

Eveliina Jäppinen

Riikka Salo

**Sairaanhoitajien toteuttama leiko-potilaiden preoperatiivinen puhelinohjaus  
tyräpotilaiden arvioimana**

**Sairaanhoitajien toteuttama leiko-potilaiden preoperatiivinen puhelinohjaus  
tyräpotilaiden arvioimana**

Eveliina Jäppinen  
Riikka Salo  
Opinnäytetyö  
Kevät 2016  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

---

Tekijät: Eveliina Jäppinen & Riikka Salo

Opinnäytetyön nimi: Sairaanhoidajien toteuttama leiko-potilaiden preoperatiivinen puhelinohjaus tyräpotilaiden arvioimana

Työn ohjaajat: Eija Niemelä & Irmeli Pasanen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2016

Sivumäärä: 40 + 4 liitesivua

---

Nykyään preoperatiivinen ohjaus tapahtuu yhä useammin puhelimitse. Puhelinohjaus liittyy vahvasti leikkaukseen kotoa - eli leiko-toimintaan, jossa suunniteltuun leikkaukseen tulevat potilaat valmistautuvat toimenpiteeseen kotona ja tulevat sairaalaan vasta leikkauspäivänä. Puhelinohjaus on avainasemassa, jotta potilaan perioperatiivinen hoitopolku olisi mahdollisimman sujuva.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kyselytutkimuksen avulla, onko sairaanhoidajien toteuttama preoperatiivinen puhelinohjaus sisällöllisesti ja laadullisesti riittävä, jotta potilaat saavat tarpeeksi tietoa toimenpiteeseen valmistautumiseen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää preoperatiivisen puhelinohjauksen kehittämisessä.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Käytimme itse laadittua strukturoitua kyselylomaketta. Tutkimusaineisto kerättiin 11.1.-15.3.2016 Raahen sairaalan operatiivisen osaston potilailta. Tutkimusjoukkona oli 80 tyräpotilasta, jotka leikattiin leikona. Heistä 63 palautti lomakkeen. Vastaukset analysoitiin SPSS-ohjelman avulla.

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että potilaat saivat hyvin tietoa leikkauksekelpoisuuteen vaikuttavista asioista, kuten mahdollisen infektion vaikutuksesta ja ihon kunnosta. Sen sijaan varsinaisesta operaatiosta ja sen jälkeisistä tapahtumista potilaat olivat saaneet tietoa vähän. Näistä tuloksista huolimatta potilaat olivat olleet tyytyväisiä saamansa preoperatiivisen puhelinohjauksen laatuun ja sisältöihin.

---

Asiasanat: leiko, preoperatiivinen puhelinohjaus, tyräpotilas

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree programme, nursing

---

Authors: Eveliina Jäppinen & Riikka Salo

Title of thesis: Hernia FHTO-patients' preoperative phone guidance implemented by nurses

Supervisors: Eija Niemelä & Irmeli Pasanen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2016

Number of pages: 40 + 4

---

Nowadays preoperative guidance is given more often on the phone. Phone guidance is strongly linked to From Home to Operation operations model also known as FHTO, in which patients who come to an elective operation prepare themselves at home and come to hospital on the day of the operation. Phone guidance plays a key role making patients' preoperative phase as smooth as possible.

The purpose of this thesis was to find out by a quantitative survey if the preoperative phone guidance given by nurses is sufficient enough, so that patients have enough information to prepare for the operation at home. The results of the survey can be used in developing preoperative phone guidance.

The survey was carried out as a quantitative research. We used a structured questionnaire which was compiled by us. The research material was collected during 11.1.-15.3.2016 from patients of the operative unit of Raahe hospital. The research group consisted of 80 FHTO hernia patients. 63 of them returned the questionnaire. The answers were analyzed by SPSS program.

The results of the research revealed that patients get information for example on possible infections and skin condition. These things affect whether the patient is suitable for an operation. However the patients didn't get enough information on the operation itself and what happens after the operation. On the whole the patients were satisfied with the quality and contents of the preoperative phone guidance.

---

Keywords: From Home to Operation (FHTO), preoperative phone guidance, hernia patient

# SISÄLLYS

<b>TIIVISTELMÄ</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>JOHDANTO</b> .....	4
<b>1 HYVÄ POTILASOHJAUS</b> .....	6
1.1 Potilasohjauksen merkitys .....	6
1.2 Preoperatiivinen potilasohjaus .....	7
1.3 Puhelinohjaus terveydenhuollossa .....	7
1.3.1 Puhelinohjaus ja vuorovaikutus .....	8
1.3.2 Puhelinohjauksen hyödyt .....	8
1.3.3 Ongelmat puhelinohjauksessa .....	8
1.3.4 Puhelinohjauksen toimintamalli .....	9
1.4 Sairaanhoidajan ohjaajana .....	9
1.5 Asiakkaan rooli ohjauksessa .....	10
<b>2 LEIKKAUKSEEN KOTOA -TOIMINTAMALLI</b> .....	12
2.1 Leiko-prosessi .....	13
2.2 Leikon toteutus Raahen sairaalassa .....	14
<b>3 TYRÄPOTILAAN HOITOTYÖ</b> .....	15
3.1 Tyrän muodostuminen .....	15
3.2 Erilaiset tyrät .....	15
3.3 Tyräleikkausmenetelmät .....	16
3.4 Tyräleikkausten riskit .....	17
3.5 Tyräpotilaan ohjaus .....	18
3.5.1 Tyräpotilaan haavanhoito-ohjaus .....	18
3.5.2 Tyräpotilaan kivunhoidon ohjaus .....	19
3.5.3 Tyräpotilaan liikkumisen ohjaus .....	20
3.5.4 Tyräpotilaan kotiutuminen .....	21
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA</b> .....	22
<b>5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	23
5.1 Kvantitatiivinen tutkimus .....	23
5.2 Kyselytutkimus.....	23
5.3 Aineiston kerääminen .....	24
5.4 Tutkimusaineiston analysointi .....	25
<b>6 TUTKIMUKSEN TULOKSET</b> .....	26
6.1 Vastaajien taustatiedot .....	26
6.2 Sairaanhoidajan antama puhelinohjaus .....	27
6.3 Vastaajien toiveita ja kommentteja puhelinohjauksesta .....	30
6.4 Tulosten yhteenveto .....	31
<b>7 POHDINTA</b> .....	32
7.1 Tulosten tarkastelua .....	32
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	33
7.3 Omat oppimiskokemukset .....	34
7.4 Jatkotutkimusideat .....	35
<b>LÄHTEET</b> .....	36
<b>LIITTEET</b> .....	41

## JOHDANTO

Olimme yhtä aikaa kirurgisen sairaanhoitotyön harjoittelussa Raahen sairaalan operatiivisella osastolla. Tuolloin osastolla oltiin aloittelemassa leikkaukseen kotoa -toimintamallia. Käytämme tässä työssä yleisesti tunnettua lyhennettä leiko. Kiinnostuksemme heräsi tätä aihetta kohtaan ja kysyimme osastonhoitajalta, olisiko heillä tarvetta opinnäytetyölle aiheeseen liittyen. Päädyimme yhteistuumiin tekemään opinnäytetyön leiko-potilaiden arviosta potilasohjauksesta, koska leikoprosessissa hyvällä potilasohjauksella on erityisen suuri merkitys. Tarkensimme potilasryhmän tyräpotilaisiin, koska se on yksi suurimpia kirurgisia potilasryhmiä Raahen sairaalassa. Raahen sairaalassa leiko-potilaat saavat preoperatiivisen ohjauksen puhelimitse.

Preoperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan leikkausta edeltävää hoitoa, joka alkaa, kun leikkauspäätös on tehty. Tässä vaiheessa potilas valmistautuu leikkaukseen niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. Preoperatiivinen hoito päättyy, kun hoitovastuu siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2012, 466.)

Leikkausta edeltävän hoitotyön aluksi pyritään luomaan potilaalle luottamuksellinen hoitosuhde ja tulokeskustelussa käydään läpi taustatiedot, joita ovat esimerkiksi sairauteen liittyvät asiat sekä fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Preoperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu keskeisesti ohjaus, jolla varmistetaan, että potilas on tietoinen sairaudestaan ja leikkauksesta sekä leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Leikkausta edeltävään ohjaukseen kuuluvat potilaan esitietojen läpikäynti, leikkauksekelpoisuuden määrittely, ravitsemuksen ja lääkityksen ohjaus, verivaraus, hygienian hoitamisen sekä trombien ehkäisyn ohjaaminen. (Iivanainen ym. 2012, 469–478.)

Tavalla, jolla ohjaus annetaan, on merkitystä. Ohjattava ei pysty sisäistämään ohjaajan passiivisesti antamaa tietoa eikä ole siten motivoitunut noudattamaan saamiaan ohjeita. Nykyään ohjauksessa pyritäänkin asiakaslähtöisyyteen. (Kääriäinen 2011, 41.) Ohjauksen merkitys kaikessa hoitotyössä on suuri, sillä potilailla on lakisääteinen oikeus saada tietoa hoidostaan. Ohjaus lähtee aina potilaan tarpeista ja siihen vaikuttavat potilaan ikä sekä arvot ja motivaatio. (Lipponen 2014, 17–18, viitattu 16.1.2015.)

Yksi ohjauksen tavoitteista on aktivoida potilaan aiempia omahoitoon liittyviä tietoja. Ohjaajalta vaaditaan kokonaisuuden hahmottamista sekä ohjattavien asioiden jakamista sopivan kokoisiksi annoksiksi. Myös potilaalle kokonaisuuden hahmottaminen on tärkeää, ja siksi ohjauksessa tulisi

käyttää havainnollistavia apuvälineitä. Asioita voi myös liittää arkipäiväisiin tilanteisiin. (Kääriäinen 2011, 41.) Ohjauksen ollessa potilaslähtöistä potilas saa lisää valmiuksia sairautensa hoitoon ja hoito-ohjeiden noudattaminen lähtee potilaasta itsestään. Samalla tyytyväisyys hoitoon lisääntyy ja oireet vähenevät. Ohjauksen olisi oltava riittävää sekä vaikuttavaa, jotta potilaalla olisi tunne siitä, että hän pärjää sairautensa kanssa. (Lipponen 2014, 17–18, viitattu 16.1.2015.)

Ohjauksella on suuri merkitys leiko-toiminnassa. Leiko-toiminnalla tarkoitetaan leikkaukseen kotoa -toimintamallia, jossa potilas saapuu sovitusti sairaalaan leikkauspäivänä. Potilas valmistautuu kotonaan ja menee sairaalassa leiko-yksiköstä suoraan leikkaussaliin. (Iivanainen ym. 2012, 469.) Potilas tulee siis vuodeosastolle vasta leikkauksen jälkeen. Näin vältetään mahdollinen bakteeritartutus. Päiväkirurgisesta leikkauksesta leiko eroaa sillä, että päiväkirurginen potilas kotiutuu saman päivän aikana, jos vaaditut kriteerit täyttyvät. (Keränen 2006, 1412–1413, viitattu 16.1.2015.)

# 1 HYVÄ POTILASOHJAUS

## 1.1 Potilasohjauksen merkitys

Keskeinen hoitotyön auttamismenetelmä on potilasohjaus. Kun hoitoajat lyhentyvät, potilaan ohjauksen tarve korostuu. Samalla potilaiden tieto omista sairauksistaan ja oikeuksistaan on kasvanut. (Lipponen 2014, 17, viitattu 16.1.2015.) Leikkausta edeltävä, leikkauksen aikainen ja leikkauksen jälkeinen hoitotyö vaativat hyvää potilasohjausta – sekä suullista että kirjallista – koska potilaalla itsellään on yhä suurempi vastuu leikkaukseen valmistautumisessa ja kuntoutumisessa. (Tyrväinen 2014, 16.)

Aiemmin ohjaaja on siirtänyt tietonsa ohjattavalle passiivisesti eikä ohjattava ole tällöin sisäistänyt tietoa eikä siten motivoitunut ohjeiden noudattamiseen. Nykyisin ohjauksessa korostuvat asiakaslähtöisyys, aktiivisuus ja tavoitteellisuus. Yksisuuntaista tiedonvälittämistä voidaan käyttää, jos asiakas ei itse kykene osallistumaan ja tekemään ratkaisuja. Nykyiset oppimiskäsitykset korostavat oppimista tiedon aktiivisena prosessointina ja ymmärtämisenä yksin tai ryhmässä. Tästä syystä asiakkaan aiempien tietojen aktivoiminen ennen uuden oppimista on tärkeää. (Kääriäinen 2011, 41.) Koska potilailla on lakisääteinen oikeus saada tietoa hoidostaan, ohjaus hoitotyön osana korostuu. Ohjauksen lähtökohtina ovat potilaan tarpeet sekä hänen ikänsä, arvonsa ja motivaationsa. (Lipponen 2014, 17, viitattu 16.1.2015.) Kun leikkaukseen valmistautuminen on huolellista, toipuminen tapahtuu nopeammin ja komplikaatioita on vähemmän. Samalla kustannukset vähenevät, sillä suurimmat kustannukset syntyvät nimenomaan leikkausta edeltävästä ja sen jälkeisestä hoidosta. (Tyrväinen 2014, 17.)

