

PÄIVÄKIRURGISTEN POTILAIEN KOTONA  
SELVIYTYMINEN JA YHTEYDENOTOT

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysalan laitos  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Syksy 2006  
Outi Karjalainen-Koivula  
Tarja Lohi  
Kirsi Ruponen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan laitos  
Hoitotyön koulutusohjelma

KARJALAINEN-KOIVULA, OUTI; LOHI, TARJA & RUPONEN, KIRSI:  
Päiväkirurgisten potilaiden selviytyminen ja yhteydenotot

Sairaanhoitaja AMK, opinnäytetyö 88 sivua, 10 liitesivua

Syksy 2006

Ohjaaja: Hannele Tiittanen THM, TtL

## TIIVISTELMÄ

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää millaista päiväkirurgisen potilaan kotona selviytyminen oli toimenpiteen jälkeen ja millaisia selviytymiskeinoja he olivat käyttäneet. Lisäksi kartoitettiin kohderyhmän yhteydenottoja terveydenhuollon eri yksiköihin. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää päiväkirurgisen potilaan ohjausta ja kirjallisia ohjeita.

Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyötä varten laadittu kyselylomake sisälsi strukturoituja ja sekamuotoisia kysymyksiä sekä väittämiä. Niitä jaettiin Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgian yksikön 200 aikuispotilaalle, jotka olivat olleet toimenpiteessä 18.4. – 10.5.2006 välisenä aikana. He vastasivat kyselyyn kaksi viikkoa toimenpiteen jälkeen. Kyselyyn vastasi 106 päiväkirurgisessa toimenpiteessä ollut potilasta. Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 13.0 for Windows -ohjelmalla. Analyysissä käytettiin menetelmänä ristiintaulukointia ja tutkimusaineisto esitettiin frekvensseinä.

Tuloksien mukaan kyselyyn vastanneet olivat käyttäneet monipuolisesti eri keinoja helpottamaan vointiaan. Vointia oli helpotettu eniten kipulääkkeiden ja lepäämisen avulla. Muita yleisesti käytettyjä keinoja olivat liikunta, asentohoito ja kuntoutusohjeiden toteuttaminen. Kyselyyn vastanneilla yleisimmät fyysiset oireet olivat kipu ja turvotus toimenpidealueella. Vaikeuksia ilmeni eniten liikkumisessa ja avuntarpeita heillä oli yleisimmin kodin ulkopuolisessa asioinnissa. Yleisimmät yhteydenottojen syyt olivat lisäohjauksen tarve ja toimenpiteen jälkeen ilmenneet komplikaatiot. Yhteydenotot painottuivat terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon.

Tuloksien perusteella voidaan päätellä, että vastaajien selviytyminen kotona oli turvallista, koska he osasivat helpottaa vointia käyttämällä tarkoituksen mukaisia keinoja. Omien selviytymiskeinojen jäädessä riittämättömiksi he saivat hoitoalan ammattilaisten apua ottamalla yhteyttä terveydenhuollon eri yksiköihin.

Avainsanat: päiväkirurgia, päiväkirurginen potilas, selviytyminen, yhteydenotto

Lahti University of Applied Sciences  
Faculty of Social and Health Care  
Degree Programme in Nursing

KARJALAINEN-KOIVULA, OUTI; LOHI, TARJA & RUPONEN, KIRSI:  
Coping of ambulatory patients and their contacts to health care units

Registered Nurse AMK, Bachelor's thesis 88 pages, 10 pages of appendices

Autumn 2006

Counselor: Hannele Tiittanen THM, TtL

## ABSTRACT

---

The purpose of this study was to find out how ambulatory surgical patients coped at home after the operation and what were the means used to cope at home. In addition, the contacts that were made by the target group to health care units were surveyed. The aim of the study was to produce information which could be used to improve patient counseling and written instructions.

This study was implemented by using quantitative methods. The questionnaire that was made for this bachelor's thesis consisted of both structured and open questions and statements. The questionnaires were distributed to adult ambulatory surgical patients (N=200), who had been operated on between April 18<sup>th</sup> and May 10<sup>th</sup> 2006. The patients answered the questionnaire after two weeks had passed since the operation. The quantitative material was statistically analyzed using SPSS 13.0 for Windows program. In the statistic analysis the main method was cross-tabulation. The analyzed material was presented as frequencies.

The means used by the respondents to alleviate their conditions were diverse. Analgesics and rest were the means used most by the respondents, but other frequently used means were exercising, correcting the position and following rehabilitation instructions. Most frequently reported physical symptoms among the respondents were both pain and edema in the operated area. Especially moving was difficult and support was needed for daily activities outside of home. The most frequent reasons to contact health care units were postoperative complications or the need for additional instructions. Usually the respondents contacted health centers and occupational health service.

From the results of the analysis we can conclude that it was safe for the respondents to stay at home, because they knew how to alleviate the pain by using proper methods. When their own knowledge was insufficient they got help from professionals by contacting health care units.

Keywords: ambulatory surgery, ambulatory surgical patients, coping, contacting  
SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	1
2 PÄIVÄKIRURGIA.....	2
2.1 Päiväkirurginen toiminta Suomessa .....	2
2.2 Päiväkirurginen potilas.....	3
3 PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN SELVIYTYMINEN .....	4
3.1 Selviytyminen käsitteenä.....	4
3.2 Päiväkirurgisen potilaan kotona selviytyminen .....	6
3.2.1 Kotiutumiskriteerit .....	6
3.2.2 Biologis-fysiologinen selviytyminen.....	7
3.2.3 Tiedollinen selviytyminen .....	9
3.2.4 Toiminnallinen selviytyminen.....	12
3.2.5 Sosiaalis-yhteisöllinen selviytyminen .....	15
3.2.6 Kokemuksellinen selviytyminen .....	16
3.2.7 Eettinen selviytyminen .....	19
3.2.8 Ekonominen selviytyminen .....	20
3.3 Yhteydenotot ja niiden syyt päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen .....	21
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT .....	23
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	24
5.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu.....	24
5.2 Kyselylomakkeen kuvaaminen.....	26
5.3 Aineiston analyysimenetelmät .....	28
6 TUTKIMUSTULOKSET .....	31
6.1 Taustatiedot .....	31
6.2 Selviytymistä tukevien keinojen käyttö kotona.....	32
6.2.1 Kipulääkkeiden käyttö vointia helpottavana keinona.....	33
6.2.2 Lepääminen vointia helpottavana keinona .....	35
6.2.3 Kuntoutusohjeiden toteuttaminen vointia helpottavana keinona.....	36
6.2.4 Asentohoito vointia helpottavana keinona .....	36
6.2.5 Liikunta vointia helpottavana keinona .....	37
6.2.6 Muut tärkeinä pidetyt vointia helpottavat keinot.....	38
6.3 Selviytyminen kotona toimenpiteen jälkeen .....	41

6.3.1 Ortopedisten potilaiden selviytyminen.....	41
6.3.2 Käsikirurgisten potilaiden selviytyminen.....	45
6.3.3 Gastroenterologisten potilaiden selviytyminen .....	48
6.3.4 Gynekologisten potilaiden selviytyminen .....	53
6.3.5 Verisuonikirurgisten potilaiden selviytyminen .....	54
6.3.6 Urologisten potilaiden selviytyminen.....	57
6.3.7 Korvan-, nenän- ja kurkunalueen kirurgisten potilaiden selviytyminen .....	59
6.3.8 Muissa päiväkirurgisissa toimenpiteessä olleiden potilaiden selviytyminen.....	62
6.4 Terveyspalveluiden käyttö toimenpiteen jälkeen .....	65
6.4.1 Yhteydenotot lisäohjauksen ja avun tarpeen vuoksi .....	67
6.4.2 Yhteydenotot toimenpiteen jälkeisten komplikaatioiden vuoksi.....	69
6.4.3 Yhteydenotot sairasloman hakemisen vuoksi .....	70
6.5 Vastaajien vapaamuotoinen palaute .....	70
7 POHDINTA.....	71
7.1 Yhteenveto ja johtopäätökset selviytymistä tukevien keinojen käytöstä .....	71
7.2 Yhteenveto ja johtopäätökset päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä kotona .....	74
7.3 Yhteenveto ja johtopäätökset terveyspalveluiden käytöstä toimenpiteen jälkeen... ..	77
7.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	78
7.3 Eettisyys .....	81
7.4 Tutkimuksen merkitys hoitotyölle.....	83
7.5 Jatkotutkimusaiheet.....	84
LÄHTEET .....	85
LIITTEET .....	89

## 1 JOHDANTO

Päiväkirurginen toiminta alkoi Suomessa 1970-luvun alussa. Kehitys nopeutui 1990-luvulla lääkintöhallituksen työryhmän asettaessa haasteelliset tavoitteet päiväkirurgiselle toiminnalle. Viiden vuoden päähän asetettiin tavoite, jonka mukaan 25 % leikkauksista tehtäisiin päiväkirurgisesti. Vasta 1997 lähestyttiin tavoitetta, silloin päiväkirurgian osuus sairaaloissa tehdyistä leikkauksista oli 24 %. (Lahtinen, Alanko, Korttila, Kotilainen, Laatikainen, Nenonen, Permi, Punnonen, Rihkanen, Tenhunen & Toivonen 1998.) Päijät-Hämeen keskussairaalassa päiväkirurgian osuus elektiivisistä leikkauksista oli 58 % vuonna 2004 (Punnonen 2006). Vuonna 2005 Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurginen toiminta keskittyi omaan yksikköön. Uudet tilat kattavat päiväkirurgian tämänhetkiset ja tulevaisuuden tarpeet. Päiväkirurgisen toiminnan tehostaminen asettaa haasteita hoitotyön toteuttamiselle ja kehittämiseksi. (Kuosa, luettu 4.9.2006.)

Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgian yksikön henkilökunta halusi palautetta toiminnastaan. Oli tärkeää, että toimintaa selvitettiin hoitotyön näkökulmasta, näin opinnäytetyö tukisi päiväkirurgian henkilökunnan työtä. Henkilökunnan ja opinnäytetyön tekijöiden yhteinen mielenkiinto kohdistui kartoittamaan millaista potilaiden selviytyminen oli kotona ja millaisia vointia helpottavia keinoja he käyttivät. Tärkeäksi nähtiin selvittää yhteydenotot toimenpiteen jälkeen. Tarpeelliseksi nähtiin myös kartoittaa mihin ja miksi yhteydenotot kohdistuvat toimenpiteen jälkeen.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla, joihin vastattiin kaksi viikkoa toimenpiteen jälkeen. Aineisto analysoitiin SPSS 13.0 for Windows -ohjelmalla. Opinnäytetyön avulla saatiin selville ne erikoisalojen potilasryhmät, joiden ohjauksessa olisi tarvetta kiinnittää erityistä huomiota kotona selviytymisen tukemiseen. Opinnäytetyön avulla oli myös tarkoitus saada tietoa päätöksenteon tueksi potilasohjauksen kehittämisessä.

## 2 PÄIVÄKIRURGIA

### 2.1 Päiväkirurginen toiminta Suomessa

Lääkintöhallituksen operatiivisten alojen asiantuntijaryhmä määritteli vuonna 1990 päiväkirurgian toiminnaksi, joka sisältää leikkaussalissa tehtävän ennalta suunnitellun toimenpiteen. Toimenpide edellyttää laskimosedaation, laajan puudutuksen tai yleisanestesian käyttämistä. Päiväkirurginen potilas ei yövy sairaalassa. (Alanko, Hulkko, Ilonen, Kekomäki, Kiviluoto, Korttila, Kotilainen, Laatikainen, Lahtinen, Linnakko, Myllynen, Niinimäki, Permi, Vainio-Mattila, & Ylöstalo 1990, 6-7.)

Suomen kuntaliiton työryhmä määrittelee päiväkirurgisen toiminnan laajan ja suppean määritelmän mukaisesti. Laajan määritelmän mukainen päiväkirurginen hoitoprosessi alkaa terveysongelman toteamisesta. Ongelman toteava lääkäri kirjoittaa lähetteen, jonka perusteella kirurgi arvioi kirurgian poliklinikalla toimenpiteen soveltuvuuden päiväkirurgiseksi toimenpiteeksi. Kirurgi arvioi esitarkastuksessa potilaan soveltuvuuden päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Hoitoprosessi päättyy toimenpiteen jälkeen leikkauskertomuksen lähettämiseen lähettävälle lääkärille tai jälkitarkastukseen. (Lahtinen ym. 1998, 17.)

Suppean määritelmän mukaan päiväkirurgiseksi toimenpiteeksi rekisteröidään sellainen hoitajakso, johon liittyy suunniteltu toimenpide ja jonka aikana potilas ei toiminnan tai hoidon vuoksi viivy sairaalassa yli 12 tuntia. (Lahtinen ym. 1998, 17.) Päijät-Hämeen keskussairaalan käyttämissä yleisissä ohjeissa päiväkirurginen toiminta on määritelty suppean käsityksen mukaan. Tässä opinnäytetyössä käsitellään päiväkirurginen hoitoprosessi laajan määritelmän mukaan.

Päiväkirurginen toiminta alkoi Suomessa 1970-luvun alussa yleiskirurgisilla toimenpiteillä kahdessa yliopistollisessa keskussairaalassa Helsingissä ja Kuopiossa. Lyhythoitaiseen kirurgiaan erikoistuneita yksiköitä perustettiin 1980-luvun



loppupuolella. Lääkintöhallituksen mietinnössä 1990 määriteltiin lyhythoitoinen kirurgia. Siihen kuului päiväkirurgia ja lyhytjälkihoitoinen kirurgia. Lyhytjälkihoitoinen kirurgia tarkoittaa hoitojaksoa, jolloin potilas on sairaalassa 1-3 vuorokautta leikkauksen jälkeen. Työryhmä asetti tavoitteeksi, että vuonna 1995 kaikista leikkauksista tulisi tehdä 25 % päiväkirurgisesti. Tilastojen mukaan vuonna 1997 päiväkirurgian osuus oli sairaaloissa tehdyistä leikkauksista 24 %. (Lahtinen ym. 1998, 16-17, 19.) Vuonna 2004 päiväkirurgian osuus sairaaloiden elektiivistä leikkauksista oli 44 %. Keskussairaaloista päiväkirurginen toiminta oli suurinta Päijät-Hämeen keskussairaalassa vuonna 2004. Päiväkirurgisia toimenpiteitä tehtiin selkeästi keskimääräistä enemmän eli 58 %. (Punnonen 2006.)

## 2.2 Päiväkirurginen potilas

Päiväkirurgisessa potilasvalinnassa käytetään kirurgisia, anestesiologisia ja psykososiaalisia valintakriteerejä. Kirurgiset kriteerit luokitellaan toimenpiteen ja potilaan yksilöllisten ominaisuuksien mukaan. Päiväkirurgiaan soveltuvat toimenpiteet, joissa ei ole suuren verenvuodon, tulehduksen tai hallitsemattoman kivun riskiä. Toimenpiteeksi eivät sovellu kalloon, rinta- tai vatsaonteloon kohdistuvat leikkaukset. Poikkeuksena ovat laparoskooppiset toimenpiteet sekä tyräleikkaukset.

Potilaan fyysistä tilaa arvioidaan ASA –luokituksen (American Society of Anesthesiologists) avulla. ASA –luokitus rakentuu asteikolla I –V. ASA I tarkoittaa, että potilas on terve alle 65-vuotias. Sitä vanhempi tai lievää perussairautta sairastava luokitellaan luokkaan ASA II. Potilaat, jotka sairastavat toimintaa rajoittavaa yleissairautta, joka ei kuitenkaan uhkaa henkeä kuuluvat ASA luokkaan III, mutta jos sairaus on henkeä uhkaava, kuuluu potilas ASA luokkaan IV. ASA V tarkoittaa, että potilaalla on elinaikaa ilman leikkausta alle 24 tuntia. (Alanko ym. 1990, 39-40; Lahtinen ym. 1998, 39; Eriksson 2002, 11.)

Kaikkia potilaita koskevat anestesiologiset esteet päiväkirurgiselle toimenpiteelle ovat: ennakoitavissa oleva verensiirron tarve, tiedossa oleva vuoto- tai hyytymishäiriö sekä pahanlaatuinen alilämpöisyys. Aikuispotilaan huomattava ylipaino (BMI >35kg/m<sup>2</sup>) on este päiväkirurgiselle toimenpiteelle varsinkin ylipainon liitetyessä johonkin systeemisairauteen. Valtaosa päiväkirurgisista potilaista ovat ASA –luokitukseltaan I tai II, mutta epävakaata ASA III- tai ASA IV –riskiluokkaa ei ole este toimenpiteelle jos sairaus on hoidettu ennen toimenpidettä hyvään hoitotasapainoon. Vieroittamaton huumeiden käyttäjä tai alkoholisti ei sovellu päiväkirurgiaan. Merkittävä maksa- tai munuaissairaus, neurologinen tai psyykinen sairaus sekä vaikea kaulanalueen spondylolyyysi ovat esteitä päiväkirurgiselle toimenpiteelle. Korkea ikä sinänsä ei ole este päiväkirurgiselle toimenpiteelle. (Alanko ym. 1990, 39; Lahtinen ym. 1998, 38-39; Kangas-Saarela, Eriksson & Korttila 2002, 220).

Esitarkastuksessa arvioidaan ennakoitavissa olevia psykososiaalisia esteitä. Päiväkirurgia ei sovellu, kun potilas on yhteistyökyvytön tai hänellä ei ole aikuista vastuullista saattajaa kotimatkaa sekä seuraavaa yötä varten. Riittämättömät kotiolosuhteet ovat jälkihoidon kannalta myös este päiväkirurgiselle toimenpiteelle. Potilas voi myös itse kieltäytyä päiväkirurgisesta toimenpiteestä. (Alanko ym. 1990, 40; Kangas-Saarela ym. 2002, 220-221).

Päiväkirurgista potilasta määriteltäessä hoitotyön näkökulmasta tässä opinnäytetyössä huomioidaan potilaan yksilöllisyys. Jokainen ihminen on ainutlaatuinen psykofyysinen kokonaisuus, jolla on oma tausta ja elämänhistoria.

### 3 PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN SELVIYTYMINEN

#### 3.1 Selviytyminen käsitteenä

Päiväkirurgisella potilaalla elämäntilanne muuttuu toimenpiteen seurauksena. Muuttuneen tilanteen hallinta pyritään saavuttamaan eri selviytymismekanismien avulla. Potilaan yksilölliset selviytymismekanismit voidaan jakaa seitsemään osa-

alueeseen: biologis-fysiologiseen, tiedolliseen, toiminnalliseen, sosiaalis-yhteisölliseen, kokemukselliseen, eettiseen ja ekonomiseen näkökulmaan.

Biologis-fysiologinen selviytyminen muodostuu siitä, että potilas tuntee ongelmasta aiheutuneet fyysiset oireet ja tuntemukset niin hyvin, että hänellä on niistä mielestään riittävästi tietoa. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 21, 28-29.)

Selviytyminen tiedollisella alueella muodostuu siitä, että potilas tietää mahdolliset komplikaatiot ja niiden aiheuttamat oireet. Hoitojakson lyhyys aiheuttaa erityisiä vaatimuksia potilasohjaukselle, jotta potilas saisi riittävästi tietoa selviytyäkseen kotona toimenpiteen jälkeen. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 21-23.)

Toiminnallinen selviytyminen rakentuu kaikista niistä toimista, joilla potilas edistää aktiivisesti omaa toipumistaan. Toimenpiteen jälkeen potilaan tulee selviytyä päivittäisistä toiminnoista, mikä edellyttää mm. riittävää kivunhoitoa. Toiminnallinen selviytyminen liittyy myös potilaiden kykyyn ja haluun suoriutua omaan hoitoon liittyvistä toimenpiteistä. Päiväkirurgiselta potilaalta vaaditaan riittäviä toiminnallisia valmiuksia itsehoitoon. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 25-26.)

Sosiaalis-yhteisöllinen selviytyminen tarkoittaa sitä, että potilas pysyy oman sosiaalisen yhteisönsä jäsenenä. Päiväkirurginen toimenpide helpottaa tai korjaa useita sosiaalisesti rajoittavia terveysongelmia. Esimerkiksi virtsankarkailu on vahvasti sosiaalista elämää rajoittava ongelma sekä naisilla että miehillä. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 26-28.)

Kokemukselliseen selviytymiseen vaikuttaa potilaan kyky hyödyntää aikaisempia kokemuksiaan terveysongelmistaan ja se, että hänen kokemuksensa on myönteinen. Potilaiden omat odotukset hoidosta vaikuttavat kokemukselliseen selviytymiseen. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 23-25.) Kipuun liittyvät odotukset ovat toisistaan poikkeavia eri-ikäisillä. Iäkkäämmät ja erilaisia kokemuksia omaavat urologisesta sairaudesta kärsivät miehet suhtautuvat kipuun realistisemmin ja alistuvammin kuin nuoremmat miehet, jotka saattavat odottaa jopa kivuttomuutta (Huupponen, Suominen & Leino-Kilpi 2003, 66). Odotukset hoidosta muuttuvat

kokemuksen myötä. Potilailla, joilla on aikaisempi kokemus sairaalahoidosta, on suuremmat odotukset hoidon suhteen (Aro 2004, 45).

Eettinen näkökulma selviytymiseen sisältää sen, että potilas kokee itseään arvostettavan ainutlaatuisena yksilönä jolla on oma arvoperusta. Eettinen näkökulma hoitotyössä turvaa potilaan ihmisarvon säilymisen koko hoitoprosessin ajan. Potilas kokee, että hänen omat oikeutensa toteutuvat, häntä kohdellaan hienovaraisesti ja hän saa esittää omia näkemyksiään hoidostaan. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 30.)

Ekonominen näkökulma selviytymiseen sisältää sen, että potilas kokee selviävänsä terveysongelmastaan taloudellisesti (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 30-31). Päiväkirurgisen potilaan hoidon aiheuttamat kustannusvaikutukset ovat edulliset potilaalle, hoitavalle terveydenhuollon yksikölle ja yhteiskunnalle (Aro 2004, 45).

Selviytyminen on hyvin laaja ja monimuotoinen käsite, jonka eri osa-alueet liittyvät toisiinsa. Potilaat käyttävät yksilöllisiä selviytymistä tukevia keinoja. Riittävä tieto omasta hoidosta tukee potilaan kotona selviytymistä päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Yksilön taustatekijät, aikaisemmat kokemukset toimenpiteistä sekä kyky omaksua tietoa vaikuttavat selviytymiseen.

### 3.2 Päiväkirurgisen potilaan kotona selviytyminen

#### 3.2.1 Kotiutumiskriteerit

Päiväkirurgisessa anestesiassa sekä kivun- ja pahoinvoinnin lääkitsemisessä käytetään nopeaan toipumisen mahdollistavia, tehokkaita ja elimistöstä pian poistuvia lääkkeitä (Lahtinen ym. 1998, 44-45). Potilas on kotiutuessaan toipunut toimenpiteestä ja anestesiasta siinä määrin, että hän täyttää päiväkirurgiselle potilaalle määritetyt kotiutus-kriteerit. Jotta potilas voi kotiutua, hänen vitaalielintoimintonsa tulee olla vakaat ainakin viimeisen tunnin ajalta, hän on orientoitunut aikaan

ja paikkaan, pystyy kävelemään ilman tukea ja pukeutumaan itsenäisesti sekä ottamaan nesteitä suun kautta. (Kangas-Saarela ym. 2002, 224-225.)

Liiallinen pahoinvointi, oksentelu, kovat kivut sekä verenvuoto siirtävät kotiuttamista myöhempään ajankohtaan (Kangas-Saarela ym. 2002, 224-225). Virtsaaminen toimenpiteen jälkeen saattaa viivästyä useita tunteja toimenpiteen jälkeen käytettyjen anestesia- ja kipulääkeiden vuoksi. Tehty toimenpide ja siihen liittyvä suuri virtsaretention riski edellyttää katetroinnin ennen kotiutumista, jos virtsaaminen ei onnistu spontaanisti (Tammela & Ruutu 1992, 687). Kuitenkaan potilaan spontaani virtsaaminen ei ole enää ehdoton kriteeri kotiutumiselle. (Kangas-Saarela ym. 2002, 224-225.)

Fyysiseen toipumiseen liittyvien tekijöiden lisäksi kotiutuskriteerien avulla turvataan potilaan jälkihoito kotona. Kriteerit edellyttävät, että päiväkirurgisella potilaalla on oltava aikuinen saattaja kotimatkaa varten sekä apuna kotona ensimmäisen yön ajan. Toimenpiteen ja sen yhteydessä käytettyjen lääkkeiden vuoksi potilaalla on 24 tunnin autolla ajokielto. (Kangas-Saarela ym. 2002, 224-225.)

### 3.2.2 Biologis-fysiologinen selviytyminen

Potilaan omat odotukset toipumisesta saattavat olla joskus epärealistisia. Nopean toimenpiteen ja nopean kotiutumisen jälkeen ei osata varautua siihen, että toipuminen saattaa kestää pitkään. (Ruuth-Setälä 1997, 84; Rajaniemi ym. 2001, 2131-2134.) Potilaan toipumista hidastaa eniten kipu leikkausalueella. Myös liikerajoitukset, potilaan väsymys, uupumus ja huonovointisuus hidastavat toipumista. Toimenpiteen jälkeen esiintyvät ongelmat vähenevät toipumisen edetessä. (Heino 2005, 90.) Raappana mainitsee, että useiden tutkimusten mukaan päiväkirurgisilla potilailla on kipua, huonovointisuutta, uupumusta, ongelmia päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä, liikkumisessa, erittämisessä ja nukkumisessa (Raappana 2004, 146).

Kipu aiheuttaa useita selviytymistä haittaavia fyysisiä oireita, kuten: väsymystä, unettomuutta, uupumusta ja passivoitumista. Se estää myös liikkumista sekä muuta toimintaa. Salomäen tutkimuksen mukaan kivulla on useita eri merkityksiä potilaille. Sitä pidetään elimistön reaktiona leikkauksesta, varoitussignaalina, tärkeänä tietona leikkausalueen tilanteesta ja luonnetta kasvattavana. Kivun väheneminen koetaan paranemisen merkinä. Tärkeänä pidetään myös vaihetta, jolloin kipua ei enää ole, koska silloin potilaat tuntevat itsensä taas terveiksi. (Salomäki 2000, 67-69.)

Rajaniemi ym. tutkimuksessa ilmeni, että laparoskooppisessa sappileikkauksessa olleista potilaista 48 % tunsi kipuja toimenpiteen jälkeisenä aamuna, mutta saman päivän iltana kipuja tunsi 29 %. Muutama tutkimukseen osallistunut potilas ilmoitti olleensa kohtalaisesti kipeä ja käyttäneensä kipulääkkeenä vain parasetamolia 500 mg kerran tai kahdesti. Kipu kuvattiin usein laparaskopia potilaille tyypilliseksi hartiapistokseksi. (Rajaniemi ym. 2001, 2131-2134.) Hartiapistos aiheutuu vatsakalvonontelon ärsytyksestä ja venytyksestä, kun laparaskopiassa käytetyt kaasut nousevat hartiatasoon potilaan noustessa jalkeille. Tätä kipua hoidetaan yleensä kipulääkkeillä tai paikallispuudutteella vatsaonteloon tai pistoaukkoihin. (Hirvonen 2002, 239-240).

Joillekin kipulääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksia (Siekkinen 2003, 50; Raappana 2004, 151). Raappanan tutkimuksen mukaan yleisin sivuvaikutus on kipulääkkeen aiheuttama väsymys, jota ilmeni osallistuneista potilaista 26 %:lla. Oksentelua, pahoinvointia sekä päänsärkyä esiintyi alle 5 %:lla. (Raappana 2004, 151.) Myös niveloireita on esiintynyt kipulääkkeiden käytön yhteydessä (Siekkinen 2003, 50). Suurimmalla osalla ei kuitenkaan ollut minkäänlaisia lääkkeitä johtuvia sivuvaikutuksia (Raappana 2004, 151).

Kivunhoito on epäonnistunutta, jos kipu jatkuu kovana tai pitkittyy kipulääkityksestä huolimatta. Siekkisen tutkimukseen vastanneille oli jäänyt epäselväksi särkyväkyläkkeiden käytön määrä, sekä se, voiko niitä käyttää yhdessä muiden lääkkeiden kanssa. Vastaajilla oli epätietoisuutta siitä, mikä kipu kuului normaaliin paranemiseen ja mikä oli leikkausalueen ja haavan hoidossa poikkeavaa. Epäonnistu-

nut kivun hoito rajoitti liikkumista ja lepoa. (Siekkinen 2003, 36, 49-50.) Urologiset potilaat olettivat toimenpiteen jälkeen kipujen rajoittavan jonkin verran normaalia elämää. Heidän kipunsa toimenpiteen jälkeen ilmenivät kirvelynä virtsateissa ja haavasärkynä. Toipilasaikana miehet käyttivät kivunhoitoon kipulääkettä ja suhteuttivat liikkumisen kivun mukaan. Lepääminen oli koettu turhauttavaksi, koska sellaiseen ei oltu totuttu. (Huupponen, Suominen & Leino-Kilpi 2003, 68.)

Polviniveltähystyspotilaiden toipumista oli hidastanut tähystetyn polven kipu, jäykkyys ja turvotus sekä väsymys, uupumus tai huonovointisuus. Potilaista 29 % ilmoitti leikkauksenjälkeiseksi ongelmaksi kivun polven alueella. Tähystyksen jälkeen potilailla esiintyi selkäsärkyä, väsymystä, haavatulehdusta sekä huonovointisuutta. (Heino 2005, 90.)

Sen sijaan gynekologiset potilaat olivat selviytyneet hyvin kotona fyysisistä oireista huolimatta. Heillä merkittävimmät komplikaatiot olivat kipu, ylimääräinen verenvuoto, pahoinvointi ja huimaus. Eniten komplikaatioita heistä oli laparoskopiapotilailla. (Ahde 1997, 50-51.) Huolestuttavat oireet leikkauksalueella aiheuttivat epätietoisuutta paranemisesta (Siekkinen 2003, 52). Ponnistusinkontinenssi-leikkauksessa olleista potilaista yli puolella haavat olivat parantuneet kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Heistä neljäsosa oli tuntenut väsymystä toipilasaikana (Aro 2004, 34).

### 3.2.3 Tiedollinen selviytyminen

Tieto tehtävästä toimenpiteestä ja siihen liittyvä kipu vaikuttavat potilaiden kokemuksiin. Toimenpiteeseen liittyvällä riittävällä tiedonannolla pystytään vähentämään jännittämistä ja pelkoja sekä auttamaan sopeutumisessa toimenpiteeseen liittyviin asioihin. Ohjaus on erityisen tärkeää, jos toimenpide tehdään puudutuksessa. Tieto kivusta ja sen mahdollisesta määrästä auttaa sopeutumaan siihen. Potilaat haluavat tietää jo ennen toimenpidettä, kuinka kovia kipuja on odotettavissa, koska silloin he pystyvät paremmin valmistautumaan niihin. (Salomäki 2000, 49.)

