



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden koti- hoiton ohjaus

Kahlos, Milla  
Salonen, Laura-Tuulia

2016 Laurea





**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

Laurea-ammattikorkeakoulu

## Gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kotihoidon ohjaus

Kahlos, Milla  
Salonen, Laura-Tuulia  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Elokuu, 2016

Kahlos, Milla  
Salonen, Laura-Tuulia

### Gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kotihoidon ohjaus

Vuosi 2016 Sivumäärä 51

---

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää kotihoidon ohjauksen sisältö, jonka gynekologiset päiväkirurgiset potilaat saavat Hyvinkään sairaalan B-heräämössä ennen kotiin lähtöä. Keskityimme erityisesti emättimen kautta tehtävän kohdunpoistoleikkauksen, emättimen tai kohdun laskeumaleikkauksen ja TVT-inkontinenssileikkauksen kotihoito-ohjeiden sisältöön. Tavoitteena oli edesauttaa laadukkaan kotihoidon ohjauksen toteutumista gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kohdalla Hyvinkään sairaalassa. Saimme aiheen Hyvinkään sairaalan naistentautien ja synnytysten osaston apulaisosastonhoitaja Anneli Autiolta. Opinnäytetyö tehtiin naistentautien poliklinikan henkilökunnan tarpeisiin. Poliklinikan henkilökunta saa tiedon miten potilasta ohjataan postoperatiivisessa vaiheessa. Potilas saa naistentautien poliklinikalla tietoa ja ohjausta ennen leikkausta tulevaan toimenpiteeseen liittyen. Kotihoidon ohjaukseen käytettävää aikaa säästyy, kun naistentautien poliklinikan hoitohenkilöstö tietää millaista ohjausta potilas saa heräämössä ennen kotiin lähtöä. Tämän tiedon saaminen voi yhtenäistää hoitoketjua ja se voi johtaa potilasturvallisuuden paranemiseen.

Käytimme työssä monipuolisesti lähteitä ja ajantasaista tietoa. Käsittelimme yleisimmät gynekologiset leikkaukset ja leikkausmenetelmät sekä gynekologisen päiväkirurgian erityispiirteet ja potilaan hoitopolun kokonaisuudessaan. Hoitotyön ohjaus perustuu muun muassa hoitajan ja potilaan taustatekijöihin, oppimiseen, etiikkaan ja lakiin. Käsittelimme niitä asioita, joista hoitaja rakentaa laadukkaan kotihoidon ohjauksen gynekologiselle päiväkirurgiselle potilaalle. Eri ohjausmenetelmät olivat tärkeässä osassa työssämme, erityisesti yksilöohjaus. Yksilöohjaus soveltuu gynekologiselle potilaalle erinomaisesti, koska ohjauksessa käsitellään intiimejä asioita. Käytimme laadullista tutkimusmenetelmää ja toteutimme teemahaastattelun. Haastattelun teemat olivat gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kotihoidon ohjauksen sisältö, kotihoidon ohjauksen apukeinot- ja haasteet. Haastateltavina oli kolme kokenutta anestesiahoitajaa Hyvinkään sairaalasta, joilla kaikilla oli yli viiden vuoden kokemus gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kotihoidon ohjauksesta. Haastattelun tuloksista selvisi, että kaikki kolme hoitajaa käyttivät ohjausmenetelmänä potilaille yksilöohjausta, joka perustui naistentautien poliklinikan tekemiin kirjallisiin kotihoito-ohjeisiin. Kaikki hoitajat pitivät näitä ohjeita laadukkaina. Apukeinona ohjauksessa toimi kirjallinen ohje ja hoitajien vankka työkokemus. Kotihoidon ohjauksen haasteita olivat esimerkiksi potilaan pelot, ohjaukseen käytettävän ajan rajallisuus ja ohjausympäristön avoimuudesta johtuva heikko intimitteettisuoja. Kaksi haastatelluista toi ilmi, että yhteistyötä naistentautien poliklinikan ja B-heräämön välillä tulisi kehittää, jotta potilaiden kotihoidon ohjaus toteutuisi sujuvammin. Yhteinen osastotunti ja yhteistyön kehittäminen naistentautien poliklinikan ja B-heräämön henkilökunnan välillä tekisi kotihoidon ohjauksesta yhtenäisempää ja saumattomampaa.

Asiasanat: gynekologinen, päiväkirurginen, ohjaus, kotihoito-ohje

Kahlos, Milla  
Salonen, Laura-Tuulia

### Home care guidance of gynecological day surgery patients

Year	2016	Pages	51
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to ascertain the content of the home care guidance that gynecological (GYN) day surgery patients receive in Hyvinkää hospital recovery room B, prior to being discharged home. The specific focus was the home care guidance of patients with the following procedures; vaginal hysterectomy, vaginal or uterine prolapse, and tension-free vaginal tape surgery for stress incontinence. The aim was to contribute to the fulfilment of high quality home care guidance for Hyvinkää hospital's gynecological day surgery patients. This subject was obtained from Anneli Autio, assistant head nurse of Hyvinkää hospital's GYN and maternity department. The thesis was carried out to serve the needs of the GYN clinic staff. The clinic staff will receive information on how to guide post-operative patients. Patients receive pre-operative information and guidance relating to their operation at the clinic. The time and resources used for home care guidance are reduced, when the nursing staff of the GYN clinic are aware of the type of guidance to give the patients in the recovery room. The availability of this information could streamline care processes and could lead to improved patient safety.

A wide range of sources and references, as well as current information, were used in producing this thesis. The most common gynecological procedures and methods of operation were discussed, as were the specifics of gynecological day surgery, and the patient care pathway as a whole. Patient guidance is based upon, among other things, the patient's and nurse's background, learning, ethics, and law. The subjects covered are the basis for high quality home care guidance of gynecological day surgery patients. Different methods of guidance (specifically individual guidance) were an integral part of this thesis. Individual guidance is particularly suited for gynecological patients, as the subject matter is very intimate. Qualitative research was conducted in the form of themed interviews. The interview themes were home care guidance of gynecological day surgery patients, and the resources and challenges of home care guidance. The interviewees were three experienced anesthetist nurses from Hyvinkää hospital, each with over five years' experience of gynecological day surgery patients' home care guidance. The results of the interviews revealed that each of the three nurses used individual guidance as the method of guidance, based on written home care guidance instructions by the GYN clinic. All of the nurses interviewed thought that these instructions were of high quality. The resources used by the nurses were the written instructions, and their solid work experience. Challenges related to guidance were, for example, the patients' fear and anxiety, limited time available for guidance, and limited privacy protection due to the physical environment of the clinic. Two of the interviewees brought forward the need to develop cooperation between the GYN clinic and recovery room B, to enhance the home care guidance of patients. Combined departmental training and development of cooperation between the two departments' staff would make home care guidance more cohesive and seamless.

Keywords: gynecological, day surgery, guidance, home care guidance

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Gynekologinen leikkauspotilas .....	7
2.1	Gynekologiset leikkaukset .....	7
2.2	Gynekologisen päiväkirurgian erityispiirteet .....	9
2.3	Päiväkirurgisen gynekologisen potilaan hoitopolku .....	12
2.3.1	Potilaan asiointi naistentautien poliklinikalla .....	12
2.3.2	Leikkaukseen tai toimenpiteeseen valmistautuminen .....	13
2.3.3	Potilaan postoperatiivinen hoito päiväkirurgiassa .....	15
3	Ohjaus hoitotyössä .....	17
3.1	Ohjauksen lähtökohdat .....	18
3.1.1	Oppiminen ohjauksessa .....	18
3.1.2	Hoitajan ja potilaan taustatekijät .....	20
3.1.3	Etiikka ja lait ohjauksen perustana .....	20
3.2	Ohjausmenetelmät .....	22
3.2.1	Yksilöohjaus .....	23
3.2.2	Ryhmäohjaus .....	24
3.2.3	Kirjallinen ohjausmateriaali .....	25
3.2.4	Tietotekniikka ohjauksessa .....	25
4	Gynekologisen päiväkirurgisen potilaan kotihoidon ohjaus .....	26
4.1	Vaginaalisen hysterektomian kotihoidon ohjaus .....	28
4.2	Kohdun tai emättimen laskeumaleikkauksen kotihoidon ohjaus .....	29
4.3	TVT-inkontinenssileikkauksen kotihoidon ohjaus .....	31
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelma .....	32
6	Tutkimuksen toteuttaminen .....	32
6.1	Laadullinen tutkimus .....	32
6.2	Aineiston keruu ja kohderyhmä .....	34
6.3	Aineiston analyysi .....	36
7	Gynekologisen päiväkirurgisen potilaan kotihoidon ohjaus Hyvinkään sairaalassa ...	37
7.1	Kotihoidon ohjauksen sisältö .....	37
7.2	Kotihoidon ohjauksen apukeinot .....	38
7.3	Kotihoidon ohjauksen haasteet .....	39
8	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	40
9	Pohdinta .....	42
	Lähteet .....	46

## 1 Johdanto

Opinnäytetyön aihe on gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kotihoidon ohjaus. Saimme aiheen Hyvinkään sairaalan naistentautien ja synnytysten osaston apulaisosastonhoitaja Anneli Autiolta. Aihe kiinnostaa meitä, koska siinä yhdistyvät naistentautien hoitotyö ja kirurgisen hoitotyön piirteet. Opinnäytetyö on tehty naistentautien poliklinikan henkilökunnan tarpeisiin. Naistentautien poliklinikan henkilökunta tarvitsee tiedon, että millaista kotihoidon ohjausta gynekologiset päiväkirurgiset leikkauspotilaat saavat B-heräämössä ennen kotiin lähtöä. Naistentautien poliklinikalla potilas saa jo kotihoidon ohjausta ennen leikkausta, mutta siellä henkilöstöllä on epäselvää, että miten kotihoidon ohjaus tapahtuu potilaan kotiutuessa B-heräämöstä. Tämän tiedon avulla potilaan kotihoidon ohjauksen laatu voi parantua. Käsittelemme kappaleessa kaksi gynekologisen päiväkirurgisen potilaan hoidon erityispiirteitä. Kerromme myös gynekologisen päiväkirurgisen potilaan hoitotyöstä ja hoitopolusta, joka alkaa ajan varaamisesta terveysongelmaa varten ja päättyy heräämössä potilaan kotiuttamiseen. Kappaleessa kolme käsittelemme vahvasti ohjauksen teoriaa ja eri ohjausmenetelmiä, jotka sopivat gynekologisen potilaan ohjaukseen. Gynekologisen päiväkirurgisen potilaan kotihoidon ohjaus käsitellään kappaleessa neljä. Keskitymme opinnäytetyössä erityisesti emättimen kautta tehtävän kohdunpoistoleikkauksen, emättimen tai kohdun laskeumaleikkauksen ja TVT-inkontinenssileikkauksen jälkeisiin kotihoito-ohjeisiin. Rajasimme aiheen, koska nämä leikkaukset ovat tavallisimpia gynekologisia päiväkirurgisia leikkauksia. Kotihoidon ohjauskappaleessa sovellamme aikaisemmassa kappaleessa kerrottuja ohjausmenetelmiä.

Opinnäytetyömme tavoite on edesauttaa laadukkaan kotihoidon ohjauksen toteutumista gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kohdalla Hyvinkään sairaalassa. Opinnäytetyön tutkimusongelma on, että millaista kotihoidon ohjausta gynekologiset päiväkirurgiset potilaat saavat Hyvinkään sairaalan B-heräämössä. Työmme tarkoituksena on selvittää, millaista ohjausta päiväkirurgisen heräämön hoitajat antavat edellä mainituissa leikkauksissa olleille potilaille. Haastattelemme Hyvinkään sairaalassa kolmea kokenutta anestesiahoitajaa kotihoidon ohjauksesta ja selvitämme sen sisällön teemahaastattelun avulla. Tämä työ sopii luettavaksi kaikille hoitotyön ammattilaisille ja opiskelijoille, joita kiinnostavat gynekologisen päiväkirurgisen potilaan laadukas kotihoidon ohjaus. Lisäksi tämä työ voi auttaa lukijaa kehittämään hoitotyön kotihoidon ohjauksessa.

## 2 Gynekologinen leikkauspotilas

Käsitlemme tässä kappaleessa gynekologisia leikkauksia, päiväkirurgian erityispiirteitä ja gynekologisen päiväkirurgisen potilaan hoitopolkua.

### 2.1 Gynekologiset leikkaukset

Gynekologinen leikkaus tarkoittaa naisen intiimialueille tehtyä leikkausta. Se voi vaikuttaa naisen elämään monella eri tapaa ja sillä on vaikutusta naisen parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Naiselle esimerkiksi kohdunpoisto voi merkitä jonkin ajanjakson päättymistä, sillä hän ei voi enää tulla raskaaksi. Tavallisimpia gynekologiseen leikkaukseen johtaneita syitä ovat esimerkiksi endometrioosi, kohdunpoisto, gynekologiset laskeumat, myooman poisto, sterilisaatioleikkaus ja Bartholinin rauhasen poisto (Eskola & Hytönen 2002, 331-332). Kehittyneiden maiden yleisin pahanlaatuinen gynekologinen syöpä on kohdunrungonsyöpä (Honkavuori-Toivola 2014, 17). Suomessa yhden merkittävimmän syöpäkuolleisuuden aiheuttaja on munasarjasyöpä (Pylväs-Eerola 2015, 21). Gynekologisten syöpien hoitoon liittyy usein tarve leikkaukselle. Gynekologisen syövän leikkauksissa joudutaan poistamaan usein kohdun lisäksi lantionpohjan imusolmukkeet ja sivuelimet. (Eskola & Hytönen 2002, 333,350.)

Gynekologiset leikkaukset voidaan tehdä kolmella eri tavalla. Eri tapoja ovat avoleikkaus, tähystysleikkaus ja emättimen kautta tehty leikkaus. Vatsanpeitteiden kautta tehtävää leikkausta kutsutaan avoleikkaukseksi eli laparotomiseksi leikkaukseksi. Leikkaus tehdään anestesiassa, jolloin leikkaushaava tehdään pitkittäin navasta alaspäin tai poikittain häpyluun yläpuolelle. Toipuminen on hitaampaa muihin leikkausmenetelmiin verrattuna, johtuen leikkaushaavasta. (Ihme & Rainto 2014, 174.) Kohtu voidaan poistaa naiselta kaikilla kolmella edellä mainituilla leikkausmenetelmillä, riippuen potilaan yksilöllisistä tekijöistä.

Tähystysleikkaus eli laparaskopia tehdään yleensä anestesiassa. Laparaskopiassa tehdään alavatsan sivuille ja navan alapuolelle 2-3 viiltoa, joiden kautta leikkaus tehdään. (Ihme & Rainto 2014, 174.) Se voidaan tehdä myös robottiavusteisesti tavallisen leikkauksen sijaan (Gynekologiset leikkaukset 2016). Laparaskopian hyvinä puolina ovat vähäiset postoperatiiviset kivut, nopea toipuminen ja lyhyt sairausloma. Naiselle voidaan tehdä esimerkiksi sterilisaatio tähystysleikkauksessa. Laparoskooppinen sterilisaatio tarkoittaa tähystyksessä tehtävää munanjohtimien sulkemista titaanihakasilla, jolloin siittiöt eivät pääse hedelmöittämään munasolua. (Heinonen 2011.)

Emättimen kautta tehtyjä leikkauksia kutsutaan myös vaginaalisiksi leikkauksiksi. Tässä leikkausmenetelmässä leikkaushaavat tehdään emättimen seinämiin tai pohjaan. Vaginaalinen leikkaus tehdään anestesiassa tai spinaalipuudutuksessa. Spinaalipuudutuksessa tehdyssä

leikkauksessa potilas on hereillä. Potilaan vointi määrittelee kotiutuspäivän. (Ihme & Rainto 2014, 174-175.) Emättimen laskeumaleikkaukset tehdään useimmiten alatieleikkauksella emättimen kautta. Niitä ovat etuseinän (cystocele), takaseinän alaosan (rectocele) tai taka-seinän yläosan (enterocele) laskeumat. Vaginaprolapsi tarkoittaa kohdunpoiston jälkeen syn-tyntä emättimen pohjan laskeumaa. Laskeumat voivat olla yksittäisiä tai ne esiintyvät yh-distelmissä. (Laskeumaleikkaus 2015.)

Gynekologisia leikkauksia voidaan tehdä myös mini-invasiivisilla tähytysmenetelmillä, kuten TVT, TOT- ja TVT-O- nauhamenetelmillä (Ihme & Rainto 2014, 189). Mini-invasiivisuuden hyviä puolia ovat vähäisempi verenvuoto ja kipu leikkauksen jälkeen. Lyhyempi toipumisaika sairaalassa, parempi leikkausalueen ulkoinen lopputulos ja nopeampi pääsy arkeen ovat myös mini-invasiivisuuden etuja. (Pakarinen 2015.) TVT-leikkaus eli ponnistusinkontinenssileikkaus tehdään paikallis-puudutuksessa ja potilas pääsee kotiin jo leikkauspäivänä paikallispuudutuksen ansiosta. Nauhan antaman tuen pitäisi estää virtsan karkaamista ponnistustilanteessa. (Ihme & Rainto 2014, 189.) TVT on lyhenne englannin kielen sanoista tension-free vaginal tape, joka tarkoittaa kiristämätöntä emättimen kautta asetettavaa nauhaa (TVT- / TOT-leikkaus 2016). Toimenpide tehdään virtsaputken alle tehdystä pienestä viillosta ja propyleeniverkosta tehty tukinauha asetetaan tukemaan molemmin puolin virtsarakkoa vatsanpeitteisiin asti. TVT-O-leikkauksessa tukinauha asennetaan tukemaan obturatoraukkojen kautta sisältä ulos. TOT-leikkauksessa tukinauha asennetaan päinvastoin, eli ulkoa-sisäänpäin. (Nilsson 2011.) TOT on lyhenne englannin kielen sanoista trans oburator tape (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 477).

Gynekologiset leikkaukset mukailevat perioperatiivista hoitokokonaisuutta (Ihme & Rainto 2014, 171). Perioperatiivinen hoitojakso jaotellaan preoperatiiviseen, intraoperatiiviseen- ja postoperatiiviseen hoitojaksoon. Preoperatiivinen hoitojakso alkaa leikkauksen valmistuksen tekemisestä. Se sisältää leikkaukseen vaadittavat esivalmistelut kotona ja leikkauksen valmistuksen sairaalassa sekä potilaan ohjauksen. Intraoperatiivinen hoitojakso on leikkauksen tai toimenpiteen ajan kestävä ajanjakso. Postoperatiivinen hoitojakso alkaa, kun potilas siirtyy leikkauksesta heräämöhön tai muuhun leikkauksen jälkeiseen hoitoon. Se päättyy vasta, kun potilaalle on tehty loppuarviointi toipumisjakson jälkeen. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2014, 20-22.)

Useat leikkaukset ja toimenpiteet tehdään päiväkirurgisesti (päiki) tai lyhytjälkihoitoisina (lyhki). Potilas pääsee leikkauksen jälkeen kotiin samana päivänä tai seuraavien päivien aikana. Hoitoaika riippuu leikkauksen laajuudesta, potilaan voinnista ja jatkohoitosuunnitelmista. (Eskola & Hytönen 2002, 331.) Hyvinkään sairaalan päiväkirurgisen yksikön yleisimpiä leikkaustoimenpiteitä ovat gynekologiset toimenpiteet (Päiväkirurgia 2016). Hyvinkään alue-



sairaalassa on toteutettu Leiko-toimintaa vuodesta 2000 lähtien (Keränen 2006). Leikon nykyiset tilat otettiin käyttöön vuonna 2006 (Keränen, Karjalainen, Pitkänen, Tohmo 2008). Leiko on lyhenne leikkaukseen kotoa-toiminnasta. Potilas tulee leikkauspäivänä sairaalaan Leiko-yksikköön. (Scheinin 2008, 11-12.) Siellä hänet haastatellaan ja valmistellaan leikkaukseen. Leiko-yksiköstä potilas menee leikkaussaliin ja leikkauksen jälkeen hän kotiutuu heräämön kautta, mikäli hän on päiväkirurginen potilas. Muussa tapauksessa potilas siirtyy vuodeosastolle ja kotiutuu sieltä. (Lukkari ym. 2014, 25.) Potilastyytyväisyys on erinomaisella tasolla Leiko-toiminnassa (Keränen ym. 2008).