2000-luvun alussa tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että ohjaustoiminta on pääasiassa potilaslähtöistä. Monet potilaat kuitenkin kokivat, ettei heidän elämäntilanteitaan huomioitu eikä heille suotu mahdollisuutta keskustella ongelmista. Potilaat myös olisivat halunneet, että heidän omaisensa voisivat olla enemmän ohjauksessa mukana. Kun omainen on läsnä ohjauksessa, väärinymmärrykset vähenevät ja lisäkysymysten esittäminen on helpompaa. Omaisten antaman tuen on todettu vaikuttavan potilaan kotona selviytymiseen. Ohjauksen tulisi olla perusteellista, koska hoidon jatkuminen on potilaan ja hänen omaisensa vastuulla. Ennen sairaalaan tuloa potilaita tulisi ohjata laaja-alaisemmin kuin sairaalassa, ja ohjauksessa tulisi keskittyä sairauteen ja sen hoitoon liittyviin asioihin. Sairaalassa annetun ohjauksen painopisteen tulisi olla sosiaalisen tuen ohjauksessa. Ohjausta kehiteltäessä olisi tärkeää selvittää, mitä ohjaus-käsite merkitsee



potilaalle. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 13–14.) Hyvä potilasohjaus auttaa potilasta ottamaan vastuun omasta toipumisestaan ja tukee potilaan voimavaroja selviytyä tilanteista, jotka liittyvät hänen hoitoonsa. Onnistunut potilasohjaus antaa potilaalle vastuuta toipumisesta, lisää potilaiden kotona selviytymistä ja vähentää yhteydenottoja hoitavaan yksikköön toimenpiteen jälkeen. (Kanste, Lipponen, Kyngäs & Ukkola 2007, 30.)

## **1.2 Preoperatiivinen potilasohjaus**

Preoperatiivisella potilasohjauksella tarkoitetaan leikkausta edeltävää ohjausta. Potilaalle kerrotaan tulevasta operaatiosta, kysellään taustatiedot ja selvitetään muut olennaiset asiat hoitotyön yksilöllistä toteuttamista varten. Olemassa olevien perussairauksien vuoksi taustatiedot ovat erittäin tärkeitä, ja esimerkiksi diabetespotilasta ohjataan varautumaan sokeritasapainon muutoksiin. Leikkauskomplikaatioiden välttämiseksi potilaan fyysisen kunnon tulee olla hyvä ennen elektiivistä eli suunniteltua toimenpidettä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 59–61.)

Preoperatiivinen potilasohjaus keskittyy pääsääntöisesti fysiologisiin mittauksiin varmistaa potilaan leikkauksekelpoisuuden. Kuitenkin pitäisi huomioida myös potilaan henkinen ja sosiaalinen puoli. Potilasohjaus tulisi olla yksilöllistä, sillä kaikki potilaat eivät välttämättä halua keskustella tulevasta toimenpiteestä. Lisäksi on tärkeää ottaa huomioon, millaisia termejä käyttää, jottei potilaan ahdistus lisääntyisi. Jos hoitaja esimerkiksi kertoo operaation olevan ”vain pikkujuttu”, voi kotona toipuminen hidastua, koska potilas kokee olevansa huonossa kunnossa vielä parin vuorokaudenkin jälkeen. (Mitchell 2010, 40–42.) Osa potilaista kokee ennen toimenpidettä pelkoa ja ahdistusta etenkin kipuun liittyen. Hyvällä preoperatiivisella ohjauksella vähennetään leikkausta edeltävää ahdistusta. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 8–9.) Preoperatiivisella ohjauksella on suuri merkitys päiväkirurgisen potilaan hoidossa. Ohjauksen tulee olla sellaista, että potilas kykenee selviytymään toimenpiteeseen liittyvistä valmisteluista ja sen jälkeisestä ajasta, jotta toipuminen olisi parasta mahdollista. (Heino 2007, 5–6.)

## **1.3 Puhelinohjaus terveydenhuollossa**

Puhelinohjaus on terveydenhuollon ammattihenkilön puhelimitse antamaa ohjausta koskien potilaan terveydellisiä asioita. Puhelinohjaus mahdollistaa potilaille nopean kontaktin terveydenhuollon ammattihenkilöön. Tämä on myös yksi keino vähentää tarpeettomien kontaktien määrää terveydenhuollossa. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 77–78.)

### **1.3.1 Puhelinohjaus ja vuorovaikutus**

Luottamus ja asiakaslähtöisyys ovat onnistuneen puhelinohjauksen perusta. Puhelinohjaus edellyttää sairaanhoitajalta hyvää ammatillista pätevyyttä ja itsenäistä roolia. Apuvälineinä hän voi käyttää erilaisia strukturoituja ohjeistuksia. Myös hyvät tietotekniset taidot ovat tarpeelliset. Ohjauksen fyysisen ympäristön tulee olla rauhallinen ja ohjaukseen tarvittavat tiedot helposti saatavilla. Ohjaustilanteeseen tulee varata tarpeeksi aikaa. Puhelinohjaus voi olla joko reaktiivista tai proaktiivista. Reaktiivinen puhelinohjaus on potilaan tai asiakkaan aloitteesta tapahtuva kontakti, joka ei välttämättä edellytä aiempaa hoitosuhdetta. Proaktiivinen puolestaan on ennalta suunniteltua ja hoitotyöntekijän aloitteesta tapahtuvaa puhelinohjausta. (Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 216; Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 232; Nikula, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2014, 5; Lipponen ym. 2006, 78, 81.) Koska Raahen sairaalassa jokainen leikona leikattava tyräpotilas saa ennalta sovittua puhelinohjausta ennen operaatiota (Nuorala, sähköpostiviesti 26.5.2015), keskitymme tekstissämme proaktiiviseen puhelinohjaukseen.

### **1.3.2 Puhelinohjauksen hyödyt**

Kun hoitajaksot lyhentyvät, asiakkaiden tarve ohjaukseen lisääntyy, samoin itsehoidon tarve kasvaa. Puhelinohjauksen tavoitteina ovat hoidon jatkuvuus ja vaikuttavuuden lisääminen, kustannustehokkuus ja terveyden edistäminen. Vastuu laadukkaasta ja tavoitteellisen puhelinohjauksen toteutumisesta on hoitajalla. Kuten kaiken hoitotyön, myös puhelinohjauksen on oltava näyttöön perustuvaa. Puhelinohjauksella on vaikutuksia, jotka kohdistuvat selviytymiseen, hoitoon sitoutumiseen, sairauden hallintaan, elämänlaatuun, turvallisuuteen, kustannuksiin ja resursseihin. Puhelimitse annettu ohjaus aktivoi ja vahvistaa asiakkaan itsehoitotaitoja. (Orava ym. 2012, 234, 240.) Jos hoitaja antaa kiireisen tai vähättelevän mielikuvan, muuttuu puhelinohjaus tehottomaksi. Epäselvissäkin tilanteissa hoitaja ei saa kuulostaa turhautuneelta. Näköyhteyden puuttuessa hoitajan on osattava käyttää non-verbaalisia havainnointikeinoja, kuten potilaan hengityksessä tapahtuvia muutoksia ja taustääniä. (Lipponen ym. 2006, 78–79.)

### **1.3.3 Ongelmat puhelinohjauksessa**

Sairaanhoitopiirin tutkimuksessa havaittiin puhelinohjauksen ongelmiksi muun muassa näköyhteyden puuttuminen potilaan ja hoitajan välillä. Näin ollen hoitajan tulee kyetä tekemään

päätöksensä pelkkien kuvailujen perusteella. Hoitajat kokivat vaikeaksi esittää oikeita kysymyksiä selvittääkseen, onko potilaalla mahdollisesti jotakin sellaista sanottavaa, jota ei saa sanotuksi. Kommunikointi ja kielelliset vaikeudet korostuvat puhelinohjauksessa esimerkiksi maahanmuuttajien kanssa. (Lipponen ym. 2006, 78.)

### **1.3.4 Puhelinohjauksen toimintamalli**

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille tehdyn tutkimuksen perusteella on laadittu sairaanhoitajille ideaalimalli puhelinohjaustoimintaan. Ideaalimallissa on toimintamallit sekä leikkausta edeltävään että sen jälkeiseen potilasohjaukseen. Leikkausta edeltävässä toimintamallissa kerrotaan kohta kohdalta, mitä preoperatiivisen puhelinohjauksen tulisi sisältää. (Lipponen ym. 2006, 81–82.)

Puhelu alkaa hoitajan esittelystä, jolloin myös kerrotaan puhelun tarkoitus. Hoitajan tulee tarkistaa ja varmistaa potilaan henkilöllisyys. Samoin tarkistetaan, onko potilas jo saanut toimenpideajan sekä kerrotaan suunnitellusta toimenpiteestä ja anestesia muodosta. Ohjauksen sisällöistä tulee käydä ilmi seuraavat asiat: toimenpiteen kesto sekä arvio sairasloman pituudesta ja toipumisajasta, kotona tehtävät valmistelut (muun muassa ravinnotta olo, peseytyminen ja ohjeistus päihteiden tauottamiseen ennen toimenpidettä), saattajan tarpeellisuus ja mahdolliset Kela-korvaukset kyydityksiin liittyen, sairaalassa tapahtuvat valmistelut toimenpidepäivänä (fysiologiset mittaukset, esilääkitys), toimenpiteen aikaiset tapahtumat (esimerkiksi leikkaussaliin meneminen ja anestesia muoto), toimenpiteen jälkeiset asiat – kuten yleisvointi ja jatkohoito – sekä kotiinlähtökriteerit. Hoitajan täytyy vielä varmistaa ja kerrata, että annettu ohjaus on mennyt perille ja potilas on tyytyväinen saamaansa ohjaukseen. Puhelun loputtua annettu ohjaus kirjataan sairaskertomukseen tai hoitosuunnitelmaan. (Lipponen ym. 2006, 83.)

### **1.4 Sairaanhoitaja ohjaajana**

Hoitajan tulee hahmottaa kokonaisuuksia ja hänellä tulee olla taito jakaa ohjattavat asiat, jotta asiakkaan uuden tiedon prosessointi helpottuu. Samalla hänen on osattava luoda asiakkaalle kokonaisuuksia opittavasta asiasta. Taitava ohjaaja osaa liittää opittavat tiedot arkipäivän tilanteisiin ja havainnollistaa esimerkiksi käsitekartoilla. Annetun tiedon tulee olla näyttöön perustuvaa tutkimustietoa ja asiakkaan ymmärtäminen täytyy varmistaa kertaamalla. Ohjaukseen käytettyjen tilojen tulisi olla asianmukaiset, sillä ohjausta häiritsevät usein erilaiset keskeytykset. (Kääriäinen 2011, 41; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 28.)

Välittömän ohjauksen lisäksi sairaanhoitaja voi joutua laatimaan ohjausmateriaaleja. Nykyisin käytetään sähköisiä menetelmiä, kuten videoita ja internetiä, joita voi hyödyntää kaikenikäisten asiakkaiden ohjaamisessa. Sairaanhoitajan tulee tuntea koko hoitoketju sekä omata vuorovaikutus- ja viestintätaitoja, klinisiä taitoja ja farmakologista osaamista. (Tyrväinen 2014, 16–17.) Hoitajan velvollisuus on päivittää omaa osaamistaan ja ohjausvalmiuksiaan, jolloin varmistetaan laadukas potilasohjaus (Lipponen 2014, 17, viitattu 16.1.2015). Puhelinohjaus edellyttää hoitajalta vastavuoroista ohjaussuhdetta ja ammatillista osaamista. Hoitaja toimii moniammatillisen työryhmän osana ja saa siltä ohjeistuksia ohjauksensa tueksi. (Orava ym. 2012, 240.)

Ohjaus vahvistaa asiakkaan itseohjautuvuutta ja voimaantumista. Sillä myös parannetaan leikkauksen jälkeistä elämänlaatua ja vähennetään postoperatiivista eli leikkauksen jälkeistä kipua. Kun ohjaus on onnistunut, potilaan tiedonsaanti paranee, leikkauksen pelko vähenee ja potilastyytyväisyys lisääntyy. Samalla sairaalassaoloaika lyhenee ja potilaat ovat motivoituneita ottamaan vastuuta kuntoutumisestaan. Onnistuessaan ohjaus sisältää ”tiedollista, emotionaalista ja konkreettista tukea”. (Tyrväinen 2014, 17.) Päiväkirurgisen potilaan mahdolliset komplikaatiot ilmenevät kotona toimenpiteen jälkeen. Yhdessä tutkimuksessa tekijöitä jäi mietityttämään, kuinka potilaat tunnistavat komplikaatiot. Tiedon saannissa on kysymys tiedon tulkinna, joten sairaanhoitajan tulee osata varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon. (Heino 2007, 6.)

## **1.5 Asiakkaan rooli ohjauksessa**

Asiakkaan kyky suunnitella ja toteuttaa sekä arvioida omaa toimintaansa korostuvat asiakaslähtöisessä ohjausprosessissa. Ohjausprosessi on tarkoitus suunnitella ja toteuttaa yhdessä, jolloin edistetään potilaan tietoisuutta omasta toiminnasta. Tavoitteet määritellään siten, että ne sopivat asiakkaan elämäntilanteeseen. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 28.) Jotta potilaalla olisi mahdollisuus tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä, olisi hoitohenkilökunnan kunnioitettava potilaan oikeuksia ja annettava riittävästi tietoa. Hoitaja–potilas-suhteessa ei enää puhuta hoitomyöntyvyydestä vaan hoitoon sitoutumisesta. Tällöin potilaalla on neuvotteleva rooli ja tarkoituksena on saavuttaa yhteinen hoitopäätös hoitohenkilökunnan antaman tiedon perusteella. Potilas on oman elämänsä asiantuntija, ja tämä tulisi huomioida ohjauksessa. (Tyrväinen 2014, 17.)

Erään tutkimuksen mukaan päiväkirurgiset potilaat, joille oli aiemmin tehty täyhystysoperaatio, kokivat saaneensa ohjausta muita potilaita enemmän. Potilaiden aiemmat kokemuksen ja oma aktiivisuus auttavat tiedonsaannissa. Ohjauksessa tuleekin huomioida erityisesti ensimmäistä kertaa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevat potilaat. Potilasohjauksen ajoittaminen oikein on tärkeää, sillä liian aikaisin tai liian lähellä operaatiota saatu ohjaus heikentää tiedon omaksumista. Tutkimuksen perusteella 1–4 viikkoa ennen operaatiota annettu suullinen tai kirjallinen ohjaus on parempi kuin toimenpidettä edeltävänä päivänä annettu ohjaus. (Heino 2007, 6.)