Monet päiväkirurgiset potilaat ovat valmiita sietämään toimenpiteestä johtuvaa kipua ja sitä pidetään jopa asiaan kuuluvana (Huupponen ym. 2003, 66; Raappana 2004, 151). Toisaalta nuoret toimenpiteeseen tulevat miespotilaat odottavat kivuttomuutta, mikä ilmenee Tikan (1998) tutkimuksessa (Huupponen ym. 2003, 66).

Tietoa siitä, että kivut vähenevät joka päivä leikkauksen jälkeen pidetään tärkeänä ja voimia antavana. Salomäen tutkimuksen mukaan osa potilaista ajattelee tuntevansa enemmän kipua kuin mitä on heidän mielestään mahdollista toimenpiteeseen nähden tuntea. He eivät kerro todellisen kivun määrää, vaan sen määrän, jonka olettavat olevan oikea toimenpiteeseen nähden (Salomäki 2000, 49, 61.) Potilaiden kotona selviytymisen kannalta on tärkeää, että heille on valittu oikeat keinot lievittää ja arvioida kipua sekä ohjattu käyttämään näitä keinoja. Raappanan tutkimuksessa tulee esille, että potilailla on ollut eniten kipuja iltapäivisin ja iltaisoin, mikä olisi huomioitava kivun kotihoitoa ohjatessa. On myös tärkeää ohjata yksilölliset keinot pahoinvoinnin lievittämiseen. (Raappana 2004, 147, 155.)

Urologiset miespotilaat odottavat, että lähettävä lääkäri tai viimeistään toimenpide selvittäisi heille sairauden laadun. Potilaille on tärkeää tietää, onko sairaus mahdollisesti pahanlaatuinen. Lisäksi he pitävät tärkeänä tietää puudutuksesta ja itse toimenpiteestä. (Huupponen ym. 2003, 65, 67, 69-70.) Sen sijaan naiset odottavat ennen ponnistusinkontinenssileikkausta tietoa virtsaamisvaikeuksista, voinnin seurannasta, kivun hoidosta ja toipumisajasta. Aro toteaa, että samansuuntaisia tutkimustuloksia on saatu aiemmistakin tutkimuksista. (Aro 2004, 43.)

Potilaan tiedontarpeet ovat erilaiset hoitoprosessin eri vaiheissa. Mielenkiinto kohdistuu ennen toimenpidettä muihin asioihin kuin kotiutustilanteissa. Aron tutkimuksesta ilmenee, ettei annettu ohjaus ja potilaan tiedontarpeet kohtaa täysin. (Aro 2004, 46.) Kotiuttamistilanteessa annetaan kotihoito-ohjeet ja tietoa jatkohoidosta, mutta mahdollinen kova kipu vaikuttaa heikentävästi tiedon vastaanotto-kykyyn (Salomäki 2000, 71).

Kotihoito-ohjeiden ymmärtäminen auttaa potilasta päättämään, milloin hakeutua uudestaan hoitoon. Silloin hän tunnistaa normaalista toipumisesta poikkeavat



oireet ja hakeutuu jatkohoitoon ajoissa. Ponnistusinkontinenssileikatut potilaat haluavat ennen kotiutumistaan tietoa toimenpiteeseen liittyvien komplikaatioiden tunnistamiseen, kuten virtsaamisvaikeuksiin, haavatulehduksiin ja verenvuotoon. Kuitenkin suurinta tiedonsaanti oli lantionpohjanlihasten harjoittelusta, henkilökohtaisen hygienian hoitamisesta, toipilasajan rajoituksista sekä jälkitarkastuksesta ja mahdollisista virtsaamisvaikeuksista. (Aro 2004, tiivistelmä, 43.) Urologiset potilaat kuvaavat tiedonsaantia välttämättömäksi omasta hoidostaan, tilanteestaan ja sairaudestaan selviämiseksi (Huupponen ym. 2003, 71).

Tiedonsaannin ja ohjauksen puute kuvastuu pelkona mahdollisista komplikaatioista, kuten sairaalabakteerin tai alaraajan laskimotukoksen ilmaantumisesta. Epätietoisuus siitä, onko sairasloman pituus riittävä toipumiseen, aiheuttaa myös huolta. (Siekkinen 2003, 41.)

Kotihoidon ohjauksessa potilaan yksilöllisten ohjaustarpeiden huomioimiseen tulisi kiinnittää huomiota. Tarkempaa ja konkreettista ohjausta tarvitsevien potilaiden tunnistaminen on puutteellista. Siekkinen toteaa tutkimuksessaan, ettei potilaille kerrota mahdollisista kotona ilmenevistä komplikaatioista, ja ne tulevat heille yllätyksenä. Potilaat tarvitsevat enemmän ohjausta itsehoitoon liittyvissä asioissa, kuten lääkehoitoon, leikkaushaavan- ja kivun hoitoon sekä sairauden ennaltaehkäisyyn. Potilaat kaipaavat lisätietoa suoritetusta leikkauksesta, mahdollisista komplikaatioista sekä paranemisen etenemisestä. Erityisesti potilaat, jotka käyttävät apuvälineitä tai ovat joutuneet laittamaan sidoksia, pitivät saatua ohjausta erityisen tärkeänä. Tämä näkyy siten, että vaivasenluuleikkauksessa olleilla potilailla on suurempi tiedon ja ohjauksen tarve kuin muilla. Tästä potilasryhmästä lähes kaikki käyttävät jotain apuvälinettä tai tukea ja joutuvat laittamaan tietynlaisen sidoksen. Suonikohjupotilaat olivat huonoiten kotona selviytyneiden ryhmä. Kolmasosalla oli vaikeuksia sidosten laittamisessa kotona. (Siekkinen 2003, 37, 56-57, 61-62.)

Potilaat saavat toimenpiteeseen liittyvää tietoa hoitajilta, mutta toivovat saavansa itse toimenpiteestä enemmän tietoa myös leikkaavalta lääkäriltä. (Ahde 1997, 41; Huupponen ym. 2003, 61, 69; Siekkinen 2003, 60; Raappana 2004, 155.)

Polviniveltähystyksessä olleet potilaat saivat riittävästi tietoa sekä lääkäreiltä, että hoitajilta (Heino 2005, 100). Toimenpiteeseen tulevat potilaat hakevat lisää tietoa virallisen järjestelmän ulkopuolelta: kirjoista, ystäviltä ja omaisilta (Ahde 1997, 41). Urologiset potilaat olivat tyytyväisiä sekä hoitajilta, että lääkäriltä saamiinsa tietoihin toimenpiteeseen valmistautumisesta, toimenpiteestä ja kotihoidosta. He pitivät tärkeänä, että kotiutustilanteessa lääketieteelliset termit oli selvitetty ymmärrettävästi. (Huupponen ym. 2003, 70.)

Sen sijaan gynekologiset potilaat saivat riittävästi tietoa hoitajilta. Aborttipotilaat olivat kuitenkin saaneet tilastollisesti merkittävästi muita ryhmiä vähemmän toimenpiteeseen liittyvää tietoa lääkäriltä. Ahde pohtii sen johtuvan aborttiin liittyvästä tunnelatauksesta. Eniten tietoa oli saatu kivunhoidosta. Lähes puolet oli saanut mielestään riittävästi tietoa haavanhoidosta. Tiedonsaanti liikunnasta ja sukupuolielämän aloittamisesta oli ollut vielä parempaa. Potilaat tiesivät paremmin mihin ottaa yhteyttä kuin milloin se olisi tarpeellista. (Ahde 1997, 41-45.)

Urologiset potilaat odottavat saavansa fyysisen kotona selviytymisen tueksi tietoa ja ohjausta kivun ja haavan hoidosta, liikkumisesta, levosta sekä erilaisista rajoituksista. Yhteydenottoja hoitavaan järjestelmään oli vähän hyvän ohjauksen ansiosta. Miehet itse kertoivat annetulla tiedolla olleen merkitystä siten, että sen avulla he voivat itse vaikuttaa terveyteensä. (Huupponen ym. 2003, 71.)

#### 3.2.4 Toiminnallinen selviytyminen

Eri tutkimusten mukaan päiväkirurgisen potilaan kotona selviytymiseen vaikuttavat ikä, sukupuoli, omat kokemukset aikaisemmista toimenpiteistä sekä toisten kertomat kokemukset. Polviniveltähystyksessä olleet potilaat käyttivät liikuntaa, kylmähoitoa, raajan kohoasentoa ja lääkehoitoa estämään tähystetyn polven kipeytymistä ja turpoamista. Naiset ja aikaisemmin tähystyksessä olleet käyttivät useampia keinoja fyysiseen selviytymiseen kotona. Potilaat osasivat käyttää useampia keinoja postoperatiivisen kivun hoitoon, jos kotiutustilanteessa keskustel-

tiin kotihoito-ohjeista. Miesten avuntarve toimenpiteen jälkeen oli suurempi kuin naisilla.

Potilaiden avuntarve oli suurinta toimenpidepäivänä ja ensimmäisenä leikkauksenjälkeisenä päivänä. Lähes kaikki potilaat kykenivät liikkumaan itsenäisesti viikon kuluttua. (Heino 2005, 86, 92-93)

Gynekologisista potilaista laparoskopiapotilailla liikkuminen oli selkeästi vaikeinta toimenpidepäivänä. Kolmen päivän kuluttua olivat erot kaventuneet selkeästi kohduntähystys-, kaavinta- ja laparoskopiapotilaiden välillä. Kivut estivät suorassa liikkumisen, kantamisen ja joillekin kivut aiheuttivat nukkumisvaikeuksia vielä viidentenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä. Liikkumista yleisimmin vaikeuttavia tekijöitä olivat: haavankiristys, kivut hartiasseudussa sekä kivut ala- ja ylävatsalla. (Ahde 1997, 48-49.)

Siekkisen tutkimuksen tuloksista nousi esiin vaikeudet leikkausalueen ja haavan hoidossa, peseytymisessä, sekä erityisesti sidonnassa. Vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa oli liikkumisessa ja ulkoilussa, joita oli vaikeuttanut sopivan kengän puuttuminen ja portaissa liikkuminen. Vastaaajilla, jotka kokivat olonsa väsyneeksi ja nuutuneeksi riittämättömän levon vuoksi, oli vaikeuksia pukeutumisessa, WC:ssä käynneissä ja päivittäisistä kotiaskareista selviytymisessä. (Siekkinen 2003, 50.)

Tutkimukseen vastanneista yli puolet (62 %) joutui käyttämään toimenpiteen jälkeen jotakin apuvälinettä, erilaisia tukia tai laittamaan erilaisia sidoksia. Yleisintä apuvälineiden käyttö ja sidosten laitto oli suonikohju-, vaivasenluu- ja polvileikkauksessa olleilla. Suurin osa koki selviytyneensä hyvin, kolmasosa suonikohjuleikkauksessa olleista oli selviytynyt huonosti sidosten laitosta. (Siekkinen 2003, 32, 48.)

Päivittäisten toimintojen selviytymistä tukeva apu sisältää lasten- ja kotitalouden hoidon, kodin ulkopuolisen asioinnin ja henkilökohtaisen avustamisen. Henkilökohtaista avustamista oli tarvittu peseytymisessä, sidosten käärimisessä, vuoteesta

nousemisessa, pukeutumisessa, riisuuntumisessa ja kengännauhojen solmimisessa. (Siekkinen 2003, 54.) Apua oli tarvittu myös lemmikkien hoidossa ja

ulkoiluttamisessa. Toimenpiteestä johtuen kaupassa, apteekissa tai lääkärissä asioiminen hankaloitui. (Siekkinen 2003, 50, 54; Heino 2005, 91.)

Vertailtaessa eri gynekologisten potilaiden eroja selviytymisessä päivittäisissä toiminnoissa, huomattiin, että eniten ongelmia oli kaupassa käynnissä ja se oli vaikeinta laparoskopiapotilaille. Tilastollisesti merkittävästi oli tarvittu apua kodinhoitoon ja kodin ulkopuoliseen asiointiin. Kukaan naisista ei kuitenkaan tarvinnut kodin ulkopuolista apua selviytymiseen päivittäisissä toiminnoissa, vaan kotiin liittyvät toimet oli hoidettu perheen sisäisin järjestelyin. (Ahde 1997, 46-51.) Myös Siekkisen tutkimukseen vastanneista yli puolet oli tarvinnut apua tai tukea puolisoilta ja lasten apua oli tarvinnut yli kolmasosa (Siekkinen 2003, 52).

Gynekologisessa toimenpiteessä olleet tarvitsivat päivittäisissä toiminnoissaan apua kauppa-asioiden hoitamisessa, ruoan valmistamisessa, sekä pyykin pesussa ja siivouksessa. Tästä ryhmästä kaavintapotilaat tarvitsivat eniten apua kodin hoidossa. Ahde päätteli tutkimuksessaan avuntarpeen johtuvan enemmän henkisistä tekijöistä kuin fyysisistä esteistä. (Ahde 1997, 46-48, 60.)

Vaikeutunut autolla ajo muutti kodin ulkopuolisen asioinnin hankalaksi (Siekkinen 2003, 54). Toisaalta Heinon tutkimukseen osallistuneista polviniveltähystyspotilaista 6 % ajoi autolla jo toimenpidepäivänä tai seuraavana päivänä. Polviniveltähystyspotilaat toipuivat nopeasti toimenpiteestä, kuitenkin he tarvitsivat apua ulkona liikkumisessa enemmän kuin liikkumisessa kotona. Avuntarve ulkona liikkumiseen vähenee ensimmäisestä vuorokaudesta (14 %) jo puoleen toisena leikkauksen jälkeisenä vuorokautena (7 %). Heidän avuntarpeensa oli suurinta toimenpidepäivänä ja ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Avuntarvetta ilmeni vielä viikon kuluttua toimenpiteestä. Silloin he tarvitsivat apua haavanhoidossa ja haavojen sidevaihoissa. (Heino 2005, 88, 90.)

Toiminnallista selviytymistä tukevat kotihoidon kirjalliset ohjeet. Niiden ymmärtäminen ja noudattaminen auttavat potilasta toimimaan aktiivisesti edistääkseen omaa toipumistaan. Ponnistusinkontinenssileikkauksen jälkeen lantionpohjan lihas-ten harjoittaminen on tärkeää virtsankarkailun uusiintumisen ehkäisemiseksi. Tutkimus osoittaa ohjauksen merkityksen toiminnallisen selviytymisen tukemisessa. Puutteellinen ohjaaminen vähensi potilaiden omaehtoista lantionpohjanlihas-ten harjoitusta ponnistusinkontinenssileikkauksen jälkeen, vaikka he olisivatkin tehneet harjoituksia ennen leikkausta. (Aro 2004, 44-46.) Sen sijaan yli puolet polviniveltähystyspotilaista aloitti kuntoutuksen harjoitteluohjelman mukaisesti viimeistään toimenpidettä seuraavana päivänä. Lähes kaikki potilaista (90 %) jatkoi harjoittelua vielä viikon kuluttua toimenpiteestä, ainoastaan 7 % potilaista ei toteuttanut kuntoutusohjelmaa. (Heino 2005, 87.)

Kipua hoidetaan kipulääkkeiden ja omien keinojen avulla (Salomäki 2000, 50-51; Raappana 2004.). Salomäen tutkimuksesta nousee tärkeäksi kivunhoitokeinoksi ajatuksien siirtäminen muualle (Salomäki 2000, 50-51). Muita keinoja ovat esimerkiksi kosketus, huumori, lepo, asentohoito, rentoutuminen, nukkuminen, sekä keskustelu hoitajan kanssa. Tutkimuksen mukaan 44 % potilaista ei saanut oikeanlaista tai riittävää kipulääkitystä päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Kipulääkkeinä käytettiin eniten ibuprofeiinia ja toiseksi eniten nimesulidia. Potilaat, jotka olivat käyttäneet keskivahvoja opiaatteja, kokivat saaneensa hyvin lievitystä kipuihinsa. (Raappana 2004, 151.)

### 3.2.5 Sosiaalis-yhteisöllinen selviytyminen

Sosiaaliset huolet lisäävät kipua ja läheisen antama tuki puolestaan vähentää sitä. Kivuista johtuen potilaat eivät jaksaa ottaa yhteyttä läheisiin tai ystäviin. Kipujen myös kuvitellaan häiritsevän toisia, mikä aiheuttaa sisäänpäin kääntymistä. Lisäksi kipu rajoittaa työntekoa ja harrastuksia. (Salomäki 2000, 48, 70.)

Miehet saattavat olla naisia orientoituneempia työelämään, koska heille toimenpiteestä toipuessa on tärkeää nopea työelämään pääsy. He kuvailivat miettivänsä

paljon työasioita sairasloman aikana. Miehillä on myös hyvin tärkeää tietää mahdollisimman pian tulevan sairasloman pituus, jotta he voivat ilmoittaa työnantajalleen poissaolon pituuden. Päiväkirurginen toimenpide mahdollistaa

mahdollisimman nopean työelämään paluun, joten miesten odotukset täyttyvät tältä osin. (Huupponen ym. 2003, 67-69, 71-72.)

Miehet arvostavat saamaansa tietoa toimenpiteen vaikutuksista ja aiheuttamista rajoituksista normaaliin läheisten väliseen kanssakäymiseen. Useilla urologisilla miespotilailla on tihtynyt virtsaamistarve, mikä vaikeuttaa päivittäistä elämää kodin ulkopuolella. (Huupponen ym. 2003, 66, 72.) Myös ponnistusinkontinenssipotilailla virtsankarkailu häiritsee tai rajoittaa sosiaalista elämää päivittäin. Onnistunut päiväkirurginen toimenpide palauttaa heille sosiaalis-yhteisöllisen alueen sisäisen hallinnan. (Aro 2004, 44.)

### 3.2.6 Kokemuksellinen selviytyminen

Potilaiden aikaisemmillä sairaalakokemuksilla, sekä läheisten ja tuttavien kokemuksilla, on merkitystä siihen, mitä potilaat odottavat ja miten he kokevat sairaalassa olon (Salomäki 2000, 53-54; Huupponen ym. 2003, 65-66). Jotkut potilaat muistavat ahdistavia lapsuuden leikkauskokemuksia. Negatiivisia muistoja on jäänyt mieleen kivusta, pistämisestä, ihon hiertymisestä rikki jalkavedon vuoksi ja epämiellyttävästä nukutuksesta. (Huupponen ym. 2003, 62, 65.) Näiden kokemusten perusteella potilaat luovat tiettyjä ennakoajatuksia, jotka vaikuttavat heidän odotuksiinsa tulevasta hoidosta. Odotukset eivät kuitenkaan aina ole samanlaiset kuin uusi kokemus, mikä muokkaa potilaiden käsityksiä sairaalahoidosta. (Salomäki 2000, 53-54.)

Polviniveltähystyspotilaille tehdyn tutkimuksen mukaan aikaisemmin tehdyllä tähystyksellä on merkittävä yhteys polven kivun hoidossa. Heinon tutkimus osoitti, että aiemmin tähystyksessä olleet potilaat kokevat saaneensa muita enemmän ohjausta. Heidän oma aktiivisuutensa ja aikaisemmat kokemukset helpottivat tie-

donsaantia. Aiemmin tähystyksessä ollut potilas kykenee paremmin osallistumaan hoitoonsa. (Heino 2005, 86, 107.)

Siekkisen tutkimuksessa kartoitettiin syitä huonoon kotona selviytymiseen ja siihen, miksi vastaajat eivät olisi halukkaita uuteen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Tärkeimpinä syinä olivat epäonnistunut kivun hoito ja toimenpiteen yhteydessä saatu sairaalabakteeri. (Siekkinen 2003, 61.) Virtсарakon tähystyksessä olleet miehet kuvasivat kiputuntemuksiaan negatiivisena kokemuksena, jota he eivät halunneet kokea enää uudestaan (Huupponen ym. 2003, 67).

Kipu koetaan hankalana ja epämiellyttävänä olotilana, jonka toivotaan olevan mahdollisimman lyhytkestoinen. Kivusta halutaan päästä eroon, koska se haittaa normaalia elämää ja vaikuttaa mielialaan. Fyysisen kivun lisäksi potilaat saattavat tuntea psyykkistä kipua. Psyykkiseen kipuun vaikuttavia tekijöitä ovat omat ajatukset, psyykkinen tilanne sekä muut elämäntilanteeseen liittyvät tekijät. Kipu koetaan hyvin yksilöllisesti (Salomäki 2000, 42; Raappana 2004, 151). Siihen liittyy usein pelkoa ja jännitystä. Positiivisten asioiden katsotaan lieventävän kipua ja ongelmien lisäävän sitä. (Salomäki 2000, 40-46.)

Koska kipu on yksilöllistä, osaavat potilaat itse arvioida parhaiten omaa kipuaan. Aikaisemmat toimenpiteet vaikuttavat siihen, miten potilaat arvioivat tuntemaansa kipua. Kivun kokemiseen ja sen arviointiin vaikuttavat myös toimenpide, ikä, sukupuoli, koulutus ja kulttuuri. (Raappana 2004, 154, 156.) Iäkkäämmillä ja erilaisia kokemuksia omaavilla potilailla on realistisemmat ja alistuvammat odotukset kipua kohtaan kuin nuorilla. He pitävät todennäköisenä, että toimenpiteeseen liittyy jonkin verran kipua. (Huupponen ym. 2003, 66.) Asenteet kipulääkkeitä kohtaan vaikuttavat siihen, miten potilaat kertovat kivusta. Potilasryhmä, jolla on negatiiviset asenteet kipulääkkeitä kohtaan, ei kerro mielellään kivusta ja välttävät lääkkeen ottoa. (Salomäki 2000, 58.)

Urologisille potilaille oli tärkeää tietää jo ennen toimenpidettä puudutusmuodosta ja eniten pelkoja kohdistuikin juuri puudutuksen riittävyteen (Huupponen ym. 2003, 67). Gynekologisista potilaista itse toimenpidettä pelkäsivät eniten kaavin-

taan tulevat potilaat. Pelkoja lisäsi myös se, että he joutuivat odottamaan vuoroaan toimenpiteeseen selkeästi muita kauemmin. (Ahde 1997, 62-63.)

Toipumiseen kotona vaikuttaa psyykinen tuki, joka riittämättömänä aiheuttaa mielipahaa, psyykkistä epävarmuutta ja pelkoa tulevaisuudesta. Huolta ja pelkoa olivat herättäneet useat toipumiseen liittyvät ajatukset. Potilaat pohtivat kuinka selviytyä kotona kivun hoidosta, ymmärtävätkö he oikein kotihoito-ohjeet, ja kuinka he selviävät itsehoidosta kotona. Vastaajat olivat tarvinneet henkistä tukea läheisiltään jaksakseen psyykkisesti toipilasajan sekä säilyttääkseen positiivisen asenteensa. (Siekinen 2003, 40, 54, 62.)

Pitkittynyt terveysongelma, kuten virtsankarkailu, altistaa masennusoireille. Virtsankarkailun vuoksi 16:lla ponnistusinkontinenssileikkauksessa olleella potilaalla oli masennusoireita ennen leikkausta ja heistä viidellä oli lääkehoito masennukseen. Toipilasaikana seitsemän tunti itsensä huolestuneeksi ja masentuneeksi. Masennus parani leikkauksen jälkeen neljältä potilaalta (n=54). (Aro 2004, 34-35, 42.)

Potilaat kokevat läheisiltä saadun tuen ja avun tärkeäksi. Päiväkirurgiset potilaat tarvitsevat etenkin puolisolta ja lapsilta sosiaalista sekä psyykkistä tukea ja apua, sillä toipuminen kotona jää kokonaan potilaan ja hänen läheistensä sekä avohoitopalvelujen varaan. Kotihoidon ohjauksen ulottaminen potilaan läheiseen lisäisi potilaan kotona kokemaa turvallisuuden tunnetta ja avun saantia läheisiltä (Siekinen 2003, 59, 69.) Heinon tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan antama tiedollinen tuki perheenjäsenelle oli ollut vähäistä, koska hän sai hoitoon liittyvää tietoa vain potilaalta (Heino 2005, 101).

Heinon tutkimustulosten mukaan polviniveltähystyspotilaista 80 % tunsivat olonsa turvalliseksi tai erittäin turvalliseksi sairaalasta kotiutuessaan (Heino 2005, 85). Urologisten potilaiden turvallisuuden tunnetta toipilasaikana vahvasti annetun tiedon luotettavuus ja realistisuus. Urologisiin sairauksiin liittyy usein epäily pahanlaatuisuudesta ja epätietoisuus sairauden laadusta aiheutti henkistä epävarmuutta koko hoitajakson ajan ja vaikutti potilaan odotuksiin. Annetun tiedon li-



säksi miehet käyttivät hyväkseen omia aikaisempia kokemuksiaan, tuttavien ja omaisten

kautta saamia kokemuksia sekä hoitoprosessin aikana saamia kokemuksia sairauden aiheuttamista ongelmista selviytymiseen. (Huupponen ym. 2003, 69, 71-73.)

Toimenpiteen jälkeisenä päivänä tehty puhelinohjaus koetaan myönteisenä. Siekkisen tutkimuksessa kartoitettiin puhelinohjauksen tarpeellisuutta, ja suurin osa vastaajista arvioi, että sillä olisi myönteinen vaikutus kotona selviytymiseen. (Siekkinen 2003, 59.) Myös puhelinkontakti toimenpideyksiköstä edeltävä iltana koetaan turvallisuutta lisääväksi (Huupponen ym. 2003, 74).

### 3.2.7 Eettinen selviytyminen

Päiväkirurgiset potilaat kokevat yksilöllisyyden tärkeänä ja he haluavat, että heidät huomioidaan yksilöinä ja heidän yksilölliset tunteensa hyväksytään (Raappana 2004, 152). Gynekologisten potilaiden mielestä hoito oli rutiininomaista ja teknistä (Ahde 1997, 57; Thure-Toivanen, Suominen & Leino-Kilpi 2003, 53). He jäivät kaipaamaan henkistä tukea, joka auttaisi toimenpiteestä selviytymisessä (Ahde 1997, 57). Toisaalta päiväkirurgiset potilaat olivat tyytyväisiä henkilökunnan tapaan kohdella heitä ja hoitajat ottivat heidät huomioon ihmisinä eikä ainoastaan tautitapauksena. (Koivusalo 2003, 38).

Urologiset miespotilaat ovat kokeneet hoidon yksilölliseksi ja ystävälliseksi, kun hoitotilanteissa on käytetty huumoria hienovaraisesti sekä tehty mahdolliseksi potilaan oman päätösvallan käyttö. He eivät kokeneet hoitorutiineja negatiivisessa mielessä, vaan ne olivat osoitus henkilökunnan ammattitaidosta ja asioiden hyvästä sujumisesta toimenpidepäivänä. (Huupponen ym. 2003, 67, 70, 74.)

Hoidon kokemista yksilölliseksi lisää potilaan oma osallistuminen hoitoon ja sen suunnitteluun. Raappanan tutkimuksessa mukana olleet potilaat olisivat halunneet

osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, mutta kaikille ei sitä mahdollisuutta annettu (25 %). Päiväkirurgisten potilaiden osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun parantaa heidän selviytymistään kotona toimenpiteen jälkeen sekä

päivittäisissä toiminnoissa, että kivunhoidossa. Myös laki potilaan oikeuksista pyrkii turvaamaan potilaan mahdollisuuden osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. (Raappana 2004, 152, 156.) Potilaiden halukkuus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon on lisääntynyt, kuitenkin Koivusalon tutkimustulosten mukaan vain 56 % potilaista koki osallistuneensa riittävässä määrin hoitonsa suunnitteluun. (Koivusalo 2003, 61.)

Sterilisaatiossa olleet potilaat olivat tyytymättömiä päiväkirurgian tiloihin sekä yksityisyyden puuttumiseen. Tämä on selitettävissä sillä, että toimenpide on intiimi. Tyytymättömyyttä asioiden salassapitoon aiheutti ahtaat tilat ja se, ettei potilas voi keskustella asioistaan muiden kuulematta. (Koivusalo 2003, 67-68.) Keskustelut kahden kesken hoitohenkilökunnan kanssa erillisessä huoneessa koetaan hyväksi (Thure-Toivanen ym. 2003, 50).

### 3.2.8 Ekonominen selviytyminen

Toimenpiteen onnistuessa päiväkirurgiassa taloudelliset rasitteet ovat perinteiseen leikkaustoimintaan verrattuna alemmat sekä potilaalle, hoitavalle yksikölle että yhteiskunnalle. Jos toimenpide tehdään myöhään iltapäivällä ja sen johdosta potilas joutuu jäämään sairaalaan yöksi, tämä aiheuttaa potilaalle pettymyksen sekä ylimääräisiä kuluja. Onnistuessaan toimenpide alentaa potilaan päivittäisiä terveydenhoitokustannuksia. Esimerkiksi ponnistusinkontinenssileikkaus pienentää potilaan kustannuksia inkontinenssisuojien käytön vähentyessä. (Aro 2004, 34, 45).

Leikkaustekniikoiden kehittymisen myötä endoskopia on lisännyt gynekologisia toimenpiteitä päiväkirurgiassa. Tähystystoimenpiteessä olleet potilaat voidaan kotiuttaa jo toimenpidepäivänä. Lyhyt, alle viikon sairausloma on yleensä riittävä

ja siten myös taloudellinen, koska potilas pääsee pian takaisin työelämään. (Sjöberg & Laatikainen 1999, 1336.)

### 3.3 Yhteydenotot ja niiden syyt päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen

Kivun, haavan ja komplikaatioiden hoitoon liittyvä ohjaus on erityisen tärkeää, koska nämä ovat yleisimpiä yhteydenottojen syitä. Mitchell (2000) tutki ohjauksen vaikutusta yhteydenottoihin. Tulosten mukaan suunnitellusti enemmän tietoa saaneet päiväkirurgisessa laparoskooppisessa toimenpiteessä olleet ottivat vähemmän yhteyttä sekä olivat vähemmän ahdistuneita kuin tavanomaisen ohjauksen saaneet verrokkiryhmään kuuluvat. (Heino 2005, 26.)

Tam & Koh ovat vuonna 2002 selvittäneet syitä päiväkirurgisten potilaiden suunnittelemaan sairaalaan paluuseen. Eniten sairaalaan palattiin toimenpiteestä johtuvista syistä (63 %). Tämän jälkeen yleisimpiä olivat anestesiaan, sosiaalisiin syihin ja muihin lääketieteellisiin ongelmiin liittyvät syyt. Toimenpiteeseen liittyvä kipu oli merkittävimpiä paluusyitä. Suunnittele mattomista sairaalaan paluista olisi ollut estettävissä jopa 75 %. Myös Coley ym. (2002) tutkimuksessa yleisimmäksi sairaalaan paluun syyksi löytyi kipu. (Salanterä 2003, 104.)