Turvallisuuden tunteminen ja kiireettömän ilmapiirin luominen potilaalle on tärkeää hyvän hoitosuhteen saamiseksi. Gynekologisen leikkauspotilaan hoitoaika sairaalassa on usein lyhyt johtuen lyhyestä hoitoajasta. Potilaan täytyy olla hyvin valmistautunut leikkaukseen fyysisesti ja psyykkisesti, sekä hänen on oltava tietoinen saamastaan hoidosta ja sen tavoitteista. Toimenpiteen tai leikkauksen kokemiseen vaikuttaa erilaiset tekijät, kuten potilaan elämäntilanne, sosiaalinen tilanne, persoonallisuus, tunnetila ja tiedot tulevasta toimenpiteestä. Potilaan ikä, hoitomahdollisuudet, aikaisemmat hoitokokemukset, leikkauksen äkillisyys ja vakavuusaste vaikuttavat myös kokemukseen. (Ihme & Rainto 2014, 169, 171.) Laadukas ja oikea-aikainen ohjaus on tärkeässä asemassa myös jatkohoidon kannalta. Potilaan täytyy olla motivoitunut omaan hoitoonsa ja kysyä tarvittaessa hoitohenkilöstöltä neuvoa epäselvissä asioissa. Hoitajan ja potilaan välinen luottamus edesauttaa sitä, että potilas uskaltaa kysyä myös arkaluontoisilta tuntuvia asioita. (Eskola & Hytönen 2002, 331.)

## 2.2 Gynekologisen päiväkirurgian erityispiirteet

Hyvinkään sairaalassa päiväkirurgisesti tehtäviä gynekologisia leikkauksia ja toimenpiteitä ovat muun muassa emättimen kautta tehtävät kohdunpoistot, laskeumaleikkaukset ja TVT-inkontinenssileikkaukset (Kohdunpoistoleikkaus emättimen kautta 2015; Laskeumaleikkaus 2015; TVT-inkontinenssileikkaus 2015). Päiväkirurgisessa toimenpiteessä potilas tulee toimenpide- tai leikkauspäivänä sairaalaan ja pääsee kotiin viimeistään 12 tunnin päästä. Päiväkirurgisen hoidon edellytyksiä ovat laadukas potilasohjaus, suunniteltu hoito ja saumaton moniammatillinen yhteistyö. Tavoitteena on turvallinen ja korkealaatuinen hoito ja potilaan kotiutus suunnitellusti samana päivänä. Päiväkirurgisen potilaan valintaan vaikuttavat monet eri tekijät, esimerkiksi toimenpiteen laajuus. Potilaalla on oltava tarpeeksi hyvä toimintakyky, jotta toimenpide tai leikkaus voidaan toteuttaa päiväkirurgisesti. Korkea ikä, ylipaino, tai ASA-luokka eivät ole esteenä. (Ilola ym. 2013, 324-325.) ASA on lyhenne englannin kielen sanoista American Society of Anesthesiology classificaton, joka tarkoittaa anestesiariiskiluokitusta (Ilola ym. 2013, 533). Kehittyneet leikkaustekniikat ja anestesiologia ovat mahdollistaneet sairaidenkin potilaiden päiväkirurgisen hoidon (Kokki, Hynynen, Lindgren, Kokki, Manner, Mattila, Mattila, Mustonen, Salmenperä, Tohmo & Vironen 2014).

Mahdollisten sairauksien on oltava hyvässä hoitotasapainossa. Huonossa hoitotasapainossa olevat sairaudet, kuten verenpainetauti, astma ja diabetes ovat esteenä päiki-leikkaukselle. Potilaan on oltava itse suostuvainen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen ja hänen voimavaransa on oltava riittävät huolehtia omasta hoidostaan. Hänen on kyettävä toteuttamaan preoperatiivisia ja postoperatiivisia ohjeita. Leikkauksen jälkeen kotona on oltava aikuinen seuraavaan aamuun asti potilaan tukena. Päiväkirurgisen eli päiki-leikkauksen esteenä on esimerkiksi ennakoitu suuri verensiirron tarve, tai runsaan nestehoidon tarve. Mikäli leikkauksen jälkeinen kivunlievitys on vaativaa, niin potilas ei pääse kotiutumaan samana päivänä. (Ilola ym. 2013, 324- 325.)

Päiväkirurgisessa anestesiassa käytetään yleisanestesiaa, erilaisia puudutuksia ja sedaatiota. Lääkkeiden ja anestesiamuodon sopiminen päiki-leikkaukseen on otettava huomioon ja anestesia-aineiden on oltava lyhytvaikutteisia. Pahoinvoinnin ja kivun hoito on oltava tehokasta ja sitä on ennakoitava. Paracetamolia tai tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää kivun ennaltaehkäisyyn. Rauhoittavaan esilääkitykseen ei usein ole tarvetta. Yleisanestesiassa käytetään propofolia ja opioideista fentanylä, alfentaniilia ja remifentaniilia. Inhalaatioanesteeteista sevofluraani ja desfluraani ovat käytössä. (Ilola ym. 2013, 325.)

Lihasselaksanteista lyhyt- tai keskipitkävaikutteista ei depolarisoivaa relaksanttia on suositeltavaa käyttää tarpeen vaatiessa. Lihasselaksantteja käytetään usein vain intubaatioissa. Ne voidaan korvata propofoli-alfentaniili-induktiolla ja LMA:lla eli kurkunpäänaamarilla. Puudutuksia suositetaan päiki-leikkauksissa niiden pienten sivuvaikutusten takia. Niillä saadaan aikaan hyvä postoperatiivinen analgesia eli kivunlievitys. Lyhytvaikutteisia puudutuksia ovat spinaali-puudutus, pintapuudutus, pleksuspuudutus, infiltraatiopuudutus, laskimopuudutus ja johtopuudutus. Sedaatiossa käytetään puudutusten lisänä propofolia infuusiona tai kerta-annoksena. Tarpeen mukaan käytetään madatsolaamia, diatsepaamia, fentayyliä tai alfentaniilia. (Ilola ym. 2013, 325.)

Ennen päiki-leikkausta ennakoidaan pahoinvoinnin riski. Pahoinvointia hoidetaan samoin kuten muidenkin leikkausten jälkeen. (Ilola ym. 2013, 325.) Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi eli PONV (post operative nausea and vomiting) on kivun lisäksi yleisin este potilaan kotiuttamiselle (Tiippana 2013). PONV tulee joka kolmannelle leikkauspotilaalle. Potilaat kokevat pahoinvoinnin haitallisemmaksi kuin kivun kokemisen. Postoperatiivinen pahoinvointi lisää potilaan kuivumisen riskiä, aiheuttaa suuremmat hoitokustannukset, kasvattaa aspiraatoriskiä ja aiheuttaa elektrolyyttihäiriöitä sekä painetta leikkaushaavassa. Ilola ym. 2013, 209.)

Lääkehoidossa käytetään metoklopramidia, droperidolia ja 5-HT<sub>3</sub>-reseptorin salpaajia. Metoklopramidi lisää ruokatorven alemman sulkijalihaksen tonusta. Sitä suositellaan

käytettäväksi aspiraation ehkäisyssä, pahoinvoinnin ja oksentelun ehkäisyssä ja niiden hoidossa. Droperidolin käyttöaiheet ovat samat, kuin metoklopramidissa. Se on tehokas lääke estämään opioidien aiheuttamaa pahoinvointia. Droperidolin teho on parempi naisilla, kuin miehillä. Se estää pahoinvointia tehokkaammin, kuin oksentelua. 5-HT<sub>3</sub>-reseptorin salpaajia käytetään myös pahoinvoinnin ja oksentelun ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Ne estävät tehokkaammin oksentelua, kuin pahoinvointia. (Ilola ym. 2013, 142-143.)

Leikkauspahoinvoinnin tärkeimpiä riskitekijöitä ovat naissukupuoli, tupakoimattomuus, matkapahoinvointi ja opioidien suuri tarve leikkauksen jälkeen. Jokainen edellä mainituista riskitekijöistä kasvattaa pahoinvoinnin riskiä 20 prosenttia. Matala pahoinvointiriski on 20 prosenttia, kohtalainen 40 prosenttia ja korkea 60 prosenttia. Migreenitaipumus lisää pahoinvoinnin riskiä, johon vaikuttavat myös leikkauksen tyyppi ja pituus. (Ilola ym. 2013, 209.) Naissukupuoli on merkittävin PONV:n riskitekijä, joka säilyy myös vaihdevuosien jälkeen. Tupakoimattomuuden mekanismi PONV:n lisääjänä on epäselvä. Tupakoitsijan elimistö on tottunut jatkuvaan kemikaalien altistukseen, joka vaikuttaa mahdollisesti asiaan. (Knopf, Rotko & Koivuranta 2010.)

Postoperatiivisen pahoinvoinnin riskiä lisäävät muun muassa gynekologiset leikkaukset, plastiikkakirurgiset- ja vatsaleikkaukset sekä kaulan ja pään alueelle tehdyt leikkaukset. Postoperatiivisen pahoinvoinnin riskiä voidaan vähentää monella eri tapaa. Kohtalaisen riskin pahoinvointiin annetaan pahoinvointia ja oksentelua ennaltaehkäisevä esilääke. Tarpeetonta potilaan liikuttamista vältetään heräämisen aikana. Potilasta pitää hapettaa hyvin intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa. Riskiä voidaan vähentää myös välttämällä aikaista syömistä ja juomista leikkauksen jälkeen. (Ilola ym. 2013, 209.) Heräämöhoitaja seuraa potilaan pahoinvoinnin ilmenemistä ja sen voimakkuutta. Pahoinvoinnin vaikutuksia täytyy seurata. Hoitaja seuraa myös lääkityksen tehoamista ja hoitotyön toimintojen vaikutusta pahoinvoinnin vähenemiseen. Potilas arvioi omaa pahoinvointiaan ja se voidaan mitata asteikolla 1-10. (Lukkarienen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 24.)

Lääkehoidolla voidaan vähentää pahoinvointiriskiä, esimerkiksi rauhoittavalla esilääkityksellä ja puudutuksilla (myös leikkaushaavojen puudutus), käyttämällä propofolia induktiossa ja ylläpidossa, sekä multi-modaalisella kivunhoidolla (puudutus + NSAID + mahdollinen opioidi pienellä annoksella). NSAID on lyhenne englannin kielisistä sanoista non-steroidal anti-inflammatory drugs eli suomeksi se tarkoittaa steroidiryhmään kuulumattomia tulehduskipulääkkeitä. Lääkehoidossa on vältettävä haihtuvia anesteetteja ja opioideja esilääkkeenä depottabletteja lukuun ottamatta. Pentotaalia, etomidiaattia ja ketamiinia on vältettävä induktiossa ja lihasrelaksanttien vasta-aineita eli neostigmiinia. (Ilola ym. 2013, 534, 209-210.)

Potilaan lievä pahoinvointi ei estä kotiuttamista. Potilaan täytyy omasta mielestään olla kykenevä lähtemään kotiin ja pärjätä siellä. Hoitohenkilöstö antaa pahoinvoinnin kotihoito-ohjauksen tarvittaessa potilaalle. Kotiin päästyään päiki-potilas saattaa oksentaa yhdestä kahteen kertaan. Mikäli pahoinvointi jatkuu, täytyy olla yhteydessä päiväkirurgiseen yksikköön tai poliklinikkaan. Potilaan mukaan annetaan sieltä tarvittavat pahoinvointilääkkeet. (Ilola ym. 2013, 325.)

### 2.3 Päiväkirurgisen gynekologisen potilaan hoitopolku

Gynekologisen päiväkirurgisen leikkauspotilaan hoitopolku alkaa siitä, kun hän on varannut ajan terveydenhuollosta gynekologisen vaivan vuoksi. Ajan voi varata perusterveydenhuollosta, työterveydestä, opiskelijaterveydenhuollosta, tai yksityiseltä palveluntarjoajalta. Potilaalle tehdään tarvittavat tutkimukset ja häneltä kerätään esitiedot. Tämän jälkeen hänelle kirjoitetaan lähete naistentautien poliklinikalle. (Ihme & Rainto 2014, 167-168.) Potilaalle on hoitotakuun vuoksi järjestettävä hoidon tarpeen arviointi kolmen vuorokauden sisällä potilaan yhteydenotosta hoitavaan tahoon (Lukkari ym. 2014, 22-25).

#### 2.3.1 Potilaan asiointi naistentautien poliklinikalla

Hoitotakuusta johtuen potilaan on päästävä kolmen viikon sisällä poliklinikalle tutkimuksiin (Lukkari ym. 2014, 22-25). Naistentautien poliklinikalla tehdään jatkotutkimuksia potilaalle. Kiireettömissä tapauksissa poliklinikan lääkäri ja hoitaja tekevät lähetteen pohjalta potilaalle jatkosuunnitelman. Hoidon kiireellisyyden määrittelee lääkäri. Potilas kutsutaan naistentautien poliklinikalle kirjeellä, tai puhelinoitolla. Naistentautien poliklinikalla potilaalle tehdään perustutkimuksia, riippuen terveysvaivasta. (Ihme & Rainto 2014, 168). Esitiedot, suunniteltu toimenpide, kliiniset löydökset ja toimenpiteeseen liittyvät riskitekijät määrittelevät preoperatiiviset tutkimukset (Kokki ym. 2014). Potilasta haastatellaan ja hänelle tehdään vitaalielin-toimintojen mittauksia. Hoitaja ohjeistaa häntä tulevia toimenpiteitä ja tutkimuksia varten. (Ihme & Rainto 2014, 167-168.)

Potilaan hoitopolku toteutetaan kirjallisen hoitosuunnitelman perusteella. Hoitosuunnitelma tehdään ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä. Hoitavan lääkärin tehtävänä on kertoa tulevasta toimenpiteestä potilaalle. Erilaiset piirrokset ja ohjekirjat vahvistavat potilaan ymmärrystä. Potilaalle on annettava riittävästi tietoa tulevasta leikkauksesta tai toimenpiteestä, koska silloin hän pystyy osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. Potilaan itsemääräämisoikeus vahvistuu, kun hän on tietoinen omaan terveyteen kohdistuvista asioista. Tietämättömyys voi aiheuttaa pelkoa leikkausta kohtaan. (Eskola & Hytönen 2002, 334-335.)

Bimanuellipalpaatioissa lääkäri tunnustelee potilaan kohtua ja munasarjoja käsin emättimen kautta ja vatsanpeitteiden päältä. Kaikille potilaille tehdään gynekologinen ulkotutkimus, sisätutkimus ja bimanuellipalpaatio. Naiselta otetaan myös näytteitä, esimerkiksi Papa-näyte ja tulehdusnäytteet. Papa-näyte on gynekologinen irtosolunäyte. Verikokeista otetaan S-hCG, PVK ja CRP. S-hCG-mittauksella katsotaan istukkahormonin erityystä, jolla katsotaan raskauden mahdollisuus. PVK on lyhenne sanasta perusverenkuva. PVK-näytteestä näkee hemoglobiinin, punasolujen määrän, hematokriitin, punasoluindeksit ja valkosolujen määrän. CRP on lyhenne c-reaktiivisesta proteiinista, joka on maksan tuottama valkuaisaine. CRP-arvo suurenee bakteeritulehduksessa. Ultraäänitutkimuksella pystytään esimerkiksi toteamaan raskauden kesto. Pipelle tai pistolet ovat kohdun limakalvonäytteitä, jotka otetaan tarvittaessa. (Ihme & Rainto 2014, 328-332,168.) Tutkimukset määrätään potilaan yleistilan, iän ja leikkauksen laajuudesta riippuen (Eskola & Hytönen 2002, 335).

Lääkäri keskustelee yhdessä potilaan kanssa, jos hänen tilansa vaatii leikkaushoitoa. Potilaalle annetaan mahdollisimman tarkat ohjeet leikkaukseen päädyttäessä, jotta hän pystyy valmistautumaan siihen parhaalla mahdollisella tavalla. Lääkäri kertoo potilaalle hyvän yleiskunnon ja ravitsemuksen tärkeän merkityksen, sillä ne auttavat potilasta toipumaan nopeammin. (Ihme & Rainto 2014, 168-169.) Potilas tulee tietoiseksi, miten leikkaus vaikuttaa esimerkiksi ulkonäköön, seksuaaliseen kanssakäymiseen tai lapsen saamiseen (Eskola & Hytönen 2002, 334). Leikkauksen ollessa päiväkirurginen potilaalle kerrotaan, että hänellä täytyy olla aikuinen seurana kotona seuraavaan aamuun asti. Potilaalta on kysyttävä tavallisten lääkkeiden käyttö ja mahdollisten luontaistuotteiden käyttö ja annettava jatko-ohjeistus tarvittaessa. Luontaistuotteiden käyttö on lopetettava kahta viikkoa ennen suunniteltua leikkauspäivää. (Ilola ym. 2013, 16-17, 324.)

### 2.3.2 Leikkaukseen tai toimenpiteeseen valmistautuminen

Leikkauspäätöksen tekemisen jälkeen potilas saa ajan elektiiviseen leikkaukseen ja hänet asetetaan leikkausjonoon. Elektiivinen leikkaus tarkoittaa suunniteltua leikkausta. Potilas asetetaan kiireellisyysluokkaan 1-3, kun kyse ei ole hätä-, tai päivystysleikkauksesta. Gynekologinen potilas saa kutsun sairaalasta usein hyvissä ajoin, mutta peruutuspaikan tullessa hän saattaa saada kutsun lyhyellä varoitusajalla. (Ihme & Rainto 2014, 168-169.) Kaikki potilaat saavat kutsukirjeen leikkaukseen Hyvinkään sairaalassa. Käytössä on myös tekstiviestipalvelu, joka toimii ajanvarauksen apuna puhelimen ja kutsukirjeiden ohella. Potilas saa halutessaan leikkauksajan tekstiviestillä. (Tekstiviestipalvelua koskeva ohje leikkausta odottavalle 2013.) Leikkauksikutsun mukana tulee selkeät ohjeet leikkaukseen valmistautumisesta, sairaalaan mukaan otettavista tavaroista, kotihoito-ohjeista ja sairaalaan saapumisajankohdasta. Esteen tullessa

potilaan on oltava välittömästi yhteydessä sairaalaan, jotta aikaa voidaan tarjota toiselle potilaalle. Flunssa tai leikkausalueen tulehdus voi olla este leikkauksen toteutumiselle. (Ihme & Rainto 2014, 168-169.)

Potilaat käyvät prepoliklinikalla ennen leikkausta. Prepoliklinikalla on tarkoitus valmistella potilasta tulevaan leikkaukseen ja varmistaa hänen olevan hyvässä kunnossa. (Ihme & Rainto 2014, 170-171.) Anestesia- ja hoitaja tekevät tulohaastattelun prepoliklinikakäynnin yhteydessä leikkaukseen valmistautumiseen liittyen. Potilaan on esimerkiksi hyvä tietää, että laparoskooppiseen leikkaukseen valmistautuessa täytyy välttää suolistokaasuja muodostavia ruokia (Eskola & Hytönen 2002, 335). Anestesia- ja hoitaja määrää tarvittavat laboratoriotutkimukset ja tarkistaa leikkauspäivän lääkehoidon ja tarvittaessa määrää esilääkityksen. Anestesia- ja hoitaja informoi potilasta anestesiasta ja selvittää anestesiaan ja leikkaukseen liittyvät riskitekijät, jotka ovat NYHA ja ASA. NYHA on lyhenne englannin kielen sanoista the New York Heart Association Functional Classification, joka tarkoittaa sydämen toimintakykyluokitusta. (Lukkari ym. 2014, 129, 535.)