## 2 LEIKKAUKSEEN KOTOA -TOIMINTAMALLI

Leiko-toiminnalla tarkoitetaan leikkaukseen kotoa -toimintamallia, jossa potilas saapuu sovitusti sairaalaan leikkauspäivänä. Potilas valmistautuu kotonaan ja menee sairaalassa leiko-yksiköstä suoraan leikkaussaliin. (Iivanainen ym. 2012, 469.) Viime vuosien aikana elektiivinen eli suunniteltu leikkaus on muuttunut yhä enemmän päiväkirurgiseksi ja sairaalassaoloaika on lyhentynyt. Syitä leikkausprosessien tehostamiselle ovat kustannustehokkuus, hoitopolkujen selkiyttäminen ja päällekkäisen työn minimointi sekä parempi hoidon laatu ja oikea-aikaisuus. (Tyrväinen 2014, 16.) Hoitotakuu edellyttää, että potilaan tulee päästä leikkaukseen puolen vuoden kuluttua leikkauspäätöksestä. Ennen kuin hoitotakuu astui voimaan, potilaat saattoivat joutua odottamaan vuosia ja täytyi tehdä uusia leikkausarvioita. (Keränen 2006, 1413.)

2000-luvulla Hyvinkään sairaalassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kehitettiin leiko-toimintamalli kasvavien potilasmäärien ja resurssi- sekä henkilöstövajeen ongelmiin. Tässä toimintamallissa elektiiviseen leikkaukseen tulevat potilaat saapuvat sairaalaan leikkauspäivän aamuna ja menevät leikkaussaliin vastaanottoyksikön kautta. Vuodeosastolle he menevät vasta heräämöstä eivätkä siten kuormita vuodeosastoa. Leikkaustyyppillä ja postoperatiivisella sairaalahoidolla ei ole merkitystä leiko-prosessin kannalta. (Tyrväinen 2014, 16.)

Jos potilas jää postoperatiiviseen osastohoitoon, pyritään hänen hoitoaan tehostamaan fast track -hoitoprotokollan avulla (Tyrväinen 2014, 16). Tarkoituksena on nopea toipuminen ja kotiutuminen leikkauksen koosta riippumatta. Kyseessä on tanskalaisen kirurgin Henrik Kehletin kehittämä hoitomalli, jossa hoitotiimi pyrkii nopeuttamaan toipumista koko hoitoprosessin ajan yhteistyössä potilaan kanssa. Tarkoituksena on välttää suolilamaa, optimoida anestesia ja leikkaus ja neste- ja kivunhoito ja kuntoutus. Fast track -hoitoprotokollan mukaan ennen operaatiota potilas saa preoperatiivista juomaa ja opioidien käyttöä vältetään. Kirurgiassa käytetään vähätraumaattisia tekniikoita, kuten tähystystä, ja katetrien ja dreerien käyttöä vältetään. Tarkoituksena on, että potilas olisi jalkeilla jo leikkauspäivänä. Postoperatiivinen kivunhoito tapahtuu epiduraalikipulääkityksellä, parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeillä. Jotta hoitomalli toimisi, vaaditaan hoitohenkilökunnalta hyvää osaamista, suunnitelmallisuutta ja moniammatillista yhteistyötä. (Ahonen & Blek-Vehkaluoto ym. 2013, 126–127.) Totaaliendoproteesi-potilaiden osastolla oloaika tutkittiin eräässä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, jossa toinen ryhmä hoidettiin perinteisen hoitopolun mukaan ja toinen ryhmä fast track – protokollalla. Tuloksena oli,

että keskimääräinen aika, jonka potilas vietti sairaalassa leikkauksen jälkeen, lyheni fast track – potilailla merkittävästi. (Lyman, Padgett & Sculco 2011, 225.)

## 2.1 Leiko-prosessi

Kun prosessi nopeutuu, kipulääkkeitä tarvitaan vähemmän ja potilaiden kokema stressi ja sairaudentunne vähenevät. Varhainen liikkeelle lähtö vähentää laskimoveritulppien ja keuhko-ongelmien riskiä. Ravitsemus aloitetaan aikaisin leikkauksen jälkeen ja näin vähennetään suolilaman riskiä ja pahoinvointia. Myös suolen toiminta saadaan käynnistymään nopeammin. Dreenit ja katetrit poistetaan varhain ja samalla infektoriski pienenee. (Tyrväinen 2014, 16.) Bakteeriantistusta vähennetään myös sillä, ettei potilas käy vuodeosastolla ennen leikkausta (Keränen 2006, 1412). Erään tutkimuksen mukaan leiko-potilaat ovat kokeneet kotona valmistautumisen vaivattommaksi ja miellyttävämmäksi kuin sairaalassa valmistautumisen. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajalla kuluu kaksi kuukautta potilaskuljetuksiin tuhatta potilasta kohden. Leiko-toiminnalla pyritään vähentämään sairaanhoitajan ajan kulumista ”turhaan” työhön, ja näin ollen aikaa jää niihin töihin, joihin hänet on koulutettu. (Ahonen & Blek-Vehkaluoto ym. 2013, 126.)

Leiko-prosessi alkaa, kun potilas on saanut leikkauspäätöksen, joka on tehty kirurgian poliklinikalla lääkärin vastaanotolla. Sairaanhoitaja perehtyy potilaan esitietoihin ja lähettää potilaalle valmistautumisohjeet sekä leikkauksutsun muutama viikko ennen operaatiota. Potilaan on käytävä myös tarvittavissa laboratoriokokeissa ohjeistettuna ajankohtana. Laboratoriotutkimukset voivat vielä vaikuttaa leikkaukelpoisuuteen. (Ahonen & Blek-Vehkaluoto ym. 2013, 126.)

Päivää aikaisemmin potilas on yhteydessä leiko-yksikköön, jonka hoitaja varmistaa, että kaikki tarvittavat valmistelut ennen operaatiopäivää on tehty. Näitä valmisteluja ovat muun muassa peseytyminen, ravinnotta olo puolenyön jälkeen ja säännöllisen lääkityksen noudattaminen ohjeiden mukaisesti. Leikkauksen aamuna potilas saapuu leiko-yksikköön, jossa hoitaja vielä haastattelee leikkausta varten ja potilas tapaa leikkaavan lääkärin. Potilas kävelee itse leikkauksosastolle. Leikkauksen jälkeen potilas menee joko päiväkirurgiseen yksikköön ja kotiutuu sieltä tai hän menee vuodeosastolle. (Laisi 2012, 18, viitattu 27.1.2015.) Tyräoperaatiot, etenkin nivustyräoperaatiot, toteutetaan usein päiväkirurgisesti. Potilaat ovat tyytyväisempiä, koska saavat toipua kotona tutussa ympäristössä. (Hammond 2014, 55.) Päiväkirurgisista potilaista suurin osa

kotiutuu leikkauspäivänä. Yleisimmät syyt siihen, ettei potilas kotiudu toimenpidepäivänä, ovat kipu tai päiki-kriteereissä olevan seuran puuttuminen. (Mattila 2010, 35.)

## **2.2 Leikon toteutus Raahen sairaalassa**

Raahen sairaalassa leiko-toiminta on otettu käyttöön lokakuussa 2014. Etenkin tyräpotilaita leikataan leikona Raahen sairaalassa. Potilaan ikä, toimenpide, perussairaudet ja asuinpaikka vaikuttavat siihen, onko kyseessä leiko- vai päiki-potilas (eli päiväkirurginen potilas). Raahessa puretaan Oulun yliopistollisen sairaalan leikkausjonoja, joten potilaat voivat tulla pitkienkin matkojen päästä. Tällöin potilas saapuu operatiiviselle osastolle jo leikkausta edeltävänä päivänä. (Nuorala, sähköpostiviesti 3.2.2015.)

Potilaat haastatellaan noin viikkoa ennen toimenpidettä preoperatiivisella puhelinsoitolla. Puhelun yhteydessä anestesiakaavake esitätetään ja käydään läpi muutkin anestesiavalmiuteen liittyvät asiat, kuten verikokeissa käynti ennen toimenpiteeseen tulemistä. Potilas saapuu operatiiviselle osastolle leikkauspäivän aamuna. Leiko-hoitaja ottaa potilaan vastaan ja käy läpi päivän ohjelman ja tarkistaa ravinnotta olon, lääkityksen sekä tekee tarvittavat fysiologiset mittaukset. Mahdolliset antiemboliasukat mitataan tässä vaiheessa ja ohjeistetaan pukemaan jalkaan. Tämän haastattelun yhteydessä sairaanhoitaja käy läpi potilasohjauksen suullisesti sekä kirjallisesti pääpiirteittäin. Raahessa on koettu paremmaksi käydä kotihoito-ohjeet läpi tarkemmin toimenpiteen jälkeen, sillä potilaat jännittävät operaatiota ja tiedon omaksuminen on tällöin vähäisempää. Potilas odottaa leikkaukseen pääsyä odotushuoneessa leikkausvaatteisiin pukeutuneena. Tässä vaiheessa potilas voi tutustua saamiinsa kirjallisiin kotihoito-ohjeisiin. Esilääkitys annetaan osastolla ja potilas kävelee itse leikkaussaliin. Rauhoittavan esilääkkeen saanut potilas viedään potilassängyllä leikkaussalin ovelle. Leiko-hoitaja hakee potilaan postoperatiiviseen hoitoon heräämöstä osastolle. (Nuorala, sähköpostiviesti 3.2.2015; Nuorala, haastattelu 29.9.2015.)



### 3 TYRÄPOTILAAN HOITOTYÖ

#### 3.1 Tyrän muodostuminen

Tyrä muodostuu, kun vatsaontelon sisältöä työntyy vatsanpeitteiden läpi ihon alle niin kutsutusta tyräportista. Vatsanpeitteillä tarkoitetaan kylkikaarista häpyluuhun ja nivusista keskikainalolinjaan ulottuvaa aluetta. Tyrät voivat muodostua vatsanpeitteissä olevaan heikkoon kohtaan tai ne voivat olla synnynnäisiä. Synnynnäisesti heikkoja paikkoja ovat nivusseutu ja napa. Tyrän tunnistaa yleensä selvästi ihon läpi pullistuvana kohtana. (Roberts ym. 2010, 543.) Tyrä voi myös muodostua pallean aukon, vatsaontelon takaseinän tai lantionpohjan kautta. Tyräportista voi työntyä ulos esimerkiksi ohut- tai paksusuolta, vatsapaita tai tytöillä joskus jopa munasarja. (Hammar 2011, 177.) Tyräportti voi joskus olla ahdas, jolloin on riskinä esimerkiksi suolen kureutuminen, suolen verenkierron heikentyminen ja pahimmassa tapauksessa kuolio. Tyräportin ollessa ahdas potilaalle aiheutuu kipua. (Roberts ym. 2010, 543–544.)

#### 3.2 Erilaiset tyrät

Tyriä on erilaisia: nivusseudun tyriä, reistryrä, napatyrä, Hernia epigastrica, palleatyrä ja haavatyrä. Lisäksi on harvinaisempia tyriä, joita ovat Spigelin hernia ja rektuslihasten diastaasi. (Roberts ym. 2010, 542.)

Nivustyrä on kahdenlaisia: suora (mediaalinen) ja epäsuora (lateraalinen). Suora nivustyrä syntyy vatsaontelon sisäisen paineen kohdistuessa vatsanpeitteiden heikkoihin kohtiin, kuten nivuskanavan takaseinään, ja epäsuora nivustyrä syntyy, kun kivekseen menevien ja sieltä tulevien rakenteiden kulkuaukko venyy. Naisilla kohdun kannatinsidosten kulkuaukkoon voi syntyä nivustyrä. Miehillä yleisin tyrä on epäsuora tyrä. Reistryrä voi muodostua alueelle, jolla kulkevat reisivaltimo ja -laskimo nivussiteen alta. (Hammar 2011, 178–179.) Reistryrä on pieni pullistuma, joka syntyy nivustaipeen alaosaan tai reiden tyveen. Yleensä tyräportti on kapea, jolloin syntyvään ahtaaseen kanavaan tyrä kureutuu. Napatyrä muodostuu pienellä vauvalla napanuoran aukosta, naparenkaasta, ja on varsin yleinen, mutta lapsen kasvaessa tyrä katoaa. Aikuisella voi naparenkaassa olla pieni reikä, joka vatsaontelon paineen kasvaessa laajenee ja tällöin voi muodostua napatyrä. Vaikka tyrä on pieni, voi siihen kureutua omenttirasvaa ja tulla kipuja. (Roberts ym. 2010, 547–548.)

Hernia epigastrica on navan ja miekkalisäkkeen väliin syntynyt pieni ja kivulias tyrä. On mahdollista, että tyräportteja on useita päällekkäin. Palleatyrä eli hiatushernia muodostuu, kun mahalaukun osa työntyy palleatason yläpuolelle. Syynä voi olla synnynnäisesti väljä pallean aukko tai iän myötä löystynyt ruokatorven rakenne. Muita syitä ovat ylipaino, raskaus ja pitkäaikainen fyysinen ponnistelu. Haavatyry eli ventraalihernia on laparotomia- eli avoleikkaushaavaan tullut tyrä. Haavan arpikudos ei koskaan saavuta normaalia vetolujuutta. Muita tyrän muodostumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat haavainfektio, ylipaino ja tupakointi sekä leikkausviilto ja sulkutekniikka. (Roberts ym. 2010, 540, 548–549.)

Harvinaisia tyriä ovat Spigelin hernia ja rektuslihaksen diastaasi. Spigelin herniassa vinojen vatsalihasten väliin, noin viisi senttimetriä navan alapuolelle, työntyy tyrä. Rektuslihasten välinen linea alba venyy iän myötä, yleensä lihomisen seurauksena, ja vatsaontelon tilavuus kasvaa. Yleensä tyrä näkyy tynnyrivatsana ja makuulta ylös noustessa rektuslihasten väliin muodostuu harjainen pullistuma. (Roberts ym. 2010, 549.)

