sekä muihin toimenpiteisiin. (Hanhirava 2012.) Hoitajan voi olla joskus vaikea kohdata nainen, joka on tulossa gynekologiseksi potilaaksi. Erityisen vaikeaksi on koettu seksuaalisuudesta puhuminen. Hoitaja voi pelätä loukkaavansa potilasta, sillä esimerkiksi kulttuuriset erot vaikuttavat seksuaalisuuden kokemiseen ja ilmentämiseen. Hoitajan tehtävä on luoda turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jotta potilaan kanssa on helppo keskustella aroistakin asioista. (Ihme & Rainto 2014, 26-27.)

6. POTILASOHJAUS

Potilasohjauksella tarkoitetaan potilaalle annettavaa tietoa hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilasohjauksen merkitystä korostetaan useissa tutkimuksissa ja sen tärkeys hoitotyössä tiedostetaan (Eloranta ym. 2014; Johansson & Mikkonen 2008; Kruzik 2009; Kättö 2009; Suhonen & Leino-Kilpi 2006; Toivonen & Virtanen 2012). Hoitajien tiedot ja ohjaustaidot ovat kehittyneet viime vuosina ja ohjauksen sisältöön on kiinnitetty huomiota. Vaikka tiedot ja taidot ovat lisääntyneet, on huomattu että potilaan yksilöllisten ohjaustarpeiden arviointi, ohjauksen tavoitteiden asettaminen ja tuloksellisuuden arviointi on heikentynyt. (Eloranta ym. 2014, 64.)

6.1 Potilaiden tiedontarve

Päiväkirurgiset potilaat ovat ohjauksen kannalta haastava ryhmä. Kirurgisilla potilailla on erityisiä tiedontarpeita (Suhonen & Leino-Kilpi 2006, 5) ja hoitajilla vain vähän aikaa antaa tarvittava informaatio (Kruzik 2009, 382). Potilaiden ja sairaanhoitajien näkemykset tiedon tarpeellisuudesta voivat vaihdella. Tämän vuoksi on tärkeää että potilas saa tuoda oman näkemyksensä ohjaukseen, mutta sairaanhoitaja osaa sisällyttää tärkeän informaation ohjaukseen. (Suhonen & Leino-Kilpi 2006,13.)

Erityisen tärkeää kirurgisen potilaan kohdalla on pyrkiä lieventämään toimenpiteestä johtuvaa ahdistusta ja jännitystä. Potilas voi vaikuttaa siltä, että ymmärtää saaneensa informaation, mutta todellisuudessa potilaan jännitys estää häntä omaksumasta tietoa. (Kruzik 2009, 382.) Preoperatiivisella pelolla on todettu olevan yhteys myös postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen kivun kokemuksiin. Mitä enemmän potilasta jännittää, ahdistaa tai pelottaa itse leikkaus, sitä korkeampi on leikkauksen jälkeinen kipu kuvattuna VAS-asteikolla. VAS-asteikolla voidaan mitata potilaan kokemaa kipua käyttämällä noin kymmenen senttimetrin pituista janaa, jonka toisessa päässä on kuvaus ”pahin mahdollinen kipu” ja toisessa päässä ”ei kipua”. (Carr ym. 2005, 343, 349.)

Potilaat tarvitsevat tietoa monipuolisesti usealta eri osa-alueelta ennen toimenpidettä (Toivonen & Virtanen 2012, 65). Tutkimuksissa mainittuja osa-alueita ovat muun muassa fyysinen, psyykinen, kokemuksellinen, toiminnallinen ja taloudellinen osa-alue (Kättö 2009, 40; Kruzik 2009, 387). Ohjauksen tavoite määritellään yhdessä potilaan kanssa, jolloin potilaan olemassaoleva tieto tulee huomioitua ohjauksessa. Potilaan kannalta on turhaa, jos hoitaja toistaa hänelle tuttuja asioita. (Kättö 2009, 40; Toivonen & Virtanen 2012, 66.)

Kättön (2009, 25, 30-32) tutkimuksessa käy ilmi, että potilaat haluavat tietoa fyysiseltä osa-alueelta, josta eniten kiinnosti toimenpiteen jälkeinen verenvuoto, komplikaatioiden ehkäisy, kivunhoito toimenpiteen jälkeen, tehtävät tutkimukset sekä toimenpidealueen hoito. Toivosen ja Virtasen (2012, 62-63) kirjallisuuskatsauksessa on löydetty samansuuntaisia tuloksia. Johanssonin ja Mikkosen (2008, 55-57) tutkimuksessa potilaita kiinnosti myös tieto tapahtuneesta, oireiden ja komplikaatioiden tunnistamisesta sekä hoidosta. Tieto leikkauksen ja sen jälkihoidon vaikutuksista päivittäisiin toimintoihin koetaan myös tärkeäksi. Potilaat odottivat tietoa myös toiminnalliselta osa-alueelta, ja eniten potilaat halusivat tietoa siitä, mihin ottaa yhteyttä ongelmien ilmaantuessa, milloin voi peseytyä, jälkitarkastuksen ajankohta ja paikka sekä toipilasajan rajoitukset. Fyysiseltä ja toiminnalliselta osa-alueelta potilaat kokivat myös saaneensa tietoa riittävästi. (Kättö 2009, 35-36.)