Potilaiden fyysiseen toipumiseen liittyviä yhteydenottojen syitä ovat väsymys, kaupassa käynti-, peseytymis- ja pukeutumisavun tarve, kivut ja haavaan liittyvät ongelmat. Psykkiseen toipumiseen liittyviä yhteydenottojen syitä olivat hoitokemusten vertailu, ilo toipumisesta tai toipumisen hitaus, yksinäisyys sekä ohjeiden ja tietojen hakeminen. Ensisijaisia yhteydenotto kohteita olivat omaiset ja/tai sukulaiset ja toissijaisina ystävät. Terveystieteiden palveluihin yhteydenottoja oli yleensä 1-2 kertaa ja enintään 6 kertaa. Yhteydenotot tehtiin useimmiten puhelimitse tai käytiin itse. (Ruuth-Setälä 1997, tiivistelmä, 82-85, 87.)

Raappanan tutkimuksessa 9 % oli joutunut ottamaan kivun takia yhteyttä terveydenhuollon yksikköön (Raappana 2004, 152). Myös Heinon tutkimuksessa 9 % vastanneista oli ottanut yhteyttä hoitavaan yksikköön kivun tai polventurvotuksen

vuoksi (Heino 2005, 85). Ikä vaikuttaa yhteydenottoherkkyyteen; nuoremmat ottavat vanhempia herkemmin yhteyttä toimenpiteen jälkeisten kipujen vuoksi (Ruuth-Setälä 1997, 51).

Kivun lisäksi fyysiseen toipumiseen liittyviä yhteydenottosyitä ovat haavan tulehdus, turvotus, vuoto, huimaus, epäselvyudet ompeleiden poistossa (Ruuth-Setälä 1997, 51-52; Heino 2005, 85), mustelmat, haavan punotus, päänsärky, ummetus, uupumus, kuume (Ruuth-Setälä 1997, 51-52), virtsaamisvaikeudet ja diagnoosin varmistus (Heino 2005, 85). Vatsantoiminnan häiriöt ilmenivät puudutetuilla potilailla (Ruuth-Setälä 1997, 52). Gynekologisilla potilailla yhteydenottosyinä olivat lisääntynyt verenvuoto tai kipulääkereseptin tarve (Ahde 1997, 61). Laparoskoopipisten toimenpiteiden jälkeen ilmeneviä lieviä infektioita, verenvuotoa sekä verenpurkauksia pidetään vähäisinä komplikaatioina (Sjöberg & Laatikainen 1999, 1336).

Siekkisen tutkimuksessa selvisi, että yhteyttä otettiin terveydenhuollon yksiköihin, koska haluttiin lisäohjausta. Tietoa tarvittiin leikkausalueen ja haavan hoitoon liittyvissä asioissa, kuten leikkausalueen suihkuttamisen ja saunomisen aloittamisessa. Ohjausta kaivattiin myös liikkumiseen ja ulkoiluun liittyvissä asioissa. Epätietoisuus ja huolestuminen paranemisesta sekä työkyvyn palautumisen nopeudesta aiheuttivat yhteydenottoja. Yksi yhteydenoton syy lääkäriin oli leikkauskertomuksen selventäminen. (Siekkinen 2003, 51-52.)

Päiväkirurgiassa on tavoiteltavaa, että suunnittelemattomia takaisinpaluita sairaalaan olisi mahdollisimman vähän, jotta päiväkirurgian taloudelliset hyödyt saavutettaisiin (Raappana 2004, 155.). Hyvin ajoitetulla yhteydenotolla terveydenhuollon yksikköön voitaisiin estää kivun kroonistuminen ja muiden terveysongelmien paheneminen (Salanterä 2003, 105). Hoitotyön tekijöiden tulisi pohtia miten mataltaa potilaiden kynnystä ottaa yhteyttä terveydenhuollon yksikköön apua tarvittaessa (Siekkinen 2003, 63), koska saattaa olla että vain osa ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa (Salanterä 2003, 105).

Heino viittaa useisiin tutkimuksiin, joiden mukaan päiväkirurgiset potilaat kuormittavat avoterveydenhuoltoa vähän. Puhelinsoitolla leikkauksen jälkeisenä päivänä voidaan vähentää tarvetta hakeutua avoterveydenhuoltoon. Leikkauksen jälkeisen puhelinsoiton avulla saadaan tietoa potilaan selviytymisestä kotona ja voidaan täydentää potilaan kotihoidon ohjeistusta. (Heino 2005, 102-103.)

Puhelinsoitolla annettua psykososiaalista tukea potilaat pitivät erittäin tarpeellisena (Siekkinen 2003, 34). Heinon tutkimukseen osallistuneista polviniveltähysteistä potilaista 9 % halusi, että häneen olisi otettu yhteyttä leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Heino 2005, 85, 103.) Niukat henkilökuntaresurssit estävät systemaattisen puhelinseurannan toteuttamisen useimmissa päiväkirurgisissa yksiköissä, vaikka seurantasoi-toista saadut kokemukset ovat eri puolilla maailmaa todettu hyviksi. (Lahtinen ym. 1998, 63-64.)

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää millaista Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgisessa yksikössä toimenpiteessä olleen potilaan selviytyminen oli kahden viikon toipilasaikana. Työn avulla kartoitettiin millaisia selviytymiskeinoja potilaat käyttivät toimenpiteen jälkeen. Tavoitteena oli saada tietoa kuinka moni potilaista oli ottanut yhteyttä johonkin terveydenhuollon yksikköön. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää mihin terveydenhuollon eri yksiköihin potilaat ottivat yhteyttä, milloin yhteyttä oli otettu, miksi ja miten yhteydenotto oli tapahtunut. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla päiväkirurginen yksikkö voi kehittää potilasohjaustaan sekä kirjallisia potilasohjeitaan. Myöhemmin yksikkö voi halutessaan käyttää opinnäytetyössä käytettyä kyselylomaketta potilaspalautteen saamiseen.

#### **Tutkimusongelmat:**

1. Mitä selviytymistä tukevia keinoja potilaat käyttivät kotona?

2. Millaista potilaiden selviytyminen oli kotona toimenpiteen jälkeen?

3. Millaista terveystalveluiden käyttö oli toipilasaikana?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tarkoituksenmukaisin tapa toteuttaa aineistonkeruu oli käyttää kvantitatiivista tutkimusmenetelmää eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Tätä tutkimusmenetelmää käyttämällä saatiin selville tarkkoja lukumääriä. Määrällisissä tutkimuksissa otoksen on oltava riittävän suuri ja aineisto kerätään kyselylomakkeiden avulla, joissa on valmiita vastausvaihtoehtoja. (Heikkilä 2001, 16.)

Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake oli laadittu tämän opinnäytetyön aineiston keruuta varten. Se oli tarkoituksenmukaisin aineistonkeruumenetelmä, koska sen avulla pystyttiin tarkastelemaan kohdennetusti niitä asioita, joista haluttiin tietoa. Kyselylomakkeen täyttämisaikajankohta oli kaksi viikkoa toimenpiteen jälkeen toimimisen ollessa jo pitkällä. Myös useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on potilas-palaute kysytty kahden viikon kuluttua toimenpiteestä (Ahde 1997, Siekkinen 2003 ja Heino 2005).

### 5.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimusympäristönä oli Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgian yksikkö Lahdessa. Päiväkirurgian yksikkö aloitti toimintansa tammikuussa 2005 nykyisissä, uusissa tiloissa. Yksikössä on useiden erikoisalojen päiväkirurgista toimintaa ja toimenpiteitä tehdään kahdeksassa leikkaussalissa. Päiväkirurgian yksikössä on varattu kaksi leikkaussalia ortopedisia toimenpiteitä varten ja kuusi leikkaussalia on varattu muille erikoisaloille. Päiväkirurgian yksikössä tehdään ortopedisia, käsikirurgisia, gynekologisia, urologisia, verisuonikirurgisia, plastiikkakirurgisia, gastroenterologisia, korva-, nenä ja kurkkukirurgisia, hammaskirurgisia ja yleiskirurgisia toimenpiteitä.

Yksikössä on varusteltu kolme salia erityisesti lasten toimenpiteitä varten, mutta näissä saleissa tehdään toimenpiteitä myös aikuisille. Nämä salit on varattu korva-, nenä- ja kurkkukirurgisia, hammaskirurgisia ja yleiskirurgisia toimenpiteitä varten. Lapsipotilaille on omat odotus-, vastaanotto-, heräämö- ja kotiutustilat. Päiväkirurgian yksikössä on myös gynekologisille potilaille omat pukeutumis- ja odotustilat yksityisyyden turvaamiseksi.

Erikoisalat, joihin opinnäytetyö kohdistui oli: ortopedia (orto), käsikirurgia (käsi), gynekologia (gyn), plastiikkakirurgia (plast), urologia (uro), gastroenterologia (gastro), verisuonikirurgia (verisuoni) ja korva-, nenä-, kurkkukirurgia (KNK) sekä yleiskirurgia (yleisk). Kysely kohdistettiin aikuispotilaisiin, joilla tarkoitetaan tässä työssä yli 18-vuotiaita. Kyselylomake jaettiin 200 potilaalle, jotka olivat olleet päiväkirurgisessa toimenpiteessä 18.4 - 10.5.2006 välisenä aikana. Kysely käynnistyi pääsiäislomien jälkeen, jolloin leikkaustoiminta oli aktiivista. Tänä aikana yksikössä tehtiin yhteensä 317 toimenpidettä, joista 312 kuului kohderyhmään (Hauru & Kaatrasalo 2006). (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Tutkimuksen kohderyhmälle tehdyt toimenpiteet erikoisaloittain kyselyn aikana lukumäärinä.

ERIKOISALA	TOIMENPITEITÄ
Gynekologia	28
Gastroenterologia	39
Käsikirurgia	53
Ortopedia	92
Urologia	34
Plastiikkakirurgia	8
Verisuoni	20
KNK	31
Yleiskirurgia	7
YHTEENSÄ	312

Ennen kyselylomakkeiden jakamisen käynnistymistä esiteltiin päiväkirurgian yksikön pre- ja postoperatiiviselle henkilökunnalle opinnäytetyön tutkimussuunni-

telma. Samalla tiedotettiin kyselylomakkeiden jakamisesta ja ajankohdasta. Henkilökunta jakoi kyselylomakkeet saatekirjeineen kotiutuksen yhteydessä.

Potilaat vastasivat kyselylomakkeeseen kaksi viikkoa toimenpiteen jälkeen ja lähettivät lomakkeen tämän jälkeen sille varatussa kuussa olleeseen osoitteeseen. Palautuskuussa oli valmiina osoite ja postimaksu oli maksettu ennakkoon. Kyselylomakkeiden ja saatekirjeiden tulostamisen sekä kirjekuoret postimaksuineen ja niiden osoitetarrat kustansi Päijät-Hämeen keskussairaala. Ensimmäinen kyselylomake palautui 4.5.2006 ja viimeinen 16.6.2006.

## 5.2 Kyselylomakkeen kuvaaminen

Päiväkirurgisten potilaiden kotona selviytymistä kartoittavana mittarina käytettiin kyselylomaketta (Liite 3). Lomake sisälsi strukturoituja ja sekamuotoisia kysymyksiä sekä väittämiä. Lisäksi lomakkeessa oli yksi avoin vastauskohta. Yhteensä kysymyksiä ja väittämiä oli 15. Pituudeltaan kyselylomake oli neljä sivua ja se jakautui viiteen eri asiakokonaisuuteen (Liite 4). Asiakokonaisuudet, väittämät ja kysymykset pohjautuvat tutkimusongelmiin, joiden määrittelemistä ohjasi Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgian yksikön tiedontarpeet. Mittarin muuttujien muotoilussa käytettiin apuna aikaisempia tutkimuksia (Ahde 1997, Siekkinen 2003 ja Heino 2005).

Kyselyyn vastanneiden taustatietoina kartoitettiin toimenpidetiedot, sukupuoli, ikä ja asuminen. Toimenpidetiedot sisälsivät kysymykset tehdystä toimenpiteestä, anestesiamuodosta ja aikaisemmista toimenpiteistä. Asumisesta kartoitettiin kenen kanssa vastaaja asuu sekä kuinka pitkä matka asunnolta on Päijät-Hämeen keskussairaalaan. Toimenpidetietoja kartoitettiin kysymyksillä 1, 2 ja 3. Sukupuolta väittämällä 12, ikää avoimella vastauskohdalla 13 sekä asumista väittämällä 14 ja 15.

Selviytymistä tukevia keinoja kartoitettiin väittämässä 4. Se sisälsi kymmenen erilaista keinoa ja yhden avoimen kohdan. Avoimeen kohtaan vastaaja sai itse



kirjoittaa hänelle tärkeän keinon, koska ei voitu olettaa valmiiden vastausvaihtoehtojen kattavan kaikkia tärkeitä vointia helpottavia keinoja. Vastaajia ohjattiin valitsemaan kolme hänelle tärkeintä vaihtoehtoa. Valmiiksi annetut keinot sisälsivät kuusi eri aihealuetta avoimen kohdan lisäksi. Nämä aihealueet olivat

lääkkeiden käyttö, kylmähoito, toiminnalliset keinot, tiedollinen keino, psyykinen keino ja avun pyytäminen. Lääkkeiden käytöstä selvitettiin kipu- ja nukahtamislääkkeiden tärkeyttä. Kylmähoito sisälsi kylmäpakkauksen käytön. Toiminnallisten keinojen avulla kartoitettiin asentohoidon, liikkumisen, lepäämisen ja kuntoutusohjeiden toteuttamisen tärkeyttä vointia helpottavana keinona. Tiedollisena keinona selvitettiin kotihoito-ohjeiden kertaamisen merkitystä ja psyykkisenä keinona huomion siirtämistä muualle. Avun pyytämisessä selvitettiin läheisiltä pyydetyn avun tärkeyttä päivittäisissä toiminnoissa.

Vastaajien toipumista kotona selvitettiin väittämän 5 avulla, ja se sisälsi yhteensä 23 toipumiseen liittyvää kohtaa. Väittämän avulla selvitettiin toipumista ensimmäisen vuorokauden aikana sekä myöhemmin kahden viikon aikana. Vastaajia pyydettiin valitsemaan jokaiseen kohtaan omaa toipumistaan kuvaava vaihtoehto. Vaihtoehdot olivat ”ei ollut”, ”vähän” ja ”paljon”. Sisällöllisesti väittämä jakautui kolmeen eri aihealueeseen, jotka käsittävät toimenpiteestä johtuvat fyysiset oireet, toipumiseen liittyvät vaikeudet ja avuntarpeen. Kartoitettavat fyysiset oireet olivat: verenvuoto toimenpidealueella, mustelmat, toimenpidealueen turvotus, punotus, kuumotus sekä kipu. Lisäksi selvitettiin oliko vastaajilla kuumetta, päänsärkyä, huimausta, pahoinvointia tai väsymystä. Toipumiseen liittyvät vaikeudet sisältävät väittämät, joiden avulla kartoitettiin oliko vastaajilla ollut epäselvyyksiä haavanhoidossa, vaikeuksia sidosten vaihdossa, liikkumisessa, apuvälineiden käytössä, syömisessä, juomisessa, virtsaamisessa, ulostamisessa tai nukkumisessa. Avuntarpeet joita kartoitettiin, olivat avuntarve peseytymisessä ja pukeutumisessa sekä kodin ulkopuolisessa asiointissa.

Kyselylomakkeen avulla kartoitettiin vastaajien terveystalveluiden käyttöä kahden viikon aikana toimenpiteen jälkeen. Terveystalveluiden käyttö jakautuu aihepiireiltään kahteen osaan, tietoon ja yhteydenottoon. Väittämän 6 avulla kartoitet-

tiin, tiesivätkö kyselyyn vastanneet mihin he ottaisivat tarvittaessa yhteyttä. Mahdollista yhteydenottoa johonkin terveydenhuollon yksikköön selvitettiin väittämän 7 avulla.

Yhteydenoton lisäksi selvitettiin yhteydenottotapaa. Tämän osa-alueen väittämiin pyydettiin vastaamaan vain siinä tapauksessa, jos vastaaja oli ottanut yhteyttä toimenpiteestä johtuen johonkin terveydenhuollon yksikköön. Aihealueet, joihin väittämät jakautuvat, ovat soitto, käynti, ajankohta ja syy. Soittoja eri terveydenhuollon yksiköihin selvitettiin väittämän 8 avulla. Väittämässä oli viisi valmista vaihtoehtoa terveydenhuollon yksiköistä sekä yksi avoin kohta jos yhteydenotto kohdetta ei ollut valmiiden vaihtoehtojen joukossa. Valmiit vaihtoehdot käsittivät päiväkirurgian yksikön, Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan, terveystieteiden keskuksen, työterveyshuollon sekä kotihoidon / kotisairaanhoidon. Väittämällä 9 selvitettiin käyntejä terveydenhuollon eri yksiköissä. Vastausvaihtoehdot olivat muuten samanlaiset kuin väittämässä 8, ainoastaan kotihoito / kotisairaanhoidon ei kuulunut niihin. Yhteydenoton ajankohtaa selvitettiin väittämällä 10. Vaihtoehtoja oli neljä: 1. vuorokauden aikana, 2.-3. vuorokauden aikana, 4.-7. vuorokauden aikana sekä 8.-14. vuorokauden aikana. Yhteydenoton syytä kartoitettiin väittämällä 11. Väittäminen oli avoin ja vastaajat saivat itse kuvailla, omin sanoin, syyn yhteydenotolle.

### 5.3 Aineiston analyysimenetelmät

Aineiston analyysissä käytettiin apuna SPSS 13.0 for Windows - ja Microsoft Office Excel 2003 -ohjelmaa. Mittarin muuttujien koodit syötettiin SPSS -ohjelmaan (Liite 5). Opinnäytetyössä esitettyjen kuvioiden muodostamiseen käytettiin Excel -ohjelmaa.

Kyselylomakkeet oli numeroitu juoksevasti 1-200. Jokaisen lomakkeen tiedot olivat tunnistettavissa aineistossa tämän numeron perusteella. Ennen mittarin muuttujien syöttöä SPSS -ohjelmaan testattiin muuttujakoodien toimivuus. Joitakin kyselylomakkeiden muuttujia koodattiin uudestaan ennen tietojen syöttöä

SPSS -ohjelmaan, koska joihinkin kysymyksiin oli vastattu toisin kuin kyselylomakkeiden suunnitteluvaiheessa oli ajateltu.

Tutkimusaineisto esitettiin frekvensseinä eli kokonaislukuina, koska ryhmät erikoisaloittain olivat erikokoisia ja vastausten määrä vaihteli eri kysymyksissä. Taustamuuttujien välistä yhteyttä tarkasteltiin erikoisalakohteisesti ja tuloksia havainnollistettiin käyttämällä kuvioita.

Kysymys 1 oli avoin toimenpidettä/leikkausta kartoittava kysymys. Vastaajien kirjoittamat toimenpiteet luokiteltiin kymmen -luokkaiseksi muuttujaksi. Muuttujat olivat opinnäytetyössä esiintyvät erikoisalat. Kymmenes muuttuja oli ”Ei tietoa” -toimenpiteestä.

Kysymyksessä 2 kartoitettiin toimenpiteessä käytettyä anestesiaa. Se luokiteltiin kolmi-luokkaiseksi. Nukutuksen ja puudutuksen lisäksi muodostettiin luokka, jossa oli käytetty molempia anestesiaa. Kysymyksessä 3 kartoitettiin aikaisemmin tehtyjä toimenpiteitä. Jokainen kolmesta vastausvaihtoehdosta luokiteltiin erikseen SPSS -ohjelmassa joko myönteiseksi (1) tai kielteiseksi (2) vastaukseksi.

Väittämässä 4 kartoitettiin kolmea tärkeintä toipilasaikana käytettyä vointia helpottavaa keinoa. Kaikki mittarin vastausvaihtoehdot syötettiin SPSS -ohjelmaan. Tässä koodi 1 tarkoittaa, että keino oli valittu tärkeäksi ja koodi 2 tarkoitti, ettei vaihtoehtoa oltu valittu. Avoimen vastausvaihtoehdon tiedot kirjoitettiin omaan tiedostoon Microsoft Office Word 2003 tekstinkäsittelyohjelmalla.

Väittämässä 5 kartoitettiin vastaajien toipumista kotona toimenpiteen jälkeen. Väittämäkokonaisuuden tiedot 23 eri kohdasta syötettiin ohjelmaan ensin ”Ensimmäisen vuorokauden aikana” -sarakkeesta ja seuraavaksi syötettiin ohjelmaan tiedot ”Myöhemmin” -sarakkeesta. Muuttujakoodilistassa 1 tarkoittaa, ettei kysyttyä oiretta ollut, 2 tarkoittaa, että sitä oli vähän ja 3 tarkoittaa, että sitä oli paljon.

Väittämissä 6 ja 7 kartoitettiin tiesivätkö vastaajat mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä ja olivatko he ottaneet yhteyttä. Näiden väittämien tiedot koodattiin kyllä ja ei vastauksien mukaisesti.

Väittämät 8 ja 9 kartoittivat yhteydenottotapaa. Molempien väittämien jokainen vastausvaihtoehto koodattiin muuttujalistaan numeron 1 tarkoittaessa myönteistä vastausta. Numero 2 tarkoitti, ettei kyseistä vastausvaihtoehtoa oltu ympäröity. Molempien väittämien viimeisten avoimien vastauskohtien tiedot kirjattiin omiin tiedostoihinsa.

Väittäjä 10 kartoittaa milloin yhteyttä oli otettu. Muuttujat luokiteltiin valmiiksi kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa neljään luokkaan. Koska vastaajat olivat valinneet väittämästä useampia muuttujia, syötettiin SPSS -ohjelmaan tämän väittämän jokainen vastausvaihtoehto käyttäen kahta numerokoodia. Numero 1 tarkoittaa valittua vaihtoehtoa ja numero 2, ettei vaihtoehtoa valittu.

Väittäjä 11 kartoitti avoimella vastausvaihtoehdolla syytä yhteydenottoon. Nämä tiedot kirjattiin tekstinkäsittelyohjelmaan. Lopuksi kaikki vastaukset luokiteltiin neljään eri luokkaan: yhteydenotot ompeleen poiston, lisäohjauksen tarpeen, toimenpiteen jälkeisen komplikaation ja sairausloman saamisen vuoksi.

Väittäjä 12 kartoitti vastaajien sukupuolen. Muuttujakoodilistassa 1 tarkoittaa naista ja 2 miestä.

Väittäjä 13 kartoitti vastaajien ikää täysinä vuosina. Muuttujat syötettiin SPSS -ohjelmaan vastatessa muodossa. Tietojen analysoimisen helpottamiseksi vastaajien ikä luokiteltiin kolmeen eri luokkaan. Ensimmäiseen luokkaan luokiteltiin 18-35 ikäiset vastaajat. Nämä nuoret aikuiset ovat pääasiassa joko työelämässä tai opiskelevat. Toiseen luokkaan luokiteltiin 36-65 ikäiset vastaajat. Valtaosa tämän ryhmän edustajista on työelämässä. Ja viimeiseen luokkaan luokiteltiin kaikki yli 65 vuotiaat, joiden voidaan olettaa olevan eläkeläisiä.

Väittämä 14 kartoitti kenen kanssa vastaaja asuu. Väittämän viisi muuttujaa koodattiin numeroilla yhdestä viiteen vaihtoehtojen mukaisesti.

Väittämällä 15 kartoitettiin Päijät-Hämeen keskussairaalan ja asunnon välistä matkaa, joka oli viisi -luokkainen. Muuttujakoodilistassa luokat olivat vastaavat kuin väittämässä.

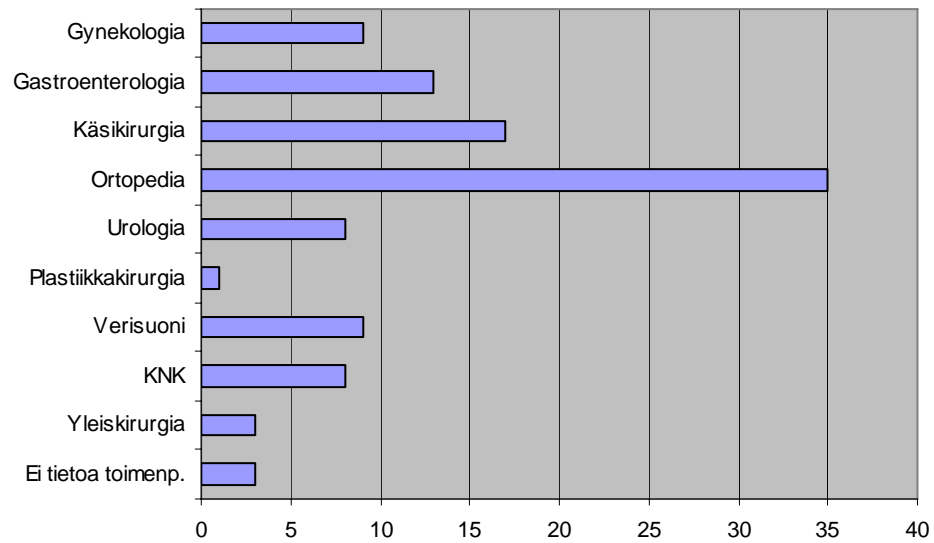
## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 106 päiväkirurgisessa toimenpiteessä ollutta potilasta. Vastausprosentiksi muodostui 53 %. Yksi vastauslomake hylättiin, koska vastaaja oli alle 18 -vuotias. Kyselyyn osallistui 60 naista ja 46 miestä. Vastaajien ikä jakaantui vuosien 19 - 75 välille. Ikäryhmään 18-35 kuului 12 vastaajaa, 36-65 ikäisiin kuului 83 vastaajaa sekä yli 65 vuotiaita vastaajia oli 11.

Vastaajista 19 ilmoitti asuvansa yksin ja 81 puolison kanssa. Yksi vastaajaa asui vanhempien kanssa. Kolme vastaajaa ilmoitti asuvansa lasten luona ja kaksi asui jonkun muun kanssa. Lähellä sairaalaa, 1-15 kilometrin päässä, asui 65 vastaajaa. Vähän kauempana sairaalasta, 16-30 kilometrin päässä, asui 19 vastaajaa. Seuraavassa luokassa, 31-50 kilometrin päässä sairaalasta, asui 16 vastaajaa. Neljännessä luokassa, 51-80 kilometrin päässä sairaalasta, asui kolme vastaajaa ja yli 81 kilometrin päässä sairaalasta asui kolme vastaajaa.

Aineistossa oli 14 vastaajaa, joille ei ollut aikaisemmin tehty toimenpidettä. Päiväkirurgisessa toimenpiteessä oli aikaisemmin ollut 43 vastaajaa. Osastohoitoa vaativassa toimenpiteessä oli aikaisemmin ollut 71 vastaajaa. Osa vastaajista ilmoitti olleensa sekä päiväkirurgisessa että osastohoitoa vaativassa toimenpiteessä.



KUVIO 1. Toimenpiteiden lukumäärät erikoisaloittain (n=106).

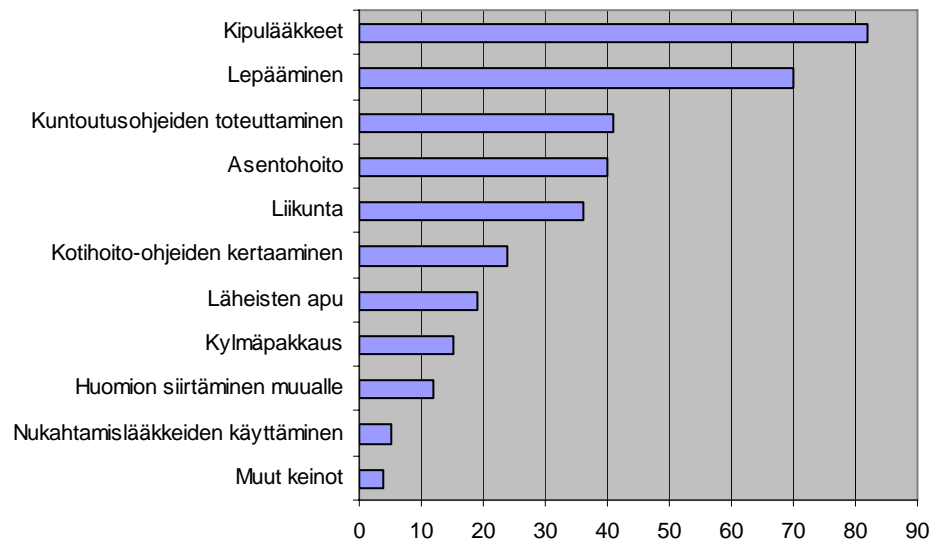
Kaikista vastaajista ortopedisessa toimenpiteessä oli 35, käsikirurgisessa toimenpiteessä 17 ja gastroenterologisessa toimenpiteessä 13. Gynekologisessa ja verisuonikirurgisessa toimenpiteessä olleiden vastaajien ryhmät olivat yhtä suuret (9). Myös urologisessa ja korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä olleet muodostivat aineistossa samankokoiset ryhmät (8). Yleiskirurgisessa toimenpiteessä olleet sekä ei tietoa -toimenpiteestä olivat ryhminä yhtä pienet (3). Plastiikkakirurgisia potilaita edusti yksi vastaaja. (Kuvio 1.)

Toimenpiteistä 48 tehtiin yleisanestesiassa ja puudutuksessa tehtiin 52. Molempia anestesia-aineita oli käytetty viidessä toimenpiteessä (n=105). Yksi vastaaja ei ilmoittanut käyttettyä anestesia-ainetta.

## 6.2 Selviytymistä tukevien keinojen käyttö kotona

Väittämällä 4 kartoitettiin päiväkirurgisten potilaiden kotona selviytymistä. Lomakkeessa pyydettiin valitsemaan kolme heille tärkeintä vointia helpottavaa keinoja. Monet vastaajat olivat valinneet enemmän kuin kolme keinoja, mikä vaikuttaa tulosten tulkintaan. Näiden tuloksien perusteella ei voi sanoa mitkä kolme keinoja

olivat tärkeimmät vaan ainoastaan käytetyt keinot. Tuloksista tulee kuitenkin esille eniten käytetyt keinot. Jokaista annettua vastausvaihtoehtona ollutta vointia helpottavaa keinoa oli pidetty tärkeänä. (Liite 3.)



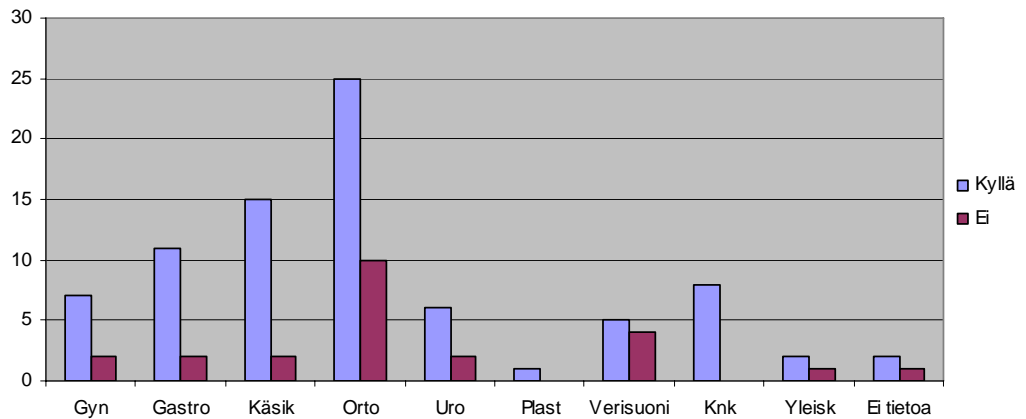
KUVIO 2. Vointia helpottavien keinojen käyttö lukumäärinä (n=106).