Potilaalta otetaan röntgentutkimukset ja laboratoriotutkimukset poliklinikakäynnin yhteydessä. Omassa terveyskeskuksessa on myös mahdollista asioida tutkimuksissa. Laboratoriokohteita otetaan leikkauksen suunnitteluvaiheessa. EKG on tavallinen tutkimus ennen leikkausta. (Ihme & Rainto 2014, 168-171.) EKG on lyhenne sanasta elektrokardiogrammi. Se kuvaa sydämen sähköistä toimintaa ja tunnetaan myös nimellä sydänsähkökäyrä. (Ahonen, Blek-Vehka- luoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 177.) Potilaan veriryhmä täytyy tarkistaa ja veren vasta-aineet seuloa ennen suunniteltua leikkausta. Vasta-aineiden seulontaan täytyy varata riittävästi aikaa, sillä mahdolliset määritysongelmat eivät saa viivyttää leikkausta. Potilaasta voidaan ottaa X-veri- sopivuuskoe, vaikka hänelle ei tehtäisi verivarausta. Laboratoriokokeet vaihtelevat hieman sairaalasta riippuen. (Ihme & Rainto 2014, 168-171.)

Päiväkirurginen leikkauspotilas aloittaa preoperatiiviset valmistelut itse kotona. Potilaan täytyy aloittaa kaksi päivää ennen leikkausta keittoruoista koostuva ruokavalio. Ruokavalioon sopivat myös jogurtit, kiisselit, viilit ja mehukeitot. Potilas ei saa enää syödä raakoja kasviksia, leipää, salaattia tai marjoja. Päivää ennen leikkausta potilaan täytyy siirtyä nestemäiselle ruokavaliolle. Ruokavalioon sopii parhaiten kasvis-, liha- ja kanaliemet, hedelmälliä mehut, siivilöity mehukeitto ja vesi. Tässä vaiheessa ei saa enää syödä maitotuotteita, leipää, salaattia, raakoja kasviksia tai marjoja. (Klyx-tyhjennysohje potilaalle 2016.) Leikkaukseen valmistautuminen huolellisesti kotona on tärkeää leikkauksen onnistumiseksi. Ravinnotta olo on tärkeää ennen leikkausta, koska siten ehkäistään mahalaukun sisällön mahdollinen aspiraatio ja pahoinvointi leikkauksen aikana ja sen jälkeen. Purukumin ja tupakkatuotteiden käyttö tulee lopettaa viimeistään kahta tuntia ennen leikkausta. Kirkasta nestettä voi juoda kaksi tuntia ennen leikkausta. (Kokki ym. 2014.)

Suoliston tyhjennys tehdään Hyvinkään sairaalan ohjeen mukaan Klyx-peräruiskeella. Peräruiske tyhjentää suolen loppuosan. Tyhjennys tehdään leikkausta edeltävänä päivänä kello 19-21 välisenä aikana. (Klyx-tyhjennysohje potilaalle 2016.) Potilaan on käytävä suihkussa leikkauspäivää edeltävänä iltana. Ihon puhtaus on erittäin tärkeää ja ihon on oltava ehjä. (Ahonen ym. 2012, 101.) Erityisen tärkeää on pestä huolellisesti kainalot, nivustaiteet ja välilihan alue, koska niissä kasvaa runsaasti mikrobiflooraa. Voimakkaita pesutuotteita ja hankaamista täytyy välttää, koska ne voivat rikkoa ihoa. (Ihme & Rainto 2014, 200.) Kynsilakat on poistettava ja korut riisuttava pois. Potilas puhdistaa myös napansa ja ajaa tarvittaessa ihokarvat. Leikkausta edeltävä yö olisi hyvä nukkua rauhallisessa ja turvallisessa ympäristössä. Tarvittaessa voi ottaa unilääkkeen. (Ahonen ym. 2012, 101.) Leikon hoitajat soittavat potilaalle leikkausta edeltävänä päivänä tulosoiton, jossa he varmistavat preoperatiivisten valmisteluiden sujuneen hyvin ja vastaavat potilaan mahdollisiin kysymyksiin leikkauspäivään liittyen.

Gynekologinen päiväkirurginen potilas tulee Hyvinkään sairaalan Leiko-yksikköön leikkauspäivän aamuna. Potilas tuo mukanaan ajantasaisen esitietolomakkeen. Hoitaja ohjaa potilaan pukuhuoneeseen vaihtamaan leikkausvaatteet ja antiemboliasukat. Omat henkilökohtaiset tavarat ja vaatteet pakataan mukaan. Leiko-yksikössä potilasta haastatellaan ja tehdään loppuun preoperatiiviset valmistelut. Potilas tapaa leikkaavan lääkärin ennen leikkausta. (Keränen, Keränen, Wäänänen 2006.) Esilääkkeeksi Hyvinkään sairaalassa annetaan esimerkiksi kaksi kappaletta 500 mg Pinex tablettia per os, jonka vaikuttavana ainesosana on paracetamoli. Kaikki alatielleikkaukseen tulevat potilaat saavat kefuroksiimi 1,5 g i.v mikrobiprofylaksiana. Esilääkkeen kanssa voi ottaa vielä 150 ml vettä tuntia ennen leikkausta (Kokki ym. 2014). Potilas kävelee ensisijaisesti itse leikkaussaliin leikkaussalihoitajan kanssa. Leikkaussalissa loppuu preoperatiivinen vaihe ja alkaa intraoperatiivinen vaihe. (Keränen, Keränen, Wäänänen 2006.)

Intraoperatiivisessa vaiheessa potilas hoidetaan kirurgisesti toimenpiteen edellyttämän anestesian avulla. Potilaan hoitoon leikkaussalissa osallistuu moniammatillinen ryhmä, johon kuuluu leikkaava kirurgi, anestesia- ja instrumentoituva- ja valvova sairaanhoitaja sekä tarvittaessa lääkintävahtimestari tai lähihoitaja. Leikkaussalin ulkopuolella potilaan hoitoon osallistuvia ammattilaisia ovat välinehuollon, siivouksen ja huoltotyön henkilökunta. Intraoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilas siirretään leikkaussalista valvontayksikköön. (Lukkari ym. 2014, 20-21.)

### 2.3.3 Potilaan postoperatiivinen hoito päiväkirurgiassa

Postoperatiivinen hoitotyö alkaa siitä, kun potilas on siirretty valvontayksikköön eli heräämöhön. Heräämössä potilas toipuu leikkauksen jälkeen. Leikkaussalihoitaja antaa heräämöhöi-

tajalle raportin leikatusta potilaasta. Heräämössä sairaanhoitaja tarkkailee potilasta. Hengitys, verenkierto ja tajunnantaso ovat yksi tarkkailun osa-alue. Tärkeitä seurattavia asioita ovat hapettuminen, hengitystapa, hengitystiheys, hengityssänet, hengityssyvyys ja rytmihengitysteiden eritteet, limakalvojen ja ihon väri, verenpaine, sykkeen säännöllisyys, EKG ja sydämen syketaajuus, toipuminen nukutuksesta ja heräämisen viivästyminen, kouristelut ja sekavuus. (Lukkari ym. 2014, 362-369.)

Kipu, pahoinvointi ja lihasvoima ovat toinen tarkkailun osa-alue. Seurattavia asioita ovat kivun yksilöllisyys, kipumittarit, haavakipu ja kivun hoitomuodot, intuboitujen potilaiden kurkkukipu, postoperatiivinen pahoinvointi ja oksentelu, puudutuksen poistuminen ja puutuneen alueen laajuus, nukutus ja lihasrelaksaation kumoutuminen. Lämpö- ja nestetasapaino ja leikkausalue ovat kolmas tarkkailtava osa-alue. Seurattavia asioita ovat lihasvärinä ja hypotermia, virtsaneritys ja lääke- ja nesteinfuusiot, suun kostuttaminen, ruokailu ja juominen, haavasuojaus, verenvuoto ja turvotus, laskuputket ja kesthuuhtelut (Lukkari ym. 2014, 362-369.)

Pahoinvoinnin hoidossa panostetaan ennakointiin ja se on samanlaista kuin muidenkin leikkausten jälkeen. Kivunhoidossa tavoitteena on ehkäistä postoperatiivista kipua tehokkaasti. Kipua täytyy arvioida erilaisia kipumittareita apuna käyttäen. (Ilola ym. 2013, 325-226.) Kipu ja pahoinvointi ovat merkittävimmät kotiuttamisen estävät tekijät. Gynekologiset potilaat kuuluvat automaattisesti suurentuneen pahoinvointiriskin ryhmään naissukupuolen vuoksi. Onnistunut päiväkirurgia edellyttää helposti, turvallisesti ja tehokkaasti kotioloissa jatkettavaa kivunhoitoa. (Kangas-Saarela & Mattila 2014a.) Gynekologisilla potilailla tarkkaillaan erityisesti postoperatiivista vuotoa, koska potilaalla voi olla emättimessä tamponi hillitsemässä vuotoa muutamia tunteja leikkauksen jälkeen (Hakala 2012, 77). Sujuva kotiuttaminen on tärkeässä asemassa päiväkirurgian onnistumiseksi. Potilaan toipumisen voi jakaa karkeasti kahteen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa potilas herää anestesiasta ja hänen motoriikkansa ja suojarefleksinsä palautuvat. Toisessa vaiheessa kotiuttamisen kriteerit täyttyvät. (Kangas-Saarela & Mattila 2014b.)

Päiväkirurgisen potilaan kotiuttamiskriteereihin kuuluu, että potilaan vitaalitoiminnot ovat vakaat. Verenpaine ja syke ovat tasaiset ja hengitysvaikeuksia ei saa olla edeltävänä tuntina ennen kotiuttamista. (Tuominen 2014.) Potilaan täytyy olla orientoitunut paikkaan ja aikaan. Potilaan täytyy päästä kävelemään ilman tukea ja pukeutumaan itsenäisesti. Virtsaamisen täytyy sujua ja potilas pystyy ottamaan per os, eli suun kautta nesteitä. (Korttila 2005, 459-460). Verenvuotoa tai tihkumista leikkaushaavasta ei saa olla. Suurta pahoinvointia ja oksentelua ei saa olla kotiuttamisvaiheessa. Tämä on merkki siitä, että lääkitys ei auta. Liian suurta kipua ei myös saa olla. Se on vastaavasti merkki per os kipulääkityksen riittämättömyydestä. (Kangas-Saarela & Mattila 2014b.)



Potilas saa kirjalliset ja suulliset kotihoito-ohjeet (Kangas-Saarela & Mattila 2014b). Saattaja täytyy olla potilasta vastassa tai kotona odottamassa. Hoitohenkilöstön täytyy vielä varmistaa, että potilaalla on aikuinen henkilö tukena seuraavan yön. Leikkauksen jälkeisenä päivänä potilaalle soitetaan postoperatiivinen soitto ja silloin hän voi kysyä mahdollisista ongelmatilanteista. (Tuominen 2014.) Kotihoito-ohjeista kerrotaan lisää kappaleessa neljä.

### 3 Ohjaus hoitotyössä

Ohjaaminen voidaan määritellä monella eri tavalla. Gynekologisen potilaan ohjaaminen on käytännöllistä opastamista, ohjaamisen alaisena olemista ja keskeinen osa potilaan hoitamista. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 15- 16.) Käsittelemme kappaleessa hoitotyön ohjaamista yleisellä tasolla, gynekologisen potilaan kotihoidon ohjaus käsitellään tarkemmin kappaleessa neljä. Tässä kappaleessa kerrottu tieto toimii pohjana hoitotyössä annettavalle kotihoito-ohjaukselle.

Ohjaaminen on merkittävä osa potilaalle tehtävästä hoitotyöstä ja se kuuluu jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan toimenkuvaan. Ohjauksella lisätään potilaan voimavaraistumista. (Hupli & Rankinen 2012, 2.) Ohjaaminen on hoitotyön auttamismenetelmä, joka toteutuu suunnitelmallisesti eri hoitotyön ympäristöissä kuten sairaalassa. Ohjauksessa hoitaja tukee potilaan päätöksentekokykyä vuorovaikutuksella, jolloin vahvistuu potilaan toimintakyky, omatoimisuus ja itsenäisyys. (Eloranta & Virkki 2011, 7.)

Ohjaaminen käsitteenä vaihtelee sen mukaan, painotetaanko ohjausmenetelmiä, hoitajan ja potilaan välistä keskinäistä vuorovaikutusta, prosessia, potilaan omia kokemuksia, toimintaympäristöjä, käsitteellisiä viitekehyksiä vai kulttuuri näkökulmaa. Ohjauksen käsitettä voidaan kuvata eri rinnakkaistermeillä, joita ovat informaatio, tiedon antaminen, neuvonta, opetus ja opastus. Englannin kielen kirjallisuudessa ohjaamisesta käytetään lukuisia eri termejä, joita ovat esimerkiksi advising, counselling, coaching ja mentoring. (Vänskä ym. 2011, 15- 16.)

Hoitotyössä ohjauksikäsitteen tunnistaminen on ollut ajoittain haastavaa, koska eri ohjauksikäsitteiden käyttö ei ole aina ollut selkeää. Ohjauksen eri rinnakkaiskäsitteet kuten opetus, neuvonta ja tiedon antaminen eroavat jonkin verran ohjaus-käsitteestä. Opetus on järjestelmä, jonka tavoitteena on vaikuttaa ohjattavien käytökseen suunniteltujen toimintojen avulla. Neuvonta tarkoittaa prosessia, jonka avulla ohjattava osaa tehdä päätöksiä. Ohjaaminen ja neuvonta eroavat käsitteenä siten, että ohjaamisessa ei anneta suoria neuvoja. Tiedon antaminen korostaa ohjaussisältöä, jolloin käytetään runsaammin kirjallista materiaalia ja vähemmän vuorovaikutusta kuin neuvonta tai ohjaus tilanteissa. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

### 3.1 Ohjauksen lähtökohdat

Ohjaustilanteessa hoitaja ja gynekologinen potilas ovat tasa-arvoisia. Ohjauksessa hoitajalla ja potilaalla on yhteinen tavoite, joka on potilaan oppiminen, päätöksentekokyvyn vahvistuminen ja elämänlaadun parantuminen. Ohjaustilanteessa gynekologinen potilas oppii asioiden käsittelyä, omien voimavarojen käyttöä ja ratkaisemaan ongelmia. Ohjaamisella tavoitellaan potilaan ymmärryksen lisääntymistä. (Vänskä ym. 2011, 15.) Potilas tulee tietoiseksi hoitamisen, palveluiden ja muutoksien merkityksestä omassa tilanteessaan. Ohjauksessa on tärkeää, että potilaalle tulee tunne, että hän voi itse vaikuttaa asioihinsa. Hyvä ohjaaminen lisää potilaan sitoutuneisuutta ja motivaatiota osallistua sekä vaikuttaa hoitoonsa. (Eloranta & Virkki 2011, 7-8, 19-20.)

Ohjaaminen luo haasteita terveydenhuollon ammattilaisille. Hoitajan tulee hallita ohjaukseen vaadittava tieto ja taito sekä yksilöllinen ohjausmenetelmä, jolla ohjaa potilasta. Hoitajan tehtävänä on perustella potilaalle ohjaamisen tarve, tehdä tavoitteita yhdessä potilaan kanssa, motivoida ja luoda erilaisia käytännöllisiä työkaluja, joilla tavoitteet saavutetaan. (Eloranta & Virkki 2011, 8.)

Gynekologiselle potilaalle annettava ohjaus perustuu suunnitelmallisuuteen ja sitä toteutetaan muun hoitotyön ohessa eri ohjaustilanteissa. Ohjauksen avulla potilasta tuetaan etsimään omia voimavarojaan, ottamaan vastuuta terveydentilastaan ja sitoutumaan hoitamaan itseään parhaalla mahdollisella tavalla. Ohjaamisen merkittävyys terveydenhuollossa on kasvanut jatkuvasti. Hoitoajat ovat lyhentyneet, jolloin ohjaukselle jäävä aika on pienentynyt. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5.) Hoitoaikojen lyhentyminen on vaatinut ohjauksen tehostamista ja kehittämistä. Päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä on kasvanut hoitomenetelmien kehittyessä ja koti- sekä avohoito ovat lisääntyneet. (Jauhiainen 2010, 5.) Potilailta odotetaan hyvää toipumista kotioloissa, elintapojen muuttamista ja vastuunottoa omasta terveydestä, mikä toteutuu osittain näyttöön perustuvan ohjauksen avulla (Kyngäs ym. 2007, 5).

#### 3.1.1 Oppiminen ohjauksessa

Ohjaustapahtuma on eräänlainen oppimisprosessi, jossa gynekologinen potilas eli oppija pyrkii sisäistämään ja ymmärtämään saatuaan informaatiota. Informaation perusteella potilas muodostaa kuvan omasta elämästään, johon kuuluu fyysinen, henkinen, psyykinen ja sosiaalinen ympäristö. Konstruktivisessa oppimiskäsityksessä potilas on tavoitteellinen toimija ja oman oppimisensa säätelijä. (Kostjukova & Salanterä 2008, 19.) Konstruktivisen oppimisen ydin on, että potilas tarkastelee uutta informaatiota aiemman tiedon ja omien kokemusten pohjalta. Oppimiskäsityksessä potilas rakentaa eli konstruoi tiedon uudelleen. (Pyllkä 2015.)

Konstruktivistista oppimiskäsitystä voi hyödyntää hyvin gynekologisten potilaiden hoidossa, koska jokainen nainen saa ohjausta eri ikäkausina naisen elimistön toiminnasta. Koulussa yläasteella oppilaita ohjataan terveystiedon tunnilla kuukautisista ja mahdollisista vuotohäiriöistä ja kivuista. Ammattikoulu tai lukio iässä nuorelle naiselle voi tulla ajankohtaiseksi ehkäisyhankkiminen, jolloin esimerkiksi kouluterveydenhoitaja tai terveyskeskuksen lääkäri ohjaa naista erilaisista ehkäisymenetelmistä, niiden hyödyistä ja haitoista. (Tiitinen 2015a). Raskaaksi tuleminen tekee monia muutoksia naisen keholle, joista nainen saa ohjausta neuvolasta (Tiitinen 2015b). Naisen ikääntyessä tulee jossakin vaiheessa ajankohtaiseksi vaihdevuodet, jonka oireiden hoito vaatii useilla estrogeenivajauksen hoidon (Tiitinen 2015c). Edellä on listattu erilaisia naisen elämän vaiheita, jotka jokainen nainen käy läpi kuitenkin hieman eri tavoin. Yhteenvetona voidaan todeta, että jokainen gynekologinen päiväkirurginen potilas rakentaa uutta tietoa ohjaustilanteessa aikaisempien kokemustensa pohjalta eli käyttää konstruktivistista oppimiskäsitystä.

Oppiminen on vuorovaikutuksellinen prosessi, jossa gynekologisen potilaan kokemukset vaihtuvat niin, että tiedot, taidot ja asenteet muuttuvat pysyvästi. Oppiminen on aina henkilökohtaista ja eri elämäkokemuksiin pohjautuvaa. Ohjauksen sisällä tapahtuvan oppimisen tavoitteita ovat uuden oppiminen, aiemman tiedon syventäminen ja poisoppiminen toimimattomista toimintamalleista. Uuden oppiminen tarkoittaa esimerkiksi gynekologisen leikkaushaavan tarkkailua ja hoitoa. Aiemman tiedon syventäminen voi tarkoittaa esimerkiksi kivun lääkehoidon toteuttamista kotona leikkauksen jälkeen. Poisoppiminen vanhasta toimintamallista voi olla esimerkiksi painon hallintaa. (Eloranta & Virkki 2011, 27-28.)