Raahan sairaalassa leikataan nivustyrä, napatyriä ja arpityriä sekä muita vatsan alueen tyriä. Siellä tyräpotilaat kuuluvat leiko-potilaisiin. Poikkeuksena ovat monisairaat, korkean riskin potilaat ja Oulun yliopistollisen sairaalan jonopurkupotilaat. (Nuorala, sähköpostiviesti 3.2.2015.)

### **3.3 Tyräleikkausmenetelmät**

Tyrän olemassaolo ei tarkoita automaattisesti leikkaushoitoa. Tyrä ei kuitenkaan parane itsestään, vaan sille on tyypillistä kasvaminen. Iäkkään henkilön oireeton tyrä ei välttämättä vaadi hoitoa. Tyräleikkausmenetelmiä on neljä erilaista: herniotomia, suturaatio, operatio plastica ja vatsanpeitteiden vahvistus keinoaineella. (Roberts ym. 2010, 544.)

Herniotomiassa (avoleikkauksessa) tyräpussi irrotetaan ja avataan. Tyräpussin sisältö palautetaan vatsaonteloon ja tyvi suljetaan. Vaihtoehtona on poistaa pussi tai halkaista se ja jättää sitten paikoilleen. Suturaatiossa tyräpussi irrotetaan ja työnnetään sisään. Tämän jälkeen tyräportti ommellaan sulamattomalla langalla. Pieneen reikään ei tule kiristystä, mutta ylipaino lisää sitä ja samalla uusiutumisen riski kasvaa. (Roberts ym. 2010, 544.)

Operatio plastica on suturaatiota monivaiheisempi. Siinä tyräportti peitetään vatsanpeitteiden rekonstruktioilla sulkemalla tyräportti läheisiä kalvojänteitä (aponeuroosi) hyväksi käyttäen.

Esimerkiksi pieni tyräportti suljetaan venyttämällä kalvojänteitä ompeleen molemmin puolin peittämään aukkoa. Kun vatsanpeitteitä vahvistetaan keinoaineella, käytetään yleensä sulamatonta verkkoa. Verkko asetetaan siten, että se ulottuu joka suunnasta tyräportin reunojen yli vähintään viisi senttimetriä ja kiinnitetään ompeleilla. Riittävän suuri verkko puristuu paikoilleen vatsaontelon sisäisen paineen ansiosta eikä luista tyräportista. (Roberts ym. 2010, 544.)

### **3.4 Tyräleikkausten riskit**

Kirurgia ei ole koskaan riskitöntä. Riskit johtuvat käytetystä operaatiosta tai potilaasta itsestä. Kirurgisena komplikaationa pidetään sellaista tapahtumaa, joka ei ole toivottava toipumisen kannalta. (Haapiainen 2014, viitattu 18.4.2015.) Tyräleikkauksissa, kuten kaikissa muissakin operaatioissa, on aina omat riskinsä.

Erään tutkimuksen mukaan pitkittynyt kipu nivustyräleikkauksen jälkeen oli suurin ongelma (Vironen, Scheinin & Paajanen 2009). On epäilty, että tyräleikkauksissa käytettävät verkot lisäävät kipua, mutta viime aikoina markkinoille on tullut kevyempiä ja joustavammasta materiaalista valmistettuja kevytverkoja. Näiden käytöllä pyritään vähentämään kipua. Noin kymmenesosa potilaista saattaa kokea kivun kohtalaiseksi tai jopa vaikeaksi. Leikkausalueen kipua kuuluu asiaan, mutta kivun pitäisi lieventyä ja hävitä viimeistään kolmen viikon sisällä. Mikäli kipu pitkittyy, on siihen puututtava. (Heikkinen 2009, 4247.)

Yksi riskeistä on leikkaushaavan infektoituminen. Jos infektio leviää haavassa syvempiin kudoksiin, mahdollinen verkkomateriaali voidaan joutua poistamaan. (Hammar 2011, 185.) Lisäksi miehillä voi leikkauksesta aiheutua muun muassa hedelmättömyyttä ja erektiohäiriöitä (Hammar 2011, 185). Miehillä, joilla sperman laatu on heikkoa ennestään, tyräverkot voivat pahimmassa tapauksessa johtaa hedelmättömyyteen. Tyräverkko voi aiheuttaa ympäröiviin kudoksiin tulehdusreaktion, jonka seurauksena muun muassa siemenjohdin voi tukkeutua. (Tuuliranta 2007, viitattu 18.4.2015.)

Entisen tyrän kohdalle voi muodostua serooma eli kudostenestekertymä tai verenpurkauma eli hematooma. Pienestä verenpurkaumasta ei ole ongelmaa, mutta ison verenpurkauman seurauksena voi haavan reunojen verenkierto vaarantua. (Hammar 2011, 185; Heikkinen 2009.) Tyrä voi myös uusiutua, jolloin uusintaoperaatio on yleensä tarpeellinen. Jotta tyrä ei uusiutuisi,

pitäisi leikkauksen jälkeen malttaa olla nostamatta raskaita taakkoja ja muistaa levätä kunnolla sairausloman ajan. (Hammar 2011, 185.)

### **3.5 Tyräpotilaan ohjaus**

Tyräpotilaiden preoperatiiviseen ohjaukseen kuuluu paitsi leikkausta edeltävän toiminnan myös leikkauksen jälkeisen toiminnan ohjaus (Iivanainen ym. 2012, 470–471). Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä ohjaus alkaa, kun lääkäri ja potilas ovat tehneet leikkauspäätöksen. Lääkäri keskustelee potilaan kanssa leikkauksesta ja pyrkii vähentämään tämän pelkoa ja jännitystä. Leikkauspäätöksen seurauksena potilas pääsee leikkausjonoon ja puhutaan suunnitellusta eli elektiivisestä leikkauksesta. Leikkausjonossa oleva potilas saa sairaalasta kirjallisen leikkauksutsun. Kun potilas odottelee leikkauksutsua, hän valmistautuu leikkaukseen monin tavoin. Potilas esimerkiksi kohottaa yleiskuntoaan ja vahvistaa keuhkojen sekä sydämen toimintaa. Jos potilaalla on muita sairauksia, hän hoitaa ne ja välttää hengitystieinfektion syntymistä. Muutenkin potilas huolehtii hygieniastaan, ihonsa kunnosta ja suuhygieniastaan. Mahdolliset ravitsemushäiriöt pitää korjata ja tarvittaessa pudottaa painoa. (Iivanainen ym. 2012, 466–469.)

Kun potilas saapuu kirurgiselle vuodeosastolle, alkaa välitön leikkaukseen valmistava hoitotyö. Vastaanottava hoitaja keskustelee potilaan ja mahdollisen omaisen kanssa leikkauksesta ja siihen liittyvistä muista hoitokäytännöistä. Hoitaja antaa kotihoito- ja jatkohoito-ohjeet. Hän myös täyttää anestesiakaavakkeen, selvittää kotilääkityksen ja kertoo suunnitelluista toimenpiteistä ja leikkausvalmisteluista. Tavoitteena on, että ennen leikkausta potilas olisi tietoinen sairaudestaan sekä leikkauksesta ja ymmärtäisi leikkausvalmistelujen tarkoituksen ja tietäisi leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Leikkausta edeltävä ohjaus on onnistunut, kun potilas tuntee olonsa turvalliseksi ja kokee saavansa yksilöllistä hoitoa. (Iivanainen ym. 2012, 469–471.)

#### **3.5.1 Tyräpotilaan haavanhoito-ohjaus**

Puhdas kirurginen haava umpeutuu tutkimusten mukaan 24–48 tunnin kuluttua leikkauksesta. Haavan paranemisessa on kyse elimistön puolustautumiskeinosta, ja siksi se onkin perusedellytys kirurgisten toimenpiteiden onnistumiselle. Muutama tunti viiltohaavan syntymisestä alkaa epiteelikudoksen muodostuminen, ja 24 tuntia myöhemmin haava on umpeutunut, eivätkä bakteerit pääse haavan sisälle ulkoapäin. Epiteelin kasvamisen jälkeen haava ei infektoitu ulkopuolisesta syystä. Ensimmäisen kuukauden ajan on varsinainen paranemisvaihe, jolloin haavaan muodostuu

granulaatiokudosta. Viimeinen eli kypsymisvaihe voi kestää kuukausia tai jopa vuosia. Sairaaloissa on erilaisia käytäntöjä siitä, milloin sidokset saa poistaa ja haavan suihkuttaa. (Iivanainen ym. 2012, 504.) Suihkuttaminen tapahtuu lämpimällä vedellä kevyesti. Leikkausalue kuivataan puhtaalla pyyhkeellä painellen, hangata ei saa. Leikkausaluetta ei tarvitse erikseen suojata ellei haava eritä. (Kuusamon kaupunki 2015, viitattu 31.3.2015.)

Haavan turhaa koskettelua tulee välttää. Bakteerikontaminaation takia ensimmäisen 24 tunnin aikana ei saa tarpeettomasti vaihtaa leikkauksessa laitettua sidosta (Iivanainen ym. 2012, 505). Kahden päivän kuluttua ompeleiden poistosta voi mennä saunaan, kylpyyn ja uimaan. Haavalla voi olla turvotusta leikkauksen jälkeen. Miehillä voivat kivespussit turvota ja mustelmia voi ilmestyä kivespussiin ja penikseen. Nivusseutu tuntuu erilaiselta vielä kuukausia leikkauksen jälkeen. Haavalle muodostuu arpikudos, joka on herneenpalon kaltainen, kova, paksu ja kiristävä kudoskeräymä. (Hatanpään kantasairaala 2015, viitattu 31.3.2015.)

Ompeleiden poiston ajankohta vaihtelee haavan sijainnin mukaan. Kasvoilla ja kaulalla on hyvä verenkierto, minkä ansiosta paraneminen on nopeaa ja ompeleet voidaan poistaa jo kolmantena tai neljäntenä postoperatiivisena päivänä. Sen sijaan vartalolla ja raajoissa olevat ompeleet poistetaan vasta 7–14 vuorokauden kuluttua. (Iivanainen ym. 2012, 506.) Ompeleiden poisto tapahtuu terveyskeskuksessa, neuvolassa tai työterveyshuollossa. Jos haavalla on itsestään sulavat ompeleet, päällä olevan haavateipin saa poistaa viikon kuluttua leikkauksesta. (Vaasan keskussairaala 2015, viitattu 31.3.2015.)

### **3.5.2 Tyräpotilaan kivunhoidon ohjaus**

Monet tekijät vaikuttavat kivun syntyyn ja voimakkuuteen, ja potilas itse on oman kipunsa asiantuntija. Kipua voi aiheutua leikkaushaavan pinta- ja syväkivusta, sidoksista ja dreenistä, toimenpideasennosta tai perussairaudesta. Myös potilaan psykososiaalinen ympäristö vaikuttaa kivun kokemiseen. Haavakipu voi olla kudosaivuri- tai hermovauriokipua. Kudosaivuriokipu on syntynyt kudosaivurion seurauksena ja on kestoaltaan rajallinen, mutta hermovauriokipua aiheuttaa jopa kevyt kosketus ja se on kroonisen kivun merkittävä riskitekijä. Yleensä kolmen ensimmäisen päivän ajan haavan kipu on kovinta. Kivun arvioiminen ohjataan potilaalle ja sairaalahoidon aikana käytetään koko ajan samaa arviointimenetelmää. Leikkauspotilaan tulee saada tarpeeksi kipulääkettä, ja yleensä se tulisi antaa jo ennen kuin kipu ilmaantuu. Kivunhoidosta on paljon hyötyä, sillä silloin toipuminen nopeutuu ja potilas voi paremmin. Potilaan sydämen ja

verenkiertoelimistön rasitus vähentyy ja hengitystoiminta helpottuu. Myös terveydenhuoltomenot vähentyvät. Kipulääkettä annetaan suun kautta, injektiona lihakseen tai ihon alle, epiduraalitaalain tai laskimoon. Kipulääkkeen määrää anestesia lääkäri, ja yleensä suuren leikkauksen jälkeen annetaan opioideja ja pienen leikkauksen jälkeen tulehduskipulääkkeitä. Tulehduskipulääkkeillä on hyvä vaikutus, koska leikkaus on aiheuttanut elimistössä tulehduksen. Opioideja käytetään akuutin ja sietämättömän kivun hoidossa, ja ne vaikuttavat aivoihin ja selkäyttimeen. (Iivanainen ym. 2012, 498–500; Salanterä ym. 2013, 7.)

Avoleikkauksen loppuvaiheessa haavan seudulle laitetaan puuduteainetta leikkauksen jälkeistä kipua vähentämään. On hyvä ottaa määrättyjä kipulääkkeitä säännöllisesti 1–4 vuorokauden ajan ja sitten tarvittaessa. (Vaasan keskussairaala 2015, viitattu 31.3.2015.) Mikäli leikkaus on tehty täyhystämällä, voi potilaalla olla lisäksi hartiakipua käytetystä kaasusta johtuen (Hatanpään kantasairaala 2015, viitattu 31.3.2015).

### **3.5.3 Tyräpotilaan liikkumisen ohjaus**

Ensimmäisen kuukauden ajan leikkauksen jälkeen haavan vetolujuus on huono, ja tästä syystä potilaan tulisi olla varovainen (Iivanainen ym. 2012, 505). Liikkuminen ja ulkoilu heti leikkauksen jälkeen sallitaan kivun rajoissa. Äkillisiä nostoja ja kantamista tulee kuitenkin välttää. Arpikudos voi aiheuttaa kipua ja kiristystä joissakin asennoissa ja liikkeissä, mutta vaiva helpottaa arven pienenentyessä. (Hatanpään kantasairaala 2015, viitattu 31.3.2015.) Neljän viikon ajan tulisi välttää yli kolme kilogrammaa painavien tavaroiden nostelua (Carea 2014, viitattu 31.3.2015).