Vointia oli helpotettu eniten kipulääkkeiden avulla ja lepäämällä. Seuraavaksi eniten käytettyjä keinoja olivat kuntoutusohjeiden toteuttaminen, asentohoito sekä liikunta. Muita käytettyjä keinoja olivat kotihoito-ohjeiden kertaaminen, läheisten avun pyytäminen, kylmäpakkauksen käyttäminen, huomion siirtäminen muualle, nukahtamislääkkeiden käyttäminen ja jokin muu ilmoitettu keino. (Kuvio 2.)

### 6.2.1 Kipulääkkeiden käyttö vointia helpottavana keinona

Yleisin vointia helpottava keino oli kipulääkkeiden käyttö. Vastaajista 82 oli valinnut tämän vastausvaihtoehdon (n=106). Kuviossa 3 ortopediset, käsikirurgiset ja gastroenterologiset potilaat erottuvat suurimmiksi kipulääkkeiden käyttäjäryhmiksi. Ortopedisessa toimenpiteessä olleista 25 ilmoitti kipulääkkeiden käytön

yhdeksi tärkeäksi vointia helpottavaksi keinoksi (n=35). Kipulääkkeiden käyttö oli tärkeää 15 käsikirurgisessa (n=17) ja 11 gastroenterologisessa (n=13) toimenpiteessä olleelle. (Kuvio 3.)



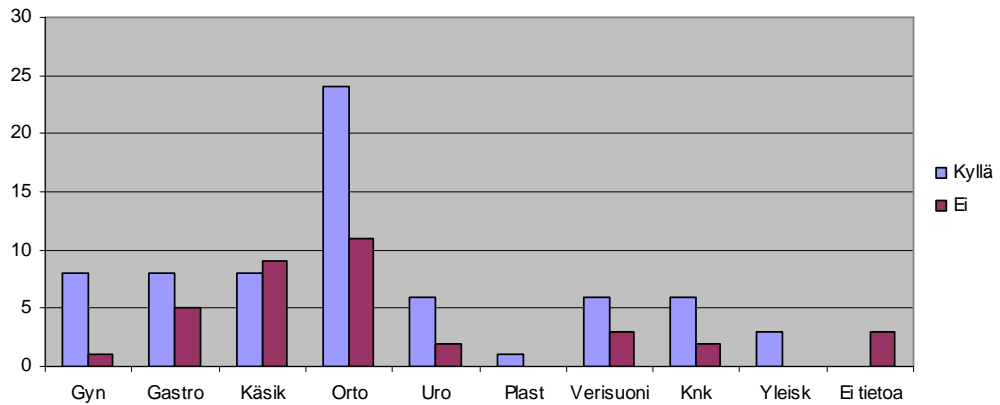
KUVIO 3. Kipulääkkeiden käyttö tärkeänä vointia helpottavana keinona lukumäärinä (n=106).

Kun tarkastellaan kyselyyn vastanneiden pienempien erikoisalojen potilasryhmien kipulääkkeiden käyttöä toipilasaikana, huomataan, että niiden käyttö oli yleistä. Kipulääkkeiden käyttö oli lähes samalla tasolla gynekologisissa (n=9) ja urologisissa (n=8) toimenpiteissä olleilla potilailla. Gynekologisista potilaista seitsemän ja urologisista potilaista kuusi ilmoitti kipulääkkeet tärkeäksi vointia helpottavaksi keinoksi. (Kuvio 3.)

Kaikki korvan-, nenän- ja kurkunalueen (n=8) kirurgisessa toimenpiteessä olleet potilaat valitsivat kipulääkkeiden käytön yhdeksi tärkeäksi vointia helpottavaksi keinoksi. Ainoa plastiikkakirurginen potilas piti kipulääkkeiden käyttöä tärkeänä vointia helpottavana keinona. Myös verisuonikirurgiset, yleiskirurgiset ja vastaajat, jotka eivät ilmoittaneet tehtyä toimenpidettä, pitivät kipulääkkeiden käyttöä tärkeänä vointia helpottavana keinona. (Kuvio 3.)



### 6.2.2 Lepääminen vointia helpottavana keinona



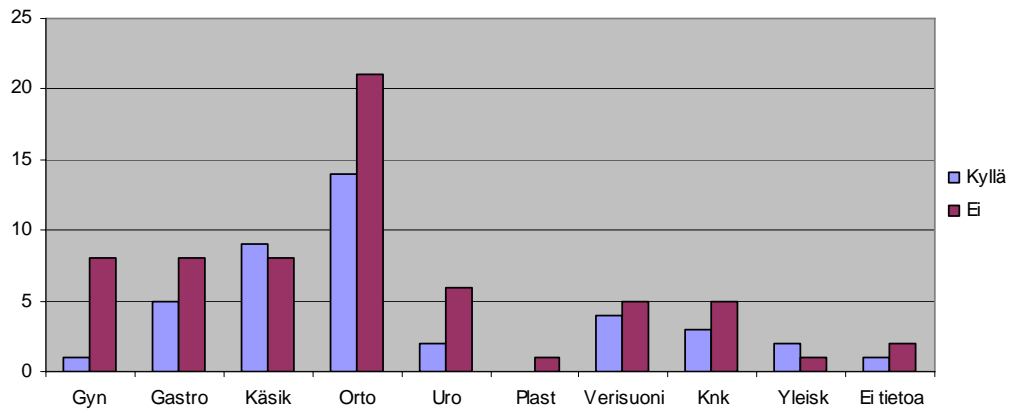
KUVIO 4. Lepääminen tärkeänä vointia helpottavana keinona lukumäärinä (n=106).

Vastaajista 70 oli kokenut lepäämisen itselleen tärkeäksi vointia helpottavaksi keinoksi (n=106). Kahdessa pienimmässä ryhmässä, yleis- ja plastiikkakirurgiset potilaat, kaikki vastanneet olivat valinneet lepäämisen tärkeäksi keinoksi.

Lähes jokaisessa potilasryhmässä yli puolet vastaajista oli valinnut lepäämisen yhdeksi tärkeäksi keinoksi. Gynekologisessa toimenpiteessä olleista kahdeksan yhdeksästä vastaajasta ilmoitti käyttäneensä tätä keinoa. Kuusi korvan-, nenän- ja kurkunalueen (n=8) toimenpiteessä ollutta piti lepäämistä tärkeänä keinona. Myös urologisista potilaista kuusi (n=8) piti keinoa tärkeänä. Lepääminen oli yleinen vointia helpottava keino ortopedisessä 24:lle (n=35), verisuonikirurgisessa kuudelle (n=9) ja gastroenterologisessa kahdeksalle (n=13) toimenpiteessä olleelle vastaajalle. (Kuvio 4.)

Ainoastaan käsikirurgisessa toimenpiteessä (n=17) olleista potilaista alle puolet (8) koki lepäämisen kuuluvan tärkeimpiin vointia helpottaviin keinoihin. Kolme potilasta, joiden toimenpiteestä ei ollut tietoa, oli ainoa ryhmä, joka ei pitänyt lepäämistä merkittävänä vointia helpottavana keinona. (Kuvio 4.)

### 6.2.3 Kuntoutusohjeiden toteuttaminen vointia helpottavana keinona



KUVIO 5. Kuntoutusohjeet tärkeänä vointia helpottavana keinona lukumäärinä (n=106).

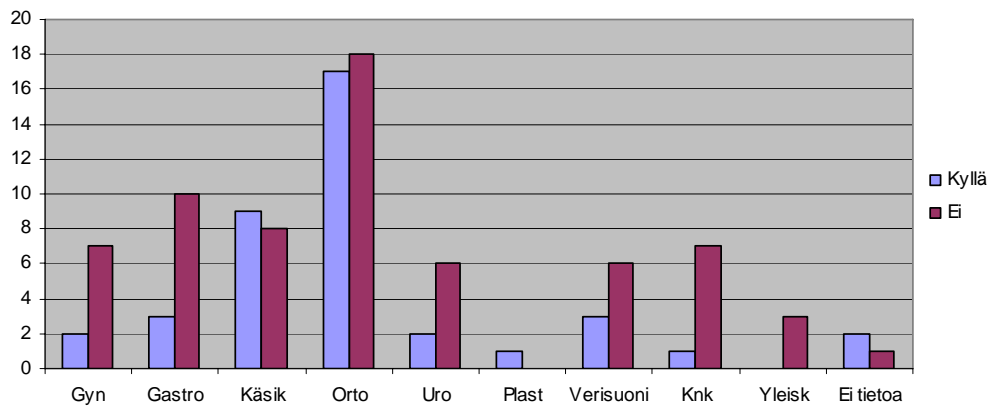
Vastaajista 41 piti kuntoutusohjeiden toteuttamista tärkeänä vointia helpottavana keinona (n=106). Suurimmat kuntoutusohjeita toipumisen tukena käyttäneet potilasryhmät olivat ortopediset ja käsikirurgiset potilaat. Käsikirurgisista potilaista yli puolet (9) piti kuntoutusohjeiden toteuttamista vointia helpottavana keinona (n=17). Sen sijaan ortopedisessä toimenpiteessä olleista alle puolet (14) ilmoitti keinoon tärkeäksi (n=35). Myös verisuonikirurgisille potilaille kuntoutusohjeet olivat tärkeitä. Heistä neljä ilmoitti helpottaneensa vointia kuntoutusohjeiden avulla (n=9). Yleiskirurgisessa toimenpiteessä olleista kaksi käytti tätä keinoa. (Kuvio 5.)

### 6.2.4 Asentohoito vointia helpottavana keinona

Asentohoitoa oli käytetty vointia helpottavana keinona lähes kaikissa potilasryhmissä. Vastaajista 40 piti keinoa tärkeänä toipilasaikana (n=106). Ainoastaan yleiskirurgisessa toimenpiteessä olleista potilaista yksikään ei ollut valinnut tätä vaihtoehtoa. Sen sijaan ortopediset (n=35) ja käsikirurgiset (n=17) potilaat koki-

vat sen yhdeksi tärkeäksi vointia helpottavaksi keinoksi. Asentohoito oli yleisempää käsikirurgisilla potilailla (9), kuin ortopedisilla potilailla (17).

Muiden erikoisalojen potilasryhmien asentohoidon käyttäminen tärkeänä vointia helpottavana keinona oli vähäisempää. Verisuonikirurgisista potilaista kolme yhdeksästä ilmoitti käyttäneensä asentohoitoa toipumisen tukena. Sen avulla vointia helpotti kaksi urologista (n=8), kolme gastroenterologista (n=13) ja kaksi gynekologista (n=9) potilasta. (Kuvio 6.)



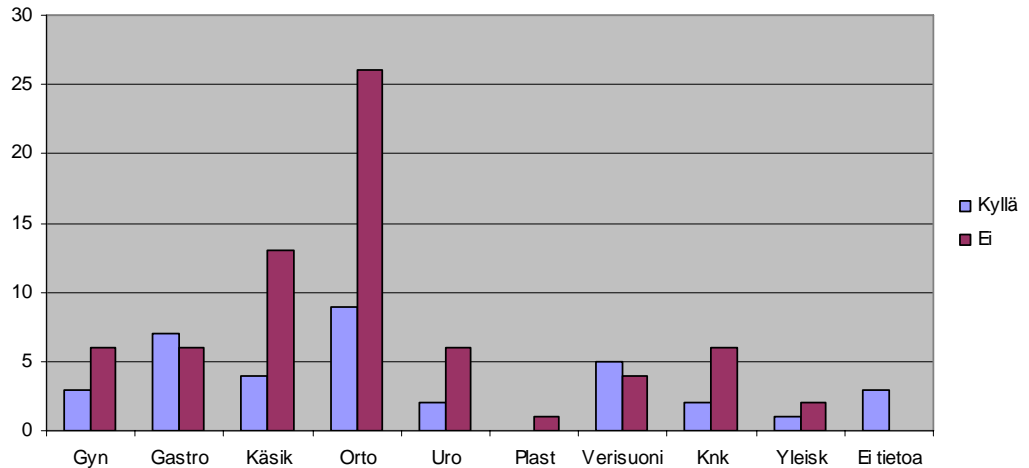
KUVIO 6. Asentohoito tärkeänä vointia helpottavana keinona lukumäärinä (n=106).

### 6.2.5 Liikunta vointia helpottavana keinona

Kyselyyn vastanneista (n=106) päiväkirurgisista potilaista 36 oli valinnut liikunnan tärkeäksi keinoksi helpottaa vointia toimenpiteen jälkeen. Tuloksista nousee esille, että se oli merkittävä keino viidelle verisuonikirurgiselle (n=9) ja seitsemälle gastroenterologiselle (n=13) potilaalle. Kolme yhdeksästä gynekologisesta potilaasta ja yksi yleiskirurginen (n=3) potilas oli valinnut liikunnan yhdeksi itselleen tärkeäksi keinoksi.

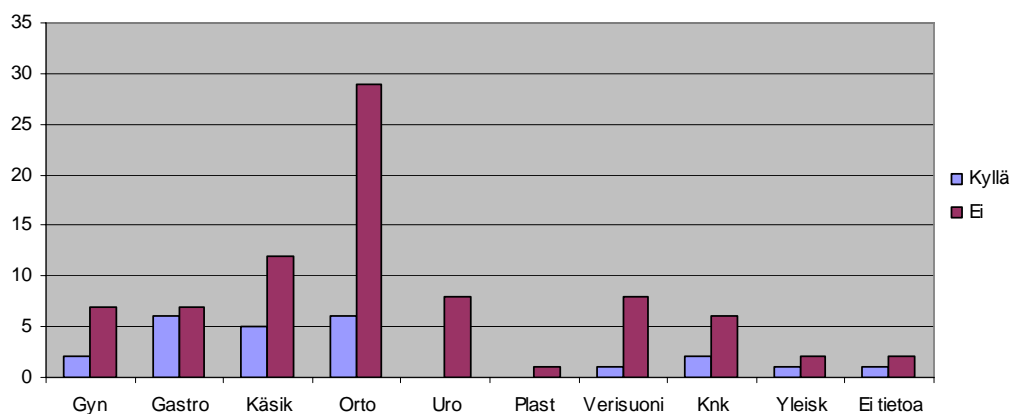
Vain neljäsosa ortopedisessa (n=35) sekä käsikirurgisessa (n=17) toimenpiteessä olleista potilaista oli valinnut liikunnan itselleen tärkeäksi vointia helpottavaksi keinoksi. Ortopedisista potilaista yhdeksän ja käsikirurgisista potilaista neljä

saivat liikunnasta helpotusta vointiinsa toipilasaikana. Tätä keinoa käytti kaksi urologisessa (n=8) ja kaksi korvan-, nenän- ja kurkunalueen (n=8) toimenpiteessä ollutta potilasta. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Liikunta tärkeänä vointia helpottavana keinona lukumäärinä (n=106).

### 6.2.6 Muut tärkeinä pidetyt vointia helpottavat keinot

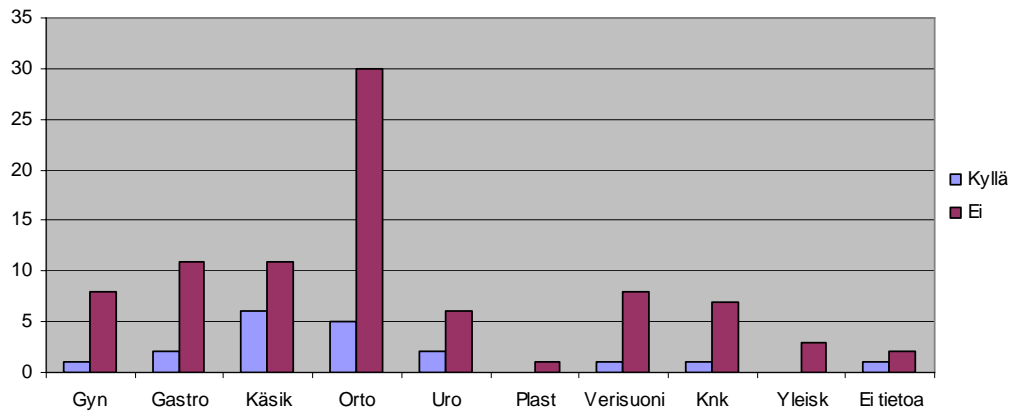


KUVIO 8. Kotihoito-ohjeiden kertaaminen tärkeänä vointia helpottavana keinona lukumäärinä (n=106).

Kotihoito-ohjeiden kertaamisen vointia helpottavana keinona oli valinnut 24 vastaajaa (n=106). Gastroenterologiset potilaat (n=13) erottuivat joukosta pitämällä kotihoito-ohjeiden kertaamista tärkeänä muita enemmän. Heistä kuusi ilmoitti

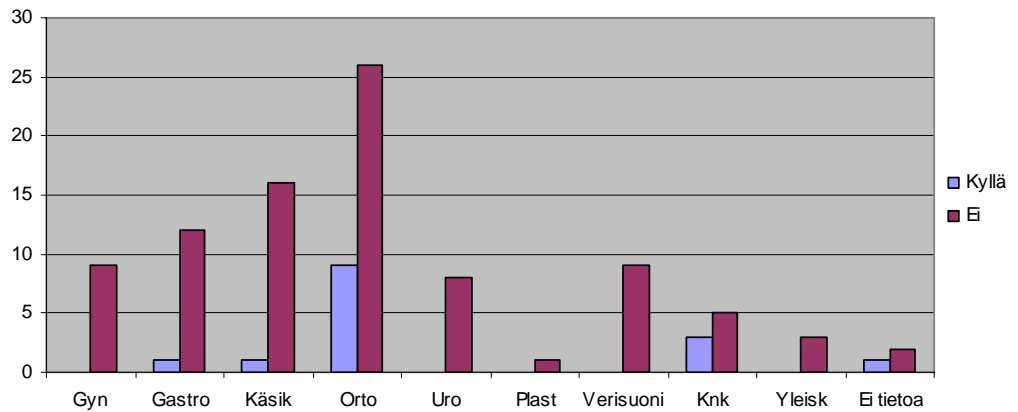
keinon vointia helpottavaksi. Vastaavasti kukaan urologisista potilaista ei ollut valinnut tätä vaihtoehtoa. Muiden erikoisalojen potilasryhmissä keino ei ollut yleinen. (Kuvio 8.)

Läheisten avun pyytäminen oli tärkeää 19 vastaajalle (n=106). Avun tarvetta ilmeni lähes kaikissa erikoisan potilasryhmissä. Suurin läheisten avun tarve oli käsikirurgisessa (n=17) toimenpiteessä olleilla potilailla. Heistä kuusi ilmoitti keinoon tärkeäksi. (Kuvio 9.)



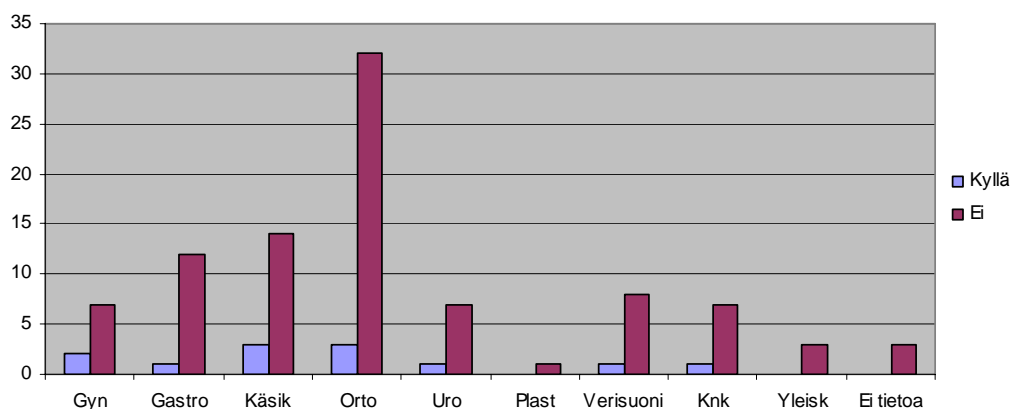
KUVIO 9. Läheisen avun pyytäminen tärkeänä vointia helpottavana keinona lukumäärinä (n=106).

Kyselyyn vastanneista 15 piti kylmäpakkauksen käyttämistä merkittävänä vointia helpottavana keinona (n=106). Korvan-, nenän- ja kurkunalueen (n=8) toimenpiteessä olleet valitsivat kylmäpakkauksen käyttämisen tärkeäksi keinoksi useammin suhteessa muihin ryhmiin. Heistä kolme piti keinoa tärkeänä. Ortopedisessa (n=35) toimenpiteessä olleista yhdeksän valitsi tämän hoitokeinon tärkeäksi. Kukaan gynekologisista, urologisista, plastiikka-, verisuoni- ja yleiskirurgisista potilaista ei valinnut kylmäpakkauksen käyttöä tärkeäksi vointia helpottavaksi keinoksi. (Kuvio 10.)



KUVIO 10. Kylmäpakkauksen käyttö tärkeänä vointia helpottavana keinona lukumäärinä (n=106).

Huomion siirtämisen muualle vointia helpottavaksi tärkeäksi keinoksi oli ilmoittanut 12 vastaajaa (n=106). Lähes kaikissa erikoisalojen potilasryhmissä oli yhdestä kolmeen vastaajaa pitänyt keinoa tärkeänä. Plastiikka- ja yleiskirurgisessa toimenpiteessä olleet potilaat sekä ”ei tietoa toimenpiteestä”-potilaat, eivät valinneet tätä keinoa tärkeäksi. (Kuvio 11.)



KUVIO 11. Huomion siirtäminen muualle tärkeänä vointia helpottavana keinona lukumäärinä (n=106).

Nukahtamislääkkeiden käyttäminen tärkeänä vointia helpottavana keinona oli hyvin vähäistä. Ainoastaan viisi vastaajaa (n=106) piti keinoa tärkeänä. Nukahtamislääkkeitä käyttäneet kuuluivat gastroenterologiseen (2) ja käsikirurgiseen (3) toimenpideryhmään.

Valmiiden vaihtoehtojen lisäksi väittämässä neljä oli avoin vastauskohta, johon vastaaja sai ilmoittaa itselleen tärkeän vointia helpottavan keinon käytöstä. Tämän vastausvaihtoehdon valitsi viisi vastaajaa (n=106), joista kolme oli ortopedisia potilaita. Heistä yksi ilmoitti, ettei toipumisessa ollut ongelmia. Kaksi vastaajaa kuvaili itselleen tärkeän keinon.

*”Käyttänyt omia mobilisaatiohoitomenetelmiä kuvun sallimissa rajoissa.”*

*”Tärkeää on ollut pitää mieli virkeänä vaikka kaikkia arjen askareita en ole pystynyt toteuttamaan.”*

Korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä ollut potilas helpotti vointiaan pitämällä suussa kylmää vettä tai jääpalaa. Urologisessa toimenpiteessä ollut potilas kertoi juoneensa runsaasti vettä.

### 6.3 Selviytyminen kotona toimenpiteen jälkeen

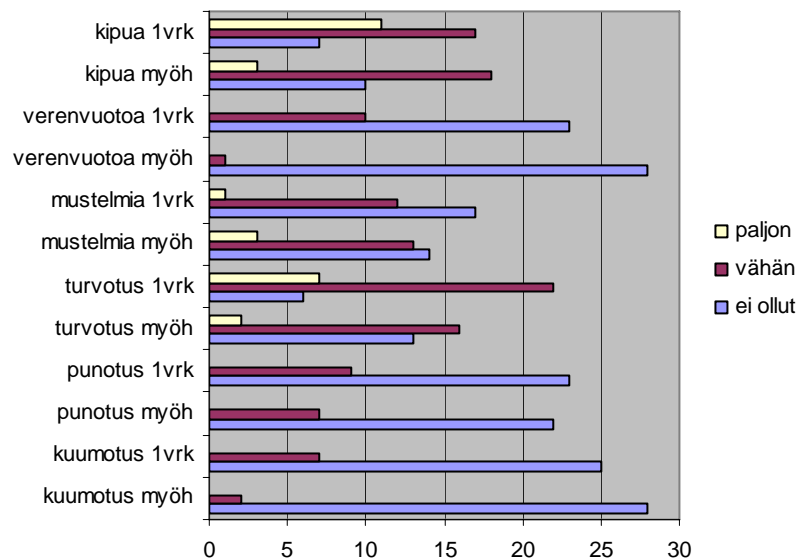
#### 6.3.1 Ortopedisten potilaiden selviytyminen

Kyselyyn osallistui 35 ortopedisessa toimenpiteessä ollutta potilasta. Potilaiden kotona selviytymistä toimenpiteen jälkeen kartoitaviin väittämiin vastattiin tässä potilasryhmässä vaihdellen. Vastanneiden määrä vaihtelee 29 - 35 välillä. Yleisimmät tämän potilasryhmän toipilasajan ongelmat liittyivät fyysiseen hyvinvointiin tai toiminnalliseen toipumiseen. Kipu ja turvotus toimenpidealueella vaikeuttivat fyysistä toipumista yli puolella vastanneista koko kyselyn kattavan

kahdenviikon ajan. Vaikeudet liikkumisessa vaikuttivat toiminnalliseen toipumiseen yhtä yleisesti.

Kovaa kipua oli 17 vastaajalla ensimmäisen vuorokauden aikana (n=35). Kuudella ortopedisella potilaalla kova kipu poistui ensimmäisen vuorokauden jälkeen. Sen sijaan vähäiseksi koetun kivun ilmoittajien määrä pysyi lähes samana sekä ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä (17) että myöhemmin (18), vaikka vastaajien määrä oli alentunut (n=31). (Kuvio12.)

Turvotus oli toinen yleisimmistä fyysisistä oireista, joita toimenpide oli aiheuttanut. Se väheni hieman kipua tehokkaammin toipilasaikana. Turvotusta oli paljon ensimmäisen vuorokauden aikana (n=35) seitsemällä vastaajalla ja vain kuudella ei ollut yhtään turvotusta. Vielä kahdella vastaajalla (n=31) oli ollut runsasta turvotusta ensimmäisen vuorokauden jälkeen. Kolmanneksella vastaajista (22) oli vähäistä turvotusta ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteen jälkeen (n=35). Myöhemmin 16 vastaajalla oli turvotusta vähän (n=31). (Kuvio12.)



KUVIO 12. Fyysiset oireet toimenpidealueella lukumäärinä: Ortopedia.



Ensimmäisen vuorokauden aikana noin kolmanneksella vastaajista ilmeni toimenpidealueella vähän mustelmia, verenvuotoa, punotusta ja kuumotusta. Yhdellä oli mustelmia paljon jo alkuvaiheessa ja myöhemmin paljon mustelmia ilmaantui kolmelle (n=30). Vähän mustelmia oli yli kolmanneksella vastaajista koko kahden viikon toipilasajan. Jo ensimmäisenä toimenpidepäivänä niitä oli 12 vastaajalla, määrä lisääntyi myöhemmin yhdellä. (Kuvio12.)

Ensimmäisen vuorokauden (n=33) aikana hieman verenvuotoa oli kymmenellä vastaajalla, myöhemmin (n=29) sitä oli yhdellä. Myös kuumotus väheni nopeasti. Vähäistä kuumotusta oli ensimmäisen vuorokauden aikana (n=32) seitsemällä vastaajalla ja sen jälkeen enää kahdella (n=30). Punotusta ilmeni ensimmäisen vuorokauden aikana (n=32) yhdeksälle vastaajalle ja sen jälkeen (n=29) sitä oli seitsemällä. (Kuvio12.)

Väsytys toipilasaikana oli melko yleinen fyysinen oire ortopedisilla potilailla. Ensimmäisen vuorokauden aikana (n=32) oli kahdella vastaajalla kovaksi koettua, ohimenevää väsymystä ja vähäistä väsyneisyyttä oli 14 vastaajalla. Myöhemmin yhdeksällä vastaajalla oli lievää väsymystä (n=30).

Muita fyysisiä oireita, kuten päänsärkyä, huimausta tai pahoinvointia oli aineistossa harvoilla. Kuumetta ei esiintynyt kenelläkään. Päänsärkyä oli paljon ensimmäisenä vuorokautena toimenpiteen jälkeen (n=32) vähän kahdella vastaajalla. Saman verran sitä oli lievänä myöhemmässä vaiheessa (n=29). Kovaa päänsärkyä ilmaantui myöhemmässä vaiheessa kahdelle ortopediselle potilaalle. Huimausta oli kahdella vastaajalla toimenpiteen jälkeisenä vuorokautena (n=32) ja määrä lisääntyi neljään myöhemmin (n=29). Pahoinvoinnin yleisyys pysyi samana kahden viikon toipilasaikana. Kahdella vastaajalla oli pahoinvointia toimenpiteen jälkeisen vuorokauden aikana (n=32) sekä sen jälkeen (n=29).

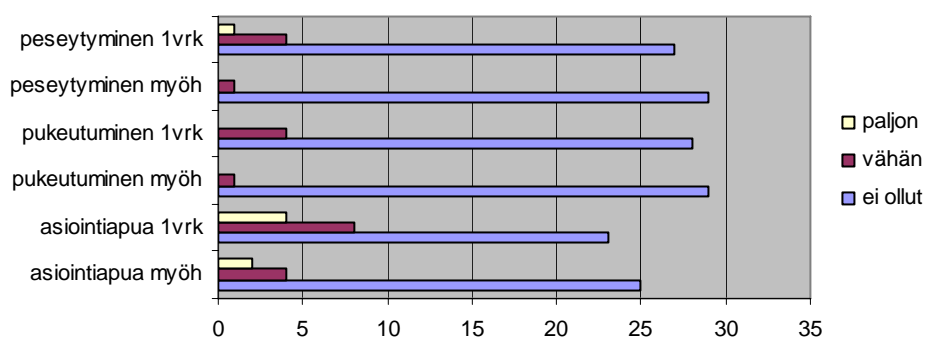
Ensimmäisen vuorokauden aikana (n=32) yhdellä oli paljon uniongelmia. Vähän uniongelmia esiintyi alussa kahdeksalla vastaajalla ja pienet uniongelmat jatkuivat viidellä vastaajalla myöhemmässä vaiheessa (n=30).