Toiminnalliselta osa-alueelta seksuaalisuuteen ja sukupuolielämään liittyvistä asioista potilaat olivat Kättön (2009, 27) tutkimuksessa odottaneet enemmän tietoa toimenpiteen vaikutuksista sukupuolielämään kuin toimenpiteen jälkeen käytettävistä ehkäisymenetelmistä. Tarjotun tiedon määrä oli kuitenkin päinvastainen. Potilaat kokivat saaneensa enemmän tietoa ehkäisyvälineistä kuin toimenpiteen vaikutuksista sukupuolielämään. Samankaltaiseen tulokseen tutkimuksessaan on päätenyt myös Gilmartin (2006, 1113): gynekologiset potilaat kokivat saaneensa liian vähän tietoa toimenpiteen vaikutuksista seksuaalielämään.

Taloudellinen osa-alue käsittää tiedot vakuutuksista, sairauslomapäivistä, sairauspäivärahasta sekä hoitoon liittyvistä kustannuksista. Sairauslomapäivien

määrästä potilaille on kerrottu potilaiden odotusten mukaan, mutta muuten taloudellinen osa-alue on jäänyt käsittelemättä. Kuitenkin potilaat ovat odottaneet myös tältä osa-alueelta tietoa. (Kättö 2009, 36, 41-42; Toivonen & Virtanen 2012, 62.)

Potilaiden tiedontarpeet vaihtelevat suuresti. Sairaanhoidajan tulee osata yhdistellä tietoa potilaalle sopivaksi kokonaisuudeksi. Tutkimuksissa on todettu potilaiden tiedonsaannin olevan vähäisempi kuin mitä he olivat odottaneet (Toivonen & Virtanen 2012, 62; Johansson & Mikkonen 2008, 57).

6.2 Potilasohjauksen menetelmät

Potilasohjauksessa voidaan käyttää useita erilaisia menetelmiä. Yleisimmin käytettyjä ohjausmenetelmiä ovat erilaiset kirjalliset lomakkeet ja ohjeet (Kruzik 2009) sekä suullinen ohjaus. Muita ohjausmenetelmiä ovat yksilöohjaus, ryhmäohjaus sekä audiovisuaalisia menetelmiä hyödyntävät puhelinohjaus, tietoverkot, joukkoviestintä, demonstraatio, videot ja äänikasetit. (Kyngäs ym. 2007, 74, 104, 116-117, 122-128.) Vaikka ohjausmenetelmiä on monenlaisia, on huomattu, että ohjausmenetelmien monipuolinen hyödyntäminen on vähentynyt (Eloranta ym. 2014, 64).

Yksilöohjausta voidaan toteuttaa antamalla potilaalle kirjallista materiaalia sekä suullista ohjausta. Suullisen ohjauksen kulmakivenä pidetään hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksen ansiosta potilas voi esittää kysymyksiä, väärinkäsitykset saadaan oikaistua ja potilas saa tukea hoitajalta. Hyvä vuorovaikutus on hoitosuhteen perusta. Yksilöohjaus on usein oppimisen kannalta tehokkain menetelmä. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ryhmäohjausta käytetään terveydenhuollossa eniten yksilöohjauksen ohella. Se sopii potilasryhmille, jotka tarvitsevat tukea muuttuneessa elämäntilanteessa. Ryhmän tuki auttaa potilasta jaksamaan, sillä vertaisten kanssa keskustelu voimaannuttaa potilasta. Ryhmäohjauksen etuna on ohjauksen ja tiedon antaminen suuremmalle ryhmälle, jolloin ohjaus on taloudellisempaa. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Audiovisuaaliseen ohjaukseen kuuluvat puhelinohjaus, videot ja äänikasetit, tietoverkot, joukkoviestintä, demonstraatio ja kirjalliset ohjeet. Näistä yleisimmin käytettyjä ovat kirjalliset ohjeet sekä puhelinohjaus ja videot. Audiovisuaaliset ohjausmenetelmät, lukuunottamatta kirjallisia ohjeita, on kuitenkin todettu vähiten vaikuttaviksi menetelmiksi. Näiden ohjausmenetelmien käyttöä rajoittavat esimerkiksi videoiden ja äänikasettien vanhentuminen sekä asiakkaiden rajalliset mahdollisuudet käyttää tekniikkaa kotona. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Potilaat ovat kokeneet kirjalliset ohjeet hyödyllisiksi (Toivonen & Virtanen 2012, 63), sillä potilaat eivät välttämättä muista kaikkia heille vain suullisesti annettuja ohjeita enää kotiutuessaan (Suhonen & Leino-Kilpi 2006, 11). Erityisesti päiväkirurgiassa ohjaukseen käytettävä aika on lyhyt, joten kirjallisten ohjeiden merkitys kasvaa. Ohjausmateriaalia voidaan lähettää kotiin jo ennen toimenpidettä. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Hyvä kirjallinen ohje on kirjoitusasultaan ja sisällöltään helposti ymmärrettävä. Ohje tulee kohdistaa suoraan potilaalle ja ohjeessa voidaan käyttää sinuttelua tai teitittelyä. (Liebner 2015, 419.) Kirjalliset ohjeet eivät ole potilaille yksilöllisesti suunniteltuja, vaan ne ovat yksikkö- ja toimenpidekohtaisia ohjeita ja oppaita. Tästä syystä potilaalle kirjallisten ohjeiden lisäksi annettava suullinen ohjaus on yksilöitävä, jotta potilas saa hänen kaipaamansa kirjallisesta materiaalista mahdollisesti puuttuvan tiedon.