Äkillisten liikkeiden lisäksi tulee sairasloman ajan välttää ponnisteluita, kuten vetämistä, työntämistä, kantamista ja nostamista. Kymmenen vuorokauden ajan tulisi välttää autolla ajoa, koska aluksi leikatun puolen alaraaja ei reagoi normaalisti autolla ajettaessa. Sängystä nousu tapahtuu käsillä auttaen leikatun puolen kyljen kautta. (Vaasan keskussairaala 2015, hakupäivä 31.3.2015.) Polvet vedetään koukkuun ja potilas kääntyy kyljelleen. Potilas nousee kyynärpäähän varaan ja vie jalat sängyn reunan yli. Käsillään potilas työntää itsensä ylös. Ponnistelujen lisäksi potilaan tulee välttää myös polkupyörällä ajoa. (Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä 2013.) Voimakasta ponnistelua tulee välttää myös ulostaessa. Vatsan säännölliseen toimintaan auttavat runsas juominen ja runsaskuituinen ruoka. Mikäli vatsa ei ole toiminut kolmantena päivänä leikkauksesta, voi potilas hakea apteekista lääkettä, joka pehmentää ulostetta. (Carea 2014, viitattu 31.3.2015.)

Tarvittaessa lääkäri määrää potilaalle tyrävyön, jota potilas käyttää vähintään kahdeksan viikkoa leikkauksen jälkeen (Carea 2014, viitattu 31.3.2015). Vyön tehtävänä on estää, etteivät vatsaontelon rakenteet luista ihon alle tyräportista (Saarelma 2015, viitattu 23.12.2015).

Potilasta ohjataan tekemään hengitysharjoituksia, koska niiden avulla keuhkotuuletus paranee ja nukutusaineiden poistuminen nopeutuu. Ne myös tehostavat liman siirtymistä keuhkoista ja siten ehkäisevät tulehduksia. Myös verenkiertoa vilkastuttavia liikkeitä ohjataan tekemään, sillä niiden avulla ennaltaehkäistään laskimotukoksia, joita vuodelevon aikana voi syntyä. Hengitysharjoituksia ja verenkiertoa vilkastuttavia liikkeitä ohjataan tekemään 1–2 tunnin välein valveilla ollessa. Hengitysharjoituksissa hengitetään nenän kautta sisään ja suun kautta ulos. Verenkiertoa vilkastuttava liike on nilkkojen koukistus ja ojennus. Yskiessä ohjataan tukemaan haavaa tyynyllä tai käsillä, ja kivuttominta yskiminen on istuessa. Potilas ohjataan tekemään kaksi terävää yskäisyä syvän sisäänhengityksen jälkeen. (Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä 2013.) Riittävän hengityksen ansiosta solut saavat happea, mikä edistää potilaan toipumista. Hengitystä helpottavat raitis ilma ja kivuttomuus. (Iivanainen ym. 2012, 494.)

### **3.5.4 Tyräpotilaan kotiutuminen**

Kotiutumisen yhteydessä potilaan ja mahdollisen omaisen kanssa käydään läpi potilasohjeet suullisesti ja kirjallisesti ja hoitaja antaa potilaalle tarvittavat kotiutukseen liittyvät paperit. Hoitaja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjeet ja että hän kotiutuu luottavaisin mielin. (Iivanainen ym. 2012, 503–504.) Sairasloman pituus on 2–4 viikkoa leikkausmenetelmästä ja potilaan työstä riippuen. Yleensä ei ole jälkitarkastusta. Potilasta ohjataan olemaan yhteydessä hoitavaan yksikköön tai terveyskeskukseen, mikäli haavalla ilmenee tulehdusoireita, joita ovat yltyvä kipu, kuumotus ja punoitus, voimakas turvotus ja jatkuva erityy haavasta. Myös muissa ongelmassa kehoitetaan olemaan yhteydessä. (Vaasan keskussairaala 2015, viitattu 31.3.2015.) Mikäli potilaalla on lämpöä yli 38 astetta vuorokauden ajan, hänen tulee olla yhteydessä hoitavaan yksikköön (Hatanpään kantasairaala 2015, viitattu 31.3.2015). Haavan infektioituminen on yleisin paranemista hidastava sivuvaikutus. Infektioituminen hidastaa potilaan toipumista ja pitkittää sairaalahoitoa. Myös sairausloma ja töihin paluu venyvät ja potilaalle sekä yhteiskunnalle tulee lisäkustannuksia haavainfektioista. Mikäli haavainfektio jää hoitamatta, bakteereja pääsee verenkiertoon aiheuttamaan sepsiksen eli verenmyrkytyksen. (Iivanainen ym. 2012, 509–510.)

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien toteuttaman leiko-potilaiden preoperatiivisen puhelinohjauksen onnistumista tyräpotilaiden arvioimana Raahen sairaalan operatiivisella osastolla. Tutkimuksella saadun tiedon avulla voidaan kehittää puhelimitse tapahtuvan preoperatiivisen potilasohjauksen sisältöjä ja parantaa potilaiden onnistunutta leikkaukseen valmistautumista kotona.

Tutkimusongelma:

Minkälaista sairaanhoitajien toteuttama leiko-potilaiden preoperatiivinen puhelinohjaus on sisällöllisesti ja laadullisesti tyräpotilaiden arvioimana?



## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Toteutimme tutkimuksen kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Aineiston keruu tapahtui strukturoidulla kyselylomakkeella.

### 5.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivinen tutkimus mittaa muuttujien välisiä yhteyksiä tilastollisin menetelmin. Näitä muuttujia ovat esimerkiksi ikä ja sukupuoli, jotka ovat niin sanottuja riippumattomia eli selittäviä muuttujia, sekä riippuvaiset eli selitettävät muuttujat, esimerkiksi vastaajan tyytyväisyys hoitoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.) Määrällisessä tutkimuksessa kyselyyn osallistujat valikoituvat yleensä satunnaisesti. Haastattelussa käytetään strukturoituja eli jäsenneltyjä kysymyksiä, joihin saadaan numeraalinen havaintomatriisi. (Tilastokeskus 2015, viitattu 6.5.2015.)

Tutkimuksen perusjoukko on se ryhmä, johon tulokset yleistetään. Perusjoukosta otetaan otos, jonka tulisi edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 104.) Tutkimuksemme osallistujat olivat Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän operatiivisen osaston leiko-potilaita, jotka tulivat suunnitellusti tyräleikkaukseen. Raahen sairaalassa operoidaan kuukauden aikana noin 50 tyrää (Nuorala, sähköpostiviesti 26.5.2015).

### 5.2 Kyselytutkimus

Kyselytutkimuksen kohdehenkilö poimitaan määrätystä perusjoukosta ja aineisto kerätään standardoidusti esittämällä kaikille haastateltaville samat kysymykset samalla tavalla. Yleensä kyselytutkimuksella voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja tutkimukseen on mahdollista saada useita henkilöitä. Kyselymenetelmä säästää aikaa, ja tulosten analysointi tapahtuu tietokoneohjelman avulla. Kyselytutkimuksen aineisto kuitenkin koetaan pinnalliseksi ja tutkimuksia pidetään teoreettisesti vaatimattomina. Tämä onkin yksi kyselytutkimuksen heikkous. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 188–190.)

Kyselytutkimuksen kysymyksinä käytetään kolmea erilaista kysymystyyppiä, joita ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset ja asteikkoihin perustuvat kysymykset. Avoimissa kysymyksissä esitetään kysymys, johon vastataan. Monivalintakysymyksissä on valmiita vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja valitsee. Asteikkoihin perustuva kysymystyyppi on kyseessä,

kun esitetään väittämiä ja vastaaja valitsee niistä sopivimman. Kyselylomakkeen tulee olla selkeä, monimerkityksetön, ammattikieltä välttävä ja helposti täytettävä. Yleiskysymykset sijoitetaan lomakkeen alkuun ja yksityiskohtaiset kysymykset loppuun. Lomakkeen alussa on usein kartoitustietoja, jotka koskevat vastaajaa. Tällaisia ovat esimerkiksi ikä ja sukupuoli. Kyselylomakkeen mukana annetaan lähetekirjelmä, jossa kerrotaan kyselyn tarkoituksesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 194–199.)

### **5.3 Aineiston kerääminen**

Syksyllä 2015 laadimme tutkimussuunnitelman ja samoihin aikoihin valmistui kyselylomake (Liite 2), jonka teimme Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin puhelinohjausmallin perusteella. Sen alussa ovat monivalintakysymyksiä potilaan ikä ja sukupuoli ja lisäksi kysytään, onko potilasta leikattu aiemmin. Ikää ei kysytä tarkkaan, vaan olemme antaneet vaihtoehtoisiksi ikäryhmiä, joista vastaaja valitsee sopivimman. Varsinainen kysely toteutettiin asteikkoihin perustuvilla kysymyksillä ja lopussa on avoin kysymys, johon vastaajilla oli mahdollisuus kirjoittaa vapaasti. Kyselyn alkuun laadimme lyhyen tekstin, jossa kerroimme tutkimuksen tarkoituksen ja sen, mihin kerättyä tietoa käytetään. Lisäksi olemme ottaneet kyselylomakkeeseen mallia aikaisemmista opinnäytetöistä ja tutkimuksista. Kyselylomakkeen valmistuttua haimme tutkimuslupaa, jonka saimme syksyllä 2015 (Liite 1).

Esitestauksella eli pilottitutkimuksella tarkistetaan kysymysten muotoilu. Esitestauksen avulla kysymyksiä voidaan vielä muuttaa varsinaista tutkimusta varten. (Hirsjärvi ym. 2007, 199.) Esitestauksella arvioidaan, ovatko kysymykset oleellisia ja onko jokin kysymys mahdollisesti tarpeeton. Lisäksi selviää, kuinka selkeitä vastausohjeet ovat ja riittääkö vastaamisaika. (Vilkkä 2007, 78.) Esitestauksen suoritimme antamalla kyselylomakkeen viidelle tyräpotilaalle Raahan sairaalan operatiivisella osastolla syksyllä 2015 ja nämä vastaukset testasimme SPSS-ohjelmalla. Kyselylomakkeiden vastausten syöttäminen ohjelmaan toimi hyvin eikä lomakkeisiin tarvinnut tehdä muutoksia.

Saatuamme tutkimusluvan kävimme operatiivisella osastolla tammikuussa 2016 esittelemässä henkilökunnalle opinnäytetyömme aiheen ja tarkoituksen. Samalla veimme kyselylomakkeet ja palautuskuoret osastolle. Ohjeistimme henkilökuntaa antamaan kyselylomakkeet kuorineen tyräpotilaille leikkauspäivän aamuna haastattelutilanteessa. Tyräpotilaat täyttivät kyselyn odottaessaan toimenpiteeseen menoa ja palauttivat sen odotushuoneeseen osaston

palautelaatikkoon. Keräsimme aineistoa maaliskuun 2016 puoleenväliin saakka. Tulokset saatuamme kävimme operatiivisella osastolla esittelemässä ne.

#### **5.4 Tutkimusaineiston analysointi**

Aineiston analysointi alkaa mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen, ja analysointiin on monia tapoja. Kun pyritään selittämään, käytetään tilastollista analyysia ja päätelmiä. Jos pyritään ymmärtämiseen, käytetään laadullista analyysia ja päätelmiä. Pääperiaatteena on valita analyysitapa, jolla saadaan paras vastaus ongelmaan tai tutkimustehtävään. Analysoinnin jälkeen tuloksia on selitettävä ja tulkittava, eli tuloksia pohditaan ja niistä tehdään omia johtopäätöksiä. Tuloksista laaditaan synteesejä, jotka kokoavat pääseikat yhteen ja antavat siten vastaukset ongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 216–225.)

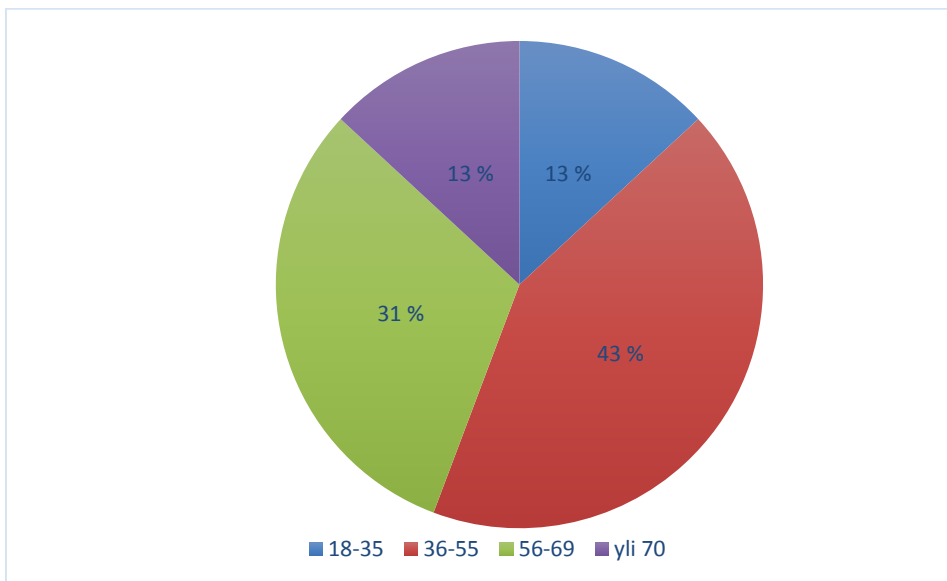
Tutkimustuloksemme analysoimme käyttäen SPSS-ohjelmaa (Statistical Package for Social Sciences). Kyseessä on tilastollinen analyysiohjelmisto, joka sisältää paljon erilaisia tilastollisia menetelmiä ja analysointimahdollisuuksia monipuolisten grafiikkatoimintojen avulla. Tilasto-ohjelman avulla voi tehdä taulukoita, tunnuslukuja ja testejä taulukkolaskentaohjelmaa nopeammin. Saadut tulosteet voi siirtää esimerkiksi Wordiin. (Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 13; Heikkilä 2010 122.) Laskimme SPSS-ohjelmalla frekvenssejä ja prosentteja ja teimme ristiintaulukointia esimerkiksi vertaamalla aiemmin leikkauksessa olleita siihen, kuinka he arvioivat preoperatiivisen puhelinohjauksen auttaneen valmistautumisessa.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kysely toteutettiin Raahen sairaalan operatiivisella osastolla. Kyselyyn osallistui vain tyrä-leikkaukseen tulevia leiko-potilaita. Kyselyjä jaettiin 80 kappaletta ja niistä palautettiin 63. Vastausprosentti oli 79 %.