Liikkumisessa ilmenneet vaikeudet olivat merkittävin toipumiseen liittyvä vaikeus tällä ryhmällä. Ensimmäisen vuorokauden aikana yhteensä 28 vastaajalla oli ollut liikkumisvaikeuksia (n=35). Ensimmäisen vuorokauden aikana vähän liikkumisvaikeuksia oli 17 vastaajalla (n=35). Samana aikana paljon vaikeuksia liikkumisessa oli 11 vastaajalla. Liikkuminen helpottui nopeasti ortopedisilla potilailla ja se helpottui samassa suhteessa kuin kipu ja turvotuskin. Myöhemmässä vaiheessa (n=31) vähän liikkumisvaikeuksia oli 18 vastaajalla ja paljon vaikeuksia liikkumisessa oli enää yhdellä vastaajalla.

Potilaan hoitoon liittyvien, liikkumista helpottavien tai tukevien apuvälineiden käyttö on yleistä ortopedisilla potilailla. Vastaajien joukossa oli vain yhdellä vähän vaikeuksia apuvälineen käytössä toimenpiteen jälkeisen vuorokauden aikana (n=32). Sidosten vaihtoa ei koettu vaikeaksi. Epäselvyyksiä haavan hoidossa ensimmäisen vuorokauden aikana (n=32) oli kahdella vastaajalla. Myöhemmin (n=29) yksi vastaaja oli ilmoittanut haavahoidon epäselvyydestä.

Ensimmäisen vuorokauden aikana toipumiseen liittyi kolmella lievät vaikeudet virtsaamisessa (n=32) ja yhdellä ulostamisessa (n=33). Myöhemmin näitä ongelmia ei enää ilmennyt. Syömis- tai juomisvaikeuksia ei ollut kenelläkään.

Vastaajilla oli avuntarvetta kodin ulkopuolisessa asiointissa. Ensimmäisen vuorokauden (n=35) aikana paljon apua kodinulkopuoliseen asiointiin tarvitsi neljä ja vähän kahdeksan vastaajaa. Myöhemmin (n=31) avuntarpeen määrä puolittui molemmissa ryhmissä. (Kuvio 13.)



KUVIO 13. Avuntarpeet toimenpiteen jälkeen: Ortopedia.

Yksi vastaajista tarvitsi paljon apua peseytymiseen ensimmäisen vuorokauden aikana (n=32). Vähäinen avuntarve peseytymisessä (4) ja pukeutumisessa (4) oli yleisempää. Myöhemmin enää yksi tarvitsi näihin toimintoihin vähän apua (n=31). (Kuvio 13.)

### 6.3.2 Käsikirurgisten potilaiden selviytyminen

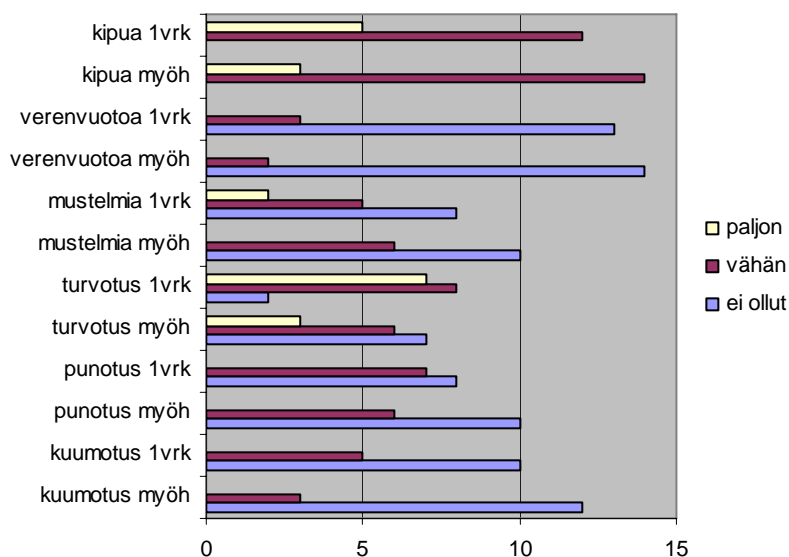
Väittämään 5 vastasi käsikirurgisessa toimenpiteessä olleista 17. Kaikki eivät kuitenkaan vastanneet väittämän kaikkiin kohtiin. Yleisimmin vastaajia oli 16, joihinkin kohtiin oli vastannut vain 15 toimenpiteessä ollutta.

Käsikirurgisessa toimenpiteessä olleilla ilmeni ensimmäisen vuorokauden aikana eniten toimenpiteestä johtuvia fyysisiä oireita, joista yleisimmät olivat kipu, turvotus ja väsymys. Myöhemmin yleisimmät oireet olivat kipu ja turvotus. Toipumiseen liittyviä vaikeuksia oli eniten nukkumisessa. Vähäistä avuntarvetta vastanneilla oli paljon ensimmäisen vuorokauden aikana, eniten pukeutumisessa. Myöhemmin avuntarvetta oli vähemmän. Fyysisenä oireena kipu nousi selkeästi esille tuloksista. Kaikilla vastanneilla (n=17) oli kipuja ensimmäisen vuorokauden aikana. Viiden kipu oli kovaa ja 12 vastaajista ilmoitti, että sitä oli vähän. Myöhemminkään kukaan ei ollut kivuton, kovaa kipua oli kolmella, lievää se oli 14 vastaajalla. (Kuvio 14.)

Ensimmäisen vuorokauden aikana turvotusta toimenpidealueella oli lähes kaikilla vastanneilla (n=17). Heistä seitsemällä turvotusta oli paljon. Vähäistä turvotusta oli kahdeksalla. Myöhemmin turvotusta oli edelleen yli puolella vastanneista (n=16). Kolme ilmoitti turvotusta olleen paljon ja kuudella sitä oli vähän. (Kuvio 14.)

Ensimmäisen vuorokauden aikana vähäistä verenvuotoa oli kolmella vastanneella (n=16). Runsasta verenvuotoa ei ollut kenelläkään. Myöhemmin vähäistä veren-

vuotoa oli vielä kahdella vastaajalla. Mustelmia sitä vastoin oli paljon ensimmäisenä vuorokautena kahdella ja vähän viidellä vastaajalla (n=15). Myöhemmin mustelmia ei kenelläkään ollut runsaasti ja vähän niitä oli kuudella vastanneista (n=16). Lievää toimenpidealueen punotusta oli ensimmäisen vuorokauden aikana seitsemällä potilaalla ja vähäistä kuumotusta viidellä potilaalla (n=15). Ensimmäisen vuorokauden jälkeen lievä punotus ei ollut juurikaan vähentynyt. Sitä oli vielä kuudella vastaajalla (n=16). Kuumotusta oli myöhemmin vielä kolmella vastaajalla (n=15). Kuumetta ei ollut kenelläkään vastanneista (n=16). (Kuvio 14.)



KUVIO 14. Fyysiset oireet toimenpidealueella lukumäärinä: Käsikirurgia.

Käsikirurgisilla potilailla oli myös muita fyysisiä oireita, näistä väsymys oli yleisintä. Sitä oli suurimmalla osalla vastaajista ensimmäisen vuorokauden aikana (n=16). Kovaa väsymystä oli kolmella ja lievää väsymystä kahdeksalla vastaajalla. Myöhemmin lievää väsymystä oli viidellä vastanneista, kovaa väsymystä ei ollut enää kenelläkään (n=16).

Lisäksi kolmella vastaajalla ilmeni pahoinvointia (n=16) ensimmäisen vuorokauden aikana. Yhdellä heistä pahoinvointia oli paljon, muilla se oli lievempää. Myöhemmin lievää pahoinvointia oli vielä yhdellä potilaalla. Lievää huimausta ensimmäisen vuorokauden aikana oli neljällä potilaalla (n=17), myöhemmin huimausta ei ollut enää kenelläkään vastanneella (n=16). Päänsärkyä ilmeni vain vähän ja se oli lievää. Ensimmäisen vuorokauden aikana sitä oli yhdellä, myöhemmin kahdella vastaajalla (n=17).

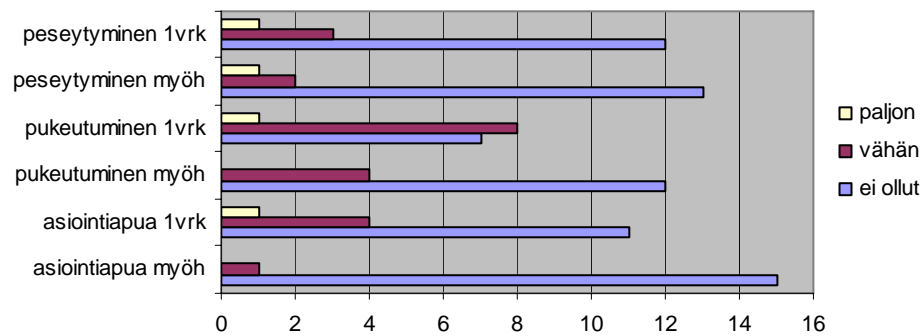
Käsikirurgisilla potilailla oli vain vähän toipumiseen liittyviä epäselvyyksiä tai vaikeuksia. Poikkeuksen muodosti kuitenkin nukkuminen (n=17). Uniongelmia oli ensimmäisen vuorokauden aikana 13 vastaajalla, joista neljällä niitä oli paljon. Myöhemmin lähes puolet ilmoitti uniongelmia olevan edelleen. Seitsemällä vastaajalla niitä oli vähän ja yhdellä paljon.

Haavanhoidossa ei juuri ollut epäselvyyksiä. Ainoastaan yksi potilas (n=16) ilmoitti epäselvyyksistä, sekä ensimmäisen vuorokauden aikana, että myöhemmin. Sidosten vaihdossa oli vaikeuksia hieman enemmän. Ensimmäisen vuorokauden aikana vaikeuksia oli paljon yhdellä vastaajalla ja vähän kahdella (n=16). Myöhemmin kenelläkään ei ollut suuria vaikeuksia sidosten vaihdossa, kaksi vastaajaa ilmoitti vaikeuksia olleen vähän.

Vaikeuksia liikkumisessa ensimmäisen vuorokauden aikana oli neljällä vastanneella (n=16). Myöhemmin vaikeuksia oli vielä yhdellä vastaajalla. Missään vaiheessa vaikeudet liikkua eivät olleet suuria. Myöskään apuvälineiden käytössä ei ilmennyt suuria vaikeuksia. Vähän vaikeuksia niiden käytössä ensimmäisen vuorokauden aikana oli kahdella vastanneella, myöhemmin kolmella (n=15).

Ensimmäisen vuorokauden aikana vaikeuksia syömisessä oli viidellä vastaajalla (n=16) ja kahdella heistä vaikeuksia oli paljon. Myöhemmin kenelläkään ei ollut suuria vaikeuksia syödä, kaksi vastaajaa ilmoitti vaikeuksia kuitenkin olleen vielä vähän. Juomisessa ei ollut juurikaan vaikeuksia. Ensimmäisen vuorokauden aikana kahdella oli vähän vaikeuksia, myöhemmin yhdellä vastaajalla (n=16). Kenelläkään vastaajista (n=16) ei ollut vaikeuksia virtsaamisessa tai ulostamisessa.

Käsikirurgisen toimenpiteen jälkeen vastaajat olivat tarvinneet apua kodin ulkopuolisessa asiointissa, peseytymisessä ja pukeutumisessa. Eniten apua tarvittiin pukeutumisessa (n=16). Ensimmäisen vuorokauden aikana yli puolet vastanneista oli tarvinnut siinä apua. Yksi toimenpiteessä olleista tarvitsi apua paljon, vähäistä avun tarvetta oli kahdeksalla. Ensimmäisen vuorokauden jälkeen avuntarve pukeutumisessa väheni. Vähän apua pukeutumisessa tarvitsi neljä vastaajaa. Avuntarve ei ollut suurta kenelläkään. Apua peseytymisessä ensimmäisen vuorokauden aikana tarvitsi neljä vastaajaa (n=16). Yhdellä heistä avuntarvetta oli paljon. Myös myöhemmin peseytymisessä tarvittiin apua. Sitä tarvitsi kolme vastaajaa, heistä yhdellä avuntarve oli suurta. (Kuvio 15.)



KUVIO 15. Avuntarpeet toimenpiteen jälkeen: Käsikirurgia.

Kodin ulkopuolisessa asiointissa apua tarvitsi viisi vastaajaa (n=16) ensimmäisen vuorokauden aikana. Yksi heistä ilmoitti, että oli tarvinnut paljon apua.

Ensimmäisen vuorokauden jälkeen ei vastanneilla ollut juurikaan tarvetta apuun kodin ulkopuolisessa asiointissa. Silloin enää yksi vastaaja tarvitsi vähän asiointiapua. (Kuvio 15.)

### 6.3.3 Gastroenterologisten potilaiden selviytyminen

Väittämään 5 vastasi 13 gastroenterologisessa toimenpiteessä ollutta vastaajaa, joista kaikki eivät vastanneet väittämän jokaiseen kohtaan. Vastanneiden määrä vaihtelee 10 - 13 välillä.

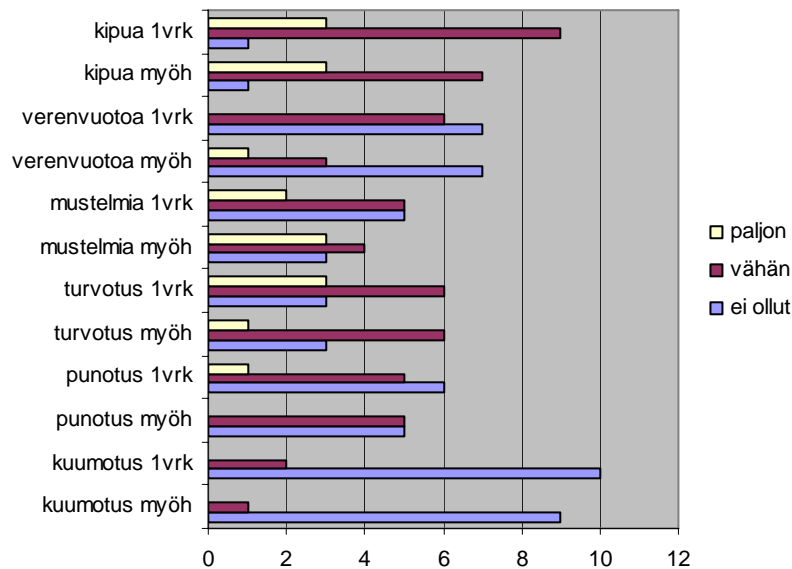
Gastroenterologisilla potilailla ilmeni ensimmäisen vuorokauden aikana eniten toimenpiteestä johtuvia fyysisiä oireita. Yleisimmät oireet olivat kipu, turvotus, mustelmat ja väsymys. Toipumiseen liittyviä vaikeuksia oli eniten liikkumisessa. Avuntarve kodin ulkopuolisessa asioinnissa oli suurta sekä ensimmäisen vuorokauden aikana, että sen jälkeen. Myöhemmin yleisimmät fyysiset oireet, vaikeudet ja avuntarve eivät juuri muuttuneet. Fyysisistä oireista ainoastaan väsymystä oli hieman vähemmän.

Gastroenterologisessa toimenpiteessä olleilla koettu kipu nousee selkeästi esille tuloksista. Ensimmäisen vuorokauden aikana lähes kaikilla vastanneilla (n=13) oli kipuja, ainoastaan yksi vastaaja ilmoitti olleensa kivuton. Kovia kipuja oli kolmella vastaajalla, vähän niitä oli yhdeksällä. Ensimmäisen vuorokauden jälkeen koetun kivun määrä ei muuttunut. Vastaajista (n=11) kolmella oli edelleen kovia kipuja, seitsemällä lieviä. Vain yksi vastanneista ilmoitti olleensa täysin kivuton. (Kuvio 16.)

Turvotus oli yleistä ensimmäisenä vuorokautena toimenpiteen jälkeen, sekä myöhemmin. Myöhemmin sen määrä oli kuitenkin vähäisempää. Ensimmäisen vuorokauden aikana kolmella vastanneista (n=12) oli paljon turvotusta. Myöhemmin kenelläkään (n=10) ei ollut runsasta turvotusta. Ensimmäisen vuorokauden aikana lievää turvotusta oli kuudella vastanneella. Myöhemmin lievää turvotusta ilmeni edelleen yhtä monella. (Kuvio 16.)

Yli puolelle gastroenterologisista potilaista tuli mustelmia toimenpiteen jälkeen. Ensimmäisen vuorokauden aikana paljon mustelmia oli kahdella vastaajalla (n=12), vähän niitä oli viidellä. Ensimmäisen vuorokauden jälkeen mustelmien määrä hieman lisääntyi. Kymmenestä vastanneesta kolmella mustelmia oli runsaasti ja neljällä niitä oli vähän. (Kuvio 16.)

Toimenpidealueen punotus oli yleistä. Sitä esiintyi puolella vastanneista ensimmäisen vuorokauden aikana, sekä myöhemmin. Ensimmäisen vuorokauden aikana punotusta oli kuudella vastaajalla (n=12), yhdellä heistä sitä oli runsaasti. Muilla punotus oli vähäistä. Myöhemmin kenelläkään ei ollut runsasta punotusta toimenpidealueella, lievää punotusta oli viidellä vastanneella (n=10). Kuumotusta toimenpidealueella ilmeni vain vähän. Sitä oli kahdella vastaajalla ensimmäisen vuorokauden aikana (n=12), myöhemmin kuumotusta oli vielä yhdellä (n=10). (Kuvio 16.)



KUVIO 16. Fyysiset oireet toimenpidealueella lukumäärinä: Gastroenterologia.

Vähäistä verenvuotoa toimenpidealueella ensimmäisen vuorokauden aikana oli hieman alle puolella vastanneista (n=13). Myöhemmin verenvuotoa oli vielä neljällä vastanneista (n=11). Yksi heistä ilmoitti vuodon olevan runsasta. Kuumetta ei ollut ensimmäisen vuorokauden aikana kenelläkään vastanneista (n=12), myöhemmin yksi vastaaja ilmoitti kuumetta olleen vähän (n=10). (Kuvio 16.)



Lievää päänsärkyä ensimmäisen vuorokauden aikana oli kahdella vastaajalla (n=12). Myös myöhemmin kaksi vastaajaa ilmoitti lievästä päänsärystä (n=10). Huimausta ilmeni lähes saman verran kuin päänsärkyä. Huimausta ensimmäisen vuorokauden aikana oli yhdellä vastaajalla (n=12) ja myöhemmin sitä oli kahdella (n=10). Kenelläkään huimaus ei ollut voimakasta. Ensimmäisen vuorokauden aikana lievää pahoinvointia oli kolmella vastaajalla (n=12). Ensimmäisen vuorokauden jälkeen lievää pahoinvointia oli vielä yhdellä (n=10). Ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteestä hieman yli puolet vastanneista oli väsyneitä (n=12). Yksi heistä ilmoitti väsymystä olleen paljon. Myöhemmin väsymyksen määrä väheni vain hieman, mutta kenelläkään ei ollut sitä paljon. Puolet vastanneista (n=10) ilmoitti lievästä väsymyksestä.

Toipumiseen liittyviä vaikeuksia oli eniten liikkumisessa. Yli puolella vastanneista oli vaikeuksia liikkumisessa sekä ensimmäisen vuorokauden aikana (n=12) että myöhemmin (n=10). Ensimmäisen vuorokauden aikana kahdella vastaajalla oli paljon vaikeuksia, myöhemmin niitä oli vielä yhdellä. Kuusi vastaajaa ilmoitti liikkumisen olleen jonkin verran vaikeaa ensimmäisen vuorokauden aikana. Myöhemmin vähäisiä vaikeuksia oli vielä viidellä. Suurimmalla osalla vastanneista ei ollut vaikeuksia apuvälineiden kanssa. Vain yksi vastaaja ilmoitti vaikeuksia olleen paljon ensimmäisen vuorokauden aikana (n=12) ja vähän ensimmäisen vuorokauden jälkeen (n=10).

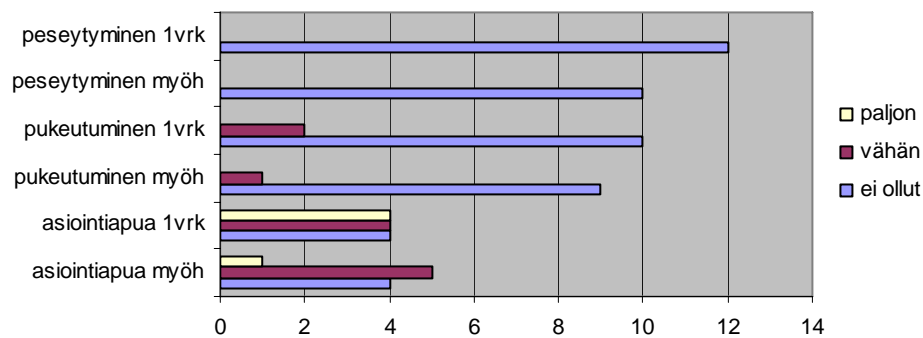
Epäselvyyksiä haavanhoidossa ei ollut kenelläkään vastanneista ensimmäisen vuorokauden aikana (n=11). Myöhemmin yhdelle vastaajalle oli tullut hieman epäselvyyksiä haavanhoidossa (n=10). Sidosten vaihdossa ei ollut kenelläkään vaikeuksia ensimmäisen vuorokauden aikana (n=12) tai sen jälkeen (n=10).

Lisäksi vaikeuksia ilmeni myös ulostamisessa ja virtsaamisessa. Vaikeuksia ulostamisessa oli ensimmäisen vuorokauden aikana neljällä vastaajalla (n=12), kaksi heistä ilmoitti vaikeuksia olleen paljon. Myöhemmin vaikeudet eivät juuri vähentyneet, vaan kahdella vastaajalla oli edelleen paljon vaikeuksia ulostamisessa, vähän vaikeuksia oli yhdellä (n=10). Vaikeuksia virtsaamisessa oli ensimmäisen

vuorokauden aikana kahdella vastaajalla (n=12). Vaikeuksia ei kuitenkaan ollut paljon. Myöhemmin kenelläkään ei ollut enää vaikeuksia virtsaamisessa.

Vaikka gastroenterologisilla potilailla ilmeni lievää pahoinvointia toimenpiteen jälkeen, ei kenelläkään ollut vaikeuksia syömisessä tai juomisessa ensimmäisen vuorokauden aikana (n=12) tai sen jälkeen (n=10). Vastanneilla ilmeni vaikeuksia myös nukkumisessa. Vaikeuksia oli ensimmäisen vuorokauden aikana kolmella vastaajalla (n=12). Yhdellä heistä vaikeuksia oli paljon. Myöhemmin uniongelmia lisääntyivät vastaajilla. Heistä viisi ilmoitti lievistä uniongelmista (n=10). Toisaalta kukaan vastaajista ei ilmoittanut enää uniongelmia olevan paljon.

Gastroenterologisessa toimenpiteessä olleet tarvitsivat paljon apua kodin ulkopuolisessa asiointinnissa. Ensimmäisen vuorokauden aikana kahdeksan vastaajaa oli tarvinnut apua kodin ulkopuolisessa asiointinnissa (n=12). Heistä neljällä avuntarve oli suurta. Myöhemmin asiointiavun tarvetta oli edelleen paljon (n=10). Viisi vastaajaa ilmoitti tarvitsevansa vähän apua, yhden avuntarve oli edelleen suuri. (Kuvio 17.)



KUVIO 17. Avuntarpeet toimenpiteen jälkeen lukumäärinä: Gastroenterologia.

Muuten avuntarve oli vähäistä. Pukeutumisessa ei juuri ilmennyt vaikeuksia. Ensimmäisen vuorokauden aikana kaksi vastaajaa oli tarvinnut vähän apua (n=12) ja myöhemmin yksi vastaaja (n=10). Kukaan vastaajista ei ilmoittanut avuntarpeesta

peseytymisessä ensimmäisen vuorokauden aikana (n=12) tai sen jälkeen (n=10). (Kuvio 17.)

#### 6.3.4 Gynekologisten potilaiden selviytyminen

Gynekologisista potilaista yhdeksän vastasi väittämään 5. Vastaajista kahdeksan täytti väittämän kaikki kohdat ja yksi vastaajista oli vastannut siihen vain osittain. Hän oli vastannut ainoastaan kohtaan, jossa kartoitettiin kotona selviytymistä ensimmäisen vuorokauden aikana.

Tuloksista nousee esiin, että ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteestä gynekologisilla potilailla oli eniten fyysisiä toimenpiteestä johtuvia oireita, joita olivat kipu, verenvuoto ja väsymys (n=9). Myöhemmin potilailla oli eniten verenvuotoa ja kipua (n=8). Muuten toipumiseen liittyvät vaikeudet ja avuntarpeet olivat vähäisiä. Suurimmalla osalla vastaajista oli kipuja ensimmäisen vuorokauden aikana (n=9) sekä myöhemmin (n=8). Heistä seitsemällä oli vähän kipuja ensimmäisen vuorokauden aikana, kukaan ei ilmoittanut kovista kivuista. Yhdelle vastaajista oli kuitenkin tullut myöhemmin kovia kipuja, vähäistä kipua oli edelleen neljällä vastaajalla.

Verenvuoto ensimmäisenä vuorokautena oli yleistä ja sitä oli suurimmalla osalla (7) gynekologisista potilaista (n=9). Vuoto oli vähäistä, eikä se lisääntynyt myöhemmin. Ensimmäisen vuorokauden jälkeen vuotoa oli vielä puolella vastanneista (n=8). Vastaajista viisi ilmoitti olleensa väsyneitä ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteen jälkeen (n=9). Kahdella heistä väsymystä oli paljon, muilla väsymys oli lievää. Myöhemmin kenelläkään vastaajista ei enää ollut väsymystä (n=8).

Kivun, verenvuodon ja väsymyksen lisäksi gynekologisilla potilailla oli myös muita fyysisiä toimenpiteestä johtuvia oireita. Näistä toimenpidealueen turvotusta oli eniten. Sitä oli paljon yhdellä vastaajalla ensimmäisen vuorokauden aikana ja

vähän kahdella (n=9). Turvotusta oli myös myöhemmin lievänä kahdella vastaajalla (n=8).

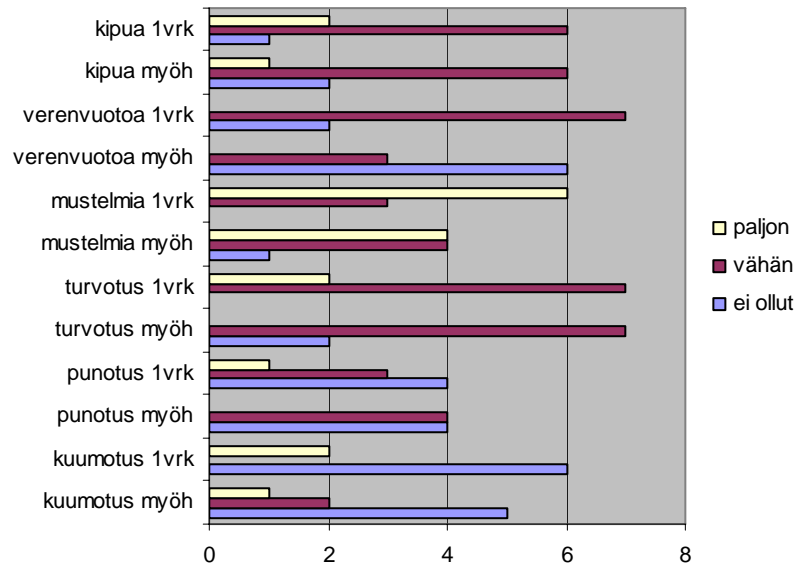
Muita fyysisiä oireita oli kuitenkin huomattavasti vähemmän ja ne olivat pääsääntöisesti vain lieviä tai vähäisiä, eikä niitä ilmennyt enää ensimmäisen vuorokauden jälkeen. Toimenpidealueella oli ensimmäisen vuorokauden aikana vähäistä punotusta kahdella, kuumotusta ja mustelmia yhdellä vastanneista (n=9). Myöhemmin kukaan vastanneista ei ilmoittanut olleen punotusta, kuumotusta tai mustelmia (n=8). Lisäksi ensimmäisen vuorokauden aikana (n=9) ilmeni lievää pahoinvointia (2), huimausta (2) ja päänsärkyä (1). Myöhemmin näitä fyysisiä oireita ei enää ollut (n=8). Kuumetta ei ollut kenelläkään vastanneista ensimmäisen vuorokauden aikana (n=9) tai sen jälkeen (n=8).

Väittämään vastanneilla gynekologisilla potilailla oli vain vähän toipumiseen liittyviä vaikeuksia. Vaikeuksia ilmeni jonkin verran virtsaamisessa (1), ulostamisessa (1), liikkumisessa (2) sekä nukkumisessa (2) ensimmäisen vuorokauden aikana (n=9). Ensimmäisen vuorokauden jälkeen vaikeudet helpottivat lähes kokonaan. Ainoastaan lievää virtsaamisvaikeutta oli edelleen yhdellä vastaajista (n=8). Mitään vaikeuksia tai epäselvyyksiä ei ilmennyt sidosten vaihdossa, haavanhoidossa, apuvälineiden käytössä, syömisessä tai juomisessa ensimmäisen vuorokauden aikana (n=9) tai myöhemmin (n=8).

Myös avuntarve gynekologisilla potilailla oli vähäistä. Suurin osa ei tarvinnut apua lainkaan. Ainoastaan kaksi vastaajaa ilmoitti vähäisestä avuntarpeesta kodin ulkopuolisessa asiointissa ensimmäisen vuorokauden aikana (n=9), myöhemmin apua ei enää tarvittu (n=8). Kukaan vastanneista ei tarvinnut apua peseytymisessä tai pukeutumisessa ensimmäisen vuorokauden aikana (n=9) tai sen jälkeen (n=8).

### 6.3.5 Verisuonikirurgisten potilaiden selviytyminen

Kyselyyn vastasi yhdeksän verisuonikirurgisessa toimenpiteessä ollutta päiväkirurgista potilasta. Ensimmäisen vuorokauden aikana tällä potilasryhmällä oli useita toimenpiteestä aiheutuneita fyysisiä oireita voimakkaana. Voimakkaana oireena potilailla oli esiintynyt mustelmia, kipua, turvotusta, punotusta ja kuumotusta.



KUVIO 18. Fyysiset oireet toimenpidealueella: Verisuonikirurgia.

Ensimmäisen vuorokauden aikana oli kaikilla (n= 9) vastanneilla mustelmia. Paljon niitä oli esiintynyt kuudella vastaajalla ja vähän kolmella. Myöhemmässä vaiheessa mustelmia oli kahdeksalla vastaajalla, heistä neljällä niitä oli paljon. (Kuvio 18.)

Lähes kaikilla vastanneilla oli kipuja jossain toipumisen vaiheessa. Kovaa kipua ilmeni kahdella vastaajalla ensimmäisen vuorokauden aikana. Myöhemmin sitä oli

yhdellä vastaajalla. Verisuonileikkauksessa olleiden kipua ei kuitenkaan olennaisesti vähentynyt toipilasaikana, koska sama määrä vastaajista (6) ilmoitti koke-

neensa vähän kipua sekä ensimmäisen päivän aikana että myöhemmin. (Kuvio 18.)