Koska potilaat oppivat asioita hyvin yksilöllisesti, on hoitajan osattava tunnistaa millaista ohjausmenetelmää potilaan kanssa käyttää (Kruzik 2009, 382). Potilaat käyttävät eri aisteja oppiessaan asioita: on arvioitu potilaan muistavan 75 prosenttia siitä mitä hän näkee ja vain 10 prosenttia siitä mitä hän kuulee. Potilas muistaa 90 prosenttia siitä mitä hänen kanssaan on käyty läpi sekä kuulo- että näköaistia käyttämällä. Tämän vuoksi on tärkeää yhdistää suullinen ohjaus kirjalliseen materiaaliin, sekä hyödyntää myös muita ohjauksen menetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

6.3 Potilaan yksilöllinen ohjaus

Usein potilaan ohjaus nähdään tilanteena, jossa potilas on passiivinen vastaanottaja, jolle annetaan tietty etukäteen päätetty informaatio. Potilaalla ei näin

ollen ole mahdollisuutta vaikuttaa ohjauksen sisältöön. (Suhonen & Leino-Kilpi 2006, 12.) Useissa tutkimuksissa on kuitenkin korostettu, että potilaan yksilöllinen ohjaus olisi ensiarvoisen tärkeää (Kruzik 2009, Suhonen & Leino-Kilpi 2006, Gilmart 2005, Carr ym. 2005).

Jokainen ihminen on yksilö ja oppii eri tavalla. Tämä vaikuttaa ihmisen tapaan omaksua tietoa myös leikkaushoitoa ajatellen. Kruzikin (2009, 382) mukaan sairaanhoitajan tulisi yksilöidä leikkausta edeltävä ohjaus vastaamaan jokaisen potilaan henkilökohtaisia tarpeita. Hoitohenkilökunnan tulisi panostaa enemmän potilaiden yksilöllisten tarpeiden arviointiin (Suhonen & Leino-Kilpi 2006, 12). On tarpeetonta käyttää aikaa sellaisen tiedon antamiseen, minkä potilas jo tietää (Toivonen & Virtanen 2012, 66). Jotta yksilöinti olisi mahdollista, on potilaan aktiivinen osallistaminen ohjaukseen erityisen tärkeää.

Yksilöity potilasohjaus ennaltaehkäisee potilaan pelkoa, jännitystä ja ahdistusta ennen leikkausta (Kruzik 2009, 381). Jännitys, pelko ja ahdistus ovat yhteydessä myös postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeiseen kivun kokemiseen. Potilaan jännittäessä ennen leikkausta on kipu leikkauksen jälkeen yleensä kovempaa. (Carr ym. 2005, 348.) Ohjauksella voidaan vaikuttaa positiivisesti myös potilaan turvallisuudentunteeseen kotona. Potilaalla on turvallisempi olo, kun hän tietää esimerkiksi miten toipuminen normaalisti etenee ja miten seurata omaa vointiaan. (Berg ym. 2013, 1633.) Mikäli potilaat eivät saa tarvitsemaansa informaatiota, se voi hidastaa heidän toipumistaan ja altistaa postoperatiivisille komplikaatioille (Suhonen & Leino-Kilpi 2006, 12).

Potilaiden ja hoitajien käsitykset yksilöllisestä hoidosta voivat poiketa toisistaan. Hoitajat arvioivat toteuttavansa yksilöllistä hoitoa paremmin kuin mitä potilaat arvioivat tapahtuvan. Yksilöllinen ohjaus ei ole sama asia kuin yksilöohjaus. Hoitaja voi antaa potilaalle yksilöohjausta, mutta se ei välttämättä ole yksilöity vastaamaan potilaan henkilökohtaisia tarpeita. Nämä näyttävät menevän hoitohenkilökunnalla joskus sekaisin. Potilaat arvioivat yksilöllisyyden enemmän henkilökohtaisten kokemusten ja elämäntilanteen kautta. Potilaiden arviot toteutuneesta ohjauksesta ovat tärkeässä roolissa hoitotyötä kehitettäessä. (Suhonen ym. 2013, 89-90.)

Yksilöllistä potilasohjausta toteutettaessa voidaan hyödyntää esimerkiksi käsitekarttamenetelmää. Käsitekartasta potilas voi itse poimia asioita, joista haluaa hoitajan kanssa keskustella ohjaustilanteessa. Näin potilas voi hyödyntää omia tietojaan, jolloin aika voidaan käyttää potilaan kannalta olennaisten asioiden läpikäymiseen. Tutkimuksessa (Johansson ym. 2007, 88-89) on todettu, että käsitekarttamenetelmä yhdistettynä kirjalliseen materiaaliin on tehokkaampi ohjausmenetelmä kuin pelkkä kirjallinen materiaali ilman suunniteltua suullista ohjausta. Samassa tutkimuksessa todettiin potilaan voimavaraistumisen tukemisen olevan tärkeä osa kirurgisen potilaan ohjausta. Voimavaraistumista voidaan tukea esimerkiksi antamalla potilaalle riittävästi tietoa ja kannustamalla häntä ottamaan vastuuta omasta hoidostaan, sillä potilas itse on oman hoitonsa asiantuntija (Eskola & Hytönen 2005, 21). Yksilölliset tarpeet huomioon ottavat materiaalit todettiin myös erittäin hyödyllisiksi. Johanssonin ja työryhmän (2007) tutkimuksessa todettiin, että käsitekarttamenetelmää käyttämällä potilasohjauksessa kului vähemmän aikaa.

7. OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Jotta tutkimus voisi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, se tulee olla suoritettu noudattamalla hyvän tieteellisen käytännön tapoja. Hyvä tieteellinen käytäntö on menettelyohjeistus, jonka mukaan tulee noudattaa tieteellisiä toimintatapoja, rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksessa tulee käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä sekä noudattaa avoimuutta. (Varantola ym. 2013, 6; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 288.) Tämä opinnäytetyö on tehty noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä.

Tutkimusaihe ja -ongelma tulee määritellä niin, ettei se loukkaa eikä sisällä väheksyviä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 288). Gynekologiset potilaat ovat herkästi haavoittuvainen ryhmä, jolloin erilaiset tähän potilasryhmään kohdistuvat tutkimukset tulee tehdä noudattaen hienovaraisuutta. Tässä opinnäytetyössä ei ole tutkittu itse potilaita, vaan heihin kohdistuvia tutkimuksia. Näin on välttytty erilaisilta potilaiden tutkimiseen liittyviltä eettisiltä ongelmilta.

Tieteelliseen työskentelyyn, kuten opinnäytetöihin, on valittava tietolähteitä, jotka on tavalla tai toisella varmistettu luotettaviksi (Tähtinen 2007, 12). Tähän opinnäytetyöhön valitut tutkimukset luettiin kahden opinnäytetyötä tekevän toimesta. Vieraskielisten artikkelien kohdalla on huomioitava se, että joskus sanojen tulkinta voi vaikuttaa asiatarkkuteen ja sisältöön. Tämän tulkinnan vaikutusta on vähennetty käyttämällä MOT-sanakirjaa, jossa vieraat sanat on käännetty suomen kielelle. Luotettavuutta lisää opinnäytetyössä käytettyjen artikkelien helppo saatavuus, jolloin kuka tahansa voi löytää ne. Useat gynekologisen potilaan hoitoa koskevat kirjalliset teokset ovat jopa kymmenen vuotta vanhoja, eikä niitä ole päivitetty. Tietyt toimintatavat tai leikkaukset ovat pysyneet pääosin samana, mutta myös kehitystä on tapahtunut. Uutta tietoa on etsitty tieteellisistä tutkimuksista, mutta myös vanhempaa tietoa on jouduttu hyödyntämään.

Opinnäytetyö on pyritty kirjoittamaan niin, että teksti on johdonmukaista, selkeää ja helposti ymmärrettävää. Hoitoalan sanastoa on avattu niin, että sen ymmärtää myös alaan perehtymättömät. Ymmärrettävyys on varmistettu luetuttamalla työ useilla ei-ammattihenkilöillä.

Kirjallisuuskatsauksessa tulee arvioida eri vaiheita kriittisesti. Tällöin pystytään arvioimaan katsauksella saadun tiedon luotettavuutta. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.) Työtä tehdessä on arvioitu jatkuvasti tiedon luotettavuutta, tarkoituksenmukaisuutta, eettisyyttä ja kestävyyttä. Raportointivaiheessa tulee kiinnittää huomiota siihen, etteivät tutkijan omat asenteet, odotukset tai ennakkoluulot vaikuta tutkimukseen (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 293). Opinnäytetyössä on huomioitu, ettei tutkijoiden omat kokemukset gynekologisen potilaan hoidosta tai potilaan ohjauksesta vaikuttaisi työn tulokseen, vaan työssä luotetaan tutkimustietoon. Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana on toiminut TYKS:n Nais-tenklinikka. Eettisiä ristiriitoja voi syntyä, jos toimeksiantajalla on joitakin odotuksia tutkimustuloksiin liittyen. Tässä työssä toimeksiantajan taholta ei tullut ilmi tutkimustuloksiin kohdistuvia odotuksia.

Opinnäytetyön tuotoksena luotu yksilökeskeinen ohjausmalli mahdollistaa potilaille samanlaiset mahdollisuudet saada hyvää ohjausta huomioiden jokaisen yksilölliset tarpeet. Tuotos on suunniteltu palvelemaan eri-ikäisten potilaiden tarpeita ja sen ulkonäkö on suunniteltu mahdollisimman yksinkertaiseksi. Tuotos on kuitenkin vain suomen kielellä, joten sitä ei vielä voida hyödyntää vieraskielisten potilaiden ohjauksessa. Luotettavuutta lisää ohjausmallissa esiin tuotujen asioiden pohjautuminen kirjallisuuteen ja tutkittuun tietoon. Ohjausmalli on tehty yleisesti gynekologisen potilaan ohjaukseen, joten joidenkin erityisen spesifien gynekologisten leikkausten potilasohjauksessa voi tulla esille asioita, jotka eivät löydy ohjausmallista.

8. POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää gynekologisen leikkauspotilaan potilasohjausta LEIKO- ja PÄIKI-toiminnassa. Kirjallisuuskatsaus osoitti, että viime vuosina potilasohjauksessa on ollut puutteita. Hoitajien ohjaustaidot ovat kehittyneet, mutta taitojen ja erilaisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen on jäänyt vähemmälle (Eloranta ym. 2014, 64). Tarkoituksena oli kehittää ohjausta tuottamalla yksilökeskeinen ohjausmalli, jonka pohjalta gynekologisen potilaan ohjaus olisi hoitajan näkökulmasta entistä sujuvampaa ja ohjausta toteutettaisiin mahdollisimman potilaslähtöisesti.