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

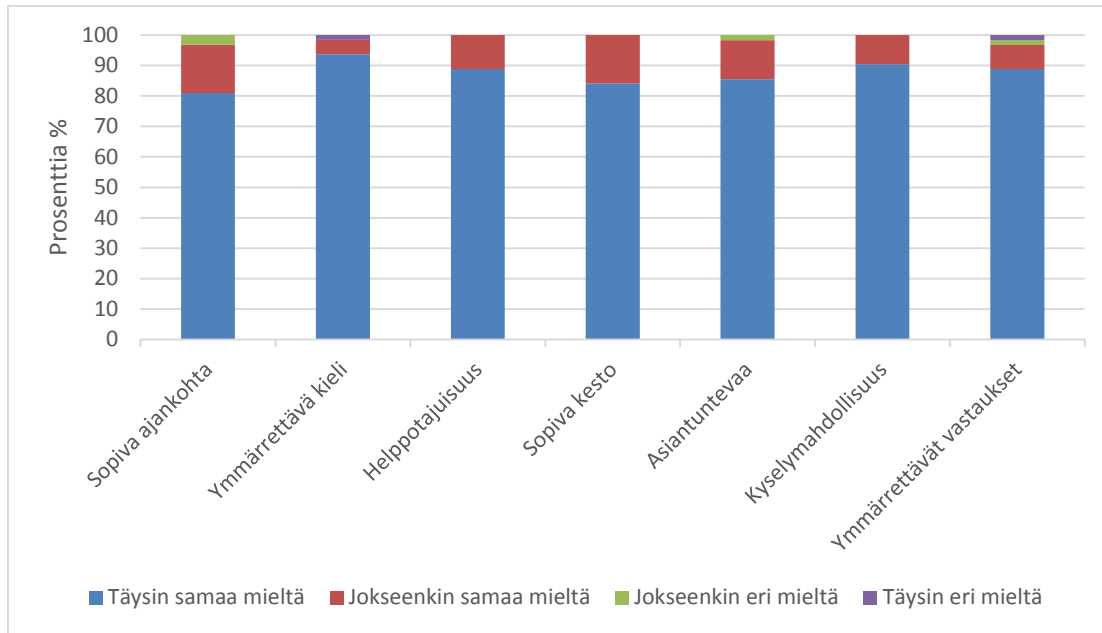
Kyselyssä taustatietoina kysyttiin sukupuoli, ikäjakauma ja onko aiemmin ollut leikkaustoimenpiteessä. Vastaajista 84 % oli miehiä ja naisia oli 14 %. Yksi vastaaja ei ilmoittanut sukupuoltaan. Tyrät ovat yleisempiä miehillä kuin naisilla (Mustajoki 2016, viitattu 18.3.2016) ja se näkyy myös tässä jakaumassa kuviossa 1. Vastaajista eniten oli 36–55 –vuotiaita. Vastaajista (n=62) aiemmin leikkauksessa olleita oli 62 % ja ensikertalaisia 35 %.



Kuvio 1: Vastaajien (n=62) ikäjakauma

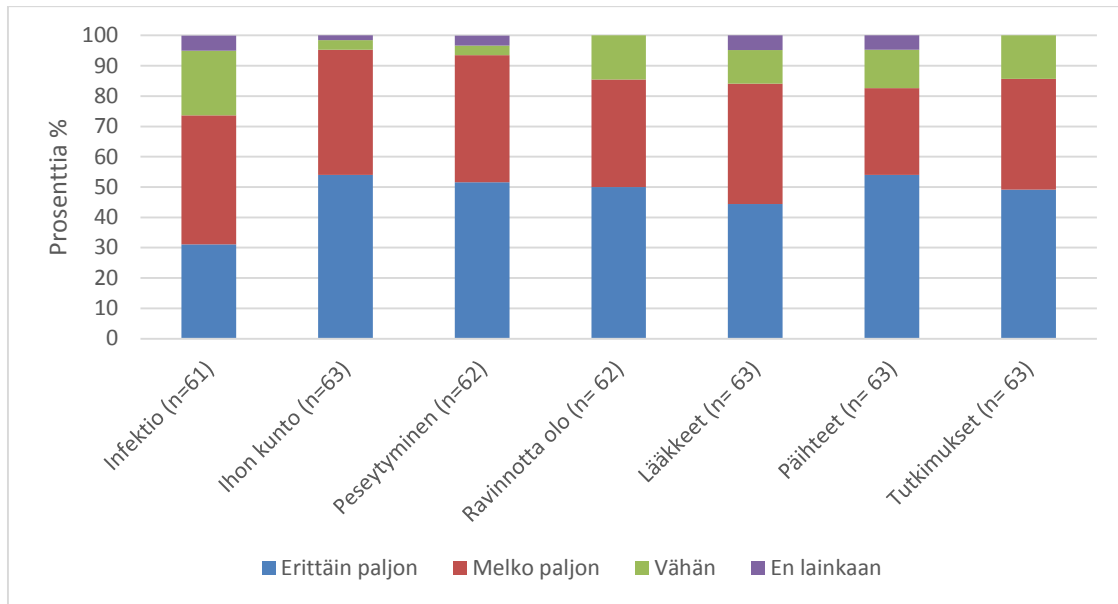
## 6.2 Sairaanhoidajan antama puhelinohjaus

Suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että puhelun ajankohta oli sopiva, sairaanhoidajan käyttämä kieli ymmärrettävää ja ohjaus helppotajuista, puhelun kesto oli sopiva ja sairaanhoidajan ohjaus asiantuntevaa. Pääosa potilaista oli saanut mahdollisuuden esittää kysymyksiä ja saanut kysymyksiinsä myös ymmärrettävät vastaukset. (Kuvio 2).



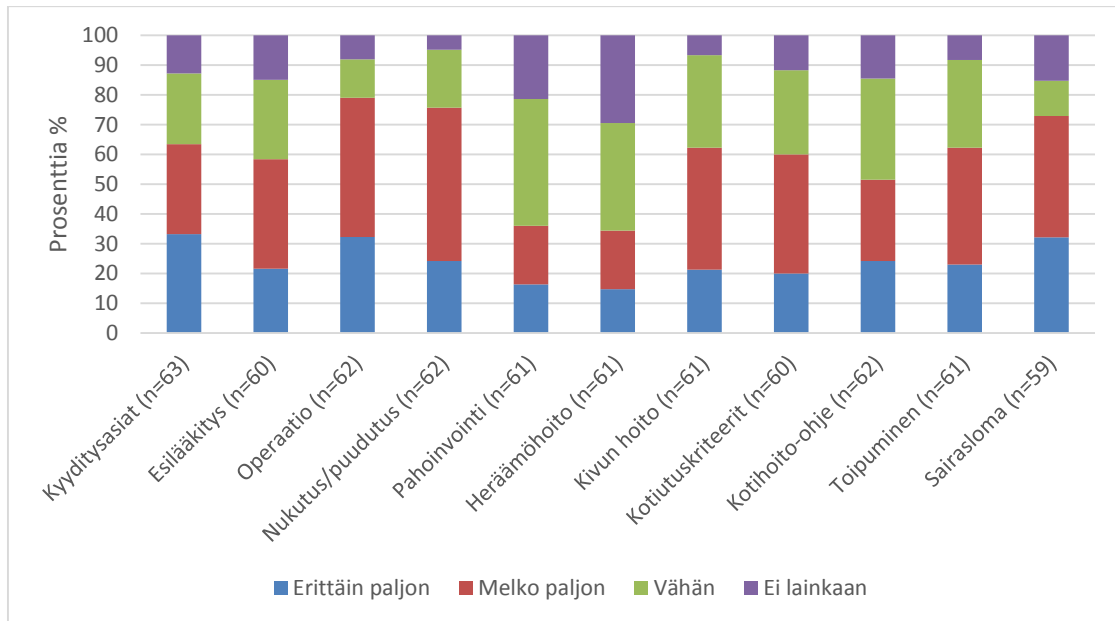
Kuvio 2. Sairaanhoidajan antaman puhelinohjauksen laatu (n=63, Asiantuntevuus n=62)

Sairaanhoidajan antamaan preoperatiiviseen puhelinohjaukseen kuuluvat asiat on esitelty 1. luvussa. Potilaan leikkaukelpoisuuteen vaikuttavista asioista vastaajat olivat saaneet melko hyvin tietoa (Kuvio 3). Erityisesti ravinnotta olon merkityksestä ja ennen leikkausta otettavista tutkimuksista kaikki vastaajat olivat saaneet tietoa. Muiden leikkaukelpoisuuteen vaikuttavien asioiden kohdalla oli muutamia vastaajia, jotka eivät olleet saaneet tietoa kyseisistä aihealueista. Pääpiirteittäin kuitenkin tietoa oli saatu erittäin tai melko paljon. Tuloksista käy ilmi, että eniten vastaajat olivat saaneet tietoa ihon kunnon tärkeydestä, peseytymisestä ennen leikkausta ja päihteiden tauottamisesta.



Kuvio 3. Preoperatiivisessa puhelinohjauksessa saadun leikkauskelpoisuuteen vaikuttavan tiedon määrä

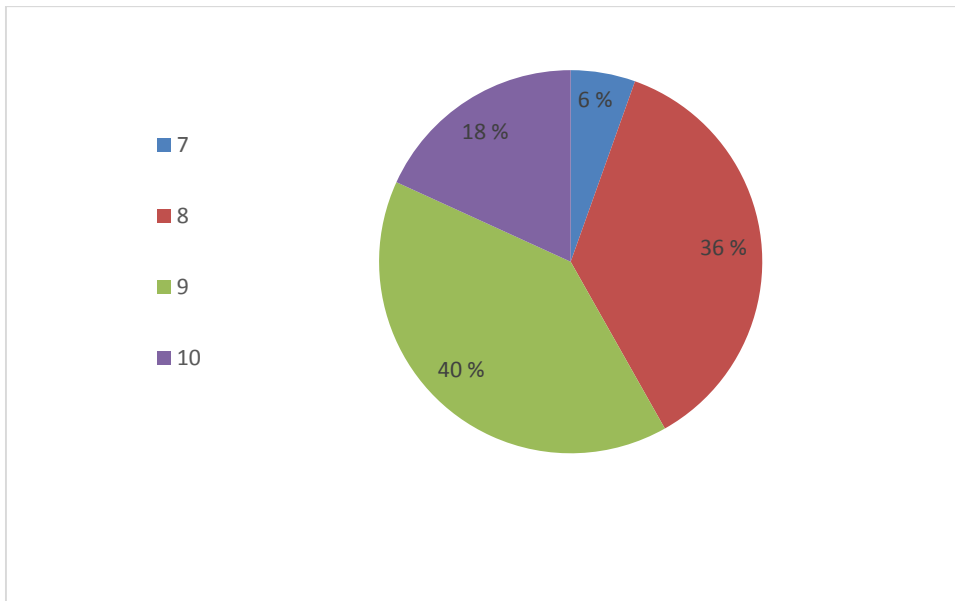
Kuviosta 4 käy ilmi, että mahdollisesta pahoinvoinnista ja heräämöhoidosta olivat vastaajat saaneet tietoa vähän tai ei lainkaan. Myös kyytiasiat, mahdollinen esilääkitys, kotiutusstandardit ja kotihoito-ohjeet ovat olleet osa-alueita, joista vastaajat ovat saaneet tietoa vähän tai ei lainkaan. Melko paljon tietoa vastaajat ovat saaneet tehtävästä operaatiosta ja nukutuksesta tai puudutuksesta. Operaation aikaisista ja sen jälkeisistä asioista ei mikään aihealue nouse selkeästi sellaiseksi, josta vastaajat olisivat saaneet erittäin paljon tietoa.



Kuvio 4. Preoperatiivisessa puhelinohjauksessa saadun tiedon määrä leikkauksen aikaisesta ja sen jälkeisistä asioista

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin puhelinohjauksen toimintamallin mukaan puhelun lopussa tulee kerrata annettu ohjaus (Lipponen ym. 2006, 83). Kyselyssä kävi ilmi, että 67 %:lle kyselyyn vastanneista (n=56) potilaista oli kerrattu puhelinohjauksen asiat ja 22 %:lle kertausta ei ollut annettu. Vastaa jista (n=57) 96,5 % vastasi preoperatiivisen puhelinsoiton auttaneen leikkaukseen valmistautumisessa ja vain 3,5 % oli vastannut, ettei puhelinohjaus ollut auttanut valmistautumisessa. Suurin osa kertauksen saaneista vastasi, että puhelinohjaus oli auttanut leikkaukseen valmistautumisessa. Samaa mieltä olivat myös he, jotka eivät olleet saaneet kertausta puhelinohjauksen loppuksi.

Potilaat arvioivat saatua ohjausta kouluarvosanoin 4–10 ja annetut arvosanat jakautuivat välille 7–10. Kuviossa 5 käy ilmi, että suurin osa potilaista antoi arvosanan 9. Annettujen arvosanojen keskiarvoksi tuli 8,7.