Ensimmäisen vuorokauden aikana oli kahdella vastaajalla paljon turvotusta, myöhemmin runsasta turvotusta ei ollut kenelläkään. Vähän turvotusta oli lähes kaikilla. Seitsemällä vastaajalla yhdeksästä oli vähän turvotusta ensimmäisenä toimenpidepäivänä ja sen jälkeen. Punotusta oli ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteen jälkeen paljon yhdellä ja vähän kolmella vastaajalla (n=9). Myöhemmin kenelläkään ei ilmennyt punotusta paljon, mutta neljällä oli edelleen lievää punotusta toimenpidealueella. Kuumotusta toimenpidealueella oli paljon kahdella vastaajalla ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteestä (n=8). Myöhemmin kuumotusta oli vielä kahdella vastaajalla, joista toisella se oli voimakasta. (Kuvio 18.)

Vastaajilla ei esiintynyt kuumetta, päänsärkyä, huimausta tai pahoinvointia missään vaiheessa. Sen sijaan neljä vastaajaa yhdeksästä oli lievästi väsynyt ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteen jälkeen. Myöhemmin kolmella vastaajalla oli lievää väsymyksen tunnetta.

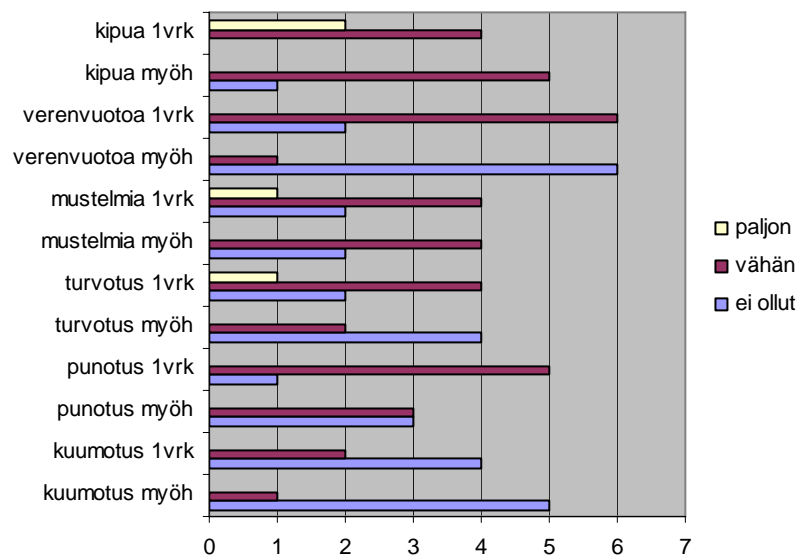
Uniongelmiä oli vain yhdellä vastaajalla ensimmäisen toimenpiteen jälkeisenä vuorokautena. Muita toipumiseen liittyviä vaikeuksia vastaajilla oli sidosten vaihtamisessa, haavojen hoitamisessa ja liikkumisessa. Yksi vastaaja yhdeksästä oli kokenut paljon vaikeuksia sidosten vaihtamisessa ensimmäisen vuorokauden aikana. Myös yhdellä oli ilmaantunut vähän haavan hoitoon liittyviä epäselvyyksiä toimenpiteen jälkeisenä päivänä.

Ensimmäisen vuorokauden aikana viidellä vastaajalla oli vähän vaikeuksia liikkumisessa (n=9). Vaikeudet vähenivät nopeasti, sillä vain kaksi vastaajaa oli kokenut liikkumisessa vaikeuksia myöhemmässä vaiheessa. Kenelläkään ei ilmennyt vaikeuksia apuvälineiden käytössä. Toipumiseen liittyviä ravinnonsaantiin tai erittämiseen liittyviä vaikeuksia ei ilmaantunut verisuonikirurgisille potilaille.

Vastaajat (n=9) olivat tukeutuneet toisen antamaan apuun peseytymisessä, pukeutumisessa ja kodinulkopuolisessa asioinnissa vain ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteen jälkeen. Peseytymisapua oli tarvinnut yksi vastaaja ja pukeutumisapua kaksi vastaajaa. Kodin ulkopuolisessa asioinnissa oli sen sijaan enemmän avuntarvetta. Ensimmäisen vuorokauden aikana kuusi vastaaja tarvitsi apua asiointiin vähän ja yksi vastaaja paljon. Vielä kolme vastaajaa oli tarvinnut vähän apua kodin ulkopuoliseen asiointiin ensimmäisen vuorokauden jälkeen.

### 6.3.6 Urologisten potilaiden selviytyminen

Urologisessa toimenpiteessä oli kahdeksan potilasta, jotka kaikki eivät vastanneet väittämän 5 jokaiseen kohtaan. Yleisiä fyysisiä oireita urologisilla potilailla olivat toimenpidealueella esiintyvä kipu, verenvuoto, turvotus, punotus, kuumotus sekä mustelmat.



KUVIO 19. Fyysiset oireet toimenpidealueella lukumäärinä: Urologia.

Kaikilla urologisilla potilailla oli kipua toimenpidealueella ensimmäisen vuorokauden aikana ja kahdella heistä sitä oli paljon (n=8). Vielä myöhemmässä

vaiheessa lähes kaikilla vastanneilla (n=6) oli ilmennyt vähäistä kipua. Viidellä vastaajalla oli kipua vähän ja vain yksi vastaajista oli kivuton. Toimenpidealueella ilmenevää punotusta oli viidellä potilaalla (n=6) ensimmäisen vuorokauden aikana. Vielä myöhemmin punotusta toimenpidealueella ilmeni kolmella vastaajalla. (Kuvio 19.)

Vähäistä verenvuotoa toimenpidealueella ensimmäisen vuorokauden aikana oli kuudella potilaalla (n=8) mutta myöhemmin toimenpidealueella ilmenevää verenvuotoa oli enää yhdellä vastanneista (n=7). Ensimmäisen vuorokauden aikana oli lähes kaikilla urologisilla potilailla esiintynyt mustelmia sekä turvotusta toimenpidealueella (n=7). Yhdellä heistä mustelmia esiintyi paljon ja yhdellä turvotus oli runsasta. Myöhemmässä toipumisvaiheessa mustelmia esiintyi vähän vielä neljällä (n=6) ja vähäistä turvotusta ilmeni kahdella vastanneista (n=6). (Kuvio 19.)

Muita toipumiseen liittyviä fyysisiä oireita urologisilla potilailla ei juuri ollut. Heillä oli esiintynyt ainoastaan väsymystä. Kyselyyn vastanneista potilaista kolmella (n=7) oli väsymystä toimenpiteen jälkeen, ja sitä ilmeni heillä ensimmäisen vuorokauden aikana. Myöhemmin väsymystä ei ollut yhdelläkään vastanneista (n=6). Urologisilla potilailla ei esiintynyt toimenpiteen jälkeistä pahoinvointia, päänsärkyä, huimausta tai kuumetta.

Toipumiseen liittyviä vaikeuksia urologisilla potilailla ilmeni liikkumisessa, virtsaamisessa ja haavasidosten vaihdossa. Kyselyyn vastanneista potilaista viidellä (n=6) oli vaikeuksia liikkumisessa ensimmäisen vuorokauden aikana, ainoastaan yhdellä vastanneista ei ollut siinä vaikeuksia. Toipumisen myöhemmässä vaiheessa ei enää kyselyyn vastanneilla ollut vaikeuksia liikkumisessa. Vain yksi potilas (n=6) ilmoitti ensimmäisen vuorokauden aikana olleen vaikeuksia sidosten vaihtamisessa. Myöhemmin ei enää ollut vaikeuksia yhdelläkään vastanneista. Yhdellä urologisella potilaalla (n=6) oli ilmennyt uniongelmia ensimmäisen vuorokauden aikana. Toipumisen myöhemmässä vaiheessa uniongelmia ei ilmennyt urologisilla potilailla.



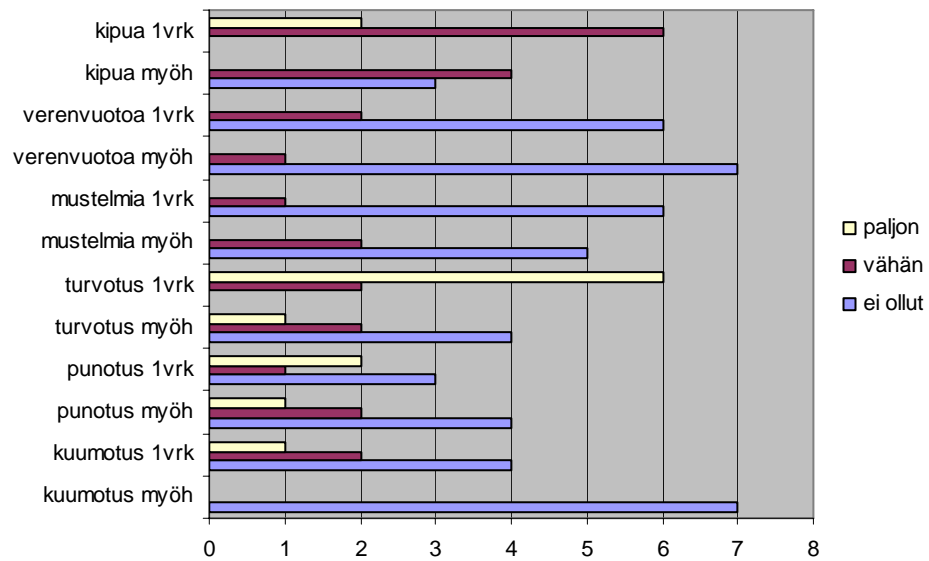
Urologisessa toimenpiteessä olleista potilaista kolmella vastanneista (n=6) oli ensimmäisen vuorokauden aikana virtsaamisvaikeuksia. Myöhemmin virtsaamisvaikeuksia oli vielä yhdellä vastanneista. Urologisilla potilailla ei ilmennyt vaikeuksia syömisessä, juomisessa tai ulostamisessa. Heillä ei myöskään ollut vaikeuksia apuvälineiden käytössä tai esiintynyt epäselvyyksiä haavan hoidossa.

Urologisten potilaiden avuntarve kotona toipilasaikana oli vähäistä. Vastanneista ainoastaan kaksi (n=6) ilmoitti tarvinneensa asiointiapua. Heillä avuntarvetta oli vain ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä. Urologiset potilaat eivät olleet tarvinneet apua peseytymisessä tai pukeutumisessa.

### 6.3.7 Korvan-, nenän- ja kurkunalueen kirurgisten potilaiden selviytyminen

Korvan-, nenän-, ja kurkunalueen päiväkirurgisessa toimenpiteessä oli kahdeksan potilasta, mutta joihinkin kyselylomakkeen kohtiin väittämässä 5 vastasi vain seitsemän. Tämän potilasryhmän vastaajilla oli yleisimmin vaikeuksia syömisessä ja juomisessa. Heille ilmeni toimenpiteen jälkeen runsaasti fyysisiä oireita toimenpidealueelle. Niitä olivat kipu, turvotus, punotus, kuumotus, verenvuoto ja mustelmat.

Turvotusta ja kipua toimenpidealueella ensimmäisen vuorokauden aikana oli kaikilla kahdeksalla korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä olleella potilaalla. Turvotusta oli paljon kuudella potilaalla ensimmäisen vuorokauden aikana. Ainoastaan kahdella toimenpidealueen turvotus oli vähäistä. Toipumisen myöhemmässä vaiheessa turvotusta oli enää kolmella vastanneista (n=7), kuitenkin yhdellä heistä turvotusta oli vielä paljon. Ensimmäisen vuorokauden aikana kipua toimenpidealueella oli kaikilla vastanneilla (n=8), kahdella heistä kipua oli paljon. Toipilasaikana kivut olivat vähentyneet, mutta vielä myöhemmin neljällä vastaajalla (n=7) oli vähäistä kipua. (Kuvio 20.)



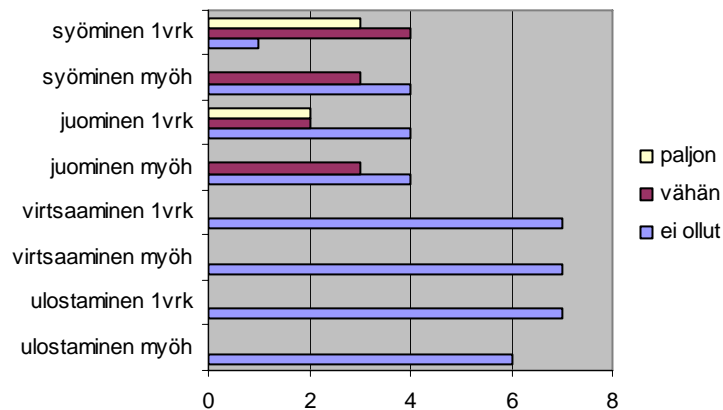
KUVIO 20. Fyysiset oireet toimenpidealueella lukumäärinä: Korvan-, nenän- ja kurkunalueen kirurgia.

Toimenpidealueella ilmenevää punotusta oli ensimmäisen vuorokauden aikana kolmella vastaajalla (n=6), ja kahdella heistä sitä oli paljon. Vastaavasti myöhemmin punotusta oli paljon vain yhdellä ja vähäistä punotusta kahdella vastaajalla (n=7). Kuumotusta toimenpidealueella ensimmäisen vuorokauden aikana oli esiintynyt kolmella vastaajalla (n=7) ja yhdellä heistä sitä oli paljon. Myöhemmässä vaiheessa ei enää esiintynyt kuumotusta. Verenvuoto toimenpidealueella oli vähäistä. Sitä ilmeni kahdella (n=8) ja myöhemmin yhdellä potilaalla. Myös mustelmien esiintyvyys oli vähäistä. Ensimmäisen vuorokauden aikana niitä ilmeni yhdellä (n=7) ja myöhemmin kahdella potilaalla. (Kuvio 20.)

Muita toipumisessa ilmeneviä fyysisiä oireita korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä olleilla potilailla olivat kuume, päänsärky, huimaus, pahoinvointi ja väsymys. Päänsärky, väsymys ja pahoinvointi olivat näistä oireista yleisimmät. Vastanneista potilaista kolmella (n=6) oli päänsärkyä ensimmäisen vuorokauden aikana, ja yhdellä heistä sitä oli paljon. Myöhemmin lievää päänsärkyä oli vielä kahdella potilaalla (n=7). Ensimmäisen vuorokauden aikana väsymystä esiintyi

neljällä vastaajalla (n=7), ja heistä yksi ilmoitti sitä olleen paljon. Myöhäisemmässä vaiheessa väsymystä oli vielä vähän kahdella vastaajalla. Toimenpiteen jälkeistä pahoinvointia ensimmäisen vuorokauden aikana oli kolmella vastaajalla (n=7), ja vielä myöhemmin yhdellä.

Toimenpiteen jälkeinen kuume oli harvinaista korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä olleilla potilailla. Ainoastaan yhdellä vastanneista (n=7) oli kuumetta vähän ensimmäisen vuorokauden aikana. Myöhäisemmässä toipumisvaiheessa sitä ei ilmaantunut kenellekään vastanneista. Myös huimaus oli harvinaista korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä olleilla potilailla. Ainoastaan yhdellä vastanneista (n=7) oli huimausta vähän ja sitä oli ilmennyt ensimmäisen vuorokauden aikana.



KUVIO 21. Toipumiseen liittyvät vaikeudet lukumäärinä: Korvan-, nenän- ja kurkunalueen kirurgia.

Toipumiseen liittyviä vaikeuksia, joita esiintyi korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä olleilla potilailla, olivat uniongelmat sekä vaikeudet syömisessä ja juomisessa. Lähes kaikilla potilailla (n=8) oli vaikeuksia syömisessä ensimmäisen vuorokauden aikana. Heistä kolmella syömisvaikeuksia oli paljon, neljällä vähän

ja ainoastaan yhdellä niitä ei ollut lainkaan. Vielä myöhemmin kolmella vastaajalla (n=7) oli vaikeuksia syömisessä. Ensimmäisen vuorokauden aikana myös juomisessa oli vähän tai paljon vaikeuksia neljällä potilaalla (n=8), heistä kaksi ilmoitti vaikeuksia olleen paljon. Vaikeuksia juomisessa oli myöhemmin vielä kolmella vastanneista (n=7). (Kuvio 21.)

Korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä olleilla potilailla ei ilmennyt vaikeuksia virtsaamisessa tai ulostamisessa. Myöskään uniongelmat eivät olleet yleisiä tämän potilasryhmän vastaajilla. Ainoastaan kahdella potilaalla (n=7) oli vähäisiä uniongelmia ensimmäisen vuorokauden aikana, ja myöhemmin uniongelmia oli enää yhdellä vastanneista (n=6).

Kyselyyn vastanneilla potilailla ei esiintynyt vaikeuksia liikkumisessa, apuvälineiden käytössä, sidosten vaihdossa tai haavan hoidossa. Korvan-, nenän ja kurkunalueen toimenpiteessä olleista potilaista vain kaksi oli tarvinnut apua kodin ulkopuolisessa asioinnissa ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä. He eivät tarvinneet apua peseytymisessä tai pukeutumisessa.

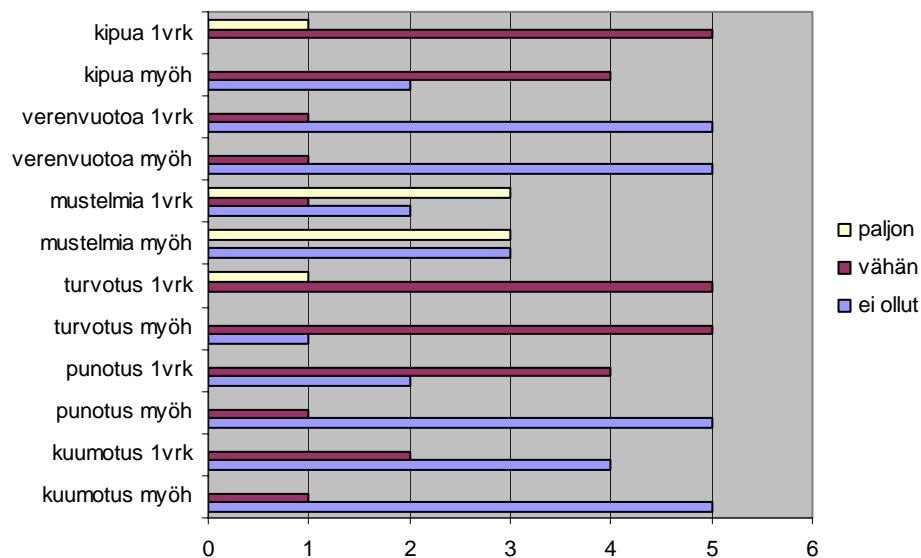
#### 6.3.8 Muissa päiväkirurgisissa toimenpiteessä olleiden potilaiden selviytyminen

Tässä kappaleessa kartoitetaan millaista oli seitsemän vastaajan kotona selviytyminen. Heistä kolme oli yleiskirurgisessa toimenpiteessä. Kolme vastausta luokiteltiin ”Ei tietoa” – toimenpiteeksi, koska mitään toimenpidetietoa ei ollut annettu. Näiden kuuden vastaukset käsitellään tässä osiossa yhtenä ryhmänä ja he ovat vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Ainoa plastiikkakirurgisessa toimenpiteessä olleen potilaan vastaus käsitellään tässä osiossa myöhemmin erikseen.

Kolmelle vastaajalle (n=6) ilmaantui paljon mustelmia jo ensimmäisen vuorokauden aikana ja määrä pysyi samana vielä myöhemmässä vaiheessa. Muita voimakkaana esiintyneitä toimenpiteeseen liittyviä fyysisiä oireita olivat pahoinvointi, kipu ja turvotus. Pahoinvointia oli voimakkaana yhdellä vastaajalla ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteen jälkeen. Myöhemmässä vaiheessa pahoinvoin-

tia ei enää esiintynyt. Kipua ja turvotusta esiintyi ensimmäisen vuorokauden aikana kaikilla vastaajilla. Ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä vuorokautena oli kipua voimakkaana yhdellä vastaajalla, muilla vastaajilla se oli lievää. Runsasta turvotusta oli yhdellä vastaajalla ja viidellä vähäistä. Myöhemmin lievää kipua oli vielä neljällä vastaajalla ja vähäistä turvotusta viidellä. (Kuvio 22.)

Vastaajilla esiintyi fyysisinä oireina vähäisessä määrin punotusta, kuumotusta ja verenvuotoa. Ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä lievää punotusta oli neljällä vastaajalla, myöhemmin sitä esiintyi enää yhdellä. Toimenpidealuetta kuumotti kahdella ensimmäisen vuorokauden aikana ja myöhemmin yhdellä. Yhdellä vastaajalla oli verenvuotoa toimenpidealueella sekä ensimmäisen vuorokauden aikana että sen jälkeen. (Kuvio 22.)



KUVIO 22. Fyysiset oireet toimenpidealueella lukumäärinä: Yleiskirurgia ja ei tietoa toimenpiteestä.

Ohimenevää, lievää päänsärkyä oli yhdellä vastaajalla ensimmäisen toimenpiteen jälkeisen vuorokauden aikana. Lievää väsymystä tuntui kolmella vastaajalla ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteen jälkeen ja myöhemmin sitä oli

yhdellä. Vastaajilla ei ilmennyt muita kysytyjä fyysisiä oireita, joita olivat kuume ja huimaus.

Yhdellä vastaajalla oli vähän ohimeneviä vaikeuksia syömisessä ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä, mutta vastaavasti juomisessa ei ilmennyt vaikeuksia. Yhdelle vastaajalle ilmeni ensimmäisen vuorokauden aikana vaikeuksia virtsaamisessa. Muita erittämiseen liittyviä vaikeuksia ei ilmennyt tässä ryhmässä. Muita vähäisiä toipumiseen liittyviä vaikeuksia ilmeni vastaajille sidosten vaihtamisessa, haavan hoitamisessa ja liikkumisessa. Vain ensimmäisen vuorokauden aikana yhdellä vastaajalla oli vaikeuksia sidosten vaihtamisessa. Haavan hoitoon ilmaantui toipumisen myöhemmässä vaiheessa pieniä epäselvyyksiä yhdelle vastaajalle. Liikkumisessa ilmeni vaikeuksia kahdelle ensimmäisen vuorokauden aikana ja myöhemmin yhdelle.

Vastaajista yhdellä oli ensimmäisen vuorokauden aikana vähäistä avuntarvetta peseytymisessä ja pukeutumisessa. Asiointiapua kodin ulkopuolella oli tarvinnut kaksi vastaajaa, joista toinen oli tarvinnut apua paljon. Myöhemmin vastaajilla ei ollut avuntarpeita.

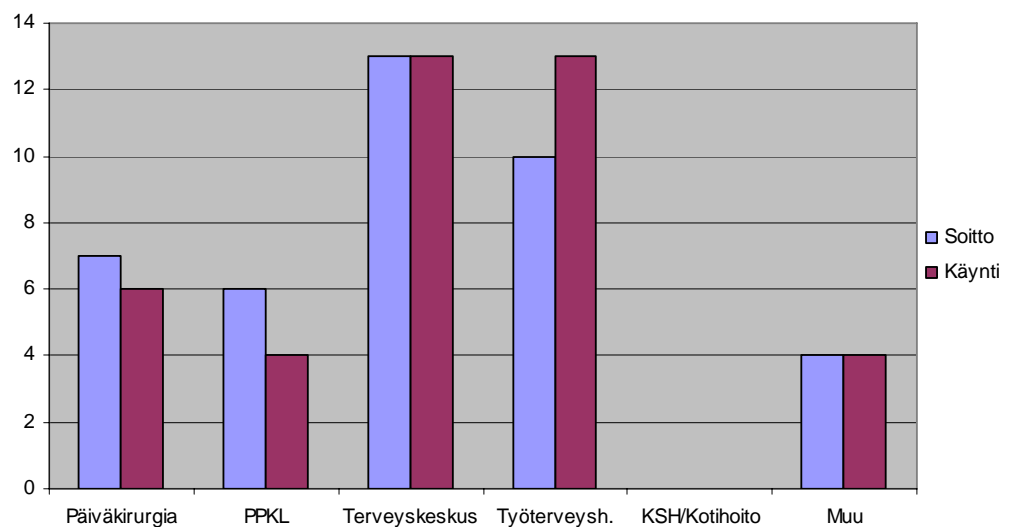
Vain yksi kyselyn vastauksista luokiteltiin plastiikkakirurgissa toimenpiteessä olleeksi potilaaksi. Ensimmäisen vuorokauden aikana hänellä oli toimenpidealueella paljon turvotusta, kuumotusta ja kipua. Nämä oireet lievenivät kahden viikon aikana, mutta eivät poistuneet kokonaan. Sen sijaan hänelle ei ilmaantunut mustelmia toimenpidealueelle.

Plastiikkakirurgisessa toimenpiteessä olleella potilaalla oli ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä vähän fyysisiä oireita, joita olivat pahoinvointi ja väsymys. Väsymystä oli vielä myöhäisemmässä toipilavaiheessa, silloin oli myös vähän lämpöä. Hänellä oli sekä ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä että myöhemmin vähäistä päänsärkyä ja huimausta.

Vastaajalla oli vähän ulostamisvaikeuksia ensimmäisen vuorokauden aikana. Sen sijaan hänellä ei ollut toimenpiteeseen liittyviä uniongelmia, syömis- tai juomisvaikeuksia eikä vaikeuksia virtsaamisessa. Hänellä ei ollut epäselvyyksiä haavan hoidossa. Hänellä ei ollut myöskään vaikeuksia sidosten vaihtamisessa, liikkumisessa ja apuvälineiden käytössä.

Plastiikkakirurgisessa toimenpiteessä olleella vastaajalla ei ilmennyt mitään toimenpiteeseen liittyviä avuntarpeita. Hän ei tarvinnut apua peseytymisessä, pukeutumisessa eikä kodin ulkopuolisessa asiointissa.

#### 6.4 Terveyspalveluiden käyttö toimenpiteen jälkeen

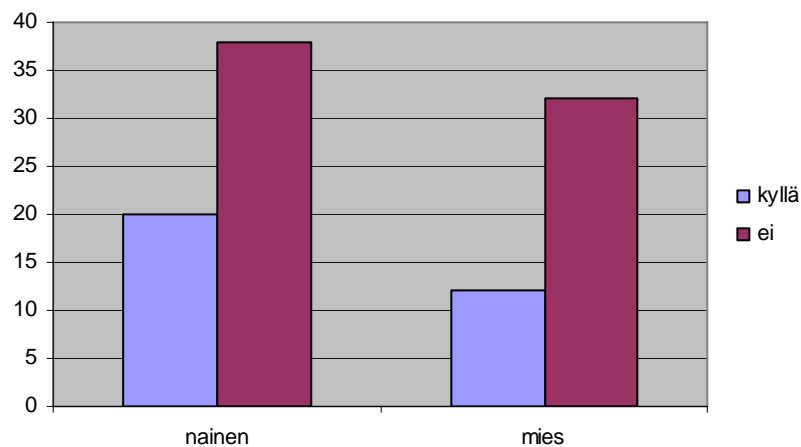


KUVIO 23. Yhteydenotot terveydenhuollon eri yksiköihin lukumäärinä (n=105).

Väittämällä 6 kartoitettiin tiesivätkö vastaajat mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä. Kaikki vastasivat myöntävästi (n=105) kysymykseen. Terveydenhuollon eri yksiköihin oli ottanut yhteyttä 32 vastanneista (n=102). Yhteydenottoja kartoitettiin

selvittämällä soittojen ja käyntien määrää sekä syytä. Soittoja oli yhteensä 40 ja eniten niistä kohdistui terveyskeskuksiin (13) ja työterveyshuoltoon (10). Käyntejä eri terveydenhuollon yksiköihin oli yhteensä 40, joista käynnit terveyskeskuksiin (13) ja työterveyshuoltoon (13) olivat yleisimpiä. Lisäksi päiväkirurgiset potilaat olivat käyneet päiväkirurgian yksikössä (6), Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla (4) sekä eri poliklinikoilla ja neuvolassa (4). (Kuvio 23.)

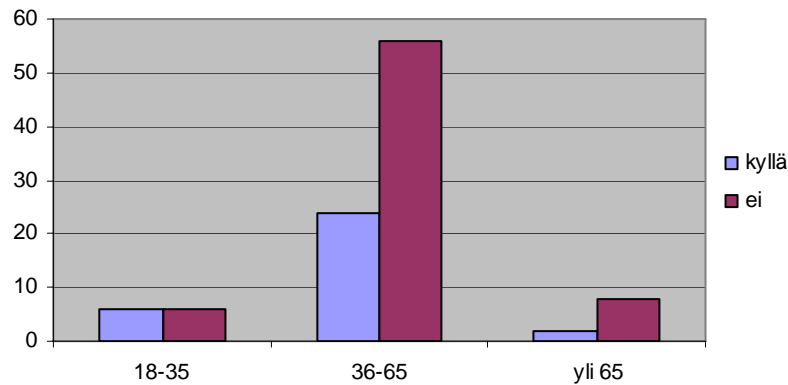
Kyselyyn (n=106) vastasi 60 naista ja 46 miestä. Väittämään seitsemän, jonka avulla kartoitettiin yhteydenottamista vastasi 102 henkilöä (Liite 3). Naiset (20) olivat ottaneet miehiä (12) enemmän yhteyttä (n=102). (Kuvio 24.)



KUVIO 24. Sukupuoli ja yhteydenotot lukumäärinä (n=102).

Suurin osa (83) vastaajista (n=102) kuului ikäluokkaan 36-65 vuotta. Heistä 24 oli ottanut yhteyttä. Nuorempien ikäluokkaan (18-35 vuotta) kuului 12 vastaajaa. Heistä kuusi oli ottanut yhteyttä johonkin terveydenhuollon yksikköön. Yli 65 vuotiaita vastaajia oli kymmenen ja heistä kaksi oli ottanut yhteyttä. (Kuvio 25.)





KUVIO 25. Ikä ja yhteydenotot lukumäärinä (n=102).

Avoimella kysymyksellä kartoitettiin syitä soittoihin ja käynteihin terveydenhuollon eri yksiköihin. Kysymykseen vastanneita oli 38. Yhteyttä oli otettu lisäohjauksen saamiseksi (9) sekä toimenpiteen jälkeen ilmenneiden komplikaatioiden vuoksi (7). Muita yhteydenoton syitä olivat haavanhoitoon (5), sairauslomaan (3) ja kipuun (2) liittyvät epäselvyydet ja avuntarpeet. Ompeleiden poistoon liittyviä yhteydenottoja oli paljon (11). Nämä yhteydenotot olivat normaaliin hoitoon liittyviä yhteydenottoja, joita ei ollut tarkoitus kartoittaa. Yksi potilas oli hakenut ompeleiden poiston yhteydessä lääkeresepin.