Oppiminen on prosessi, joka sisältää eri vaiheita. Eri vaiheita ovat motivoituminen, orientoituminen, sisäistäminen, ulkoistaminen ja arvioiminen. Motivaatio muodostuu, kun gynekologinen potilas tunnistaa omat tiedot ja taidot puutteellisiksi nykyisessä hetkessä. Tällöin muodostuu ristiriita potilaan hallitsemien tiedon ja uuden tarvitsemien tiedon välillä. Hoitajan tehtävänä on tukea potilasta löytämään oppimistarpeitaan ja luoda positiivista ilmapiiriä oppimiselle. Orientoitumisvaiheessa potilas luo tavoitteen ja keinot, joilla tavoite saavutetaan. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta hahmottamaan kokonaisuus ja eri vaihtoehtoja. Orientoitumisvaiheessa potilaalle syntyy tunne, että hän on vastuussa omasta oppimisestaan. Sisäistämisen vaiheessa potilas luo uuden mallin ajankohtaisen tiedon avulla hoitajan tukemana. (Eloranta & Virkki 2011, 28.) Ulkoistamisvaiheessa potilas muuttaa tiedon osaamiseksi harjoittelemalla. Tämä tarkoittaa opitun tiedon soveltamista arkeen. Arviointivaiheessa potilas pohtii tarkasti oppimiaan asioita. Arviointi-vaiheessa on tärkeää pohtia, riittävätkö potilaan tieto ja osaaminen nykyisessä tilanteessa. Arvioinnin lopuksi gynekologinen potilas voi tuntea tarvetta muuttaa toimintamallia ja kehittää sitä, jolloin oppimisprosessi käynnistyy uudelleen. (Eloranta & Virkki 2011, 29.)

Gynekologisen potilaan oppimiseen ohjauksessa vaikuttaa merkittävästi muisti. Muisti voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen, joita ovat mieleen painuminen, mielessä säilyminen ja mieleen palautus. Muisti sisältää ihmisen henkisiä ja älyllisiä kykyjä, jotka ovat opittuja ja tallennettuna muistissa erilaisiin tietorakenteisiin ja toimintavalmiuksiin. Potilaan oppimiseen ja ohjaussisällön muistamiseen vaikuttavat erilaiset tekijät, joita ovat motivoituneisuus, aiempi tieto, tarkkailukyky ja eri oppimismenetelmät. (Kostjukova & Salanterä 2008, 20.)

### 3.1.2 Hoitajan ja potilaan taustatekijät

Ohjaustilanteen rakenteessa huomioidaan potilaan ja hoitajan taustatekijät. Erilaisia taustatekijöitä ovat fyysiset-, psyykkiset-, sosiaaliset- ja ympäristötekijät. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.) Ohjaustilanteessa hoitaja on ohjaamisen ammattilainen ja gynekologinen potilas on oman elämänsä asiantuntija. Ohjaaminen on yksilöllistä ja perustuu usein asioihin, joita potilas tuo esille. Ohjaus muodostuu usein eri asioista, jotka vaikuttavat potilaan terveyteen, hyvinvointiin ja sairauteen. Hoitaja arvioi potilaan kanssa ohjaamisen tarpeita ja pyrkii tunnistamaan niitä aktiivisesti. Gynekologisten potilaiden yksilöllisyys ja erilaiset tiedon ja tuen tarpeet luovat haasteita hoitajille. Jotta potilaiden yksilöllisen tuen tarve toteutuu ohjauksessa, on hoitajan selvitettävä potilaan tilanne ja hänen keinonsa sitoutua hoitamaan itseään terveyttä edistäen. (Kyngäs ym. 2007, 26-27.)

Potilaan taustatekijöiden huomiotta jättäminen tarkoittaa ohjausta, jossa jokainen gynekologinen potilas saa saman ohjauksen samalla ohjausmenetelmällä. Tällöin potilaan yksilöllisyyttä ei kunnioiteta. On kuitenkin ohjaustilanteita, jossa potilas ei osaa arvioida sitä, mikä on hänen parhaaksi. Näissä tilanteissa potilaan tuen tarpeen arvioi hoitaja osaamisensa avulla. (Kyngäs ym. 2007, 28.) Ohjaustilanteessa tavoitteiden saavuttaminen edellyttää, että hoitaja tunnistaa omat taustatekijät, jotka vaikuttavat hänen toteuttamaan ohjaukseen. Hoitajan on tärkeää selvittää omia tunteitaan, tapojaan ajatella ja toimia, sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä. Näiden asioiden selvittäminen auttaa hoitajaa toteuttamaan ohjausta selkeästi, jolloin potilaan tilanne paranee. (Kyngäs ym. 2007, 27.)

### 3.1.3 Etiikka ja lait ohjauksen perustana

Etiikka on filosofian osa-alue, jonka lähtökohtana on ajatus ihmisestä moraalina ja asioita arvottavana yksilönä. Ihmisellä katsotaan olevan kyky tehdä valintoja oikean ja väärän välillä. Etiikassa on kyse pahasta ja hyvästä, väärästä ja oikeasta, ihmisten velvollisuuksista ja oikeuksista, yhdenvertaisuudesta, oikeudenmukaisuudesta ja tekojen moraalista ja hyväksyttävistä käytöksistä. Nämä asiat ovat keskeisessä asemassa hoitotyötä tehtäessä ja potilasoh-

jausta antaessa. Gynekologisen potilaan oikeuksia ja asemaa tarkasteltaessa vaaditaan eettistä valvotuneisuutta hoitajalta. Jokainen valinta, toiminta ja jokaisen potilaan kohtaaminen pitää sisällään eettisen ratkaisun. (Sundman 2000, 51-53.)

Laadukas potilasohjaus edellyttää hoitajalta ammatillista vastuuta. Jotta ammatillinen vastuu toteutuu, on hoitajan pohdittava ohjauksen eettisiä ja filosofisia lähtökohtia. Ohjauksen eettinen lähtökohta sisältää ymmärryksen gynekologisten potilaiden käyttäytymisestä. Hoitajan tulee tarkkailla tietoisesti, miksi ja millaisella tavalla hän toteuttaa potilasohjausta. Ohjauksen filosofisia lähtökohtia ovat potilaan yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen. Filosofisiin lähtökohtiin kuuluu, että potilaan katsotaan toimivan aktiivisena yksilönä, joka ottaa vastuuta itsestään. Potilas voi tehdä erilaisia päätöksiä siitä, ottaako hän ohjausta vastaan tai miten hän toimii ohjauksen perusteella. Hoitajan ammatillinen vastuu edellyttää, että gynekologinen potilas on saanut riittävästi tietoa ohjauksessa toimiakseen itsenäisesti. (Jauhiainen 2010, 26-27.)

Lait ja suositukset ovat sidoksissa hoitotyön ohjaamiseen ja sitä kautta myös gynekologisen potilaan ohjaamiseen. Ne määrittelevät terveyteen liittyviä perustehtäviä. Kaikki alkaa Suomen perustuslaista, jonka toisessa luvussa on määritelty kansalaisten perusoikeudet. Niihin kuuluvat oikeus elämään ja henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, yhdenvertaisuus, sivistykselliset oikeudet, oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin, sosiaaliturvaan, työhön ja elinkeinovapaus. Riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja terveyden edistäminen kuuluvat kansalaisille ja julkisen vallan täytyy turvata ne. Kuntalaki 1 § velvoittaa edistämään kuntalaisten hyvinvointia ja kestävästä kehityksestä. Kansanterveyslaki 14 § sanotaan kunnan velvollisuudesta huolehtia asukkaidensa terveysneuvonnasta- ja tarkastuksista. Siihen sisältyvät ehkäisyneuvonta, raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden ja alle kouluikäisten lasten neuvolatoiminta. Kunnan täytyy tarjota sairaanhoitoa, johon sisältyy lääkärin suorittama tutkimus, hänen antama tai valvoma hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Kansanterveyslaki velvoittaa kunnan myös ylläpitämään kouluterveydenhuoltoa. Se ei määrittele ohjauksen periaatteita. (Kyngäs ym. 2007, 12-15.)

Erikoissairaanhoitolaki 1 § mukaan lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluita kuuluu erikoissairaanhoitoon. Lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyy toimenpiteiden lisäksi neuvonta- ja kuntoutustarvetta selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto, sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja näihin rinnastettava toiminta, ellei se ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi järjestää. Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki tuovat lakeja lähemmäksi käytäntöä. Kaikki neljä edellä mainittua lakia voidaan liittää hoitotyöhön. Kaikkiin mainittuihin lakeihin liittyy palvelun riittävyyden, määrän, laadun ja järjestämistavan merkityksellisyys. Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista sovelletaan myös terveys- ja sairaan-

hoitopalveluiden järjestämisessä. Potilaan oikeuksia ovat itsemääräämisoikeus, tiedonsaamisoikeus, oikeus hoitoon pääsyyn ja saada tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Lisäksi oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun kuuluu potilaan oikeuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 14-16.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä painottaa potilaan etua ammattieettisissä velvollisuuksissa. Terveydenhuollon ammattilaisen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään koulutustaan. Hänen on sovellettava toiminnassaan yleisesti hyväksytyjä koulutukseen tai kokemusperäisyyteen perustuvia toimintatapoja. Ohjaukseen liittyen hoitohenkilöstön täytyy pitää kliiniset tiedot ajan tasalla esimerkiksi ohjauksen sisällössä. Ohjauksen ja vuorovaikutustaitojen kehittäminen kuuluu hoitohenkilön tehtäviin lain mukaan. Kansalliset ja kansainväliset terveys- ja hyvinvointiohjelmat, toimintaa ohjaavat yleiset suositukset, oppaat ja laatuksiteerit, ammatilliset käytänteet ja hyvät käytännöt ovat ohjauksen taustalla olevia suosituksia. Yleiset eettiset periaatteet ja hyvät tavat kuuluvat myös niihin. (Kyngäs ym. 2007, 13-17.) Jokaisen sairaanhoitajan velvollisuus on perehtyä keskeisiin lakeihin, jotka liittyvät potilastyöhön. Näin gynekologinen potilas saa parasta mahdollista hoitoa ja ohjausta.

### 3.2 Ohjausmenetelmät

Eri ohjausmenetelmät ovat keskeinen osa potilaan oman toiminnan tukemista.

Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttavat ohjauksen tavoite ja tieto siitä, miten potilas sisäistää eri asioita. Tutkimuksissa on arvioitu, että ihminen muistaa 75 prosenttia näkemistään asioista ja vain 10 prosenttia kuulemistaan asioista. Potilaiden on arvioitu muistavan 90 prosenttia ohjauksesta silloin, kun on käytetty sekä näkö- että kuuloaistia.

Tutkimuksen avulla on todettu, että ohjauksessa tulee käyttää eri ohjausmenetelmiä.

Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee perustua potilaan ja hoitajan väliseen ohjauskeskusteluun, jotta vältetään siltä, että materiaalia annetaan vain sen helpon saatavuuden vuoksi. Hoitajan tulee tukea potilasta löytämään itselleen luontevin omaksumistapa, jonka mukaan ohjaus toteutetaan. Visuaalisesti asioita omaksuvien potilaiden kanssa ohjauksessa on hyvä käyttää kuvallista materiaalia. Osa potilaista voi hahmottaa ohjauksen rytmien ja äänien avulla, jolloin hoitaja voi rytmittää ohjauksen tärkeimmät asiat esimerkiksi kolmen sarjoissa. Toiset potilaat käsittelevät ohjauksen sisältöä kokonaisuudesta yksityiskohtiin ja toiset toisinpäin. Kaikkien potilaiden kanssa on suositeltavaa käydä ohjaustilanteen loppuksi läpi ohjauksen keskeisimmät asiat. Potilaiden eri omaksumistavoista huolimatta on hyvä muistaa, että potilaiden mieleen jää ohjaustilanteesta vain rajallinen määrä asioita. (Kyngäs ym. 2007, 5, 73.)

### 3.2.1 Yksilöohjaus

Yksilöohjaus tarkoittaa suullista ohjausta, jossa hoitaja ja gynekologinen potilas ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Yksilöohjaus on yleisin ja potilaiden kannalta toivotuin ohjausmenetelmä, josta potilaat ovat kertoneet kokevansa eniten hyötyä. Hoitajan ja potilaan välinen yksilöllinen vuorovaikutus toteutuu parhaiten kasvokkain ja edistää potilaan hoitoon sitoutumista. Potilaalta voi kysyä, miten tämä on hoitanut itseään ja onko hän motivoitunut hoitoonsa. Hoitaja voi tarkkailla potilaan kasvoilta non-verbaalisia viestejä ja kysyä niistä tarvittaessa. Ohjauksen laadun arviointi on tehokasta kasvokkain tapahtuvassa yksilöohjauksessa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 110-111.)

Yksilöohjauksessa syntyy kaksisuuntaista vuorovaikutusta, jolloin potilaalla on mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä ja saada tukea hoitajalta. Suullisen ohjauksen lisäksi potilaalle voi antaa oheismateriaalia, joka tukee ohjausta. Yksilöohjauksessa kuten kaikessa ohjauksessa, määritellään ohjaukselle tavoitteet. Tavoitteet voivat muodostua esimerkiksi lääketieteestä, subjektiivisuudesta ja prosessista. Lääketieteen tavoite voi olla esimerkiksi potilaan painon laskeminen kaksi kiloa, jolloin tavoite on mitattavissa. Subjektiivinen tavoite tarkoittaa yleistä toteamista, potilas kertoo esimerkiksi tekevänsä parhaansa, jolloin tavoitteen saavuttaminen ei ole mitattavissa. Prosessi tavoitteena tarkoittaa paneutumista tekijöihin, joiden avulla päästään haluttuun lopputulokseen. (Kyngäs ym. 2007, 74-76.)

Gynekologisen päiväkirurgisen potilaan tavoitteet voivat pääosin muodostua edellä kuvatuista kolmesta tekijästä. Lääketieteellinen tavoite on esimerkiksi kirurginen toimenpide ja tarvittaessa eri arvojen kuten verenpaineen saaminen hoitotasolle ennen toimenpidettä. Subjektiivinen tavoite voi toteutua siten, että potilas kertoo sitoutuvansa hoitoon ja huolehtivansa esimerkiksi hygieniastaan ennen leikkausta ja sen jälkeen. Prosessi tavoitteena tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilas menee preoperatiiviselle poliklinikalle ja pääsee leikkausjonoon. Leikkausta edeltävästi hän tekee kotona leikkausvalmistelut, jonka jälkeen hän menee Leikoksikköön leikkauspäivän aamuna. Leikkaussalissa potilas leikataan, jonka jälkeen hän postoperatiivisesti toipuu heräämössä. Prosessi tavoitteena toimii mielestämme viitekehystenä gynekologisen päiväkirurgisen potilaan hoitopolussa. Yksilöohjaus ohjausmenetelmänä sopii hyvin gynekologisille päiväkirurgisille potilaille, koska toimenpide tehdään intiimialueille ja ohjauksen sisältö voi olla arka aihe käsitellä ryhmässä. Jokainen potilas on myös yksilö ja tehtävät toimenpiteet suunnitellaan jokaiselle erikseen, joten ohjauksen sisältö on hieman erilainen eri potilailla. Yhteenvedona voimme todeta, että potilaiden erilaiset ohjauksen tarpeet toteutuvat etenkin yksilöohjauksen avulla.

Potilaan ohjaaminen tukee voimavaraistumista. Voimavaraistuminen on ajattelun ja toiminnan kokonaisuus, jossa yksilöt ja yhteisöt hallinnoivat omaa elämää ja toimintaa. Potilaan voimavaraistuminen tarkoittaa, että potilaalla on kyky kohdata omaan terveyteen liittyviä ongelmia ja niiden seuraamuksia. (Rankinen 2008, 42.) Voimavaraistumiseen perustuva ohjaus voidaan jakaa potilaan saamaan biofysiologiseen, toiminnalliseen, kokemukselliseen, eettiseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen tietoon. Biofysiologinen tieto tarkoittaa sitä, että potilas tulee tietoiseksi sairauden oirekuvasta, mahdollisista sivuvaikutuksista, tutkimuksista ja eri hoitomenetelmistä. Toiminnallisen tiedon avulla potilas tulee tietoiseksi liikunnan, levon ja jokapäiväisen toiminnan merkityksestä hänen hoitamisessaan. (Hupli & Rankinen 2012, 2; Rankinen 2008, 42.)

Kokemuksellinen tieto kuvaa potilaan eri tunteita ja aikaisemmin koettuja sairauskertomuksia. Eettinen tieto antaa tietoja potilaan hoitoon osallistumisesta, oikeuksista, vastuista, luottavuudesta ja päätöksentekoon osallistumisesta. Sosiaalinen tieto tarkoittaa läheisten ja ammattiryhmien tietoja, potilasjärjestöjä ja tukea. Taloudellinen tieto kuvaa tietoa taloudellisista tuista ja eri kustannuksista. (Hupli & Rankinen 2012, 2; Rankinen 2008, 42.) Potilaan voimavaraistuminen pitää sisällään sanan voimaantuminen. Voimaantuminen tarkoittaa potilaan taitoa ymmärtää ja hallita aktiivisesti omaa terveyttään. Voimaantumista ei voida siirtää potilaalle, vaan potilasta voidaan tukea voimaantumisessa ohjaamisella annettavan tiedon välityksellä. (Virtanen 2015, 14; Rankinen 2008, 42.)

### 3.2.2 Ryhmäohjaus

Ryhmäohjaus tarkoittaa ohjausta, jota annetaan erikokoisille ja eri ohjaustarpeita tarvitseville ryhmille. Ryhmäohjausta käytetään melko paljon terveydenhuollossa. Ryhmäohjauksen tavoitteet muodostuvat ryhmien ja ryhmäläisten omien tavoitteiden mukaisesti. Ryhmän tavoite voi olla esimerkiksi painon pudottaminen. Ryhmäläisen oma tavoite voi olla konkreettimpi ja ryhmän tuen avulla hän voi saavuttaa oman tavoitteensa. Ryhmäohjauksen etuna on, että tietoa voidaan jakaa esimerkiksi tietystä sairaudesta ja sen hoidosta isolle ryhmälle, jolloin se on taloudellisesta näkökulmasta edullista. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Ohjauksen hyvänä puolena on myös vertaistuki, joka on hyödyllistä etenkin niille, joilla ei ole omaisia. Vertaistuki edistää hoitoon sitoutumista pitkäaikaissairailta. Perheen ja terveydenhuollon henkilöstön tuen on silti katsottu olevan merkittävämpi tekijä hoitoon sitoutumisen edistämässä kuin vertaistuen. Ryhmäohjauksen haasteita ovat potilaan yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden puutteellisuus. Ryhmässä potilaan tarpeet huomioidaan yleisellä tasolla ja tavoitteet asetetaan hyvin suurpiirteisiksi. Hoitoon sitoutumisen näkökulmasta eri potilaille tulisi asettaa selkeät ja erilaiset tavoitteet. (Kyngäs & Hentinen 2009, 112.)