Opinnäytetyön aihetta valittaessa huomiota kiinnitettiin siihen, saadaanko aiheesta uutta tietoa hoitotyöhön. Aiheen hyödyllisyyttä mietittiin monesta eri näkökulmasta. Tällä työllä oli pyrkimyksenä hyödyttää sekä potilaita että hoitajia. Potilaille työn tuotos mahdollistaa yksilöllisen ohjauksen ja vaikeidenkin asioiden puheeksi ottaminen helpottuu, kun ne on jo valmiiksi esillä. Hoitajille tuotoksesta on hyötyä niin, että ohjaustilanteessa on tukilista potilaalle kerrottavista asioista ja aikaa säästyy kun käydään tarkemmin läpi vain potilaalle merkitykselliset asiat. Opinnäytetyön ohjaavat kysymykset olivat: mitkä ovat yleisimpiä LEIKO:ssa ja PÄIKI:ssä tehtäviä gynekologisia leikkauksia, millaisia erityispiirteitä gynekologisilla leikkauspotilailla on, millaisia tiedontarpeita potilailla on ennen gynekologista leikkausta sekä miten hyvää potilasohjausta toteutetaan.

Yleisimpiä gynekologisia leikkauksia ovat kohdunpoisto, laskeumakorjausleikkaukset, virtsainkontinenssileikkaukset, endometriosileikkaus sekä kohdun siivuelinten kirurgia (Ihme & Rainto 2014, 176; Eskola & Hytönen 2005, 332). Tulevaisuudessa gynekologisia leikkauksia toteutetaan enenevässä määrin lyhytjälkihoitoisesti, jolloin on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota potilaan ohjaukseen ja gynekologisen potilaan erityispiirteisiin (Kättö 2009, 5).

Gynekologisen potilaan hoidossa tulee huomioida potilaiden haavoittuvuus, herkkyys sekä leikkauksen moninaiset vaikutukset naiseuteen. Gynekologinen leikkaus kohdistuu naiselle henkilökohtaiseen ja arkaluontoiseen kehonosaan.

Nainen voi leikkauksen jälkeen kokea esimerkiksi lapsettomuutta, seksuaalista haluttomuutta ja mahdollisesti myös minäkuvan muutoksia tai ongelmia parisuhhteessa. Gynekologisen potilaan erityispiirteitä ei ole tutkimuksissa kuvattu selkeästi tiettyinä ominaisuuksina. Joissakin tutkimuksissa on kuitenkin tuotu esiin esimerkiksi naisten haluavan tietoa useammalta osa-alueelta kuin miehet (Kättö 2009, 15). Muihin kehonosiin liittyvät leikkaukset koetaan eri tavalla merkittäviksi (Eskola & Hytönen 2005, 21). Mielenkiintoista oli potilaiden suuri ikäjakauma: gynekologiset potilaat voivat olla lähes minkä ikäisiä naisia tahansa. Tästä syystä potilaiden yksilölliset erot ja tarpeet tulee huomioida potilaan ohjauksessa. Teini-ikäinen potilas tarvitsee erilaista tietoa kuin iäkäs potilas. Gynekologisten potilaiden erityisiin tarpeisiin pohjautuen kehitettiin yksilökeskeinen ohjausmalli.

Jokaisella gynekologisella potilaalla on erilaisia tiedontarpeita. Tiedontarpeisiin vaikuttaa esimerkiksi ikä, koulutustausta, sosiaaliset suhteet, kulttuuri sekä potilaan kiinnostus omaan hoitoon. Tiedontarpeet jakaantuvat fyysiseen, psyykkiseen, kokemukselliseen, toiminnalliseen ja taloudelliseen osa-alueeseen (Kättö 2009, 40). Useassa tutkimuksessa (Gilmartin 2005; Carr ym. 2006; Kättö 2009) tuotiin esiin naisten kokemukset seksuaalisuuteen liittyvän ohjauksen puutteesta. Tähän saattaa vaikuttaa kulttuuriset erot, sillä esimerkiksi Suomessa seksuaalisuudesta puhuminen on pitkään ollut tabu. Hoitajan tulisi pystyä keskustelemaan potilaan kanssa näinkin oleellisesta asiasta luontevasti. Seksuaalisuudesta puhuminen voi olla kiusallista potilaalle, eikä potilas välttämättä uskalla tai halua pyytää seksuaalineuvontaa. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat olisi hyvä sisällyttää gynekologisen potilaan leikkausta edeltävään ohjaukseen.