#### 6.4.1 Yhteydenotot lisäohjauksen ja avun tarpeen vuoksi

Lisäohjauksen ja avun tarvetta oli eniten haavanhoitoon ja sidoksiin liittyen. Ohjauksen ja avun tarvetta oli myös kivunhoitoon sekä epäselvyyksiin liittyen. Sidosten, sekä niiden alla olevien haavalaastareiden/-teippien poistamiseen liittyi arkailua ja epäselvyyksiä käsikirurgisilla, verisuonikirurgisilla ja gastroenterologisilla potilailla. He olivat saaneet ohjausta puhelimitse 2.-3. vrk toimenpiteen jälkeen. Yhteydenotot kohdistuivat terveyskeskukseen, päiväkirurgian yksikköön ja päivystyspoliklinikalle.

Ortopedisilla ja käsikirurgisilla potilailla oli muita potilasryhmiä enemmän tarvetta yhteydenottoihin haavaan liittyvien kysymyksien takia. Kolmella ortopedisella potilaalla haava oli vuotanut verta sidoksiin. Paikallisessa neuvolassa hoidettiin potilasta, jonka kipupumpun reiästä oli vuotanut runsaasti verta ensimmäisen vuorokauden aikana toimenpiteen jälkeen. Kyynärsauva oli osunut vahingossa potilaan haavaan ja aiheuttanut runsaan verenvuodon, joka hoidettiin Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla 2.-3. vrk toimenpiteen jälkeen. Kolmas ortopedinen potilas oli käynyt terveyskeskuksessa 4.-7. vrk toimenpiteen jälkeen, koska verta oli vuotanut sidoksien läpi. Yksi käsikirurginen potilas soitti ja kävi terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolla 2.-3. vrk toimenpiteestä.

*”Haavasta vuoti kellertävää ja paksua eritettä jonka sairaanhoitaja totesi olevan tavallista vuotoa (lihasnestettä)” (nainen, 24 v.)*

Ortopedinen potilas oli soittanut päiväkirurgian yksikköön kysyäksään neuvoja sidosten keventämiseen. Hän ilmoitti käyneensä terveyskeskuksessa. Yhteydenotot tapahtuivat 8.-14. vrk toimenpiteestä. Verisuonikirurgisessa toimenpiteessä ollut potilas päätyi leikkaamaan sulamattoman ompeleen itse pois työterveyshuollon puhelinohjauksen jälkeen. Toimenpiteestä oli kulunut 4.-7. vrk.

Myös muut epäselvyydet olivat yhteydenottojen syynä. Yleiskirurgisessa toimenpiteessä ollut potilas soitti ja kävi terveyskeskuksessa toimenpiteen jälkeisenä päivänä pienen hoidossa olleen epäselvyyden vuoksi. Yksi vastaajista ilmoitti ottaneensa yhteyttä päiväkirurgian yksikköön epäselvän tuloajan vuoksi. Lisäksi eräs potilas otti yhteyttä sairaalan henkilökunnan kehottamana työterveyshuoltoon huimauksen ja verenpaineen vuoksi.

Lisäksi kaivattiin tarkempia jatkohoito-ohjeita. Kaksi käsikirurgista potilasta otti yhteyttä saadakseen lisää jatkohoito-ohjeita. Toinen kaipasi ohjeita haavanhoitoon liittyen. Hän soitti ja kävi oman työpaikkansa terveydenhoitajan luona 4.-7. vrk toimenpiteestä. Toinen heistä otti puhelimitse yhteyttä 8.-14. vrk toimenpiteestä Päijät-Hämeen keskussairaalan haavahoitajaan saadakseen lisätietoja toimenpiteeseen liittyvästä kivusta, toimenpiteen onnistumisesta sekä jatkotoimenpiteistä.

Pitkittyneen kivun vuoksi kaksi naista otti yhteyttä 8.-14. vrk jälkeen toimenpiteestä. Gynekologisessa toimenpiteessä ollut potilas soitti ja kävi poliklinikalla, koska kivut eivät loppuneet. Ortopedinen potilas soitti työterveyshuoltoon säryn ja turvotuksen vuoksi.

#### 6.4.2 Yhteydenotot toimenpiteen jälkeisten komplikaatioiden vuoksi

Toimenpiteen jälkeisten komplikaatioiden vuoksi soitettiin eniten päiväkirurgian yksikköön (4). Soittoja kohdistui myös Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle (1), terveyskeskuksiin (2) ja työterveyshuoltoon (2). Käynnit ohjautuivat soittojen perusteella päiväkirurgian yksikköön (1), Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle (2), terveyskeskuksiin (2), työterveyshuoltoon (2) ja naistentautien poliklinikalle (1).

Haavakomplikaatioiden takia oli kolme soittoa ja käyntiä 8.-14. vrk toimenpiteen jälkeen. Yhden gastroenterologisessa toimenpiteessä olleen potilaan auennut haava hoidettiin Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla. Toinen saman erikoisalan toimenpiteessä ollut potilas kävi terveyskeskuksessa erittävän haavan vuoksi.

*”Alimmasta leikkaushaavasta tuli sameaa nestettä kun sitä puristi (Tuntui pallo ja oli kipeä)” (mies, 46 v.)*

Verisuonikirurgisessa toimenpiteessä ollut potilas kävi työterveyshuollossa haavan kuumotuksen, vähäisen vuodon ja kivun vuoksi.

Kaksi potilasta soitti päiväkirurgian yksikköön hartiapistoksen vuoksi, joista gastroenterologisessa toimenpiteessä ollut potilas soitti myös Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle.

*”Kysyin hartiapistosta kun oli toispuoleinen sekä 2-3 vrk aikoihin rintakipua ja hengenahdistusta (ilmeisesti jokin ”kramppi”) ei saanut happea” (nainen, 45 v.)*

Hänellä ilmennyt toispuoleinen hartiapistos ja rintakipu sekä hengenahdistus hoidettiin Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla 2.-3. vrk toimenpiteen jälkeen. Gynekologisessa toimenpiteessä olleen potilaan hartiapistos hoidettiin naistentautien poliklinikalla 4.-7. vrk toimenpiteestä.

Ortopedisessa toimenpiteessä olleella potilaalla tuli kahden päivän kuluttua toimenpiteestä todella kova, pystyasennossa ilmennyt päänsärky. Kyse oli selkäydinpuudutuksen jälkeisestä päänsärystä, joka hoidettiin tekemällä veripaikka päiväkirurgian yksikössä.

Yksi käsikirurginen potilas joutui olemaan paljon yhteydessä terveydenhuollon eri yksiköihin toipilasvaiheessa. Ensimmäisen vuorokauden aikana ilmeni kutinaa iholla, jonka hoitoon anestesia lääkäri määräsi allergialääkkeen. Myöhemmin oireina ilmeni sormien puutumista ja kipua. Hän soitti päiväkirurgian yksikön lisäksi terveyskeskukseen ja työterveyshuoltoon, sekä kävi terveyskeskuksessa ja työterveyshuollossa. Yhteydenotot tapahtuivat 1. vrk, 2.-3. vrk ja viikon kuluttua toimenpiteestä.

#### 6.4.3 Yhteydenotot sairasloman hakemisen vuoksi

Lisää sairaslomaa tarvitsi kolme kyselyyn vastanneista ja sen saamiseksi hakeuduttiin työterveyshuoltoon. Sairasloma oli riittämätön kahdella urologisessa toimenpiteessä olleella potilaalla. Toinen potilaista toi esille, että haava oli vielä turvoksissa ja aristi. Ortopedisessa toimenpiteessä ollut potilas haki lisää sairaslomaa, koska rasittunut ja lievästi kipuileva polvi ei vielä kestänyt seisomatyötä.

#### 6.5 Vastaajien vapaamuotoinen palaute

Kyselylomakkeeseen ei suunniteltu tilaa vastaajien vapaamuotoisen palautteen saamiseksi. Kuitenkin joissakin lomakkeissa oli vastaajilta viestejä päiväkirurgian yksikköön eteenpäin toimitettavaksi. Eräs vastaaja selosti lomakkeessa tarkemmin

avuntarvettaan toimenpiteen jälkeen, koska hän oli tarvinnut läheisiltä apua vauvan nostelussa. Toinen vastaaja ilmoitti, ettei hän ottanut yhteyttä mihinkään terveydenhuollon yksikköön, koska oli saanut apua kahdelta sairaanhoitajatyttareltä. Vastaajat kertoivat myös millaisia odotuksia tai pettymyksiä heillä oli päiväkirurgisena potilaana.

*”PS. Yhteydenottoa päiväkirurgiasta seuraavana päivänä odotin sekä fys.terap. tarkempaa ohjetta eteenpäin ja tukea. Myös leikkaavan lääkärin tapaaminen kotiutusvaiheessa olisi ollut hyvä. Tuli tunne, että kukakohan minut leikkasi kun en nähnyt lääkäriä ollenkaan kuin aamulla...”*

*”- En tiennyt että tukisidosten alla oli haavojen ja pistokohtien päällä teippejä/laastareita; arkailin niiden poistoa; kysyin varmistusta asiaan...  
-Outo ”patti” nilkassa (odotan vielä häviääkö.)  
- Valitus; jäljelle jäi ” pahin”, kipeä suonikohjupatti! (vaikka oli selvästi pürretty....) Eri lääkäri piirsi kohjut kuin leikkasi, siitä johtui huolimattomuusvirhe!! (Täytyy vaatia korjaus.)”*

Nämä avoimet palautteet osoittivat, että vastaajien joukossa oli eräitä, jotka olivat paneutuneet vastaamiseen syvemmin. Yksi persoonallisesti täytetty lomake päättyi viestiin opinnäytetyön tekijöille sanoilla: ”Ollos hyvä vaan.” Positiivista palautetta oli osoitettu enemmän päiväkirurgian yksikön henkilökunnalle.

*”Päiväkirurgia on hyvä juttu!”*

*”Henkilökunta oli päiväkirurgiassa todella ystävällistä. Toivottavasti he jaksavat työssään.”*

*”Hoito- ja palvelu päiväkirurgiassa erittäin laadukasta. Terveiset sinne”*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Yhteenvedo ja johtopäätökset selviytymistä tukevien keinojen käytöstä

Heinon (2005) tutkimuksen mukaan aikaisemmin toimenpiteessä olleet käyttivät useampia fyysisiä keinoja selviytymiseen kotona. Opinnäytetyön aineistossa

(n=106) oli ainoastaan 14 vastaajaa, joilla ei ollut aikaisempaa kokemusta leikkauksesta. Muilla vastaajilla oli kokemusta joko päiväkirurgisesta tai osastohoitoa vaativasta toimenpiteestä ja useilla oli kokemusta molemmista. Kyselyyn vastanneet olivat käyttäneet monipuolisesti eri keinoja helpottamaan vointia.

Heino (2005) totesi myös, että potilaat osasivat käyttää useampia keinoja kivun hoidossa toimenpiteen jälkeen, jos kotiutumistilanteessa keskusteltiin kotihoito-ohjeista. Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että vointia oli helpotettu eniten kipulääkkeiden ja lepäämisen avulla. Kaikki korvan-, nenän- ja kurkunalueen kirurgisessa toimenpiteessä olleet potilaat valitsivat kipulääkkeiden käytön yhdeksi tärkeäksi vointia helpottavaksi keinoksi. Suurimpina kipulääkkeiden käyttäjäryhminä erottuivat aineistosta ortopediset, käsikirurgiset ja gastroenterologiset potilaat. Lähes jokaisessa potilasryhmässä yli puolet vastaajista oli valinnut lepäämisen yhdeksi tärkeäksi keinoksi, mutta nukahtamislääkkeiden käyttäminen tärkeänä vointia helpottavana keinona oli hyvin vähäistä.

Liikunta, vointia helpottavana keinona, oli merkittävä verisuonikirurgisille ja gastroenterologisille potilaille. Lähes kymmenen vuoden takaisessa tutkimuksessa on todettu, että laparoskopiapotilailla kivut ala- ja ylävatsalla sekä hartiasseudulla vaikeuttivat liikkumista vielä viidentenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä (Ahde 1997). Tästä voidaan päätellä, että hoitajat rohkaisevat aikaisempaa enemmän potilaita liikkumaan laparoskooppisen toimenpiteen jälkeen. Lisäksi kivunhoidon ohjaus on kehittynyt, koska kyselyyn vastanneilla kivut eivät olleet este liikkumiselle.

Kuntoutusohjeita käyttivät toipumisen tukena eniten ortopediset ja käsikirurgiset potilaat. Kuitenkin näiden kahden ryhmän välillä oli eroa. Käsikirurgisista potilaista yli puolet piti kuntoutusohjeiden toteuttamista itselleen tärkeänä, sen sijaan ortopedisista potilaista vain alle puolet piti niitä tärkeinä. Myös Heinon tutkimuksessa (2005) polviniveltähystyksessä olleista potilasta noin puolet toteutti kuntoutusohjeita. Aron tutkimus (2004) osoittaa, että puutteellinen ohjaus vähentää potilaiden omaehtoisia kuntoutusharjoituksia toimenpiteen jälkeen.

Samassa tutkimuksessa Aro (2004) toteaa, että toiminnallista selviytymistä edistää, jos potilaat ymmärtävät kotihoidon ohjeet. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että gastroenterologiset potilaat pitivät kotihoito-ohjeiden kertaamista enemmän vointia helpottavana keinona kuin muut erikoisalojen ryhmät.

Asentohoito on yksi monipuolisista tavoista hoitaa kipua (Raappana 2004). Sitä oli pidetty tärkeänä vointia helpottavana keinona lähes kaikissa potilasryhmissä. Yleisintä asentohoidon käyttäminen oli käsikirurgisilla ja ortopedisilla potilailla.

Salomäen tutkimuksesta (2000) nousee tärkeäksi kivunlievitysmenetelmäksi ajatusten siirtäminen muualle. Opinnäytetyön tuloksista huomion siirtäminen muualle tärkeänä keinona ei noussut erityisesti esille. On kuitenkin huomion arvoista, että jokaisesta potilasryhmästä yhdestä kolmeen vastaajaa oli pitänyt keinoa tärkeänä.

Heinon (2005) tutkimuksen mukaan polviniveltähystyksessä olleet potilaat käyttivät kylmäpakkauksia muiden kivunlievityskeinojen lisäksi estämään tähystetyn polven kipeytyminen. Opinnäytetyön kyselyyn vastanneista ortopedisten potilaiden lisäksi erottuivat myös korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä olleet kylmäpakkauksen käyttäjinä. Yksi korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä ollut potilas ilmoitti käyttäneensä kylmähoitona jääpaloja suussa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että päiväkirurgiset potilaat tarvitsevat läheisen apua toipilasaikana (Ahde 1997; Siekkinen 2003). Ahde (1997) on päättellyt, etteivät avuntarpeet gynekologisilla potilailla johdu ainoastaan fyysisistä esteistä, vaan myös henkiset tekijät voivat vaikuttaa avuntarpeeseen. Tässä aineistossa avuntarvetta ilmeni lähes kaikissa erikoisalan potilasryhmissä. Eniten läheisten apua tarvitsivat käsikirurgiset potilaat, joilla avuntarpeet todennäköisesti aiheutuivat fyysisistä rajoituksista.

## 7.2 Yhteenvedo ja johtopäätökset päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä kotona

Ortopedisista potilaista yli puolella oli kipua ja turvotusta toimenpidealueella koko kyselyn kattavan kahdenviikon ajan. Heillä merkittävin toipumiseen liittyvä vaikeus ilmeni liikkumisessa. Liikkuminen helpottui toipilasaikana, mutta vaikeuksia siinä oli myöhemmin vielä yli puolella. Ensimmäisen vuorokauden aikana kipua, turvotusta ja vaikeuksia liikkua oli paljon. Toipilasajan kuluessa ne helpottuivat samassa suhteessa. Heinon (2005) tutkimustuloksissa todetaan samansuuntaisesti, että kipu ja liikerajoitukset hidastavat toipumista ja ne vähenevät toipumisen edetessä. Vaikka ortopedisilla potilailla apuvälineiden käyttö on yleistä, vain yhdellä vastaajalla oli vaikeuksia apuvälineen käytössä ensimmäisen vuorokauden aikana. Siekinen (2003) toteaa, että apuvälineitä käyttävillä potilailla on suurempi ohjauksen ja tiedon tarve kuin muilla. Tästä voidaan päätellä, että Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgisia potilaita on ohjattu hyvin apuvälineiden käytössä.

Käsikirurgisilla potilailla toimenpiteestä johtuvat yleisimmät fyysiset oireet olivat kipu ja turvotus. Kaikilla vastaajilla oli kipua koko kahden viikon ajan. Toipumisen myöhemmässä vaiheessa joillakin vastaajilla kipu oli vielä kovaa. Vaikka kipuja oli paljon, eivät käsikirurgiset potilaat ottaneet yhteyttä pitkittyneen kivun vuoksi. Tähän voisi olla syynä se, että he ovat pystyneet valmistautumaan tuleviin kipuihin ohjauksen ansiosta. Tieto kivusta ja sen mahdollisesta määrästä auttavat sopeutumaan siihen sekä tieto sen vähenemisestä antaa toivoa ja voimia selviytymään. (Salomäki 2000.) Turvotusta toimenpidealueella oli lähes kaikilla vastaajilla. Myöhemmässä vaiheessa lievää tai runsasta turvotusta oli yli puolella vastanneista. Lähes kaikilla käsikirurgisilla potilailla oli vaikeuksia nukkumisessa, joita ilmeni melkein puolella vastanneista toipumisen myöhemmässä vaiheessa. Syy nukkumisvaikeuksiin saattaa olla epäonnistunut kivunhoito (Siekinen 2003). Useilla vastaajilla oli avuntarvetta ensimmäisen vuorokauden aikana peseytymisessä, pukeutumisessa ja kodin ulkopuolisessa asioinnissa. Avuntarve oli suurinta pukeutumisessa koko toipilasajan. Tämä tulisi huomioida potilasohjauksessa jo



ennen toimenpidettä, jotta potilaan on mahdollista järjestää itselleen apua ajoissa. Apu kuitenkin järjestyy usein perheen sisäisin järjestelyin (Ahde 1997, Siekkinen 2003).

Gastroenterologisilla potilailla yleisimmät toimenpiteestä aiheutuneet fyysiset oireet olivat kipu, turvotus, mustelmat ja väsymys. Kipua oli lähes kaikilla koko kahden viikon ajan. Turvotusta oli melkein yhtä paljon kuin kipua. Yli puolella vastanneista oli mustelmia ja niiden määrä lisääntyi myöhemmässä vaiheessa. Väsymystä ilmeni noin puolella gastroenterologisista potilaista koko toipilasajan. Vaikka yli puolella vastanneista toipumiseen liittyi vaikeuksia liikkumisessa, oli tästä ryhmästä vastaava määrä ilmoittanut liikkumisen tärkeäksi vointia helpottavaksi keinoksi. Kolmasosalla vastanneista ilmeni ulostamisvaikeuksia ensimmäisenä toimenpidepäivänä ja sen jälkeen. Tällä potilasryhmällä avuntarve kodin ulkopuolisessa asiointissa oli merkittävää. Heistä suurin osa tarvitsi apua vielä myöhemmin.

Gynekologisilla potilailla toipumiseen liittyviä vaikeuksia ja avuntarpeita oli vähän. Myös Ahde totesi (1997) tutkimuksessaan, että gynekologiset potilaat olivat selviytyneet kotona hyvin fyysisistä oireista huolimatta. Opinnäytetyön tuloksien mukaan yleisimmät fyysiset oireet olivat kipu, verenvuoto ja väsymys. Ensimmäisen vuorokauden aikana verenvuotoa ja kipua oli suurimmalla osalla vastanneista. Myöhemmin näitä oireita oli vielä puolella. Alussa suureksi koettu väsymys oli ohimenevää. Ahteen (1997) tutkimuksen mukaan gynekologisilla potilailla oli merkittävinä fyysisinä oireina myös pahoinvointia ja huimausta. Nämä oireet eivät olleet opinnäytetyön aineistossa merkittäviä. Päiväkirurgisen potilaan hoitotyön kehityksen myötä ilmeisesti kiinnitetään enemmän huomiota kotiutuvan potilaan yleisvointiin.

Lähes kaikilla verisuonikirurgisilla potilailla oli fyysisistä oireista mustelmia, kipua ja turvotusta koko kyselyn kattavan ajan. Suurimmalla osalla vastanneista oli toimenpidealueella lisäksi punotusta ja kuumotusta. Näistä oireista turvotus, punotus ja kuumotus vähenivät nopeammin kuin kipu ja mustelmat. Verisuonikirurgisilla potilailla ilmeni vain vähän toipumiseen liittyviä vaikeuksia. Eniten

vaikeuksia oli liikkumisessa ensimmäisen vuorokauden aikana. Suurin osa vastaajista tarvitsi apua kodin ulkopuolisessa asiointissa ensimmäisen vuorokauden aikana, myöhemmin apua tarvitsi kolmasosa vastaajista. Siekkisen (2003) tutkimuksen mukaan verisuonikirurgiset potilaat selviytyivät huonosti sidosten laittamisessa kotona. Huomion arvoista on, että ainoastaan yhdellä vastaajalla oli vaikeuksia sidosten vaihtamisessa, vain ensimmäisen vuorokauden aikana. Ilmeisesti nykyinen hoitokäytäntö on helpottanut huomattavasti päiväkirurgisen verisuonikirurgisen potilaan selviytymistä kotona.

Urologisilla potilailla fyysisistä oireista ilmeni eniten kipua ja mustelmia. Kipu oli merkittävä fyysinen oire urologisilla potilailla. Ensimmäisen vuorokauden aikana sitä oli kaikilla ja myöhemmin vain yksi ilmoitti olleensa kivuton. Koko toipilasajan mustelmia oli yli puolella vastanneista. Ensimmäisen vuorokauden aikana lähes kaikilla ilmenneet liikkumisvaikeudet helpottuivat nopeasti. Urologisen potilaan toipumiseen liittyi myös virtsaamisvaikeuksia. Niitä esiintyi puolella vastanneista ensimmäisen vuorokauden aikana. Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaiset aikaisemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan urologisten potilaiden kipu ilmenee kirvelynä virtsatessa ja haavakipuna. Toipilasaikana he suhteuttivat liikkumisen kivun mukaan. (Huupponen ym. 2003.) Avuntarpeet tällä potilasryhmällä olivat vähäisiä.

Korvan-, nenän- ja kurkunalueen toimenpiteessä olleilla kaikilla oli turvotusta ja kipua ensimmäisen vuorokauden aikana. Turvotus oli silloin runsasta lähes kaikilla ja se väheni toipumisen edetessä. Tämä potilasryhmä oli arvioinut turvotuksen muita erikoisaloja runsaammaksi, mikä saattaa johtua siitä, että toimenpide kohdistuu usein hengitysteiden alueelle. Myöhemmin kipua oli vielä yli puolella vastanneista. Tällä potilasryhmällä toipumiseen liittyvät vaikeudet ilmenivät syömisessä ja juomisessa. Nämä vaikeudet johtuvat todennäköisesti kivusta ja turvotuksesta. Vaikeuksia oli koko kahden viikon ajan, mutta ne lievenivät toipumisen myötä. Avuntarpeita tällä potilasryhmällä ei juuri ollut.

### 7.3 Yhteenvedo ja johtopäätökset terveystalveluiden käytöstä toimenpiteen jälkeen

Opinnäytetyössä kartoitettiin yhteydenottoja terveydenhuollon eri yksiköihin. Vastanneista (n=102) 32 ilmoitti ottaneensa yhteyttä. Soittoja ja käyntejä oli yhtä paljon (40). Yhteydenotot painottuivat terveystalveksuksiin ja työterveyshuoltoon. Vähemmän yhteydenottoja oli Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgian yksikköön, päivystyspoliklinikalle sekä muille poliklinikoille ja neuvolaan.

Yleisimmät yhteydenottojen syyt olivat lisäohjauksen ja avun tarve. Eniten avuntarvetta oli ortopedisilla potilailla haavanhoitoon liittyen. Lisäohjauksen tarvetta oli eniten käsikirurgisilla, verisuonikirurgilla ja gastroenterologisilla potilailla haavanhoitoon ja sidoksiin liittyen. Heillä oli epäselvyyttä sidosten sekä niiden alla olevien haavalaastareiden/-teippien poistamisesta. Siekkisen (2003) tutkimuksessa oli näiden lisäksi ohjaustarvetta leikkausalueen puhtaana pitämiseen ja liikkumiseen liittyvissä asioissa. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että vastaajat olivat saaneet riittävästi tietoa ja ohjausta peseytymiseen ja liikkumiseen liittyen.

Seuraavaksi eniten yhteydenottoja tehtiin toimenpiteen jälkeen ilmenneiden komplikaatioiden vuoksi. Heino (2005) toteaa tutkimuksessaan, että kivun, haavan ja komplikaatioiden hoitoon liittyvä ohjaus on erityisen tärkeää, koska nämä ovat yleisimpiä yhteydenottojen syitä. On tärkeää, että potilaat tunnistaisivat normaalista poikkeavat oireet toipumisessa, jotta he osaisivat hakeutua ajoissa hoitoon (Aro 2004). Esimerkiksi gastroenterologisessa toimenpiteessä ollut potilas hakeutui hartiapistoksen vuoksi hoitoon. Hänen kuvailunsa tapauksesta kuvastaa hätäntymistä ja pelkoa sydänperäisestä oireesta. Nämä oireet olivat hoitoa vaativia, mutta olisi hyvä pohtia kuinka ehkäistä ohjauksen avulla potilaan hätäntymistä ja pelkoa.

Heino (2005) siis toteaa tutkimuksessaan, että yleisimmät yhteydenottojen syyt liittyivät haavanhoitoon, komplikaatioihin ja kipuun. Myös useiden tutkimuksien mukaan kipu on merkittävä syy yhteydenottoihin (Ruuth-Setälä 1997; Salanterä

2003; Raappana 2004). Kuitenkin opinnäytetyön tuloksien mukaan pitkittyneen kivun vuoksi yhteyttä otti vain kaksi vastaajaa. Pohdittavaksi jää, johtuuko

yhteydenottojen harvinaisuus siitä, että kipua oli hoidettu kotona hyvin vai siitä, ettei ongelmatilanteissa osattu ottaa yhteyttä (Ahde 1997; Huupponen ym. 2003; Salanterä 2003; Siekkinen 2003). Onko saatu tulos osoitus siitä, että kotiutustilanteessa kivunhoito on ohjattu potilaille ymmärrettävästi, vai onko kynnys ottaa yhteyttä korkea?

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Hoitotieteellinen tutkimus yhdistää teorian, koulutuksen ja käytännön. Hoitotieteellisellä tutkimuksella pyritään löytämään hyödyllistä ja luotettavaa tietoa hoitamisen ilmiöistä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 19.)

Hoitotieteellisen tutkimuksen keskeinen kysymys on luotettavuus. Hoitotieteen kehityksen kannalta on tärkeää, että kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen tulokset ovat luotettavia. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittauksen ja aineiston keruun sekä tulosten luotettavuuden suhteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206.) Mittarin luotettavuutta kuvataan kahdella käsitteellä: validiteetti ja reliabiliteetti (Heikkilä 2001, 185).

Tutkimuksen validiteetti kertoo sen, mitataanko sitä, mitä on tarkoitus mitata. Validiteetti jaetaan ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoinen validiteetti käsittelee tarkastelun siitä, kuinka yleistettävä tutkimus on. (Metsämuuronen 2000, 51.) Sisäisellä validiteetilla arvioidaan sitä, vastaavatko mittaukset teoriaosiossa esitetyt käsitteitä. (Heikkilä 2001, 186).

Sisällön validiteetilla arvioidaan mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on haluttu mitata. Tutkittavan käsitteen selkeä määrittely on välttämätöntä ennen mittarin rakentamista. Luotettavampi sisältövaliditeetin arvio saadaan käyttämällä asi-

antuntijoita. Asiantuntijoina voivat toimia tutkittavan teema-alueen hyvin tuntevat henkilöt, jotka ovat käytännön asiantuntijoita. Kvantitatiivisen tutkimuksen

tärkeimpiä asioita on mittarin luotettavuus, sillä tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin tutkimuksessa käytetty mittari. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206-208.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin tulosten tarkkuutta. Tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Luotettavalta tutkimukselta vaaditaan sen toistettavuus samantyyppisissä tuloksissa. Mittarin reliabiliteettia parantaa se, että kysymykset ovat selkeitä ja yksiselitteisiä ja että niitä on riittävästi. (Krause & Kiikkala 1996, 71.)

Kysymykset oli muotoiltu tutkimusongelmista lähtöisin, jotta kyselylomake mittaa sitä, mitä sen tulisi mitata. Luotettavuutta lisää yhteistyö asiantuntijoiden kanssa. Kyselylomakkeen muokausvaiheessa tehtiin yhteistyötä päiväkirurgian yksikön henkilökunnan kanssa. Lomakkeen esitestaus lisää luotettavuutta. Aineistonkeruussa käytettyä kyselylomaketta esitettiin yhdellä päiväkirurgisessa toimenpiteessä olleella henkilöllä. Testauksen perusteella ei ollut syytä tehdä muutoksia mittariin.

Opinnäytetyön luotettavuuden varmistamiseksi oli tärkeää saada riittävä otos kohderyhmästä. Riittävän otoksen saamiseksi kyselylomakkeita jaettiin 200:lle. Näin vastauskadosta huolimatta saatiin riittävä otos, joka kuvaa kohderyhmää. Vastausprosenttia pienensi todennäköisesti se, että kyselylomake täytettiin vasta kahden viikon kuluttua toimenpiteestä. Lopullinen otos oli 106 (53 %), joka oli odotetun mukainen. Lomakkeiden palautumista yritettiin parantaa hyvällä saatekirjeellä (Liite 2) ja esitäytetyllä palautuskuorella. Kyselylomakkeet annettiin potilaille kotiutuksen yhteydessä, jolloin tutkimuksesta mahdollisesti kieltäytyvät karsituivat osittain pois. Koska potilaat täyttivät lomakkeet itsenäisesti, opinnäytetyön tekijät eivät vaikuttaneet läsnäolollaan tuloksiin.

Puutteellisesti täytetyt lomakkeet ja palauttamattomien lomakkeiden kato pienensi lopullista otosta ja vaikutti tutkimustuloksiin. Yksi lomake hylättiin, koska vastaa-

ja ei täyttänyt kohderyhmältä vaadittuja kriteerejä. Puutteellisesti täytetyt lomakkeet vähensivät väittämäkohtaisia vastauksia. Tämä vaikutti tulosten tulkintaan.

Lopullinen otos oli riittämätön eri erikoisalojen väliseen vertailuun. Tuloksia ei voi yleistää. Kuitenkin ne antavat kuvan Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgisen yksikön potilaiden kotona selviytymisestä toimenpiteen jälkeen ja heidän yhteydenotoistaan terveydenhuollon eri yksiköihin.