### 3.2.3 Kirjallinen ohjausmateriaali

Kirjallinen ohjausmateriaali tarkoittaa potilaalle annettavaa kirjallista ohjetta tai opasta. Se voi olla sivun mittainen paperi, useampi sivuinen lehti tai pieni kirja. Ohjausmateriaali antaa potilaalle tietoa hänen hoidostaan ja erityisesti tekijöistä, jotka vaikuttavat hoidon onnistumiseen. Kirjallisen ohjausmateriaalin tärkeä käyttöalue on potilaan kotihoidon ohjaus. Potilaan kotiuttamisen yhteydessä kirjallista ohjausmateriaalia käytetään usein suullisen ohjauksen tukena. Suullisen ohjauksen toteutusaika on rajallinen, jolloin on hyödyllistä käyttää kirjallista materiaalia. Potilaat voivat kotona turvautua kirjallisiin ohjeisiin ja tarkastaa kotiutusohjeiden sisällön itsenäisesti. Ohjeiden tulee sisältää tietoa potilaan sairaudesta ja sen hoidosta, lääkähoidosta, mahdollisista jälkitaudeista ja sairauden uusiutumiskäytännöistä ja etenemisestä. Kirjallista ohjausta toteuttavia hoitajia voi hyödyntää kirjallisten ohjeiden arvioinnissa ja suunnittelussa esimerkiksi eri suunnittelu- ja arviointimalleja käyttämällä. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Kirjallisten ohjeiden tulee olla potilaan kielellä kirjoitettu, ei hoitajien tai lääkärin. Tarkoituksena on kuitenkin neuvoa potilaita ja vastata heidän kysymyksiinsä. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla ajankohtaista näyttöön perustuvaa tietoa. (Eloranta & Virkki 2011, 74-75.) Yhteenvedon voidaan todeta, että ohjeita täytyy päivittää ja kehittää säännöllisesti. Gynekologiset toimenpiteet kehittyvät jatkuvasti ja hoitoajat lyhenevät, jolloin kirjalliset ohjeistuksetkin päivittyvät kaiken aikaa. Hoitajien ammattitaidon ylläpitäminen edellyttää perehtymistä ajankohtaiseen näyttöön perustuvaan tietoon, jotta potilaita osataan ohjata asianmukaisesti heidän kuntoutumistaan edistäen.

### 3.2.4 Tietotekniikka ohjauksessa

Tietotekniikka ohjauksessa tarkoittaa erilaisten teknisten ohjausvälineiden hyödyntämistä. Teknisiä ohjausvälineitä ovat esimerkiksi tietokoneohjelmat, puhelin, internet, videot ja äänikasetit. Osa ohjauksesta voi olla hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta internetin kautta ja osa potilaan oma-aloitteista palveluiden käyttämistä. Potilas voi toisaalta käyttää palveluita itsenäisesti olematta kehenkään yhteydessä. Tietotekniikan avulla potilaalle voidaan antaa paljon ajankohtaista tietoa. Ohjauksen hyviä puolia ovat, että potilaiden tietoisuus on lisääntynyt, hoitoon sitoutuminen on parantunut ja sairaalakäynnit sekä sosiaalinen eristäytyneisyys ovat vähentyneet. Tietotekniikkaohjaus asettaa kuitenkin erilaisia haasteita terveydenhuollon henkilöstölle. Potilaan emotionaalinen tukeminen voi jäädä vähäiseksi ohjauksessa. Potilaat lukevat paljon tietoa eri sivustoilta, jolloin on tärkeä korostaa lähdekriittisyyttä potilaille. Potilaiden on oleellista tietää, kuka on sivustojen ylläpitäjä ja onko tieto ajankohtaista ja luotettavaa. Eri keskustelupalstojen kokemukset voivat antaa vertaistukea

potilaille, mutta niissä on riskinsä tietojen paikkaansa pitävyydestä. Tietotekniikassa on kuitenkin paljon hyviä puolia ja potilas voi hakea tietoa aikaan ja paikkaan katsomatta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 113-114.)

Tietotekniikka on osa nykyistä hoitoa ja tulevaisuutta. Tulevaisuudessa tietotekniikka ohjauksessa korostuu asiakaslähtöisyys ja hoitajan roolin muuttuminen tiedottajasta ohjaajaksi. Hoitaja ohjaa potilasta hakemaan itsenäisesti tietoa luotettavilta verkkosivustoilta. Internetissä on lisäksi asiantuntijapalstoja, joista potilaat voivat saada täydentävää ohjausta sairaalassa saamiensa ohjeiden lisäksi. (Jauhiainen 2010, 42.)

#### 4 Gynekologisen päiväkirurgisen potilaan kotihoidon ohjaus

Tässä kappaleessa kerrotaan emättimen kautta tehtävän kohdunpoistoleikkauksen, emättimen tai kohdun laskeumaleikkauksen ja TVT-inkontinenssileikkauksen jälkeiset kotihoito-ohjeet, jotka tukevat kotihoidon ohjausta. Potilaat saavat samat kotihoito-ohjeet kirjallisena kotiin. Kaikki edellä mainituissa leikkauksissa olevat potilaat siirtyvät leikkauksen jälkeen päiväkirurgiseen heräämöhön ja saavat kotihoito-ohjeet päiki-yksikössä ennen kotiutumista.

Nopea toipuminen ja potilaan kotiuttaminen oikeaan aikaan ovat avainasemassa päiväkirurgiassa (Korttila 2005, 459-460). Päiväkirurginen potilas saa heräämössä suulliset ja kirjalliset kotihoito-ohjeet hoitohenkilöstöltä (Kangas-Saarela & Mattila 2014b). Päiväkirurgisen gynekologisen leikkauspotilaan kotihoidon ohjaus tapahtuu potilaan lyhyen sairaalassaolon aikana. Turvallisen ja tuloksellisen päiväkirurgian taustalla on muun muassa toimintaan perehtynyt henkilökunta, joka antaa laadukasta potilasohjausta (Kangas-Saarela & Mattila 2014c). Hoitaja voi käyttää kirjallista kotihoito-ohjetta yksilöohjauksen tukena. Yksilöohjaus on hoitajan ja potilaan keskeistä vuorovaikutusta, jossa potilas saa mahdollisuuden kysyä hänen hoitoonsa liittyviä asioita. Kotihoidon ohjeet ovat yksilölliset tehtävästä toimenpiteestä riippuen. (Kangas-Saarela & Mattila 2014c.)

Tulevaisuuden haasteita päiväkirurgiassa on se, kun väestön ikärakenne muuttuu ja potilaat ovat sairaampia ja iäkkäämpiä. Tämä täytyy ottaa huomioon kotihoidon ohjausta suunniteltaessa ja sitä antaessa. Lisäksi kotona turvallisesti käytettäviä ja tehokkaita kivunlievitysmenetelmiä tulee kehittää, kun toimenpiteet muuttuvat yhä enemmän päiväkirurgisiksi. (Kangas-Saarela & Mattila 2014c.) Tietotekniikka on vahvasti tätä päivää ja sen käyttöä lisätään varmasti tulevaisuuden kotihoito-ohjauksessa. Tietotekniikkaohjauksessa on omat hyvät ja huonot puolensa. Kasvokkain tapahtuva vuorovaikutus voi jäädä vähäisemmäksi. Internetissä on monipuolisesti ajankohtaista tietoa, jota päivitetään jatkuvasti. Hoitohenkilöstön on myös osattava neuvoa potilasta, että mistä voi löytää luotettavaa tietoa eri sairauksista. Esimerkiksi Käypä

hoito-suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia suosituksia, joita voi suositella potilaalle.

Sairaanhoitajan täytyy valmistautua huolellisesti kotihoito-ohjeiden antamiseen. Hoitajalla tulee olla riittävästi tietotaitoa ohjauksen sisällöstä. Tarvittavat lomakkeet on otettava esille etukäteen ja niihin on tarpeellista perehtyä. Ohjauksen ajoituksella on merkitystä. Potilas tarvitsee oikeanlaista tietoa oikeaan aikaan. Hoitaja ottaa potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristön taustatekijät kotihoidon ohjausta suunnitellessaan. Hyvä ajoitus on usein silloin, kun potilas on saanut syötyä ja juotua leikkauksen tai toimenpiteen jälkeen. Potilaan täytyy olla orientoitunut ja toipunut anestesiasta ja lääkkeistä. Potilaan on hyvä olla istuma-asennossa sängyssä tai puoli-istuvassa asennossa. Hoitajan on hyvä istua samalla tasolla potilaan kanssa, jotta tasavertaisuus toteutuu. Mikäli potilaalla on kuulolaitte tai silmälasit, niin ne on annettava hänelle ennen ohjauksen aloitusta. (Hakala 2012, 57-59.) Ohjauksen kieli vaikuttaa kotihoidon ohjauksen keston. Mikäli joudutaan käyttämään tulkkia apuna ohjauksessa esimerkiksi ulkomaalaisten kanssa toimiessa, niin ohjaukseen on varattava kaksi kertaa enemmän aikaa kuin normaalisti. Rauhallinen ympäristö ja riittävästi aikaa ohjauksen toteuttamiseen ovat hoitajan vastuulla. Gynekologisen potilaan ohjaus vaatii erityistä hienotunteisuutta, joten ohjaukseen olisi tärkeää saada yksityisyyttä ohjausympäristöön. (Hakala 2012, 57-59.)

Hoitajan ja potilaan välisessä ohjauskeskustelussa käydään läpi leikkauskertomus, sairauslomatodistus, reseptit ja toimenpidetarkat potilasohje. Potilas saa ohjeistuksen kotona jatkettavasta kivunhoidosta. (Hakala 2012, 61-63.) Postoperatiivinen kipu ja pahoinvointi ovat päiväkirurgian haittapuolia, joista täytyy kertoa potilaalle (Korttila 2005, 459-460). Hoitajan täytyy painottaa kivunhoidon säännöllisyyttä ja ennakoitua. Potilaalle voidaan antaa mukaan ensimmäisen vuorokauden kipulääkitys, jotta apteekkiin ei tarvitsisi mennä heti. Hoitaja antaa mukaan infektiolomakkeen, mikäli kotona ilmaantuisi tulehduksen merkkejä kuukauden sisällä. Potilaan tarvitsee ottaa mukaan infektiolomake, jos hän hakeutuu hoitoon tulehduksen vuoksi. Kuukauden sisällä tulevista infektioiden merkeistä voidaan päätellä, että infektio on sairaalaperäinen. Työssä käyvät potilaat saavat sairauslomatodistuksen. Tarvittaessa potilaalle voidaan antaa haavanhoitotarvikkeita mukaan, esimerkiksi haavasiteitä. (Hakala 2012, 61-63.) Tarkkuutta vaativia koneita ei saa myös käyttää vähintään seuraavaan vuorokauteen tai nauttia alkoholia ja se täytyy kertoa potilaalle (Niemi-Murola 2014). Ohjeiden kuuluu sisältää tiedot muun muassa sairaalan yhteystiedot mahdollisessa ongelmatilanteessa ja vuorokauden kestävästä autolla ajamisen kiellosta. (Kangas-Saarela & Mattila 2014b). Virtsaamisen täytyy sujua ennen kotiin lähtöä. (Niemi-Murola 2014.)

#### 4.1 Vaginaalisen hysterektomian kotihoidon ohjaus

Hyvinkään sairaalan potilasohjeessa olevan vaginaalisen hysterektomian eli emättimen kautta tehtävän kohdunpoiston kotihoidon ohjauksen sisältö käsitellään seuraavaksi. Emättimen kautta tehdyn kohdunpoistoleikkauksen jälkeen potilaalle laitettu virtsakatetri ja mahdollinen tamponi voidaan poistaa, kun potilas on noussut jalkeille. Leikkauksen jälkeen voi tulla veristä vuotoa. Sairauslomaa potilas saa 2-3 viikkoa vaginaalisen hysterektomian jälkeen. Mikäli leikkaus on tehty laskeumaleikkauksen yhteydessä, niin sairauslomaa tulee 4-5 viikkoa. (Kohdunpoistoleikkaus emättimen kautta 2015.)

Potilaalle on kerrottava mahdollisista infektiomerkkeistä leikkausalueella, joita voi esiintyä kotona. Kuume, kipu ja lisääntyvä vuoto ovat tavallisia infektiomerkkejä. Leikkauksen jälkeen voi tulla myös virtsatieinfektio. Potilaan leikkaushaavat ovat emättimessä. Leikkaushaavoissa on sulavat ompeleet. Ne sulavat itsestään kuukauden kuluessa ja niitä ei tarvitse poistaa. Neljästä viiteen viikkoa leikkauksen jälkeen emättimestä saattaa tulla niukkaa veristä vuotoa. Vuoto saattaa välillä loppua ja alkaa muuttua kirkkaamman väriseksi tai muistuttaa valkovuotoa. Jälkivuodon aikana intiimialueen hygienia on erittäin tärkeää tulehdusriskin vähentämiseksi. Alapesuja on tehtävä säännöllisesti ja siteitä vaihdettava riittävän usein. Tamponeita ei saa käyttää jälkivuodon aikana. (Kohdunpoistoleikkaus emättimen kautta 2015.)

Potilasta on tärkeää motivoida hyvään intiimialueen hygieniaan, jotta mahdollisilta jälkikomplikaatioilta vältyttäisiin. Yksilönohjauksella saadaan potilas sitoutumaan omaan hoitoonsa paremmin ja potilaiden erilaiset ohjaustarpeet toteutuvat. Oppiminen on prosessi, johon sisältyy gynekologisen potilaan motivoituminen. Sitä seuraavat vaiheet ovat orientoituminen, sisäistäminen, ulkoistaminen ja arvioiminen, jotka todennäköisesti tulevat potilaan päästyä kotiin.

Leikkauksen jälkeen muutamana päivänä saattaa olla alavatsakipua. Usein apteekista ilman reseptiä saatavat särkylääkkeet riittävät kivun hoitoon. Kipulääkkeen tarve on yksilöllistä. Mikäli potilas tarvitsee kipulääkettä, niin hänet ohjataan ottamaan niitä valmisteen ohjeen mukaan. Lääkäri on voinut aikaisemmin määrätä potilaalle paikallisen hormonihoiton. Paikallisesti emättimeen annosteltava hormonihoito voidaan aloittaa kuukauden kuluttua leikkauksesta, esimerkiksi Vagifem. Potilas saa suolen toimintaa auttavan lääkkeen mukaan kotiin. Hoitaja kertoo, että toipilasaikana suoli toimii muutenkin hitaammin, joten riittävä juominen, kuitupitoinen ruoka ja liikunta edesauttavat suolen toimintaa. Ulkona kävely on paras liikuntamuoto toipilasaikana. (Kohdunpoistoleikkaus emättimen kautta 2015.)

Mikäli toipuminen etenee normaalisti, niin normaaleita liikuntaharrastuksia voi alkaa harrastaa 6-8 viikkoa leikkauksen jälkeen. Kevyitä kotitöitä voi tehdä ja kantaa normaalipainoisen kauppakassin. Ponnistelu, kyykistely, kurottaminen ja raskas nostaminen (yli 3 kg) eivät ole

hyväksi sairausloman aikana. Yli puolen tunnin istumista on myös vältettävä kahden viikon ajan. Autoa voi ajaa oman harkinnan mukaan toipilasaikana. Ruumiinlämpö saattaa nousta iltapäivisin ja se kuuluu asiaan. Lisäksi saunomista on vältettävä viikon ajan, koska kuumuus voi altistaa infektiolle ja lisätä vuodon määrää. (Kohdunpoistoleikkaus emättimen kautta 2015.)

Useimmissa vaginaalisissa kohdunpoistoleikkauksissa jälkitarkastus ei ole tarpeellinen. Mikäli leikkauksen yhteydessä on tullut komplikaatioita tai leikkaava lääkäri haluaa tarkastaa lopputuloksen, niin jälkitarkastusaika sovitaan. Potilas saa yhteenvedon leikkauksesta kotiin lähetettynä. Leikkauksessa otetuista näytteitä ilmoitetaan vain tarvittaessa ja vastaukset näkyvät Omakanta-palvelussa noin kolmen viikon kuluttua. Potilasta ohjeistetaan ottamaan yhteyttä Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalle tai vuodeosastolle tarvittaessa, jos kuukauden sisällä ilmenee infektion merkkejä, kirvelyä virtsatessa, tihentynyttä virtsaamisen tarvetta, lämmönnousua, pahanhajuista vuotoa, haava-alueen punoitusta tai muita ongelmia. Mikäli leikkaustulos ei ole tyydyttävä, niin potilas voi olla kuuden kuukauden sisällä yhteydessä naistentautien poliklinikalle. (Kohdunpoistoleikkaus emättimen kautta 2015.)

Ohjauksen aikana on tärkeää, että potilas voi kysyä hänelle epäselväksi jääneitä asioita. Kohdunpoistoleikkaus voi vaikuttaa potilaan minäkuvaan, koska kohdulla on merkitys hedelmällisyyteen ja naiseuteen. Hedelmällisyyden ajanjakson päättyminen voi olla haikeata naiselle. Sairaanhoidaja tukee potilaan voimavaraantumista, jotta hänellä olisi kykyä kohdata omaan terveyteen liittyviä ongelmia, seuraamuksia ja sopeutua uuteen elämänvaiheeseen. Kotihoidon ohjaus sisältyy gynekologisen päiki-potilaan oppimisprosessiin. Potilas eli oppija pyrkii sisäistämään ja ymmärtämään saatuaan tietoa leikkauksen kotihoidosta. Sujuva vuorovaikutus, luottamussuhteen syntyminen, avoin ilmapiiri ja turvallisuuden tunne ovat ratkaisevassa asemassa onnistuneeseen kotihoidon ohjaukseen.

#### 4.2 Kohdun tai emättimen laskeumaleikkauksen kotihoidon ohjaus

Sairaanhoidaja ottaa ohjausta antaessaan potilaan huomioon yksilönä ja ottaa huomioon potilaan erityspiirteet. Ohjauksessa saadun tiedon välityksellä tuetaan potilaan voimaantumista eli hänen toimimistaan oman terveyden aktiivisena hallitsijana. Sairauslomaa potilas saa kohdun tai emättimen laskeumaleikkauksen jälkeen 2-6 viikkoa työstä riippuen (Laskeumaleikkaus 2015). Mikäli tehdään laskeumaverkkoleikkaus eli korjataan laskeuma tukiverkon avulla, niin sairauslomaa saa 2-3 viikkoa riippuen työn raskaudesta. Potilaalle kerrotaan mahdollisista infektion merkeistä. Ompeleet ovat laskeumaleikkauksessakin sulavia. Hygienia-, kivunhoito- ja liikuntaohjaus ovat samanlaisia, kuin kohdunpoistoleikkauksen kotihoidon ohjauksessa kerrotut. Jälkivuodosta on kerrottava sen muuttuminen kirkaaksi verimäiseksi ja se voi kestää

kuukauden ajan. Vuoto voi muistuttaa valkovuotoa. Yhden viikon ajan on vältettävä saunomista. Emättimen paikallishormonihoidon ja yhdynnät voi aloittaa kuukauden kuluttua leikkauksesta. (Laskeumaleikkaus 2015.)

Kohdun ja emättimen laskeumaleikkauksen ohjauksessa on kerrottava leikkauksen aiheuttamista mahdollisista jälkiseuraamuksista. Potilaalle on kerrottava, että vaikka emättimen etuseinän korjaus olisi onnistunut, niin 10 % potilaista saa ponnistustyyppisen virtsainkontinenssin. Mikäli potilaalla on ollut ponnistustyyppistä virtsainkontinenssia ennen leikkausta, niin sen pahenemisen riski on 25 %. Fyysistä raskasta ponnistelua on vältettävä 2-3 viikkoa leikkauksen jälkeen, jotta leikkausalue saa parantua rauhassa ja muodostuu pysyväksi. Kohdun ja emättimen laskeumaleikkauksilla on ikävä taipumus uusiutua tai uusi laskeuma voi muodostua edellisen lähelle. (Laskeumaverkkoleikkaus 2015.) Tämä tieto voi huolestuttaa potilasta, mutta hoitajan täytyy tukea potilaan voimavaraistumista tässä tilanteessa. Hoitajan täytyy motivoida potilasta huolehtimaan terveellisistä elämäntavoista, sillä uusiutumiskäsitteitä voi vähentää tupakoimattomuudella ja pysymällä normaalipainoisena (Laskeumaverkkoleikkaus 2015).