Hyvä potilasohjaus yksilöidään vastaamaan potilaan henkilökohtaisia tarpeita (Kruzik 2009, 382). Päivän aikana hoitajalla voi olla useita eri potilaita ja yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen saattaa olla haastavaa. Jokainen potilas oppii eri tavalla, mutta ohjaus toteutetaan usein samaa kaavaa noudattaen. Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että potilaan kannalta tehokkain oppimismenetelmä on yhdistää kirjallinen ja yksilöllinen suullinen ohjaus. Potilaslähtöisen ja yksilöllisen ohjauksen mahdollistaa opinnäytetyön tuotoksena kehitetty käsittekarttamenetelmää hyödyntävä ohjausmalli (liite 2). Ohjausmallin

tarkoituksena on edistää potilaan osallistumista omaan hoitoonsa ja lisätä hänen tietojansa gynekologiseen leikkaukseen liittyen. Ohjausmalliksi valittiin käsitekarta, sillä käsitekartan käytöllä on todettu olevan potilaan voimavaraistumista tukeva vaikutus (Johansson ym. 2007, 88-89). Käsitekartasta potilas saa valita itse asioita, joista haluaa keskustella hoitajan kanssa ohjaustilanteessa.

Opinnäytetyön tuotoksena luotua yksilökeskeistä ohjausmallia voitaisiin hyvin soveltaa myös muiden potilasryhmien kuin gynekologisten leikkauspotilaiden ohjauksessa. Kaikkien päiväkirurgisten potilaiden kanssa ohjausaika on lyhyt, jolloin ohjauksen tulee olla tehostettua. Lyhentyneet hoitajaksot luovat omat haasteensa potilasohjauksen.

Yksilökeskeisen ohjausmallin käyttöönotolle uhkana on jo tutkimuksissa esiintyneet päätelmät erilaisten menetelmien hyödyntämisestä. Uusia menetelmiä kehitetään vähän, ja niiden käyttöaste on jäänyt vähäiseksi. Usein turvaudutaan vanhaan, tuttuun ja turvalliseen menetelmään. Uuden menetelmän käyttöönoton jälkeen voidaan huomata hoitajien taholta, ettei se olekaan tehokas ja se hylätään omien kokemusten perusteella. Potilaat ovat kuitenkin voineet kokea menetelmän hyödylliseksi. Parhaassa tapauksessa yksilökeskeinen ohjausmalli huomataan tehokkaaksi ja potilaiden yksilöllisyyttä tukevaksi ohjausmenetelmäksi.

Jatkotutkimusaiheena voitaisiinkin tutkia ohjausmallin käyttöönottoa hoitotyössä, onko siitä ollut hyötyä hoitajille sekä onko se edistänyt potilaiden yksilöllistä ohjausta. Käsitekarttamenetelmän tehokkuutta voisi tutkia kahden verrokkiryhmän avulla. Toinen ryhmä saisi vain suullisen ohjauksen ja toisen ryhmän ohjauksessa hyödynnettäisiin käsitekarttaa suullisen ohjauksen tukena. Potilailta voitaisiin kysyä tiedontarpeita ennen ohjausta sekä ohjauksen jälkeen kartoittaa ovatko potilaat saaneet tietoa tarvitsemistaan asioista. Erilaista ohjausta saaneiden potilaiden kokemuksia ohjauksesta voitaisiin vertailla näiden kahden ryhmän välillä.

LÄHTEET

- Berg, K.; Årested, K. & Kjellgren, K. 2013. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*. VOL 50. 1630-1638.
- Booth, K.; Beaver, K., Kitchener, H., O'Neill, J. & Farrell, C. 2005. Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Education and Counseling*. VOL 56, 225-232.
- Carr, E.; Brockbank, K.; Allen, S. & Strike, P. 2005. Patterns and frequencies of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*. VOL 15, 341-352. Blackwell Publishing. 341-352
- Eloranta, S.; Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyön tekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede*, VOL 26, nro 1/2014, 63-73.
- Erämies, T. Leikkaukseen odottavan potilaan ohjaus. 7.11.2012 viitattu 9.9.2015 www.terveysportti.fi > Sairaanhoidajan tietokannat > Sairaanhoidajan käsikirja > Leikkauspotilaan hoito > Leikkaukseen odottavan potilaan ohjaus
- Erämies, T. Preoperatiivinen hoito. 6.4.2015 viitattu 10.9.2015. www.terveysportti.fi > Sairaanhoidajan tietokannat > Sairaanhoidajan käsikirja > Leikkauspotilaan hoito > Preoperatiivinen hoito
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. *Nainen hoitotyön asiakkaana*. 1. painos. Porvoo WSOY.
- Gilmartin, J. 2007. Contemporary day surgery: patient's experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing*. no 16, 1109-1117
- Hammar, A. 2011. *Kirurgian perusteet*. 1. painos. Porvoo WSOY.
- Hanhirava, M. Gynekologiset tutkimukset ja potilaan ohjaus. 12.6.2012. viitattu 9.9.2015 www.terveysportti.fi > Terveysportti > Sairaanhoidajan käsikirja > Gynekologiset tutkimukset ja potilaan ohjaus
- Heinonen, P. 2011a. Tärkeimmät gynekologiset leikkaukset. Teoksessa Olavi Ylikorkala ja Antti Kauppila (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*.
- Heinonen, P. 2011b. Laparoskopia ja sivuelinkirurgia. Teoksessa Olavi Ylikorkala ja Antti Kauppila (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2014. *Naisen terveys*. 2. uudistettu painos. Porvoo Edita Publishing Oy
- Johansson, K. & Mikkonen, S. 2008. Päiväkirurgisesta leikkauksesta toipuvan potilaan voimavaraistumista tukeva tieto. Teoksessa *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Toim. Montin, L. Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Johansson, K.; Salanterä, S. & Katajisto, J. 2007. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: Results from a clinical study. *Patient Education and Counseling*. VOL 66. no 1. 84-91
- Jokimaa, V. 2006. Koeputkihedelmöityshoitojen välittömät komplikaatiot. *Duodecim* vol. 122 nro 4. 434-440
- Keränen, U.; Keränen, J. & Wäänänen, V. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen Lääkärilehti* 36/2006 vsk 61, 3603-3607

Keränen, U. Leikkaukseen kotoa - potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2006;122(12):1412-4.