Kuvio 5. Vastaajien (n=55) puhelinohjaukselle antama arvosana

Ristiintaulukoinnilla selvisi, että aiemmalla leikkauksella ei ollut vaikutusta siihen, kuinka puhelimitse saatu ohjaus auttoi leikkaukseen valmistautumisessa. Verrattaessa aiemmin leikkauksessa olleita ja preoperatiivisen puhelinohjauksen sisältöjä, ei yksikään aihealue erottunut sellaisena, josta aiemmin leikkauksessa olleet olisivat vastanneet saaneensa enemmän tietoa kuin he, joita ei ollut aiemmin leikattu.

### 6.3 Vastaajien toiveita ja kommentteja puhelinohjauksesta

Kyselyssä oli mahdollisuus kirjoittaa toiveita siitä, mitä puhelinohjauksen tulisi vielä sisältää. Vastaajista 11 oli vastannut tähän kysymykseen, mutta vain neljä heistä oli antanut kehitysehdotuksia puhelinohjausta varten. Kaksi vastaajaa olisi toivonut, että puhelu olisi edennyt samojen kysymysten mukaisesti kuin heidän täyttämässään esitietolomakkeessa.

*Asiat voisi käydä läpi samassa järjestyksessä kuin esitetyssä lomakkeessa.  
Mahdollisuus kysymyksiin saattoi minun tapauksessa sotkea...?*

*Se pitäisi mennä samassa tahdissa/järj. kuin kaavake.*

Yksi vastaajista olisi toivonut vieraspaikkakuntalaisten ohjausta ja toinen vastaaja olisi halunnut tietää, milloin leikkauksen jälkeen saa tehdä istumatyötä.



Muut olivat kirjoittaneet puhelinohjauksen onnistumisesta yleisesti. Pääsääntöisesti he olivat olleet tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen.

*Tuntu hyvin huolehtivalta soitto = hyvä ja turvaa antava.*

*Mielestäni ihan hyvä näin. Sain mielestäni kaiken tarpeellisen tiedon, vaikka kaikkia tässä ( kyselylomakkeessa) esitettyjä asioita ei muistaakseni käyty läpi.*

*Minusta kysymykset OK. Itse voi kysyä lisää ja jos ei heti tule mitään mieleen, voi soitella peräänkin.*

*Ohjaus oli niin perusteellista, että tähän leikkaukseen en jäänyt kaipaamaan mitään lisätietoa. Kiitos soittajalle ja ruusuja kokonaisuudesta.*

Yksi vastaajista oli ollut pettynyt saamaansa ohjaukseen:

*Nyt s.hoitaja lähinnä kyseli esitietolomakkeen tiedot suullisesti.*

Tästä kommentista on vaikea päätellä, tarkoittaako potilas saamaansa puhelinohjausta vai leikkauspäivän aamuna tapahtunutta tapaamista leiko-hoitajan kanssa.

#### **6.4 Tulosten yhteenveto**

Tuloksista käy selkeästi ilmi se, että vastaajat ovat saaneet hyvin tietoa leikkaukseen liittyvistä asioista. Varsinaisesta operaatiosta ja sen jälkeisistä tapahtumista tietoa on saatu niukasti. Vastauksista on selkeästi nähtävissä preoperatiivisen puhelinohjauksen painopiste Raahen sairaalan operatiivisella osastolla. Tästä huolimatta vastaajat olivat olleet tyytyväisiä saamaansa preoperatiiviseen puhelinohjaukseen eikä aiemmalla leikkauksella ollut yhteyttä tyytyväisyyteen.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelua

Tulosten perusteella potilaille tulisi kertoa mahdollisesta leikkauksen jälkeisestä pahoinvoinnista sekä heräämöhoidosta. Myös kyyditysasioista, mahdollisesta esilääkkeestä, kotiutuskriteereistä ja kotihoito-ohjeista sekä muistakin kysymyksen viisi aihealueista pitäisi kertoa tarkemmin preoperatiivisessa puhelinoitossa. Osa potilaista ei ollut saanut lainkaan tietoa kyseessä olevista aihealueista. Hänninen, Kolehmainen ja Kuitunen ovat vuonna 2006 tutkineet päiväkirurgisten potilaiden preoperatiivista ohjausta. He olivat myös kysyneet potilailta leikkauksen valmistautumisesta, leikkauksen aikaisesta ja sen jälkeisestä ohjauksesta. Poiketen meidän tuloksistamme esimerkiksi leikkausta edeltävistä tutkimuksista suurin osa vastaajista oli saanut vähän tietoa.

Saamamme tulokset olivat jo osittain tiedossa, sillä nähtyään kyselylomakkeen Raahan sairaalan operatiivisen osaston yksi prehoitajista ilmoitti, että he eivät käy puhelun aikana kaikkia kyselyssä olevia aihealueita läpi. Prehoitajan mukaan preoperatiiviseen puhelinohjaukseen käytettävä aika on rajallinen ja se on resurssikysymys, mitä puhelun aikana ehtii ohjata. Lisäksi hän toi esille, että jos potilaalle annetaan paljon informaatiota, jää siitä osa sisäistämättä. Tämä on täysin ymmärrettävä näkökanta, ja joidenkin potilasryhmien kohdalla se voi pitääkin paikkansa. Esimerkiksi jotkut potilaat voivat pitää ajatusta leikkauksesta jo tarpeeksi pelottavana ilman, että siihen lisätään tietoa leikkauksen jälkeisistä tapahtumista. Preoperatiivisen puhelinohjauksen tulisi kuitenkin sisältää Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimintamallissa esitetyt asiat, koska ohjauksessa pitäisi pyrkiä potilaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen ja hänen omatoimisuutensa tukemiseen jo ennen leikkausta (Lipponen ym. 2006, 81–82).

Raahan sairaalassa preoperatiivinen ohjaus on toteutettu puhelimitse ilman näkökontaktia ja siinä mielessä ohjaus on onnistunut hyvin. Hännisen, Kolehmaisien ja Kuitusen (2006, viitattu 12.4.2016) tutkimustulokset on kerätty vastaajilta, jotka saivat preoperatiivisen ohjauksen perinteisessä hoitaja–potilas-kontaktissa. Tutkimusten tulokset ovat hyvin samansuuntaisia ja voisi todeta, että myös puhelinohjauksella toteutettu potilasohjaus on yhtä hyvää kuin lähikontaktissa toteutettu ohjaus.

Preoperatiivista ohjausta tulisi tehostaa. Tutkimuksessa selvisi, että hyvällä potilasohjauksella lisättiin potilaiden turvallisuuden tunnetta toimenpiteestä. Potilaat pitivät tärkeänä preoperatiivista puhelinsoittoa, koska tässä yhteydessä potilaiden on mahdollista kysyä täydentäviä tietoja. Samalla selvisi, että potilaat haluaisivat tietoa leikkauksen kulusta. Potilailla tulisi koko hoitoprosessin ajan olla tiedossa henkilö, jolta hän voi tarvittaessa kysyä hoitoaan koskevia asioita. (Paunonen 2000, viitattu 2.4.2016.)

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa on pyrkimyksenä välttää virheiden syntymistä. Siitä huolimatta luotettavuus tutkimusten välillä vaihtelee, ja siksi sitä pyritään arvioimaan jokaisessa tutkimuksessa. Reliaabeliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta ja validiteetilla pätevyyttä eli mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä pitääkin. Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää reliaabeleina, mikäli kaksi arvioijaa saa saman tuloksen. Tutkimusta ei voi pitää validina, jos esimerkiksi vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset eri tavalla kuin kyselyn laatija on ajatellut. Tulosten tulkinnassa vaaditaan tarkkuutta ja teoreettista tarkastelua, ja tutkijan olisi kerrottava, mihin hän perustaa tulkintansa. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–228.)

Tutkimuksessamme kysymysten asettelu oli selkeää ja mielestämme väärinymmärryksen mahdollisuus oli hyvin pieni. Kysymyksessä viisi käytetty infektio-sana saattoi olla iäkkäämmille vastaajille hieman outo, mutta nykyään se on yleisesti käytössä oleva termi. Monivalintakysymysten asteikon valitsimme 4-portaiseksi, koska usein 5-portaiseen asteikkoon liittyy kohta ”en osaa sanoa”. Jos näitä vastauksia olisi tullut liikaa, emme olisi saaneet riittävän luotettavaa tulosta. Kyselylomakkeen avulla saimme hyvin tietoa preoperatiivisen puhelinohjauksen toteutumisesta. Ohjaus oli ollut sisällöllisesti ja laadullisesti onnistunutta kokonaisarvosanaa ajatellen. Samoin aiemmin tehdyn Hännisen, Kolehmainen ja Kuitusen (2006, viitattu 12.4.2016) tutkimuksen mukaan preoperatiivinen ohjaus oli toteutunut hyvin.

Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuksen tekemisessä. On monia eettisiä kysymyksiä, joita liittyy tutkimuksen tekoon ja jotka tutkijan on huomioitava. Yleisesti hyväksytyjä ovat tutkimusperiaatteet, jotka liittyvät tiedon hankkimiseen ja julkistamiseen. Jokaisen tutkijan tulee tuntea nämä periaatteet, mutta toimiminen niiden mukaan on kuitenkin jokaisen omalla vastuulla. Suomessa on julkisia toimijoita, jotka valvovat ja ohjaavat tutkimushankkeiden eettisyyttä ja asianmukaisuutta. Tutkimuksen lähtökohtana tulisi olla

ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, eli jokaisella pitäisi olla mahdollisuus päättää haluaako osallistua tutkimukseen. Kaikissa tutkimustyön vaiheissa tulee välttää epärehellisyttä. Epärehellisyyttä on toisen tai oman aiemman tekstin plagiointi, kritiikkittömyys tuloksissa, kaunistellut tulokset, harhaanjohtava tai puutteellinen raportointi, toisen tutkijan osuuden vähättely ja määrärahojen väärinkäyttö. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–27.) Tutkijalla on salassapitovelvollisuus, jota ei tule koskaan rikkoa (Vilka 2006, 113).

Tutkimuksessamme eettisyys ja luotettavuus näkyivät siten, ettemme saaneet missään tutkimuksen vaiheessa tietoomme potilaiden nimiä ja tarkkoja syntymäaikoja. Emme myöskään tavanneet potilaita kasvotusten, vaan lomakkeet potilaille antoi heitä hoitanut leiko-hoitaja. Jokaisella potilaalla oli mahdollisuus valita, vastaako hän kyselyyn. Koska kyselylomakkeet palautettiin osaston lukolliseen palautelaatikkoon, jonka henkilökunta tyhjentää säännöllisesti, halusimme varmistaa vastausten luotettavuuden antamalla jokaisen kyselylomakkeen mukana palautuskuoren. Raportoinnissa ja viitekehyksessä olemme välttäneet plagiointia. Tulosten analysoinnin pyrimme kirjoittamaan kriittisesti. Muutama kyselylomake oli sellainen, jossa yhteen väittämään oli annettu kaksi eri vastausta, joten syöttäessämme vastauksia SPSS-ohjelmaan, valitsimme vastauksista negatiivisemmän, jotta emme tietoisesti tekisi tuloksista parempia kuin ne ovat. Jos vastaaja oli sutannut tai muuten epäselvästi vastannut johonkin kysymykseen, jätimme kyseisen tuloksen syöttämättä SPSS-ohjelmaan.

### **7.3 Omat oppimiskokemukset**

Tämän tutkimuksen tekeminen tapahtui pienellä budjetilla emmekä hakeneet sen tekemiseen avustuksia. Kustannuksia aiheutui lähinnä automatkoista välillä Raahe-Oulainen. Kyselylomakkeiden materiaaleista tuli pieniä kustannuksia. Lomakkeiden postituksesta ei tullut kustannuksia, sillä toimitimme kyselylomakkeet henkilökohtaisesti osastolle. Samalla informoimme osaston hoitajia kyselytutkimuksen toteutustavasta. Pysyimme hyvin suunnitellussa budjetissa, ja ennalta suunniteltu aikataulukin piti suhteellisen hyvin. Aikataulujen yhteensovittaminen ja pitkät välimatkat olivat ongelmallisia. Olemme kuitenkin pyrkineet tekemään opinnäytetyötä mahdollisimman paljon yhdessä.

Olemme opinnäytetyöprosessin aikana perehtyneet leiko-toimintaan, tyräpotilaan hoitotyöhön ja potilasohjaukseen. Opinnäytetyön alussa etsimme teoretietoa useista eri lähteistä ja pyrimme hyödyntämään uusinta mahdollista tietoa. Erityisesti potilasohjaukseen perehtymisestä tulee

varmasti olemaan hyötyä tulevassa työssämme, vaikka emme työskentelisikään kirurgisten potilaiden parissa. Puhelinohjaus ja sen merkitys tulevat lisääntymään hoitotyössä, kun potilaiden hoidossa pyritään siihen, että potilaat olisivat entistä kiinnostuneempia omasta hoidostaan ja lisäksi tulevaisuudessa hoitoajat lyhentyvät. Puhelinohjauksessa korostuu potilaan kokonaisvaltainen huomiointi siitakin huolimatta, ettei potilasta pysty näkemään, ja se on myös haaste puhelinohjauksen onnistumiselle. Puhelinohjauksen aikana vaaditaan sairaanhoitajalta ammattitaitoa kuunnella potilaan sanatonta viestintää, kuten hengitystä ja äänenpainoa. (Kanste, Lipponen, Kyngäs & Ukkola 2007, 30.)

#### **7.4 Jatkotutkimusideat**

Puhelinohjaus on yksi audiovisuaalisen ohjauksen muoto, ja sen käyttö lisääntyy yhä enemmän. Tämän osa-alueen kehittäminen on hyvin tärkeää, sillä se vähentää esimerkiksi lääkäreiden vastaanottojen kuormitusta. (Lipponen 2014, viitattu 12.4.2016.) Meidän tutkimuksemme pohjalta voi kehittää preoperatiivista puhelinohjausta Raahan sairaalan operatiivisella osastolla.