Ohjausta annettaessa täytyy ottaa huomioon potilaan taustatekijät. Potilaalle on saatettu tehdä jo aikaisemmin laskeumaleikkaus, jonka jälkeen laskeuma on uusiutunut. Silloin potilas muodostaa ohjauksen perusteella uutta tietoa aikaisempien kokemusten perusteella eli käyttäen konstruktivistista oppimiskäsitystä. Potilaalla tapahtuu uutta oppimista, mutta myös aieman tiedon syventämistä ja poisoppimista toimimattomista toimintamalleista. Voimavaraistumista tukeva ohjaus antaa potilaalle muun muassa biofysiologista ja toiminnallista tietoa, jota hän tarvitsee. Tämän tiedon avulla potilas tietää esimerkiksi sairauden mahdollisista sivuvaikutuksista, hoitomenetelmistä ja terveellisten elämäntapojen merkityksestä. Eri ohjausmuotoja käyttäen saadaan aikaan yksilöllinen kotihoidon ohjaus.

Potilaalle kerrotaan, että hänen on otettava yhteyttä Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalle tai vuodeosastolle infektion merkkien ilmaantuessa. Lämmön nousu, tihentynyt virtsaaminen, pahanhajuinen vuoto, kirvely virtsatessa, haava-alueen punoitus tai muut ongelmat viittaavat tulehdukseen. Merkittävästi epätydyttävän leikkaustuloksen takia potilas voi ottaa kuuden kuukauden sisällä yhteyttä Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalle. Laskeumaverkkoleikkauksissa jälkitarkastus on kuuden kuukauden sisällä Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalla. (Laskeumaverkkoleikkaus 2015.) Laskeumaleikkauksissa jälkitarkastus ei ole usein tarpeellista (Laskeumaleikkaus 2015). Ohjauksen jälkeen potilas voi vielä kysyä tarkentavia kysymyksiä halutessaan. Hoitaja vastaa kysymyksiin käyttäen ajankohtaista näyttöön perustuvaa tietoa. Potilaalla on itsemääräämisoikeus, jota hoitajan täytyy kunnioittaa. Potilas tekee itsenäisen päätöksen, että miten hän toimii ohjauksen perusteella.

#### 4.3 TVT-inkontinenssileikkauksen kotihoidon ohjaus

Inkontinenssileikkaus voi olla arka asia gynekologiselle potilaalle, koska virtsankarkailu koetaan usein kiusalliseksi. Yksilökeskeinen ohjaus on hyvä ohjausmenetelmä TVT-inkontinenssileikkauksen kotihoidon ohjauksessa, koska ryhmäohjauksessa voi olla vaikeampaa käsitellä näin intiimiä vaivaa. Potilaat ovat kokeneet sen myös hyödyllisimmäksi ohjausmenetelmäksi. Kotihoidon ohjauksessa sairaanhoitaja on ohjaamisen ammattilainen ja gynekologinen potilas on oman elämänsä asiantuntija, jotka toimivat yhdessä tavoitetta kohti. Yhteinen tavoite on potilaan oppiminen, päätöksentekokyvyn vahvistuminen ja elämänlaadun parantuminen.

Sairauslomaa potilas saa 5-7 vuorokautta, jonka jälkeen on mahdollista palata normaaliin työhön. Toipilasaikana täytyy välttää raskaita kotitöitä ja liikuntaa. Toimenpiteen jälkeen potilas voi käyttää reseptivapaita särkylääkkeitä tarvittaessa. Haavoihin tulee sulavat ompeleet. Potilaalle mainitaan erikseen, jos on laitettu poistettavia ompeleita. Ihohaavojen päälle tulee teipit. Toimenpiteenjälkeisenä päivänä haavalaput voi poistaa ja suihkutella aluetta vedellä ja kuivata hyvin lopuksi. Suihkussa potilas voi käydä normaalisti kotona, mutta saunaan ei saa mennä viikkoon. Kuukauteen ei saa mennä kylpemään ammeeseen, olla yhdynnässä, uida, käyttää tamponia, pyöräillä tai ratsastaa. Edellä mainitut asiat lisäävät tulehdusriskiä. (TVT-inkontinenssileikkaus 2015.)

Harvinaisissa tapauksissa virtsainkontinenssivaiva uusiutuu vuosien päästä. Hoitajan täytyy motivoida potilasta lantionpohjalihasten harjoitteluun sairausloman jälkeen, koska se ennaltaehkäisee vaivaa. Normaali painoisena pysyminen on tärkeää virtsainkontinenssin uusiutumisen ennaltaehkäisyssä. (TVT-inkontinenssileikkaus 2015.) Yksi ohjauksen sisällä tapahtuvan oppimisen tavoitteita on poisoppiminen vanhasta toimintamallista. Painonhallinta on tästä hyvä esimerkki. Terveelliset elämäntavat ovat avainasemassa monen vaivan preventioissa eli ennaltaehkäisyssä. Jälkitarkastusta ei ole TVT-inkontinenssileikkauksen jälkeen, ellei siitä erikseen sovita kotiutuksen yhteydessä. Mikäli kotona potilaalle tulee kuukauden sisällä infektion merkkejä, niin hänen on otettava yhteys Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalle tai vuodeosastolle. Inkontinenssileikkauksen jälkeen potilaan on mahdollista kuuden kuukauden sisällä tehdä yhteydenotto naistentautien poliklinikalle, jos leikkauksen lopputulos oli merkittävästi epätydyttävä. (TVT-inkontinenssileikkaus 2015.) Ohjauksen aikana sairaanhoitaja voi tarkkailla potilaan kasvoilta sanattomia viestejä. Hoitaja voi kysyä niistä potilaalta tarvittaessa. Samalla hän tekee ohjauksen laadun arviointia, joka on tehokasta kasvokkain tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. Yksilöohjauksessa syntyy kaksisuuntaista vuorovaikutusta ja potilas voi oikaista väärinkäsityksiä tarvittaessa.

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelma

Jokaisen tutkimuksen taustalta löytyy aina tutkimusongelma, joka muutetaan yleensä tutkimuskysymykseksi. Tutkimusongelma ratkeaa, kun tutkimuskysymyksen löytyy vastaus. Tutkimusta ja tiedon keräämistä ohjaa tutkimuskysymys, joka vaatii yleensä muutamia apukysymyksiä. Apukysymysten alle tulee ryhmä muita kysymyksiä, jotka tukevat vastausten saamista ylempiin kysymyksiin. Teemat ovat aiheita, jotka rakennetaan tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten mukaisesti. Tutkimusongelman muokkaaminen tutkimuskysymykseksi luo opinnäytetyölle rungon. Tämä on työn kannalta kriittistä, koska tutkimusongelma ja -kysymykset ovat lupaus selvittää eri asioita empiirisessä osuudessa. Kun opinnäytetyön lukija löytää opinnäytetyöstä toteutuneen lupauksen, on tutkimusprosessi onnistunut siltä osin. (Kananen 2014, 36–37.)

Opinnäytetyön tutkimusongelma tai tutkimuskysymys on seuraava: Millaista kotihoidon ohjausta gynekologiset päiväkirurgiset potilaat saavat Hyvinkään sairaalan B-heräämössä?

Lähdemme selvittämään tutkimuskysymykseemme ratkaisua teemahaastattelun avulla. Tarkoituksena on selvittää kotihoidon ohjauksen sisältö. Työn tavoitteena on edesauttaa laadukkaan kotihoidon ohjauksen saumatonta toteutumista naistentautien poliklinikan ja B-heräämön henkilökunnan välillä. Tämä lisää potilaan kotihoidon ohjauksen laatua. Etsimme selittävällä otteella tietoa kotihoidon ohjeistuksesta. Etsimme selitystä tilanteelle tai mahdolliseen ongelmaan. Kotihoidon ohjeistuksen sujuvuudella on merkitystä myös potilasturvallisuuden kannalta. Jokaisen potilaan hoitoon osallistuvan hoitajan on tiedettävä millaista ohjausta potilas saa, koska hoitoon liittyvien asioiden mainitsematta jättäminen vaarantaa potilasturvallisuuden. Ohjausprosessin selkiytymisen avulla hoitoketju yhtenäistyy ja kotihoidon jatkuvuus selkeytyy. Tämä lisää potilaan turvallisuuden tunnetta, kun kaikki hoitajat tietävät, mitä kertovat ja missä kohtaa. Opinnäytetyömme edesauttaa laadukkaan kotihoidon ohjauksen toteutumista gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kohdalla Hyvinkään sairaalassa.

## 6 Tutkimuksen toteuttaminen

Tässä kappaleessa käsitellään opinnäytetyön tutkimusmenetelmää, aineiston keruumenetelmää ja aineiston analyysiä. Otsikoiden alussa on kirjoitettu teoriaa kuvattavasta asiasta, jonka jälkeen perustellaan, miksi kyseisen menetelmä valittiin opinnäytetyöhön.

### 6.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jonka avulla pyritään saavuttamaan tutkimuslöydökset ilman, että hyödynnetään tilastollista menetelmää tai muita



määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Laadullisen tutkimuksen ja määrällisen tutkimuksen erona on karkeasti se, että laadullisessa tutkimuksessa painotetaan sanoja ja lauseita kuin taas määrällisen tutkimuksen perustana ovat luvut. Laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää, jota taas määrällinen tutkimus osittain tekee. (Kananen 2014, 18.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata eri ilmiöitä, ymmärtää ja tulkita tutkittavaa. Tutkimuksessa kulkee mukana kaiken aikaa analyysi, joka ohjaa tutkimusprosessin eri vaiheita ja tiedon keräämistä. Näin ollen tutkimuksessa ei voida ennalta määrittää, paljonko tietoa ja aineistoa on syytä kerätä, vaan tiedon keräämisen jälkeinen aineiston analyysi kertoo, onko tietoa saatu riittävästi. Tarkoituksena on kerätä aineistoa niin paljon, että tutkimusongelma ratkeaisi ja että tutkija ymmärtäisi tutkimuksen ilmiöt. (Kananen 2014, 18-19.)

Tutkimuksen perustana on ihminen, hänen elämänpiiri ja niihin perustuvat merkitykset. Tarkoituksena on selvittää ja jäsentää todellisuutta tutkimuksen ilmiöistä ymmärrettävään muotoon. (Kylmä & Juvakka 2012, 16-17.) Tutkimuksessa korostuu ihmislähtöisyys, jolloin välteään käyttämästä ilmaisua tutkimuksen kohde, vaan käytetään mieluummin ilmaisuja tutkimuksen toimijat tai osallistujat. Tällä korostetaan tutkimuksen eettistä suhdetta, mikä liittyy olennaisesti tutkimuksen perusasetelmaan. Perusasetelma tarkoittaa sitä, että tutkimuksen toimijat ovat kanssaihmiä, joiden kanssa tutkijat jakavat yhteistä maailmaansa tutkimuksen kautta. (Kylmä & Juvakka 2012, 20.)

Laadullisella tutkimuksella tutkitaan yksittäisiä tapauksia, määrällinen tutkii eri tapauksien ryhmiä. Laadullisen menetelmän avulla tutkitaan jokainen yksittäinen tapaus perusteellisesti. Tutkimuksessa tarkkaillaan yksilöiden merkityksiä eli sitä, mikä on ihmisten kokemus ja näkemys maailmastaan. Tutkimus tehdään suorana kontaktina tutkijan ja tutkittavan välillä, jolloin tutkija haastattelee tai havainnoi tutkittavaa olemalla läsnä. (Kananen 2014, 19.)

Opinnäytetyössä hyödynnettiin laadullista tutkimusmenetelmää, koska halusimme saada sisällöllinen tieto ohjauksesta. Tutkimukseemme osallistuu Hyvinkään sairaalan heräämöstä kolme sairaanhoitajaa. Kun tutkimukseemme osallistuu yksittäisiä osallistujia, on meidän mahdollista tutkia jokaisen sairaanhoitajan kokemus tutkittavasta ilmiöstä perusteellisesti. Tutkimuksemme tuloksia ei voi yleistää eri sairaaloissa toteutuvaksi, koska tutkimme kolmen sairaanhoitajan ajatuksia ohjauksen toteuttamisesta, jolloin luonnollinen valinta oli päätyä laadulliseen tutkimusmenetelmään. Laadullisen tutkimusmenetelmän avulla uskomme saavamme tutkimuksen ilmiöistä enemmän tietoa, koska vastausvaihtoehtona ei ole kyllä tai ei tyyppisiä vastauksia, joita hyödynnetään määrällisessä tutkimusmenetelmässä.

Laadullisen tutkimuksen etuna on avoimuus, jolloin voimme esittää tarkentavia kysymyksiä tutkittavasta ilmiöstä osallistujalle, jos jokin asia kiinnostaa erityisesti tai jää epäselväksi.

Toteutamme tutkimuksen omille tuleville kollegoille sairaanhoitajina, jolloin olemme erityisen kiinnostuneita jokaisen sairaanhoitajan kokemuksesta ohjaustyötä toteuttaessa, tästä syystä laadullinen tutkimusmenetelmä sopii hyvin työhömmе. Tämän laadullisen tutkimuksen avulla saamme paljon arvokasta tietoa siitä, miten kotihoidon ohjausta kannattaa toteuttaa ja kehittää.

## 6.2 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä on erilaisia, joista käytetyin menetelmä on haastattelu. Muita menetelmiä ovat kysely, havainnointi ja eri dokumentteihin pohjautuva tieto. Edellä mainittuja aineistonkeruumenetelmiä voi hyödyntää myös määrällisessä tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Tässä kappaleessa avaamme ainoastaan haastattelun aineistonkeruumenetelmänä, koska hyödynnämme sitä opinnäytetyömme tutkimuksen aineiston keruussa.

Haastattelun etuna on joustavuus, jolloin tutkija voi haastattelun aikana toistaa kysymyksiä, oikaista epäselvyyksiä ja selventää eri sanamuotoja. Tutkija voi vaihtaa kysymysten järjestystä niin, kuin hän parhaaksi katsoo. Tarkoituksena on saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen onnistumiseksi haastatteluun osallistujalle on aiheellista kertoa etukäteen, mistä aiheesta haastattelu tehdään. Tämä toteutetaan silloin, kun tutkija sopii osallistujan kanssa haastattelun ajankohdan. Haastattelun rajoitteena ovat ajankäyttö sekä raha, koska haastattelu vie aikaa enemmän ja on kalliimpi aineistonkeruumenetelmä kuin esimerkiksi kysely. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Haastattelun muotoja ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja syvähaastattelu eli avoin haastattelu. Käsittelemme kappaleessa teemahaastattelua laajemmin, koska käytämme sitä opinnäytetyössämme. Lomakehaastattelussa käytetään lomaketta, jossa vastausvaihtoehdot on määritelty ennalta, jolloin haastattelu on strukturoitu. Se ei kuulu ensisijaisesti laadullisiin tutkimusmenetelmiin, mutta siinä haastattelija ja haastateltava ovat kuitenkin kasvotusten. Käytetyin haastattelumenetelmä on teemahaastattelu, joka tarkoittaa kahden ihmisen välistä vuorovaikutusta teema kerrallaan. Tutkija määrittelee teemat eli aihealueet ennakkoon tutkittavasta ilmiöstä oman ennakkonäkemyksensä mukaan. (Kananen 2014, 70.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa haastattelu etenee etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan. Etukäteen valitut teemat eli aihealueet pohjautuvat tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen eli siihen, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelussa saadut vastaukset nostavat esille usein uusia kysymyksiä, jolloin haastattelun voidaan kuvata olevan palapeliä, jossa eri vastaukset ovat osa kokonaisuutta. Haastattelun vastauksien avulla tutkija

pyrkii rakentamaan yksityiskohdista kokonaiskuvan. Tämän avulla tutkijan ymmärrys kasvaa tutkittavasta ilmiöstä. (Kananen 2014, 72.) Syvähaastattelu tarkoittaa avointa haastattelua, jossa keskustellaan aiheesta ilman määriteltyjä teemoja (Kananen 2014, 70).

Teemahaastattelun toteutusta varten tutkija luo teemahaastattelun rungon etukäteen. Runkoon kirjoitetaan teemat eli aiheet, jotka käsitellään haastattelun aikana. Teemat valikoituvat tutkittavan ilmiön mukaisesti. (Kananen 2014, 78.) Teemat eivät ole kysymyksiä, vaan niitä täydennetään yksityiskohtaisilla kysymyksillä (Kananen 2014, 36). Teemahaastattelun aikana tutkija esittää osallistujalle avoimia kysymyksiä. Osallistuja vastaa kysymyksiin oman tarinansa avulla, eli miten hän kokee, näkee tai jäsentää keskusteltavaa aihetta. (Kananen 2014, 79.)

Opinnäytetyössä hyödynnetään teemahaastattelua, koska se on aineiston keruumenetelmänä joustava ja helposti toteutettavissa. Teemahaastattelu sopii työhömmä, koska työmme teoreettiseen viitekehykseen olemme koonneet ilmiön kannalta oleellisen tiedon ja tavoitteemme on selvittää asioiden toteumista potilasohjauksessa. Kattavan teoretiedon pohjalta pystymme muodostamaan teemoja, kun tiedämme tutkittavasta ilmiöstä jo varsin paljon. Teemahaastattelun etuna on avoimuus, jolloin voimme muuttaa teemojen ja tarkentavien kysymysten järjestystä haastattelun aikana reagoimalla haastateltavan vastauksiin. Tämä tarkoittaa sitä, että voimme hyödyntää jokaisen sairaanhoitajan erityisosaamista eri teemoista. Yleensä teemahaastattelun rajoitteena on ajankäyttö, mutta se ei koske meidän tutkimustamme, koska valitsimme haastateltavaksi kolme sairaanhoitajaa. Valitsimme Hyvinkään sairaalan B-heräämöstä kolme sairaanhoitajaa haastatteluun työkokemuksen ja ammatillisuuden perusteella. Kriteerinä haastateltavan valinnalle oli se, että työkokemusta on kertynyt vähintään viisi vuotta päiväkirurgisten potilaiden hoidosta. Opinnäytetyömme toinen tekijä oli työharjoittelussa Hyvinkään sairaalan heräämössä kevään aikana ja hän pääsi näkemään valikoidujen sairaanhoitajien työskentelyä ja vakuuttui siitä, että he sopivat hyvin työhömmä haastateltaviksi. Käytettävissä oleva aikamme mahdollisti teemahaastattelun toteuttamisen. Alla on kerrottu teemahaastattelun teemat.

Teema: gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kotihoidon ohjauksen sisältö

Teema: kotihoidon ohjauksen apukeinot

Teema: kotihoidon ohjauksen haasteet

Opinnäytetyön tutkimusongelma eli tutkimuskysymys on, että millaista kotihoidon ohjausta gynekologiset päiväkirurgiset potilaat saavat Hyvinkään sairaalan B-heräämössä. Lähdemme selvittämään tutkimuskysymykseemme ratkaisua edellä lueteltujen teemojen avulla. Opinnäytetyömme teemahaastattelun runko on lopussa liitteenä.

### 6.3 Aineiston analyysi

Aineiston keräämisen jälkeen tulee vaihe, jolloin kirjoitettu teksti analysoidaan, jotta saadaan tutkimuksen tulokset esille. Tätä vaihetta kutsutaan aineiston analyysiksi. Aineiston analyysimenetelmistä sisällön analyysi toimii perustyövälineenä kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Kun hallitsee hyvin sisällön analyysin, on helpompi oppia muita laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmiä kuten etnografiaa, fenomenologiaa tai grounded theory -menetelmää. (Kylmä & Juvakka 2012, 112.)

Aineiston analyysin avulla saadaan tutkimusaineistosta tulokset tutkimusongelmaan tai vastauksia tutkimuskysymyksiin. Analyysimenetelmä valikoituu tiedonkeruumenetelmästä ja tutkimusotteesta riippuen. Tämä tarkoittaa sitä, että laadullisen tutkimuksen tuloksia analysoidaan esimerkiksi sisällön analyysilla ja määrällisen tutkimuksen tuloksia eri tilastollisia menetelmiä hyödyntämällä. (Kananen 2014, 42.)