Kruzik, N. 2009. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. AORN Journal. VOL 90, no 3. 381-387

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Porvoo WSOY.

Kättö, T. 2009. Gynekologisen tähytystopotilaan ohjaus päiväkirurgiassa. Turun yliopisto Pro-Gradu tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Käypä hoito- suositukset. 16.12.2011. Virtsankarkailu (naiset) (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä.. viitattu 25.10.2015 www.kaypahoito.fi > Suositukset > Naistentaudit ja synnytykset > Virtsankarkailu (naiset)

Käypä hoito- suositukset. 23.6.2014. Leikkausta edeltävä arviointi (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. viitattu 8.9.2015 www.kaypahoito.fi > Suositukset > Kirurgia > Leikkausta edeltävä arviointi.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M.. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1. painos. Juva WSOY.

Liebner, L. 2015. I can't read that! Improving perioperative literacy for ambulatory surgical patients. AORN Journal VOL 101, no 4, 416-427

Nienstedt, W.; Hänninen, O.; Arstila, A. & Björkvist, S. 2009. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 18. painos. Helsinki WSOY.

Niskasaari, M. 2013. Virtsa-avanneopas - Tietoa ja neuvoja ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Coloplast Oy.

Orozco, L.; Tristan, M.; Vreugdenhil, M. & Salazar, A. 2014. Hysterectomy versus hysterectomy plus oophorectomy for premenopausal women. Cochrane Library.

Perheentupa, A. & Santala, M. 2011. Endometrioosi. Teoksessa Ylikorkala, O. ja Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset.

Pudas-Tähkä, S. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R. Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2006. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. Patient education and counseling. VOL 61, 5-15.

Suhonen, R.; Leino-Kilpi, H.; Gustafsson, M.; Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito - potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. Hoitotiede. VOL 25. no 2. 80-91.

Toivonen, M. & Virtanen, H. 2012. Päiväkiurgisten potilaiden kokemukset preoperatiivisesta ohjauksesta. Teoksessa Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Toim. Hupli, M.; Rankinen, S. & Virtanen, H. Turun yliopisto, hoitotieteen julkaisuja.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R. Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Varantola, K.; Launis, V.; Helin, M.; Spoof, S. & Jäppinen, S. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki 2013.

Tutkimustaulukko

LÄHDE, VUOSI, MAA	TARKOITUS	MENETELMÄ, ASETELMA, MITTARIT	TULOKSET
Keränen ym. 2006, Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli seurata Hyvinkään sairaalassa henkilökunnan kirurgisiin potilaisiin kohdistamaa aikaa ja verrata kahta eri preoperatiivista prosessia, perinteistä osaston kautta tapahtuvaa ja LEIKO-prosessia.	Aikaseurantalomake, henkilökunta merkitsi lomakkeeseen eri toimintojen aloitus- ja lopetusajat.	LEIKO-prosessi on huomattavasti perinteistä vuodeosaston kautta kulkevaa potilasprosessia tehokkaampi.
Kättö, 2009, Suomi	Tarkoituksena oli kuvata gynekologisen päiväkirurgisen tähystyspotilaan tiedollisia odotuksia ja toteutunutta tiedonsaantia.	Struktuoitu kyselylomake. Aineisto analysoitiin SSPS-ohjelmalla, muodostettiin summamuuttujat joiden reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfakertoimen avulla.	Eniten tietoa odotettiin ja saatiin bio-fysiologiselta toiminta-alueelta. Vastajat kokivat saaneensa vähän tietoja levosta ja toimenpiteen vaikutuksesta sukupuolielämään.
Gilmartin, 2005, Iso-Britannia	Perehtyä ja kertoa potilaiden kokemuksia kotiutuksesta ja toipumisesta päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen.	Käytetty struktuuoimatonta menetelmää, N=30	Gynekologiset potilaat kertoivat kokeneensa puutteita seksuaaliseen aktiivisuuteen liittyvässä informaatioissa.
Carr ym. 2006. Iso-Britannia.	Tarkoituksena oli tunnistaa pre- ja postoperatiivisen jännityksen kokemuksia, tunnistaa jännityksen ja postoperatiivisen kivun välinen yhteys, tunnistaa tapahtumat, jotka voivat lisätä tai vähentää ahdistusta pre-tai postoperatiivisesti.	Käytetty kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimustapaa, kuvaileva tutkimus. Tutkimuksessa ahdistusta arvioitiin State-trait anxiety inventory -mittarilla, kipua arvioitu VAS-mittarilla. N=94	Naiset, joilla esiintyi enemmän jännitystä ennen leikkausta, esiintyi todennäköisemmin myös postoperatiivista kipua.