Kyselylomakkeessa oli kolme luotettavuutta heikentävää tekijää. Väittämässä 4 vastaajia ohjattiin valitsemaan kolme tärkeintä vointia helpottavaa keinoa. Useat vastaajat olivat kuitenkin valinneet enemmän kuin kolme keinoa. Tämän takia ei voitu määrittää kolmea tärkeintä vointia helpottavaa keinoa, vaan ainoastaan tärkeiksi koetut keinot. Väittämän vastausohjeessa olisi voitu korostaa selkeämmin vain kolmen keinon valitsemista. (Liite 3)

Terveyspalveluiden käyttöä kartoittavissa väittämissä (6-11) käytetään sanaa yhteydenotto. Vastausten perusteella voitiin päätellä, etteivät kaikki vastaajat olleet ymmärtäneet tämän sanan merkitystä oletetulla tavalla. Tämä ilmeni vastausten ristiriitaisuutena, mutta ei aiheuttanut aineistoon systemaattista virhettä. Osa vastaajista, jotka soittivat ja/tai kävivät terveydenhuollon eri yksiköissä, kielsivät kuitenkin ottaneensa yhteyttä. Sana yhteydenotto olisi voitu korvata käyttämällä sanoja soittaa ja käydä. Väittämässä 11, jossa oli avoin vastauskohta, ei esiintynyt väärinkäsityksiä. (Liite 3)

Väittämällä 14 kartoitettiin kenen kanssa vastaaja asuu. Vastausvaihtoehto 4 (lasten luona) voidaan ymmärtää kahdella eri tavalla. Tämä huomattiin aineistoa purkaessa. Vaihtoehdon olisi voinut valita sekä yksinhuoltajat, että ikääntyneet vastaajat jotka asuivat lasten luona. Väittämän olisi voinut muotoilla selkeämmin tarjoamalla yksinhuoltajille yksiselitteisen vaihtoehdon. Tulosten luotettavuuden kannalta väittämän vastauksilla ei ollut merkitystä. (Liite 3) Tutkimuksen toteuttamistavasta johtuen voidaan olettaa, että tulokset toistettaessa olisivat samansuuntaiset, mikäli mittari ja ympäristö pysyvät samana.

Aineistoa käsiteltäessä koodeiksi SPSS -ohjelmalle estettiin satunnaisvirheiden mahdollisuus tekemällä työtä pareittain. Tietojen siirrossa SPSS -ohjelmalta Excel -ohjelmaan minimoitiin virheet tekemällä työtä ryhmässä. Kaikki tiedot tarkistettiin siirtojen jälkeen ja tuloksia tarkasteltiin ryhmänä.

### 7.3 Eettisyys

Tutkimuksen tekemisessä eettiset kysymykset voidaan jakaa tiedon hankintaan ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin. Eettiset kysymykset korostuvat hoitotieteessä, jossa tutkitaan inhimillistä toimintaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.) Hoitotyön tutkimusta tekevän etiikan tulisi olla sopusoinnussa myös hoitotyön ammatin kanssa (Krause & Kiikkala 1996, 64).

Opinnäytetyön toteutus suunniteltiin siten, että se häiritisi mahdollisimman vähän Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgian yksikön toimintaa ja hoitotyötä. Suunniteltaessa arvioitiin omat mahdollisuudet toteuttaa opinnäytetyöprosessi. (vrt. Krause & Kiikkala 1996, 66-67.)

Tulosten keräämisessä, säilyttämisessä, analysoinnissa ja hävittämisessä huomioitiin eettiset näkökohdat. Palautetut kyselylomakkeet säilytettiin lukollisessa kaapissa. Saadut tiedot olivat vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja ne hävitettiin asianmukaisesti.

Opinnäytetyön kysely kohdistui Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgisiin potilaisiin, joten lupa työn tekemiseen tuli anoa eettiseltä toimikunnalta. Eettisen toimikunnan puheenjohtaja Pentti Lautala päätti, ettei tutkimussuunnitelmaa ollut aiheellista käsitellä eettisen toimikunnan kokouksessa. Tutkimussuunnitelmaa ja kyselylomaketta suunniteltaessa oli huomioitu nämä tutkimusta koskevat eettiset vaatimukset riittävän hyvin. Operatiivisen tulosryhmän ylihoitaja, Johanna Aitamurto myönsi luvan opinnäytetyön toteuttamiseen. (Liite 1.)

Aineistonkeruumenetelmäksi harkittiin aluksi puhelinhaastattelua. Tämä vaihtoehto hylättiin vaikean toteuttamisen ja eettisten ongelmien vuoksi. Haastattelun tekemistä varten olisi tarvittu vastaajien puhelinnumerot ja siinä yhteydessä olisi myös paljastunut kyselyyn osallistujien henkilöllisyys. Puhelinnumerolistojen kerääminen olisi myös työllistänyt henkilökuntaa tarpeettomasti. Sopivan soittamisajankohdan valitseminen olisi aiheuttanut ongelmia sekä haastateltaville että haastattelijoille, koska suuri osa päiväkirurgisista potilaista on työelämässä ja heidän tavoittamisensa olisi hankalaa.

Tämän pohdinnan tuloksena päädyttiin, että päiväkirurgisen yksikön henkilökunta jakaa kyselylomakkeet kotiutustilanteessa. Näin vastaajat eivät kohtaa opinnäytetyön tekijöitä, eikä kyselylomake paljasta vastaajien henkilöllisyyttä. Potilailla oli mahdollisuus olla vastaanottamatta kyselylomaketta kotiutustilanteessa. (vrt. Krause & Kiikkala 1996, 66.)

Saatekirje annettiin kyselylomakkeen jakamisen yhteydessä. Se sisälsi pyynnön osallistua kyselyyn ja opinnäytetyön tarkoituksen sekä toteuttamisajankohdan. Saatekirjeessä selvitettiin miksi kyseinen henkilö oli valittu kyselyyn ja ettei kyselyyn vastaamisesta aiheutunut mitään kuluja. Siinä vakuutettiin, että vastaaminen oli täysin vapaaehtoista eikä vastaamatta jättäminen vaikuta oikeuteen saada hoitoa. Luottamuksellisuutta korostettiin kertomalla, että vastaajan henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa ja saadut tiedot ovat vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Vastaajille annettiin mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin puhelimitse. Tämä lisäsi luottamuksellisuutta ja minimoi kyselyyn liittyvät yhteydenotot päiväkirurgian yksikköön. Avoimuuden osoituksena saatekirjeessä kerrottiin vastaajille mahdollisuudesta lukea valmis opinnäytetyö. (vrt. Krause & Kiikkala 1996, 64-66; Liite 2.)



#### 7.4 Tutkimuksen merkitys hoitotyölle

Opinnäytetyö on tehty Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgian yksikköä varten. Saatujen tietojen avulla hoitohenkilökunta voi kiinnittää potilasohjauksessa erityistä huomiota työssä esiin nousseisiin fyysisiin oireisiin, toipumiseen liittyviin vaikeuksiin ja avuntarpeisiin, jotka vaihtelevat erikoisaloittain.

Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan todeta, että päiväkirurgisten potilaiden kotona selviytyminen on turvallista. Potilasohjauksella voidaan vaikuttaa jo ennen toimenpidettä kotona selviytymisen turvallisuuteen. Turvallisuuden tunnetta voidaan lisätä ohjaamalla ja rohkaisemalla yhteydenottoihin, kun omat keinot tuntuvat riittämättömiltä. Potilasohjauksessa voisi selvittää tarkemmin milloin hoitoalan ammattilaisen apu olisi tarpeen ja millaisissa tilanteissa yhteyttä tulisi ottaa. Myös pitkittyneet oireet ovat syy yhteydenottoon, eivät ainoastaan akuutit oireet.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että yleisimmät fyysiset oireet toimenpidealueella olivat kipu ja turvotus. Nämä oireet esiintyvät kaikissa potilasryhmissä, joten näiden hoitoon tulee kiinnittää huomiota ohjaustilanteissa. Hoitajan tulee valmistella potilasta toimenpiteestä johtuvaan kipuun. Aikaisemman tutkimuksen mukaan tieto auttaa sopeutumaan tuleviin kipuihin ja selviytymään niistä paremmin (Salomäki 2000). Tehokkaan kipulääkeohjauksen lisäksi pitäisi kannustaa potilaita käyttämään myös monipuolisesti muita vointia helpottavia keinoja. Opinnäytetyön tuloksien mukaan esimerkiksi kylmäpakkauksen käyttö on ollut vähäistä vaikka turvotusta on esiintynyt paljon. Tämän perusteella esimerkiksi kylmäpakkauksen käyttöä pitäisi korostaa.

## 7.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa olisi tärkeää selvittää laadullisella tutkimusmenetelmällä millaista on potilaan sosiaalis-yhteisöllinen, kokemuksellinen ja eettinen selviytyminen. Silloin kuva potilaan selviytymisestä toimenpiteen jälkeen rakentuisi niin kokonaisvaltaiseksi kuin viitekehyksessä esitetään.

Koska päiväkirurgisella potilaalla täytyy olla ensimmäisen vuorokauden ajan aikuinen, vastuullinen läheinen olisi mielenkiintoista selvittää millainen läheisen tiedontarve on ja kuinka sitä voisi kehittää. Laadullinen tutkimusmenetelmä antaisi myös tietoa siitä, minkälaisia kokemuksia läheisillä on ollut vastuuhenkilönä olemisesta.

## LÄHTEET

- Ahde, M. 1997. Gynekologisen potilaan tiedonsaanti, komplikaatiot, tyytyväisyys ja selviytyminen kotona päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Alanko, A., Hulkko, A., Ilonen, C., Kekomäki, M., Kiviluoto, H., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Lahtinen, J., Linnakko, E., Myllynen, P., Niinimäki, T., Permi, J., Vainio-Mattila, J. & Ylöstalo, P. 1990. Lyhyt-  
hoitoisen kirurgian periaatteet ja toteuttaminen eri erikoisaloilla. Helsinki. Valtion painatuskeskus. Lääkintöhallituksen julkaisuja 170.
- Aro, A., 2004. Potilaan tiedontarpeet päiväkirurgisessa ponnistusinkontinenssi-  
leikkauksessa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Eriksson, H., 2002. Anestesiaa edeltävä arvio. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuh-  
ta, S., Hendolin, H., Jalonen, J. & Ylihankala, A. (toim.) Anestesiaopas.  
2. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 9-11.
- Heikkilä, T., 2001. Tilastollinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Helsinki. Oy Edita  
Ab.
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja per-  
heenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.  
Akateeminen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tampereensis  
434. <http://acta.uta.fi>.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu lai-  
tos. Vantaa. Tummavuoren kirjapaino Oy.

- Hirvonen, E. 2002. Laparoskooppisen leikkauksen komplikaatiot. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Hendolin, H., Jalonen, J. & Ylihankala, A. (toim.) Anestesiaopas. 2. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 238-240.
- Huupponen, A., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 2003. Päiväkirurgisen urologisen miespotilaan kokemuksiin ja tietoon liittyvät odotukset, niiden toteutuminen ja merkitys. Teoksessa Klemetti, S., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Päiväkirurginen hoitotyö hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Turku. Turun yliopisto. 59-78. Tutkimuksia ja raportteja A:43/2003.
- Kangas-Saarela, T., Eriksson, H. & Korttila, K. 2002. Päiväkirurgisen potilaan anestesia. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Hendolin, H., Jalonen, J. & Ylihankala, A. (toim.) Anestesiaopas. 2. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 220-226.
- Koivusalo, A-M. 2003. Päiväkirurgisen potilaan tyytyväisyys hoitoonsa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.
- Kuosa, R. Päiväkirurgia tehostaa leikkaustoimintaa.  
[http://www.phshp.fi/ajankohtaista/ajankohtaista\\_tarkempi.php?laskuri=5](http://www.phshp.fi/ajankohtaista/ajankohtaista_tarkempi.php?laskuri=5)  
(Luettu 4.9.2006.)
- Lahtinen, J., Alanko, A., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Nenonen, M., Permi, J., Punnonen, H., Rihkanen, H., Tenhunen, A. & Toivonen, J. 1998. Päiväkirurgia. Helsinki. Suomen kuntaliitto.
- Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 1997. Mitä on olla LYHKI -potilaana? Teoksessa Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. 17-37. STAKESin raportteja 210.

- Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteessä. Viro. Jaabes OÜ. Metodologia –sarja 1.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.
- Punnonen, H. 2006. Päiväkirurgiset leikkaukset 2004. Suomen kuntaliitto.  
[http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;553;66831;84154](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;553;66831;84154) (Luettu 4.9.2006.)
- Raappana, M. 2004. Kipu päiväkirurgisen aikuispotilaan arvioimana. Teoksessa Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. (toim.) Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta. Kuopio. Kuopion yliopisto. 145-164. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 35.
- Rajaniemi, T., Vuorialho, T., Tolonen, P., Ilves, A., Rauhala, A., Boström, A., Franz, L., Hovila, L. & Hakala, H. 2001. Sopiiko laparoskooppinen sappileikkaus päiväkirurgiaan? Lääkärilehti.  
[http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=päiväkirurgia](http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=päiväkirurgia) (Luettu 26.4.2006.)
- Ruuth-Setälä, A. 1997. Mistä apua, tukea tai seuraa? Lyhythoitoisten kirurgisten potilaiden yhteydenotot ja niiden syyt toipumisvaiheessa kotona. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Salanterä, S. 2003. Kivun hoitotyö päiväkirurgiassa.. Teoksessa Klemetti, S., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Päiväkirurginen hoitotyö hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Turku. Turun yliopisto 99-107. Tutkimuksia ja raportteja A:43/2003.
- Salomäki, T. 2000. Lyhytjälkihoitoisen kirurgisen potilaan kivun kokeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

- Siekkinen, P. 2003. Päiväkirurgisten potilaiden ohjaus ja kotona selviytyminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Pro gradu -tutkielma.
- Sjöberg, J & Laatikainen, T 1999. Gynekologinen endoskooppinen kirurgia. Duodecim 115(12):1336.  
[http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=GYNEKOLOGINEN%20ENDOSKOOPPINEN%20KIRURGIA](http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=GYNEKOLOGINEN%20ENDOSKOOPPINEN%20KIRURGIA) (Luettu 12.5.2006.)
- Tammela, T. & Ruutu, M. 1992. Virtsaampi. Duodecim 108(7):687.  
[http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=virtsaaminen%20%20spinaalipuudutus](http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=virtsaaminen%20%20spinaalipuudutus) (Luettu 11.5.2006.)
- Thure-Toivanen, T., Suominen, T. & Leino-Kilpi H. 2003. Päiväkirurgisen gynekologisen potilaan yksityisyys. Teoksessa Klemetti, S., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Päiväkirurginen hoitotyö hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Turku. Turun yliopisto. 45-58. Tutkimuksia ja raportteja A:43/2003.
- Julkaisemattomat lähteet:
- Hauru, U. & Kaatrasalo, A. Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgian yksikön toimenpideluvut ajalta 18.4 - 10.5.2006. Tiedonanto 17.8.2006.
- Postoperatiiviset soitot 3.1.-30.4.2005 Päiväkirurgia. Päijät-Hämeen keskussairaala. Lahti. Power Point -esitys.
- Serkkola, A. 2005. Potilastyytyväisyys Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgiassa. Teknillisen korkeakoulun Lahden keskus.

## LIITTEET

## LIITE 1

Tarja Lohi  
perushoitaja/sairaanhoitajaopiskelija  
Kaapelitie 8  
17200 VÄÄKSY  
puh 050-917 1979  
[tarja.lohi@lpt.fi](mailto:tarja.lohi@lpt.fi)

TUTKIMUSSUUNNITELMAN SAATEKIRJE

16.1.2006

Johanna Aitamurto  
Operatiivisen tulosyksikön ylihoitaja  
Päijät-Hämeen keskussairaala

## ARVOISA YLIHOITAJA,

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan laitokselta. Olemme aloittaneet opinnot syksyllä 2003 ja valmistumme jouluna 2006. Haluaisimme tehdä opinnäytetyön päiväkirurgisen potilaan kotona selviytymisestä toimenpiteen jälkeen. Opinnäytetyön aihe on lähtöisin päiväkirurgisen yksikön henkilökunnan tarpeesta kehittää hoitotyötä. Tavoitteenamme on selvittää mitä selviytymistä tukevia keinoja potilaat olivat käyttäneet kotona, millaista potilaiden toipuminen on ollut kotona toimenpiteen jälkeen sekä millaista terveyspalveluiden käyttö on ollut toipilasaikana.

## Opinnäytetyön tekijät:

Kirsi Ruponen, 23-vuotias. Ylioppilastutkinto 2002. Ollut armeijassa 2002-2003, sotilasarvo lääkintäalikersantti.

Outi Karjalainen-Koivula, 40-vuotias. Perushoitajatutkinto 1989. Lähihoitajatutkinto 1998. Toimi Lahden kaupungin kotihoiossa.

Tarja Lohi, 43-vuotias. Ylioppilastutkinto 1981. Apuhoitajatutkinto 1985. Toimi PHKS osasto 41-42.

Pyydämme hyväksyntää opinnäytetyöllemme ja pyydämme tukea budjettisuunnitelman mukaisesti materiaalihankintoihin. Budjettisuunnitelma löytyy tutkimussuunnitelmasta sivulta 21.

## LIITTEET:

Tutkimuslupahakemus  
Kirje oh Arja Matikaiselta

Tarja Lohi

Kirsi Ruponen

Outi Karjalainen-Koivula



PÄIJÄT-HÄMEEN SAIRAANHOITOPIIRI

HAKEMUS/LUPA

Opinnäyte- ja tutkimustyöt

Päätös §KID /2006

1. HAKIJA TAI HAKIJAT	Nimi/nimet Outi Karjalainen-Koivula Tarja Lohi Kirsi Ruponen	
	Oppilaitos ja koulutusohjelma Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos, hoitotyöohjelma	
	Oppilaitoksen osoite Hoitajankatu 3, 15850 LAHTI	
	Ohjaajan nimi oppilaitoksessa Hannele Tiittanen	Puhelin 040-7010397
	Opinnäyte-/tutkimustyön nimi Päiväkirurgisen potilaan selviytyminen kotona toimenpiteen jälkeen	
	Opinnäyte-/tutkimustyön arvioitu valmistumisajankohta Syksy 2006	
	Opinnäyte-/tutkimustyön tavoitteet, aineiston keruu ja kohderyhmä Opinnäytetyön tavoitteena selvittää mitä selviytymistä tukevia keinoja potilaat olivat käyttäneet kotona, millaista potilaiden toipuminen on ollut kotona toimenpiteen jälkeen sekä millaista terveyspalveluiden käyttö on ollut toipilasaikana. Aineisto kerätään kyselylomakkeella, joka jaetaan 200 aikuiselle päiväkirurgiselle potilaalle. <i>Päiväkirurgian henkilökunta jakaa kyselyt 200 potilaalle → tutkijoille vastaukset anonyymeinä.</i>	
	Osoite, puhelin ja sähköposti (ryhmästä yhden henkilön) Tarja Lohi, Kaapelitie 8, 17200 VÄÄKSY, 050-9171979. tarja.lohi@lpt.fi	
	Pvm ja hakijan allekirjoitus (ryhmästä yhden henkilön) Lahdessa 9.3.2006 <i>Tarja Lohi</i>	
	2. PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Lupa opinnäyte-/tutkimustyöhön myönnetään hakemuksen mukaisesti Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn Hakemus palautetaan, koska
Sopimus opinnäyte-/tutkimustyön raportoinnista: <input checked="" type="checkbox"/> Raportti toimitetaan ylihoitajalle <input checked="" type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle <input checked="" type="checkbox"/> Raportista pidetään osastokokous/koulutus Jokin muu tapa, mikä?		
Kustannuksista vastaa: <input checked="" type="checkbox"/> Opiskelija/tutkija <input checked="" type="checkbox"/> PHSHP osallistuu kustannuksiin. Miten? <i>Sopiteijien monistus kyselyjen monistukset, vastauskuoret postimerkein</i>		
Yhdys henkilön/ohjaajan nimi PHSHP:ssä <i>Oh Arja Matikainen (Päiki)</i>		Puhelin <i>03-819 11</i>
Luvan myöntäjä PHSHP:ssä <i>Yh Johanna Antamurto</i>		Puhelin <i>03-819 2535</i>
Pvm ja allekirjoitus, nimenselvennys <i>25.3.2006 Johanna Antamurto</i>		

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään  
-yksikön osastonhoitajalle esimiehelle  
-kehittämispäälliköille (sisäisen postin osoite HEN)



”Päiväkirurgisen potilaan selviytyminen kotona toimenpiteen jälkeen” - opinnäytetyö

### ARVOISA POTILAS

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden laitoksella. Opinnäytetyönä kartoitamme Päijät-Hämeen Keskussairaalan päiväkirurgisen potilaan kotona selviytymistä toimenpiteen jälkeen. Työn tarkoituksena on tuottaa tietoa jonka avulla Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurginen yksikkö voi kehittää hoitotyötä.

Toivomme teidän osallistuvan opinnäytetyömme kyselyyn, sillä vastaamisenne on tärkeää. Pyydämme teitä vastaamaan oheisiin kyselylomakkeisiin **kahden viikon kuluttua** tästä päivästä. Palauttakaa täytetty kyselylomake esitäytetyssä palautuskuoreessa, jonka postimaksu on maksettu. Jos teillä on kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä opinnäytetyötä tekeviin sairaanhoitajaopiskelijoihin puhelimitse.

Opinnäytetyöhön liittyvät kyselylomakkeet jaetaan tietynä aikana Päijät-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgisessa yksikössä 200 täysi-ikäisille potilaille. Lomakkeiden jakaminen ja kyselyyn vastaaminen tapahtuu täysin anonymisti eikä henkilöllisyytenne tule paljastumaan missään vaiheessa. Lomakkeiden tiedot ovat vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Opinnäytetyön kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, eikä kyselyyn vastaamatta jättäminen vaikuta oikeuteenne saada tarvitsemaanne hoitoa.

Opinnäytetyölle olemme saaneet sen edellyttämät tutkimusluvut Päijät-Hämeen Keskussairaalan operatiivisen yksikön ylihoitajalta. Opinnäytetyötä tehdään päiväkirurgian yksikön tuella ja valvonnassa ja sitä ohjaa Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden laitokselta terveydenhuollon opettaja Hannele Tiittanen (TtL ja KM). Opinnäytetyö on sen valmistuttua sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen tietokeskuksessa (Hoitajankatu 3, Lahti), missä teillä on mahdollisuus tutustua siihen.

**Kiitämme etukäteen vastauksistanne!**

Opinnäytetyötä tekevät sairaanhoitajaopiskelijat (AMK):

---

Kirsi Ruponen  
xxx-xxx xxxx

---

Tarja Lohi  
xxx-xxx xxxx

---

Outi Karjalainen-Koivula  
xxx-xxx xxxx

**ARVOISA POTILAS**

Seuraavat kysymykset liittyvät teille tehtyyn toimenpiteeseen/leikkaukseen. Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtochto tai kirjoittakaa vastaus siihen osoitettuun tilaan.

**1. Mikä toimenpide/leikkaus teille tehtiin?**

---

**2. Toimenpide/leikkaus tehtiin**

1. Nukutuksessa
2. Puudutuksessa

**3. Aikaisemmat toimenpiteet/leikkaukset**

1. Ei ole
2. Päiväkirurginen toimenpide/leikkaus
3. Vuodeosastohoitoa vaativa toimenpide/leikkaus

Seuraavat väittämät kartoittavat, mitä **vointianne helpottavia keinoja** olette käyttänyt toipilasaikana. Ympyröikää **kolme teille tärkeintä** keinoa.

**4. Olen**

1. käyttänyt kipulääkkeitä
  2. käyttänyt nukahtamislääkkeitä
  3. käyttänyt kylmäpakkausta
  4. helpottanut oloani asentohoidolla
  5. helpottanut oloani liikunnalla
  6. helpottanut oloani lepäämällä
  7. helpottanut oloani siirtämällä huomioni muualle
  8. pyytänyt läheisiltäni apua päivittäisissä toiminnoissa
  9. toteuttanut saamiani kuntoutusohjeita
  10. kerrannut saamiani kotihoito-ohjeita
  11. Muu, mikä
-

## LIITE 3

Seuraavat väittämät kartoittavat **toipumistanne kotona** toimenpiteen/leikkauksen jälkeen. Ympyröikää itsellenne sopiva vastausvaihtoehto **jokaisesta** kysymyksestä. Vastatkaa kohtiin ”Ensimmäisen vrk:n aikana” sekä ”myöhemmin”.

5. Toimenpiteen jälkeen minulla oli	Ensimmäisen vrk:n aikana			Myöhemmin		
	ei ollut	vähän	paljon	ei ollut	vähän	paljon
1. verenvuotoa toimenpidealueella	1	2	3	1	2	3
2. mustelmia	1	2	3	1	2	3
3. turvotusta toimenpidealueella	1	2	3	1	2	3
4. punotusta toimenpidealueella	1	2	3	1	2	3
5. kuumotusta toimenpidealueella	1	2	3	1	2	3
6. kuumetta	1	2	3	1	2	3
7. kipua toimenpidealueella	1	2	3	1	2	3
8. päänsärkyä	1	2	3	1	2	3
9. huimausta	1	2	3	1	2	3
10. vaikeuksia sidosten vaihdossa	1	2	3	1	2	3
11. epäselvyyksiä haavan hoidossa	1	2	3	1	2	3
12. avuntarvetta peseytymisessä	1	2	3	1	2	3
13. avuntarvetta pukeutumisessa	1	2	3	1	2	3
14. vaikeuksia liikkumisessa	1	2	3	1	2	3
15. avuntarvetta kodin ulkopuolisessa asioinnissa	1	2	3	1	2	3
16. vaikeuksia apuvälineiden käytössä	1	2	3	1	2	3
17. pahoinvointia	1	2	3	1	2	3
18. vaikeuksia syömisessä	1	2	3	1	2	3
19. vaikeuksia juomisessa	1	2	3	1	2	3
20. vaikeuksia virtsaamisessa	1	2	3	1	2	3
21. vaikeuksia ulostamisessa	1	2	3	1	2	3
22. uniongelmia	1	2	3	1	2	3
23. väsymystä	1	2	3	1	2	3

## LIITE 3

Seuraavat väittämät kartoittavat **terveyspalveluiden** käyttöä toipilasaikana. **Ympyröikää** sopivat vaihtoehdot tai **kirjoitakaa** vastaus siihen osoitettuun tilaan.

**6. Tiesin** mihin voin tarvittaessa ottaa yhteyttä

1. Kyllä
2. En

**7. Olen ottanut yhteyttä** johonkin terveydenhuollon yksikköön

1. Kyllä
2. En

Seuraavat väittämät **8-11** koskevat yhteydenottotapaa terveydenhuollon yksikköön. **Jos otitte yhteyttä**, vastatkaa **ympyröimällä** itsellenne sopivat vaihtoehdot tai **kirjoittamalla** vastaus siihen osoitettuun tilaan.

**8. Soitin**

1. Päiväkirurgian yksikköön
2. Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle
3. Terveyskeskukseen
4. Työterveyshuoltoon
5. Kotihoitoon / kotisairaanhoidon
6. Johonkin muuhun terveydenhuollon yksikköön,  
mihin? \_\_\_\_\_

**9. Kävin**

1. Päiväkirurgian yksikössä
2. Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla
3. Terveyskeskuksessa
4. Työterveyshuollossa
5. Jossakin muussa terveydenhuollon yksikössä,  
missä? \_\_\_\_\_

**10. Otin yhteyttä** toimenpiteen/leikkauksen jälkeen

1. **1.** vuorokauden aikana
2. **2. - 3.** vuorokauden aikana
3. **4. - 7.** vuorokauden aikana
4. **8. - 14.** vuorokauden aikana

11. Miksi otitte yhteyttä?

---

---

---

Seuraavat väittämät kartoittavat taustatietojanne. **Ympyröikää** sopivin vaihtoehto tai **kirjoittakaa** vastaus siihen osoitettuun tilaan.

12. Sukupuoli                      1. Nainen                      2. Mies

13. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta

14. Asun

1. Yksin
2. Avo-/aviopuolison kanssa
3. Vanhempien luona
4. Lasten luona
5. Jonkun muun kanssa

15. Matka asunnoltani Päijät-Hämeen keskussairaalaan on

1. 1 -15 km
2. 16-30 km
3. 31-50 km
4. 51-80 km
5. 81 km tai yli

*Kiitos vastauksestanne!*

## LIITE 4

Muuttujaluettelo kyselylomakkeesta.

Kartoitettava tiedon alue	Muuttujat	Kysymysnumero
Taustatiedot	Toimenpidetiedot Sukupuoli Ikä Asuminen	1, 2, 3 12 13 14, 15
Vointia helpottavat keinot	Lääkkeiden käyttö Kylmähoito Toiminnalliset keinot Tiedollinen keino Psyykkinen keino Avun pyytäminen Muut keinot	4.1, 4.2 4.3 4.4, 4.5, 4.6, 4.9 4.10 4.7 4.8 4.11
Toipuminen kotona	Fyysiset oireet  Toipumiseen liittyvät vaikeudet  Avuntarve	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8, 5.9, 5.17, 5.23  5.10, 5.11, 5.14, 5.16, 5.18, 5.19, 5.20, 5.21, 5.22  5.12, 5.13, 5.15
Terveyspalveluiden käyttö	Tieto Yhteydenotto	6 7
Yhteydenottotapa	Soitto Käynti Ajankohta Syy	8 9 10 11

## LIITE 5

## Muuttujakoodilista.

k1_leikkaus	1 = gyn 2 = gynlap 3 = gastro 4 = gastrolap 5 = ortoyläraaja 6 = ortoalaraaja 7 = uro 8 = plast 9 = verisuoni 10 = knk 11 = yleiskirurgia
k2_ane	1 = nukutus 2 = puudutus
k3_aikleikk	1 = ei 2 = päiki 3 = osasto
k4_1 ... k4_11	1 = kyllä 2 = ei
k51_1 ... k52_23	1 = ei ollut 2 = vähän 3 = paljon
k6_tiesin	1 = kyllä 2 = en
k7_yhtotto	1 = kyllä 2 = en
k8_1 ... k8_6	1 = kyllä 2 = ei
	<i>kysymyksessä 6 tulee avoin kysymys</i>
k9_1 ... k9_5	1 = kyllä 2 = ei
	<i>kysymyksessä 5 tulee avoin kysymys</i>
k10_milloin	1 = 1 2 = 2-3 3 = 4-7 4 = 8-14
k11_miksi	<i>avoin kysymys</i>

## LIITE 5

## Muuttujakoodilista.

k12_sukup	1 = nainen 2 = mies
k13_ikä	<i>ikä vuosina</i>
k13_ikälu	1 = 18-35 2 = 36-65 3 = yli 65
k14_asun	1 = yksin 2 = puoliso 3 = vanhemmat 4 = lapset 5 = muu
k15_matka	1 = 1-15 2 = 16-30 3 = 31-50 4 = 51-80 5 = yli 80