Sisällön analyysi voi olla yksittäinen metodi tai väljä teoreettinen viitekehys, joka voidaan liittää useisiin eri analyysikokonaisuuksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Kaikkea tietoa ei ole syytä analysoida, vaan sisällön analyysin avulla haetaan vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen (Kylmä & Juvakka 2012, 113). Sen avulla voidaan käsitellä tekstejä. Saatua aineistoa ei voi analysoida tyhjältä pöydältä, vaan tutkijan on täytynyt perehtyä edeltävästi tutkimuksen aiheen kirjallisuuteen. (Kananen 2014, 42-43.)

Laadullisen aineiston sisällönanalyysi voidaan tehdä kolmella eri tavalla. Eri muotoja ovat aineistolähtöinen, teoriaohjaava ja teorialähtöinen sisällönanalyysi. Sisällön analyysi voidaan tehdä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.) Deduktiivisessa sisällön analyysissä aineiston analysointi perustuu aiemmin luotuun teoreettiseen viitekehukseen. Sisällönanalyysissä muodostetaan ensin analyysirunko. Analyysirunko voi olla väljä ja sen sisälle muodostetaan eri luokituksia ja kategorioita noudattaen aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheita. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116.)

Sisällön analyysi etenee eri vaiheiden mukaan. Ensimmäinen vaihe on kuunnella tehdyt haastattelut ja kirjoittaa jokainen sana auki. Tämän jälkeen haastattelu luetaan ja sisältöön perehdytään. Kolmannessa vaiheessa tutkija etsii pelkistettyjä ilmauksia, alleviivaa ja listaa ne. Analysointi etenee tämän jälkeen samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsimiseen pelkistetyistä ilmauksista. Viidennessä vaiheessa tutkija yhdistää pelkistettyjä ilmauksia ja muodostaa alaluokkia. Tämän jälkeen alaluokat yhdistetään, jolloin niistä muodostuu yläluokkia. Viimeinen vaihe on yläluokkien yhdistäminen ja kokoavan käsitteen muodostaminen eli tutkimuksen käsitteellistäminen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.) Tämän työn sisällönanalyysi toteutetaan deduktiivisesti, koska työmme tutkimus perustuu jo valmiiksi luotuun teoriaan.

## 7 Gynekologisen päiväkirurgisen potilaan kotihoidon ohjaus Hyvinkään sairaalassa

Kävimme haastattelemassa Hyvinkään sairaalan leikkaus- ja anestesiayksikössä kolmea anestesiahoitajaa, joilla on kaikilla yli viiden vuoden kokemus gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden heräämöhoidosta. Hoitajille on kerrottu, että keskitymme TVT-, kohdunpoistoleikkauksen ja laskeumaleikkauksien kotihoito-ohjeisiin. Hoitajien haastattelu on jäsennelty teemojen alle. Hoitajat ovat nimetty numeroin 1, 2 ja 3 haastattelujärjestyksen perusteella. Hoitajat halusivat pysyä anonyymeinä. Jokaisen teeman lopussa on haastattelun tuloksien analysointi.

### 7.1 Kotihoidon ohjauksen sisältö

Hoitaja 1: "Ohjaus tapahtuu naistentautien laatiman kirjallisen kotihoito-ohjeen mukaan, joka löytyy Intranetistä. Ohjauksessa ei ole hyödynnettävissä muita kirjallisia ohjeita. Ohjauksessani korostuu kivunhoidon merkitys, tulehdusoireiden läpikäyminen ja erityisesti TVT-potilaiden kohdalla virtsaamisen sujuminen leikkauksen jälkeen. Potilaalle korostetaan, että hänen täytyy herkästi ottaa yhteyttä naistentautien poliklinikalle, jos kotona tulee ongelmia leikkauksen jälkeen. Hienotunteisuus ja potilaan yksilöllisten tekijöiden huomioon ottaminen korostuvat etenkin kohdunpoistoleikkaus potilaiden kohdalla. Ohjaustilanteessa hoitajan täytyy olla avoin, koska siinä käsitellään usein myös seksuaalisuutta."

Hoitaja 2: "Käyn potilaan kanssa läpi suullisesti kirjallisen kotihoito-ohjeen. Vastaan sen jälkeen potilaan mahdollisiin kysymyksiin. Korostan potilaalle, että hän ottaa nopeasti yhteyttä naistentautien poliklinikalle, mikäli kotona tulee ongelmia leikkauksen jälkeen. Painotan kipulääkityksen merkitystä ja kerron, että potilaan kannattaa ehdottomasti noudattaa kotihoito-ohjetta. Vuodon määrää täytyy tarkkailla myös kotona. Mielestäni Intranetistä saatavat leikkauskohtaiset kotihoito-ohjeet ovat hyviä. Gynekologi käy toimenpidekertomusta yleensä läpi heräämössä potilaan kanssa, mutta minäkin käyn sen tarvittaessa läpi. TVT-potilaiden kotihoidon ohjauksessa korostuu virtsaamiseen liittyvät asiat. Gynekologi Tapio Väyrynen on tehnyt hyvät ohjeet TVT-potilaiden virtsauksen seurannasta. TVT-potilaille tarjoan monesti pienen konjakkianoksen ennen virtsaamisen kokeilua, koska se rentouttaa potilasta."

Hoitaja 3: "Käytän ohjauksessa kirjallista naistentautien tekemää kotihoito-ohjetta. Potilas lukee ensin itse ohjeet. Mielestäni ohjeet ovat hyvät. Käyn läpi potilaan kanssa kotiutuspaperit ja potilas saa esittää kysymyksiä. Korostan hyvän hygienian merkitystä, koska sillä ehkäistään leikkauksen jälkeistä tulehdusriskiä. Kipulääkityksen merkitys on tärkeää toipumisen kannalta. Etenen ohjauksessani kirjallisen kotihoito-ohjeen mukaan."

Haastattelun vastauksista käy ilmi, että kaikki kolme hoitajaa käyttävät ohjausmenetelmänä potilaille yksilöohjausta, joka perustuu naistentautien poliklinikan tekemään kirjalliseen kotihoito-ohjeeseen. Käytännön työelämässä yksilöohjaus on todettu hyväksi gynekologisille päiväkirurgisille potilaille, koska ohjauksessa käsitellään yksilöllisesti potilaan seksuaalisuutta ja intiimejä asioita. Kirjallinen ohjausmateriaali muodostaa hoitajien ohjaustyölle perustan, joten siinä olevan tiedon tulee olla ajankohtaista ja potilaille helposti ymmärrettävää. Potilaat saavat kirjallisen kotihoito-ohjeen mukaansa, kun he kotiutuvat B-heräämöstä. Tämä auttaa potilaita hoitamaan itseään parhaalla mahdollisella tavalla, kun kotihoito-ohjeita voi kerrata kaikessa rauhassa kotona. Kaksi haastatelluista hoitajista kertoivat, että he korostavat potilaille herkkää yhteydenottoa naistentautien poliklinikalle, mikäli kotona ilmenee leikkauksen jälkeisiä ongelmia. Mielestämme tämä kertoo hyvin potilaan hoitoprosessista ja siitä miten hoitovastuu siirtyy potilaan hoidon eri vaiheissa. Jokainen hoitava yksikkö tekee potilaan eteen parhaan mahdollisen hoidon ja potilaan kotiutuessa hoidon vastuu B-heräämössä päättyy ja se siirtyy naistentautien poliklinikalle.

## 7.2 Kotihoidon ohjauksen apukeinot

Hoitaja 1: "Apuna toimii kirjallinen ohje, jota muokkaan henkilökohtaiseksi. Ohjaukseen pitäisi olla yhtenäiset ohjeet poliklinikalla ja heräämössä. TVT-potilaille on esimerkiksi ohjattu poliklinikalla Klyx-peräruiskeen käyttöä ja tästä ohjauksesta heräämössä ei tiedetty. Uusia käytäntöjä ei tulisi ottaa käyttöön, ennen kuin ne ovat koko henkilökunnan tiedossa. Gynekologien kanssa yhteistyö sujuu hyvin."

Hoitaja 2: "Käytän apuna kirjallista kotihoidon ohjauslomaketta. Vahva kokemus hoitotyöstä toimii myös apukeinonani. Yhteistyötä naistentautien poliklinikan kanssa tulisi kehittää, koska silloin ymmärtää toisen työtä paremmin. Kun potilaat eivät täytä päiväkirurgisen potilaan kotiutuskriteereitä, niin heidät siirretään B-heräämöstä A-heräämön. B-heräämö menee kiinni klo 18.00 ja A-heräämö on klo 22.00 asti auki. Toivoisin, että B-heräämön mennessä kiinni potilaat pääsisivät naistentautien osastolle eikä A-heräämön. Ymmärrän kyllä, jos naistentautien osastolla on täyttä. Yhteinen osastotunti olisi hyvä tai nimetä vastuuhenkilöt hoitamaan yhteistyötä. Vastuuhenkilön täytyy olla joku muu sairaanhoitaja kuin esimies. Anestesiahoitajilla ei ole suuntautumista eri erikoisaloihin, joten gynekologisten potilaiden vastuuhenkilöä ei ole."

Hoitaja 3: "Käytän kirjallista lomaketta apukeinonani. Gynekologi tulee potilaan kanssa juttelemaan ja käy leikkauskertomuksen läpi ja se on hyvä asia. TVT-potilaat ovat haastavin potilasryhmä. Kokeneemmat hoitajat toimivat uudempien hoitajien apuna gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kotiuttamisessa. Kotiutusprosessi sujuu ja kotihoidon ohjeet ovat hyvät."

Jokainen haastatelluista hoitajista käyttää kirjallista kotihoito-ohjetta toteuttaessaan potilaiden yksilöohjausta. Hoitajien mielestä kirjallinen kotihoito-ohje on hyvä, joka kertoo sen toimivuudesta. Apukeinona ohjauksessa toimii hoitajien vankka työkokemus, jonka he välittävät nuoremmille hoitajille. Tämä kertoo B-heräämön henkilökunnan kollegiaalisuudesta. Kaksi haastatelluista toi ilmi, että yhteistyötä naistentautien poliklinikan ja B-heräämön välillä tulisi kehittää, jotta potilaiden kotihoidon ohjaus toteutuisi paremmin. Esimerkiksi Klyx-peräruiskeen käyttö oli ohjattu naistentautien poliklinikalla osalle TVT-potilaista, mutta tästä ohjauksesta B-heräämön henkilökunta ei ollut tietoinen. Yhteinen osastotunti ja yhteistyön kehittäminen poliklinikan ja B-heräämön henkilökunnan välillä tekisi kotihoidon ohjauksesta yhtenäisempää ja saumattomampaa.

### 7.3 Kotihoidon ohjauksen haasteet

Hoitaja 1: "Ohjaustyöhön haasteita luo internet. Netistä löytyvä materiaali on haastavaa, koska potilaat löytävät usein huonoja kokemuksia netistä. Potilas voi olla pelokas ja arka, jolloin pitää ohjata enemmän. Heräämössä täytyy käydä ohjeet läpi perusteellisesti, vaikka potilas olisi lukenut ne edeltävästi. Ikä vaikuttaa ohjeiden ymmärtämiseen. 40-vuotias ja 70-vuotias voivat tarvita erilaista ohjausta. TVT-potilaat koetaan haastavaksi potilasryhmäksi uusien anestesiahoitajien keskuudessa."

Hoitaja 2: "Potilaita voi pelottaa kotona pärjääminen. Kotona tapahtuvan leikkauksen jälkeisen vuodon määrä on potilaille usein epäselvää. Potilaat eivät aina osaa arvioida, mikä on normaalia vuotoa ja mikä on normaalista poikkeavaa. Jokaisella gynekologisella potilaalla on erilaisia kysymyksiä ja ne luovat haasteita ohjaustyölle. Osa potilaista jännittää virtsaamista heräämössä, koska se vaikuttaa kotiutumiseen. Tämän vuoksi on tärkeää onnistua rentouttamaan potilasta. Lisäksi haasteena ohjauksessa on B-heräämön tilat, joissa ei ole mahdollisuutta toteuttaa potilaan kanssa yksityistä ja ulkopuolisilta suojattua kahden keskistä ohjausta. Intiimialueen leikkauksen jälkeinen kotihoidon ohjauksen täytyy olla hienotunteisempaa kuin esimerkiksi olkapäälleikkauksen kotihoidon ohjaus. Henkilökuntavaje vaikeuttaa kotihoidon ohjausta, koska yhtä työntekijää kohden on liian monta potilasta."

Hoitaja 3: "Henkilökunnan liiallinen työmäärä ja potilaiden liiallinen määrä suhteessa henkilökuntaan vaikeuttavat kotihoidon ohjausta. Jokaiselle potilaalle ei pystytä antamaan aina riittävää aikaa ohjaukselle. Palaute potilailta on ollut kuitenkin hyvää. Anestesiahoitajien työnkuva on laaja, mikä vaikeuttaa gynekologisiin potilaisiin perehtymistä. Aiemmin kun herää-

mössä oli oma henkilökunta, niin kotihoidon ohjaus toteutui sujuvammin. Nykyään anestesiahoitajat kiertävät leikkaussalissa ja molemmissa heräämöissä, mikä vaikeuttaa kotihoidon ohjauksen toteuttamista.”

Haastatteluissa tuli ilmi eri hoitajilta erilaisia asioita, mitkä luovat haasteita kotihoidon ohjauksen toteuttamiselle. Kaksi hoitajaa kertoi, että ohjaukselle luo haasteita potilaiden erilaiset tunteet, muun muassa pelot. Toisaalta hoitajat kokevat ohjaukselle käytettävissä olevan ajan riittämättömäksi, jonka vuoksi hoitajat kokevat kotihoidon ohjauksen haastavaksi. B-heräämön tilat ovat yhden hoitajan mielestä liian avonaiset, jonka vuoksi hänen mielestään gynekologisen potilaan kotihoidon ohjauksen saattaa kuulla muut potilaat, jolloin potilaan intimitteettisuoja kärsii. Yhden hoitajan mielestä potilaiden erilaiset kysymykset luovat haasteita ohjaukselle. Ohjaus kappaleessa käsiteltiin potilaiden yksilölliset tiedon ja tuen tarpeiden luomia haasteita ohjaustyölle, joten tämänkin hoitajan kokemus työelämän käytännöstä tukee työmme teoriaa. Yhden hoitajan mielestä ohjaustyölle asettaa haasteita internet, koska potilaat löytävät sieltä usein huonoja kokemuksia. Tietotekniikkaohjaus on kuitenkin osa tulevaisuuttamme ja mielestämme se tulisi ottaa osaksi potilaan ohjausta. Se on taloudellisesta näkökulmasta edullista ja potilas voi hakea tietoa aikaan ja paikkaan katsomatta. Potilaille on syytä korostaa lähdekriittisyyttä ja neuvoa hakemaan tietoa luotettavilta sivustoilta, esimerkiksi Terveyskirjastosta.

## 8 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus ja etiikka ovat yhteydessä toisiinsa. Tutkimuksen tulokset ovat yhteydessä eettisiin ratkaisuihin. Eettiset näkökulmat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssä tekemiin ratkaisuihin, ja niitä kutsutaan tieteen etiikaksi. Tieteen etiikassa on viisi tärkeää peruskysymystä: minkä laatuista on hyvä tutkimus, onko tiedon haku hyväksyttävää ja onko se hyväksyttävää kaikissa asioissa, mitä tutkitaan eli miten tutkimusaiheet valitaan, millaisia tutkimustuloksia tutkija saa tavoitella ja koskevatko ne ns. vahingollisia seikkoja, kuten asetuotantoa ja millaisia keinoja tutkija saa käyttää? (Tuomi & Sarajarvi 2009, 125-126.)

Tutkimusetiikkaa koskevissa sopimuksissa ja säännöissä on painotettuna näkökulmana se, että millaisia keinoja tutkija saa käyttää. Tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus ja eettinen kestävyys ovat merkittäviä hyvän laadullisen tutkimuksen kriteereitä. Eettinen kestävyys on tutkimuksen luotettavuuden toinen puoli ja koskee myös tutkimuksen laatua. Tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys. Aihetta valitessa täytyy huomioida, että kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tutkijan täytyy huolehtia laadukkaasta tutkimussuunnitelmasta, sopivasta valitusta tutkimusasetelmasta ja hyvin tehdystä raportoinnista. Lisäksi hänen on oltava eettisesti sitoutunut tutkimusta tehdessä.



Eettisyys on osana tutkimuksen arviointi- ja luotettavuuskriteereitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126-129.)

Tutkimuksessa tehtyjen virheiden välttämiseksi on arvioitava tutkimuksen luotettavuutta. Laadullinen tutkimusmenetelmä ei ole yksi yhtenäinen tutkimusmenetelmä. Sen piiristä löytyy erilaisia käsityksiä tutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä kysymyksistä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa on keskeistä kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Tietoteoreettisessa keskustelussa on neljä eri totuusteoriaa: totuuden koherenssiteoria ja korrespondenssiteoria, pragmaattinen totuusteoria ja konsensukseen pohjautuva totuusteoria. Koherenssiteorian mukaan väite on totta, mikäli se on yhtä johdonmukainen tai pitävä muiden todeksi todettujen väitteiden kanssa. Korrespondenssiteorian mukaan väite on totta vain, mikäli se vastaa todellisuutta. Väitteen voi todentaa aisteja käyttämällä. Pragmaattinen totuusteoria liittyy tiedon käytännöllisiin seuraamuksiin, joten uskomus on tosi sen ollessa hyödyllinen ja toimiva. Konsensukseen perustuvassa totuusteoriassa katsotaan, että ihmiset voivat luoda yhdessä totuuden. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-135.)

Objektiivista ongelmaa tarkasteltaessa laadullisessa tutkimuksessa on erotettava havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Laadullisessa tutkimuksessa väistämättä esimerkiksi tutkijan ikä, uskonto tai poliittinen asenne vaikuttavat havainnointiin, koska hän on itse tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. Puolueettomuutta tarkasteltaessa otetaan huomioon, että kuuleeko ja ymmärtääkö tutkija tiedonantajia itsenään vai vaikuttaako tutkijan omat tekijät tulkintaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135-137.)

Opinnäytetyömme tutkimus Hyvinkään sairaalan B-heräämön toteutettiin hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksemme ei kerro potilaiden kokemuksia, joten eettiseltä näkökulmalta katsottuna se ei kerro koko totuutta potilaiden kotihoidon ohjauksesta. Kotihoidon ohjaus on tilanne, jossa potilas ja hoitaja ovat tasa-arvoisia, joten tutkimuksemme kertoo vain ammattihenkilöiden näkökulman ohjauksesta. Tutkimukseen osallistui B-heräämöstä vain kolme sairaanhoitajaa. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksemme tuloksia ei voi yleistää, koska otanta B-heräämön koko henkilökuntaan verrattuna on pieni. Mikäli tutkimukseen olisi osallistunut koko B-heräämön henkilökunta, olisi tutkimuksen tulokset paremmin kokonaisuutta kuvaavia.