Vastaajien kommenteista kävi ilmi, että preoperatiivisen puhelinohjauksen toivottaisiin etenevän esitietolomakkeen mukaisesti. Olemme nähneet käytössä olevan esitietolomakkeen. Lisäksi Raahan sairaalan potilastietojärjestelmässä on erikseen laadittu fraasi-pohja preoperatiiviseen puhelinohjaukseen. Raahan sairaalan operatiivisen osaston prehoitajan mukaan fraasi-pohja on laadittu useampi vuosi sitten ja se kaipaisi jo päivitystä. Hyvin usein preoperatiivisessa puhelinohjauksessa prehoitaja käy läpi ne asiat, jotka fraasi sisältää ja puhelu etenee fraasin mukaisesti. Koska fraasi-pohja on vanha, sitä voisi päivittää leiko-toimintaa paremmin palvelevaksi. Päivittämisessä voisi käyttää apuna Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin preoperatiivisen puhelinohjauksen toimintamallia. Tällöin puhelinohjauksessa tulisi käytyä läpi kaikki aihealueet ja preoperatiivinen ohjaus olisi yhdenmukainen. Samalla voisi päivittää esitietolomakkeen ja tämänkin päivittämiseen voisi hyödyntää samaa toimintamallia.

Jos esitietolomake ja fraasi-pohja päivitetäisiin leiko-toimintaa paremmin palveleviksi, voisi tämän saman kyselyn toistaa samanlaiselle vastaajajoukolla esimerkiksi vuoden päästä. Olisi mielenkiintoista tietää, onko tuloksissa muutoksia ja eroavaisuuksia esimerkiksi ohjauksen sisältöjen osalta. Myös postoperatiivisesta ohjauksesta voisi tehdä kyselyn samanlaiselle vastaajajoukolla. Laadullisella tutkimuksella voisi selvittää vielä tarkemmin sitä, millaiseksi potilaat kokivat preoperatiivisen puhelinohjauksen.

## LÄHTEET

Ahonen, O. Blek-Vehkaluoto, M. Ekola, S. Partamies, S. Sulosaari, V. & Uski-Tallqist, T. 2013. Kliininen Hoitotyö Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Carea 2014. Vatsanpeitteiden tyräleikkaus potilasohje. Viitattu 31.3.2015, <http://www.carea.fi/import/.3.%20Potilasohjeet/Kirurgia/Gastrokirurgia/290813%20Vatsanpeitteiden%20tyr%C3%A4leikkaus.pdf>.

Haapiainen, R. 2014. Kirurgiaan liittyvät riskit. Viitattu 18.4.2015, [http://www.oppiportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=inf04593&p\\_selaus=87072](http://www.oppiportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04593&p_selaus=87072).

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Hammond, C. 2014. Care of patients undergoing day case inguinal hernia repair. Nursing standard/Rcn Publishing april 2 :: vol 28 no 31 :: 2014.

Hatanpään kantasairaala 2015. Kotihoito-ohje nivustyräleikkauksen jälkeen. Viitattu 31.3.2015, <http://www.tampere.fi/tiedostot/5tGL9a5II/C2040Nivustyra.pdf>.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, T. 2009. Aikuisten nivustyrän diagnostiikka ja hoito. Suomen Lääkärilehti 49/2009 (64), 4243-4247.

Heino, T. 2007. Päiväkirurgisen hoidon haaste: Ymmärtääkö potilas ohjauksen sisällön? Pinsetti 2/2007 (19), 5-6.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Holmia, S. Murtonen, I. Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. Porvoo: WSOY.

Holopainen, M. Tenhunen, L. & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Hamina: Oy Kotkan Kirjapaino Ab.

Hänninen, R. Kolehmainen, S. & Kuitunen, M. 2006. Päiväkirurgisten potilaiden preoperatiivinen ohjaus, Potilaiden näkemyksiä preoperatiivisesta ohjauksesta ja kotona selviytymisestä. Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 12.4.2016 [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Pieksamaki2006/hanninenkolehmainenkuitunen.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pieksamaki2006/hanninenkolehmainenkuitunen.pdf).

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2012. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanste, O. Lipponen, K. Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen. Tutkiva hoitotyö, Hoitotieteellinen aikakauslehti 5 (3), 30–33.

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. Duodecim. Viitattu 16.1.2015, <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95807.pdf>.

Kuusamon kaupunki 2015. Kotihoito-ohje tyräleikkauksen jälkeen. Viitattu 31.3.2015, <http://www.kuusamo.fi/dman/Document.phx?documentId=oj10305140747347>.

Kääriäinen, M. 2011. Puheenvuoro, Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. Tutkiva hoitotyö, Hoitotieteellinen aikakauslehti 9 (4) 41–42.

Kääriäinen, M. Kyngäs, H. Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö, Hoitotieteellinen aikakauslehti Vol.3 (1), 2005.

Kääriäinen, M. Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö, Hoitotieteellinen aikakauslehti Vol.3 (3), 2005.

Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO)– a preoperative process. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 27.1.2015, [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis\\_laisi.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis_laisi.pdf?sequence=1).

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Väitöskirja. Viitattu 16.1.2015 ja 12.4.2016, <http://herkules oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf>.

Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Viitattu 15.9.2015, [https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf).

Lyman, S. L. Padgett, D. & Sculco, P. 2011. Fast Track THR: One Hospital's Experience with a 2-Day Length of Stay Protocol for Total Hip Replacement. HSS Journal 7:223–228  
DOI 10.1007/s11420-011-9207-2.

Mattila, K. 2010. Päiväkirurgia Suomessa. Helsingin Yliopisto. Finnanest 2011, 44 (1).

Mitchell, M. 2010. A patient-centred approach to day surgery nursing. Nursing Standard. 24, 44, 40–46.

Mustajoki, P. 2016. Tyrä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 18.3.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00089](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00089).

Nikula, J. Kaakinen, P. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2014. Perusterveydenhuollon puhelinneuvonnan laatu hoitotyöntekijöiden arvioimana. Tutkiva hoitotyö, Hoitotieteellinen aikakauslehti 12 (9) 4-13.

Nuorala, A. 2015. Opinnäytetyöhön liittyviä kysymyksiä. Sairaanhoitaja. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä. Sähköpostiviesti 3.2.2015.

Nuorala, A. 2015. Kysymyksiä opinnäytetyöstä. Sairaanhoitaja. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä. Sähköpostiviesti 26.5.2015.



Nuorala, A. 2015. Haastattelu ja käynti Operatiivisella osastolla. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä. 29.9.2015.

Orava, M. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24 (3) 216–231.

Orava, M. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24 (3) 232–243.

Paunonen, T. 2000. Potilasohjaus päiväkirurgiassa Laadullinen tutkimus päiväkirurgisen polventähystyspotilaan kokemuksista, odotuksista ja tarpeista hoitoketjun eri vaiheissa. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos. Viitattu 2.4.2016  
file:///C:/Users/Win7/Downloads/tarjapaunonen.pdf.

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä 2013. Tyräleikkauksen jälkeinen kotihoito-ohje. Potilasohje.

Roberts, P. Alhava, E. Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) 2010. Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarelma, O. 2015. Tietoa potilaalle: Nivustyrä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.12.2015, [http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_haku=tyr%C3%A4vy%C3%B6](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=tyr%C3%A4vy%C3%B6).

Salanterä, S. Heikkinen, K. Kauppila, M. Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 28.8.2015, [http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf).

Tilastokeskus 2015. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 6.5.2015, <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>.

Tuuliranta, M. 2007. Verkko estää nivustyrien uusiutumista - estääkö se myös lantionseudun leikkauksia? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2007;123 (9), 1004-5. Viitattu 18.4.2015, <http://www.duodecimlehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/web/guest/arkisto;jsessionid=5304A8620C0376182>

75BFACA397D775E?p\_p\_id=Article\_WAR\_DL6\_Articleportlet&\_Article\_WAR\_DL6\_Articleportlet\_viewType=viewArticle&\_Article\_WAR\_DL6\_Articleportlet\_tunnus=duo96444.


Tyrväinen, H. 2014. Muuttuneet hoitopolut. *Pinsetti* 4/2014 (27), 16–17.

Vaasan keskussairaala 2015. Potilasohje. Viitattu 31.3.2015, <http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/Potilasohjeet/Nivustyr%C3%A4leikkaus.pdf>.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virolainen, J. Scheinin T. & Paajanen, H. 2009. Nivustyräleikkauksiin liittyvät komplikaatiot Potilasvakuutuskeskuksessa vuosina 2003–2007. Viitattu 18.4.2015, <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98405.pdf>.

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä Terveys- ja sairaanhoidon palvelujen tulosaluejohtaja	<b>Päätös</b> Päivämäärä 26.11.2015  Pykälä 52 §
<b>Asia</b>	Tutkimuslupa opinnäytetyötä varten
<b>Asianosaiset</b>	Jäppinen Eveliina Salo Riikka
<b>Selostus asiasta</b>	<p>OAMK:n hoitotyön opiskelijat Eveliina Jäppinen ja Riitta Salo pyytävät tutkimuslupaa opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyön aiheena on preoperatiivinen puhelinohjaus - Sairaanhoidtajien toteuttama Leiko-potilaiden puhelinohjaus tyräpotilaiden arvioimana - Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla sairaanhoidtajien toteuttaman Leiko-potilaiden preoperatiivisen puhelinohjauksen onnistumista tyräpotilaiden arvioimana Raahen sairaalan operatiivisella osastolla. Tutkimuksella saadun tiedon avulla voidaan kehittää puhelimitse tapahtuvan preoperatiivisen potilasohjauksen sisältöjä ja parantaa potilaiden onnistunutta leikkaukseen valmistautumista kotona.</p> <p>Tutkimusaineiston keruu tapahtuu kyselytutkimuksena.</p> <p>Tutkimuslupahakemukset, liite 1 Tutkimussuunnitelmat, liite 2 Opinnäytetyösuunnitelma, liite 3</p>
<b>Sovelletut oikeusohjeet</b>	Hallintosääntö Yhtymähallituksen delegointipäätös 17.12.2014 § 127
<b>Päätös</b>	Tutkimuslupa myönnetään.
<b>Allekirjoitus</b>	 Matti Mäntymaa Terveys- ja sairaanhoidon palvelujen tulosaluejohtaja
<b>Tiedoksianto</b>	26.11.2015  Jakelu Jäppinen Eveliina Salo Anu
<b>Muutoksenhaku</b>	<p>Tähän päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Päätökseen tyytymätön voi tehdä asiassa kirjallisen oikaisuvaatimuksen.</p> <p>Oikaisuvaatimusviranomaisen: Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä Yhtymähallitus PL 25 92101 RAAHE</p> <p>Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksi saamisesta. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava.</p>

## Potilaskysely ennen leikkausta saadusta puhelinohjauksesta LIITE 2

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Oulun ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä ennen leikkausta saadusta puhelinohjauksesta. Pyydämme teitä arvioimaan sairaanhoitajan antamaa puhelinohjausta tämän kyselyn avulla. Kysely toteutetaan nimettömästi, eikä potilaan henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa. Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin rastittamalla mielestänne teille sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus siihen varattuun tilaan. Palauttakaa lomake odotushuoneesta löytyvään palautuslaatikkoon ennen sairaalasta lähtöänne.

### Taustatiedot:

#### 1. Sukupuolenne

- Nainen  
 Mies

#### 2. Ikänne

- 18-35 -vuotta  
 36-55 -vuotta  
 56-69 -vuotta  
 yli 70-vuotta

#### 3. Oletteko aiemmin ollut leikkauksessa?

- Kyllä  
 En

### Sairaanhoitajan antama puhelinohjaus:

#### 4. Arvioikaa sairaanhoitajan antamaa puhelinohjausta rastittamalla sopivin vaihtoehto

	Täysi n sama a mielt ä	Jokseenki n samaa mieltä	Jokseen kin eri mieltä	Täysi n eri mielt ä
Puhelun ajankohta oli sopiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sairaanhoitajan käyttämä kieli oli ymmärrettävää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puhelinohjaus oli helppotajuista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puhelun kesto oli sopiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sairaanhoitajan ohjaus oli asiantuntevaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Minulla oli mahdollisuus esittää      
kysymyksiä  
Sain kysymyksiini ymmärrettävät      
vastaukset

5. Arvioikaa sairaanhoitajalta puhelimitse saamanne tiedon määrää rastittamalla sopivin vaihtoehto.

Sain tietoa:	Erittäin paljon	Melko paljon	Vähän	En lainkaan
Infektion vaikutuksesta leikkaukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihon kunnon tärkeydestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peseytymisestä ennen leikkausta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravinnotta olon merkityksestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leikkauspäivän aamuna otettavista lääkkeistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakoinnin ja alkoholin käytön tauottamisesta ennen leikkausta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyyditys-asioista kotoa sairaalaan ja takaisin (esimerkiksi KELA-korvauksista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leikkausta varten otettavista tutkimuksista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisesta esilääkityksestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle tehtävästä leikkauksesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nukutuksesta/puudutuksesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leikkauksen jälkeisen mahdollisen pahoinvoinnin hoidosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heräämöhoidosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kivun hoidosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotiutuskriteereistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotihoito-ohjeista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leikkauksesta toipumisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisen sairausloman kestosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Kävikö sairaanhoitaja puhelun lopuksi lyhyesti läpi antamansa ohjauksen?

Kyllä

Ei

7. Auttoiko leikkausta edeltänyt puhelinsoitto teitä valmistautumaan leikkaukseen?

Kyllä

Ei

8. Kertokaa toiveita siitä, mitä puhelinohjauksen tulisi vielä sisältää, jotta leikkaukseen valmistautuminen olisi helpompaa.

---

---

9. Arvioikaa saamanne puhelinohjauksen kokonaisvaikutelmaa kouluarvosanoin 4-10 (välttävä-erinomainen). \_\_\_\_\_

Kiitos vastauksistanne.

Eveliina Jäppinen ja Riikka Salo