LÄHDE, VUOSI, MAA	TARKOITUS	MENETELMÄ, ASETELMA, MITTARIT	TULOKSET
Berg ym. 2013 Ruotsi	Tutkia potilaiden erilaisia näkemyksiä postoperatiivisesta toipumisesta.	Semi-struktuoitu haastattelu, N=31	Potilaat tarvitsevat paljon tietoa normaalista toipumisesta, sen etenemisestä sekä miten itsehoitoa toteutetaan. Potilaille on suuri vastuu omasta hoidostaan.
Suhonen & Leino-Kilpi 2006 Suomi	Tarkoituksena oli tutkia mitä potilaan tiedontarpeista jo tiedetään sekä heidän mielipiteitään ohjauksesta sekä yksilöllisen ohjauksen vaikutusta.	Kirjallisuuskatsaus	Yksilöidyllä potilasohjauksella on merkittävä rooli kirurgisen potilaan hoitotyössä. Yksilölliseen ohjaukseen tulisi panostaa enemmän.
Liebner 2015	Tarkoitus oli analysoida pre- ja postoperatiivisen potilasohjausmateriaalia kehittää näyttöön perustuvaa, potilaslähtöistä ohjausmateriaalia, sekä luoda nettimateriaali potilaalle.	Kirjallisuuskatsaus	Potilasohjausmateriaalin tulee olla helppolukuista ja selkeää, potilaiden tyytyväisyyttä voidaan parantaa hyvällä ohjauksella.
Toivonen & Virtanen 2012 Suomi	Tarkoituksena oli kuvata päiväkirurgisten potilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta.	Kirjallisuuskatsaus	Potilaat odottivat saavansa eniten tietoa fyysiseltä osa-alueelta. He mieltävät saaneensa vähemmän tietoa kuin ovat odottaneet. Preoperatiivisella ohjauksella voidaan vaikuttaa paljon postoperatiiviseen toipumiseen.

LÄHDE, VUOSI, MAA	TARKOITUS	MENETELMÄ, ASETELMA, MITTARIT	TULOKSET
Eloranta ym. 2014 Suomi	Tarkoituksena oli kuvailla hoitotyöntekijöiden toteuttamaa potilaslähtöistä ohjausta ja tarkastella siinä tapahtuneita muutoksia.	Strukturoitu kyselylomake, vuonna 2001 vastasi 623 hoitajaa ja vuonna 2010 vastasi 756 hoitajaa.	Hoitajat arvioivat ohjauksensa kehittyneen, mutta puutteita oli esimerkiksi potilaan ohjaustarpeen arvioinnissa, ohjauksen tuloksellisuuden arvioinnissa sekä ohjausmenetelmien monipuolisessa hyödyntämisessä.
Booth ym. 2005 Iso-Britannia	Tarkoituksena oli tutkia naisten kokemuksia tiedosta, ahdistuksesta ja huolista gynekologisen syövän hoidon jälkeen.	Survey-tutkimus, N=70. Potilaat haastateltu hoidon alussa sekä 6 kuukauden kuluttua uudestaan.	Naiset, jotka olivat saaneet tukea erikoissairaanhoidajalta hoidon aikana, kokivat vähemmän ahdistusta ja huolestuneisuutta, kuin naiset, jotka eivät saaneet erikoissairaanhoidajan palvelua.
Suhonen ym. 2013 Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli verrata potilaiden ja hoitajien näkemyksiä yksilöllisestä hoidosta.	Kyselylomake, johon vastasi 291 potilasta ja 283 hoitajaa.	Hoitajat arvioivat tukevansa potilaiden yksilöllisyyttä hyvin ja heidän arvionsa olivat potilaan arvioita paremmat. Potilaat arvioivat yksilöllisyyden tukemisen hoitotyön keinoin sujuvan parhaiten kliinisen tilanteen ja heikoiden henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta.

LÄHDE, VUOSI, MAA	TARKOITUS	MENETELMÄ, ASETELMA, MITTARIT	TULOKSET
Johansson & Mikkonen 2008 Suomi	Tarkoituksena oli kuvata päiväkirurgisesta vaivaisenluuleikkauksesta toipuvan potilaan voimavarastumista tukevan tiedon sisältöä, ja sitä, millä keinoilla leikkauksesta toipuvan potilaan on mahdollista lisätä tietojään.	N=30, aineistoa kerättiin puoli-strukturoidulla päiväkirjalla.	Potilaan voimavaraistumista tukeva tieto on hyvin moninaista eikä aina hoitotyöntekijän välitettävissä. Potilaan ohjaus on todettu merkittäväksi osaksi hoitotyötä.
Johansson ym. 2007	Tarkoituksena oli tutkia käsitekartan etuja potilasohjauksessa.	Potilaat jaettiin kahteen ryhmään, N=62 ja N=61, joista toinen ryhmä sai kirjallisen ohjauksen tukena käsitekartan avulla annetun suullisen ohjauksen ja toinen ryhmä sai kirjallisen ohjeen tukena ei-systemaattisen suullisen ohjauksen.	Käsitekartan ja kirjallisen materiaalin käyttö yhdessä mahdollistaa paremmat potilasohjauksen tulokset kuin ei-systemaattisen suullisen ohjauksen ja kirjallisen materiaalin käyttö.

YMPYRÖIKÄÄ TAI ALLEVIIVATKAA KOHDAT, JOTKA ERITYISESTI ASKARRUTTAVAT MIELTÄNNE. HOITAJA KÄY KANSANNE LÄPI KAIKKI MAINITUT KOHDAT, MUTTA KIINNITTÄÄ ERITYISTÄ HUOMIOTA VALITSEMIINNE ASIOIHIN.