Tutkimuksemme luotettavuutta lisää mielestämme haastateltavien hoitajien pitkä työkokemus. Kaikki kolme haastattelemaamme sairaanhoitajaa ovat toteuttaneet gynekologisille päiväkirurgisille potilaille kotihoidon ohjausta yli kymmenen vuoden ajan. Tyhömme valikoitui siis pieni, mutta ammattitaitoinen otanta B-heräämöstä. Toteutimme työmme teemahaastattelun avulla, joka antaa mahdollisuuden luoda haastattelutilanteessa lisäkysymyksiä haastateltavalle. Mielestämme tämä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska ei ollut etukäteen valittuja strukturoituja kysymyksiä. Teemahaastattelun avoimuuden ansiosta hoitajat kertoivat

paljon sellaista tietoa, joka olisi muuten voinut jäädä saavuttamatta. Haastattelu tilanteessa tuli ilmi paljon uusia kysymyksiä, joihin haastateltavat vastasivat rehellisesti ja avoimesti. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi mahdollisesti myös se, että haastateltavat pysyvät anonyymeinä. Koimme, että tämän avulla hoitajat uskalsivat keskustella eri teemoista rehellisesti. Työmme tulokset kertovat naistentautien poliklinikalle sen, että mikä kotihoidon ohjauksessa toimii tällä hetkellä ja mitä kehitettävää siinä on. Olemme onnistuneet työssämme vastaamaan työmme tutkimusongelmaan ja naistentautien poliklinikan tarpeisiin, joten työ on eettisesti kestävä.

## 9 Pohdinta

Saimme opinnäytetyön aiheen marraskuussa 2015, kun olimme yhteydessä naistentautien ja synnytysten osaston apulaisosastonhoitaja Anneli Autioon. Kerroimme, että olemme kiinnostuneita naistentautien hoitotyöstä ja etsimme opinnäytetyön aihetta. Saimme viikon sisällä häneltä aiheen, joka tuntui mielenkiintoiselta. Joulukuussa 2015 saimme aiheanalyysin tehtyä ja teoreettisen viitekehyksen rakentaminen jatkui tammikuusta kesäkuuhun 2016. Yritimme tehdä teoreettisesta viitekehyksestä mahdollisimman monipuolisen. Yhteydenpito työn tilaajaan sujui pääosin sähköpostin välityksellä ja kerroimme työn etenemisestä. Kävimme naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla kaksi kertaa työn tekemisen aikana. Teemahaastattelu toteutettiin kesäkuussa 2016. Työ esitettiin Laurean KesäONT-julkaisuseminaarissa 1.8.2016.

Aloitimme opinnäytetyön kertomalla ensin yleisimmistä gynekologisista leikkauksista ja leikkauksen menetelmistä, jotta lukija saa yleistä tietoa käsiteltävästä aiheesta. Tämän jälkeen kerroimme päiväkirurgian erityispiirteistä. Mielestämme lukijan on hyvä tietää, että mitkä tekijät vaikuttavat gynekologisen päiväkirurgisen potilaan valintaan. Käsittelimme gynekologisen päiväkirurgisen potilaan hoitopolun, joka selkeyttää potilaan hoidon eri vaiheita ajanvarauksesta leikkaukseen pääsyyn ja aina kotiutumiseen asti. Halusimme tehdä mahdollisimman kattavan kuvauksen hoitopolusta, sillä siihen sisältyy monia eri vaiheita eri hoitoympäristöissä. Tämä mahdollistaa sen, että lukija kenellä ei ole kokemusta hoitoalalta pystyy muodostamaan käsityksen gynekologisesta päiväkirurgisesta potilaasta.

Ohjaus kappaleessa käsittelimme hoitotyön ohjausta yleisellä tasolla ja erilaisia ohjausmenetelmiä. Hoitotyön ohjauksesta jäi erityisesti mieleen se, että potilaalla on oikeus saada ohjausta ja ohjauksen tulee olla potilaalle helposti ymmärrettävää ja selkeää. Hoitotyön ohjaus on suuri osa-alue hoitotyön kokonaisuudesta. Se luo terveydenhuollon ammattilaisille haasteita, koska kaikki potilaat ovat yksilöllisiä ja omaksuvat asioita eri tavalla. Laadukkaaseen

kotihoidon ohjaukseen vaikuttaa monet asiat, kuten ohjauksessa tapahtuva oppiminen, eri ohjausmenetelmät, potilaan ja hoitajan yksilölliset taustatekijät sekä etiikka ja lait. Nämä ovat asioita, jotka kulkevat mukana kaikessa hoitotyön ohjauksessa ja antavat pohjan ohjaamiselle riippumatta sen sisällöstä. Keskityimme ohjausmenetelmissä erityisesti yksilöohjauksesta kertomiseen, koska se sopii gynekologisten potilaiden kotihoidon ohjaukseen. Gynekologiset vaivat ovat monesti potilaalle kiusallisia, joten niistä puhuminen vaatii usein yksilöllisen ohjauksen ja hienotunteisuutta. Lisäksi pohdimme, että onko eettisesti oikein antaa ryhmäohjausta usealle gynekologiselle potilaalle, koska silloin toiset potilaat saavat tietää toistensa terveysongelmista ja intiimivaivoista. Gynekologisen potilaan ohjaukseen liittyy myös seksuaalisuus, mistä potilaan voi olla vaikea kysyä ryhmässä.

Kotihoidon ohjausta täytyy jatkuvasti kehittää, koska nykysuuntaus on minimoida hoitoaikoja sairaalassa ja kotona toipuminen leikkauksista on lisääntynyt. Nykyään tehdään leikkauksia kustannustehokkaasti ja potilaita kotiutetaan nopeasti, jolloin sairaanhoitajille jää paljon vastuuta kotihoidon ohjaamisesta ja siitä, että potilas on ymmärtänyt saamansa kotihoito-ohjeet. Kotihoidon ohjausta antaessa hoitajan tulee muistaa, että hän ja potilas ovat tasa-arvoisessa suhteessa ja potilaan on tärkeää kysyä, mikäli on jotakin epäselvää. Kotihoidon ohjauksen lopuksi on hyvä tehdä yhteenveto ohjauksen tärkeimmistä asioista ja antaa potilaalle kirjallinen ohje, jotta potilas varmasti sisäistää ohjauksen sisällön.

Gynekologisen päiväkirurgisen potilaan kotihoidon ohjaus kappaleeseen valitsimme kolme käsiteltävää leikkausta, joiden kotihoidon ohjeisiin keskityimme työssämme. Aiheen rajaaminen mahdollisti sen, että pystyimme tekemään laadukkaan tutkimuksen. Emättimen kautta tehtävät kohdunpoistoleikkaukset, emättimen tai kohdun laskeumaleikkaukset ja TVT-inkontinensileikkaukset ovat yleisiä leikkauksia Hyvinkään sairaalassa ja niiden kotihoito-ohjeiden sisällön selvittäminen oli tärkeää. Teemahaastattelu oli hyvä valinta aineiston keruu menetelmäksi, koska pystyimme olemaan haastattelussa luontevasti vuorovaikutuksessa anestesiahoitajien kanssa. Teemahaastattelu oli menetelmänä joustava ja sopi kiireiseen leikkaus- ja anestesiayksikön ympäristöön. Anestesiahoitajat halusivat pysyä haastattelussa anonyymeina ja se mahdollisti rehellisten vastausten antamisen kysymyksiin. Tutkimuksemme tuloksista kävi ilmi, että ohjausmenetelmistä suullinen yksilöohjaus ja kirjallinen ohjaus ovat eniten käytettyjä Hyvinkään sairaalan B-heräämössä.

Mielestämme tietotekniikkaohjaus on osa tulevaisuuttamme ja sitä tulisi kehittää ja ottaa aktiivisesti mukaan potilaiden kotihoidon ohjaukseen. Tietotekniikka luo potilaalle mahdollisuuden hakea aikaan ja paikkaan katsomatta tietoa ja tiedot internetissä päivittyvät useammin kuin kirjoissa. Useilla ikäihmisillä ja erityisesti nuorilla on nykyään käytössä älykännyköitä, joilla pääsee internettiin, joten tiedon hakeminen on siten helppoa ja vaivatonta. Potilaille täytyy korostaa internetissä hyvää lähdekriittisyyttä ja ohjata hakemaan tietoa luotettavilta

sivustoilta kuten Terveyskirjastosta. Opimme työtä tehdessä, että hoitotyön kirjaamisella on suuri merkitys potilaan hoidon sujuvuuden kannalta. Potilas käy eri hoitopaikoissa hoitopolkunsu aikana ja saa joka puolella tietoa. Laadukas ja huolellinen kirjaaminen edesauttaa kotihoidon ohjauksen sujuvuutta, jos hoitotyön ammattilaiset kirjaavat antamansa ohjauksen sisällön. Kaikki anestesiahoitajat olivat tyytyväisiä naistentautien poliklinikan tekemisiin kirjallisiin kotihoidon ohjeisiin ja ne helpottavat varmasti heidän työtään. Voimme päätellä kirjallisten kotihoito-ohjeiden olevan laadukkaat, koska ne ovat naistentautien henkilökunnan tekemät ja potilaiden palaute on ollut hyvää.

Opinnäytetyömme saavutti tarkoituksensa, sillä onnistumme selvittämään gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kotihoito-ohjeiden sisällön. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kappaleessa neljä esiteltyä kirjalliset kotihoito-ohjeet ovat samoja mitä hoitajat käyttävät gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kotihoidon ohjauksessa. Työmme tulokset kertovat naistentautien poliklinikalle sen, että mikä kotihoidon ohjauksessa toimii tällä hetkellä ja mitä kehitettävää siinä on. Olemme onnistuneet työssämme vastaamaan työmme tutkimusongelmaan, koska selvitimme teemahaastattelulla yksityiskohtaisesti millaista kotihoidon ohjausta gynekologiset päiväkirurgiset potilaat saavat Hyvinkään sairaalan B-heräämössä. Työn tavoitteena oli edesauttaa laadukkaasti kotihoidon ohjauksen toteutumista. Kotihoidon laatu voi parantua, jos esimerkiksi naistentautien poliklinikan ja leikkaussalin anestesiahoitajat pitävät yhteisen osastotunnin asian tiimoilta. Tämän tutkimuksen tekeminen voi edesauttaa tulevaisuudessa annettavan kotihoidon laatua. Teemme raportin työstämme Hyvinkään sairaalan naistentautien poliklinikalle.

Opinnäytetyömme sopii erityisesti hoitoalan ammattilaisille ja opiskelijoille, jotka ovat kiinnostuneita laadukkaasti kotihoito-ohjeistuksen merkityksestä. Tärkeimpiä lähteitämme olivat muun muassa Anu Ihmeen ja Satu Rainnon kirjoittama Naisen terveys-kirja, joita käytimme kappaleessa kaksi. Käytimme Hyvinkään sairaalassa suoritettujen harjoitteluiden aikana saatua tietoa hyväksimme opinnäytetyötä tehdessä. Osa lähdemateriaalista saatiin Hyvinkään sairaalasta. Käytimme myös 2000-luvulta eräitä kirjoja, mutta tieto on niissä edelleen ajan tasalla. Ohjaus kappaleessa hyödynsimme useita Helvi Kyngäksen eri teoksia. Käytimme työssämme ajankohtaista näyttöön perustuvaa tietoa ja muutamia kansainvälisiä lähteitä.

Tulevaisuudessa Hyvinkään sairaala laajenee ja olisi hyvä, että päiväkirurgisten potilaiden ohjaus ympäristö järjestettäisiin yksityisemmäksi. Työtämme voisi jatkaa tutkimalla gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kokemuksia kotihoidon ohjauksesta. Silloin yhdistyisi sekä hoitajien että potilaiden näkemys aiheesta. Kotihoidon ohjauksen sujuvuuden kannalta olisi hyvä, että naistentautien poliklinikan henkilökunta ja anestesiahoitajat pitäisivät yhteisen osastotunnin säännöllisesti. Se auttaisi molempia ammattihenkilöitä ymmärtämään toistensa työtä.



## Lähteet

### Painetut lähteet

Ahonen, O. Blek-Vehkaluoto, M. Ekola, S. Partamies, S. Sulosaari, V. Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

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

Hupli, M. & Rankinen, S. 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turun yliopisto.

Ihme, R. Rainto, S. 2014. Naisen terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Ilola, T. Heikkinen, K. Hoikka, A. Honkanen, R. Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jauhiainen, A. 2010. Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, Iisalmen yksikkö.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kostjukova, T. & Salanterä, S. 2008. Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen. Turun yliopisto.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lukkari, L. Kinnunen, T. Korte R. 2014. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Paananen, U. Pietiläinen, S. Raussi-Lehto, E. Väyrynen, P. Äimälä, A-M. 2006. Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Rankinen, S. 2008. Eturauhassyöpää sairastavan potilaan voimavaraistumista tukeva tieto ohjauksessa. Turun yliopisto.

Sundman, E. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vänskä, K, Laitinen-Väänänen, S. Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki: Edita Prima.

#### Sähköiset lähteet

Gynekologiset leikkaukset. 2016. Viitattu 20.1.2016.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/gynekologiset-leikkaukset/Sivut/default.aspxx>

Heinonen, P. 2011. Laparoscopia ja sivuelinkirurgia. Viitattu 16.3.2016.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=njs02502&p\\_haku=laparoskooppinen steri\\*](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02502&p_haku=laparoskooppinen steri*)

Hakala, N. 2012. Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja. Viitattu 31.3.2016.

<http://paivakirurginenyhdistys.net/tiedostot/paivakirurgisen-heraamon-kasikirja.pdf>

Honkavuori-Toivola, M. 2014. The prognostic role of matrix metalloproteinase-2 and -9 and their tissue inhibitor-1 and -2 in endometrial carcinoma. Viitattu 7.3.2016.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526204505.pdf>

Kangas-Saarela, T. Mattila, K. 2014a. Postoperatiivinen kipu ja pahoinvointi päiväkirurgiassa. Viitattu 19.3.2016.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kip02508&p\\_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurg\\*](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip02508&p_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurg*)

Kangas-Saarela, T. Mattila, K. 2014b. Päiväkirurgisten potilaiden toipuminen ja kotiuttaminen. Viitattu 19.3.2016.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kip02508&p\\_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurg\\*](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip02508&p_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurg*)

Kangas-Saarela, T. Mattila, K. 2014c. Tulevaisuuden haasteita päiväkirurgiassa. Viitattu 20.3.2016.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=njs01808&p\\_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurg\\*](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs01808&p_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurg*)

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa - potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. Viitattu 17.3.2016.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo95807&p\\_haku=leiko](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95807&p_haku=leiko)

Keränen, U. Karjalainen, E. Pitkänen, P. Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa-malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. Viitattu 17.3.2016.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo95807&p\\_haku=leiko](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95807&p_haku=leiko)

Keränen, U. Keränen, J. Wäänänen, V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. Viitattu 17.3.2016.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo95807&p\\_haku=leiko](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95807&p_haku=leiko)

Knopf, C. Rotko, N. Koivuranta, M. 2010. Postoperatiivinen pahoinvointi ja oksentelu - the big little problem. Viitattu 17.3.2016.

[http://www.finnanest.fi/files/knopf\\_postoperatiivinen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/knopf_postoperatiivinen.pdf)

Kokki, H. Hynynen, M. Kokki, M. Lindgren, L. Manner, T. Mattila, K. Mattila, V. Mustonen, P. Salmenperä, M. Tohmo, H. Vironen, J. 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. Viitattu 23.2.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50066>

Korttila, K. 2005. Voiko kotiuttaminen tai toipuminen olla este päiväkirurgialle? Viitattu 20.3.2016.

[http://www.finnanest.fi/files/oper\\_korttila.pdf](http://www.finnanest.fi/files/oper_korttila.pdf)

Lukkarinen, H. Virsiheimo, T. Hiivala, K. Savo, M. Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Viitattu 31.3.2016.

[http://www.hotus.fi/system/files/KK\\_heraamohoito.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamohoito.pdf)

Niemi-Murola, L. 2014. Potilaiden toipuminen ja kotiuttaminen päiväkirurgiassa. Viitattu 20.3.2016.



[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=njs01808&p\\_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurg\\*](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs01808&p_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurg*)

Nilsson, C. 2011. Leikkaushoito. Viitattu 16.3.2016.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=njs01808&p\\_haku=TOT](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs01808&p_haku=TOT)

Pakarinen, P. 2015. Robotti auttaa gynekologisessa laparoskopiassa. Viitattu 20.3.2016.

<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo12421.pdf>

Pylkkä, O. 2015. Konstruktivismi ja oppiminen. Viitattu 31.1.2016.

<http://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskasitykset/oppimiskasitykset/konstruktivistinen-oppiminen/>

Pylväs-Eerola, M. 2015. Oxidative stress in the pathogenesis and prognosis of ovarian cancer. Viitattu 20.3.2016.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526209982.pdf>

Päiväkirurgia. 2016. Viitattu 31.3.2016.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/leikkaustoiminta/paivakirurgia/Sivut/default.aspx>

Scheinin, T. 2008. Kortvårdskirurgi. Viitattu 20.3.2016.

<http://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/Scheinin.pdf>

Tiippana, E. 2013. From improved management of acute pain to prevention of persistent post-operative pain. Viitattu 20.3.2016.

[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40110/tiippana\\_dissertation.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40110/tiippana_dissertation.pdf?sequence=1)

Tiitinen, A. 2015a. Normaali kuukautiskierto. Viitattu 24.3.2015

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00158](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00158)

Tiitinen, A. 2015b. Raskaus (normaali kulku). Viitattu 24.3.2015

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00159](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00159)

Tiitinen, A. 2015c. Vaihdevuodet. Viitattu 24.3.2015

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00179](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00179)

Tuominen, M. 2014. Päiväkirurgisen potilaan hoito. Viitattu 26.2.2016.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01705&p\\_haku=päiväkirurgia](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01705&p_haku=päiväkirurgia)

TVT- / TOT-leikkaus. 2016. Viitattu 16.3.2016.

[http://www.epshp.fi/1/yksikoiden\\_sivut/operatiivinen\\_toiminta/naistentautien\\_ja\\_synnytysten\\_toimintayksikko/naistentautien\\_poliklinikka/tvt\\_tot\\_-leikkaus](http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/naistentautien_ja_synnytysten_toimintayksikko/naistentautien_poliklinikka/tvt_tot_-leikkaus)

Virtanen, H. 2015. Nursing student's learning about an empowering discourse in patient education. Turun yliopisto. Viitattu 7.3.2016

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/117673/AnnalesD1207VirtanenDISS.pdf?sequence=2>

#### Julkaisemattomat lähteet

Klyx-tyhjennysohje potilaalle. 2016. HUS. Potilasohje. Naistentaudit. Hyvinkään sairaala.

Kohdunpoistoleikkaus emättimen kautta. 2015. HUS. Potilasohje. Naistentaudit. Hyvinkään sairaala.

Laskeumaleikkaus. 2015. HUS. Potilasohje. Naistentaudit. Hyvinkään sairaala.

Laskeumaverkkoleikkaus 2015. HUS. Potilasohje. Naistentaudit. Hyvinkään sairaala.

Tekstiviestipalvelua koskeva ohje leikkausta odottavalle. 2013. HUS. Leiko-yksikkö. Hyvinkään sairaala.

TVT-inkontinenssileikkaus. 2015. HUS. Potilasohje. Naistentaudit. Hyvinkään sairaala.

## Liite 1: Teemahaastattelun runko

### Teemahaastattelun runko

#### Ilmiön/yrityksen taustatiedot

Yrityksen nimi	HUS Hyvinkään sairaala
Toimiala	Leiko-yksikkö

#### Teemahaastattelun toteutus

Haastattelija	Laura-Tuulia Salonen ja Milla Kahlos
Kesto	puoli tuntia
Haastateltava henkilö	hoitaja 1, 2, 3
Asema	sairaanhoitaja

#### Teemat

Teema 1	gynekologisten päiväkirurgisten potilaiden kotihoidon ohjauksen sisältö: Millaista kotihoidon ohjausta annat gynekologisille päiväkirurgisille potilaille ja mitkä asiat korostuvat ohjauksessa? Miten ohjauksen sisältö rakentuu?
Teema 2	kotihoidon ohjauksen apukeinot: Millaisia keinoja käytät apuna kotihoidon ohjauksessa? Miten eri apukeinoja tulisi kehittää?
Teema 3	kotihoidon ohjauksen haasteet: Millaisia haasteita ohjaustyössä on ilmennyt? Mitkä tekijät vaikeuttavat kotihoidon ohjausta?