

VIRTSAINKONTINENSILEIKATTUJEN POTILAIEN KO-
KEMUKSIA OHJAUKSESTA NAISTENTAUTIEN OSAS-
TOLLA

Erkinantti Nina
Ylikitti Heli

Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2016

Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Nina Erkinantti, Heli Ylikitti	Vuosi	2016
Ohjaaja(t)	Tarja Lipponen, Satu Rainto		
Toimeksiantaja	Länsi-Pohjan keskussairaala, osasto 2C		
Työn nimi	Virtsainkontinenssileikkattujen potilaiden kokemuksia ohjauksesta naistentautien osastolla		
Sivu- ja liitesivumäärä	35 + 12		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla, miten virtsainkontinenssileikatut potilaat kokivat saaneensa ohjausta Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla ollessaan. Työn tavoitteena oli saada tietoa naisten kokemuksista potilasohjauksen kehittämiseksi. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, millaisia kokemuksia ja kehittämissuhteita virtsainkontinenssileikatuilla potilailla oli ohjaukseen liittyen.

Työ toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jota varten haastateltiin kahta vapaaehtoista virtsainkontinenssileikkauksessa käynyttä naista. Haastattelut olivat puolistrukturoituja eli teemahaastatteluja, jotka äänitettiin myöhempää sisällytystä varten.

Opinnäytetyöstä saadut tulokset tuovat Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolle tietoa siitä, kuinka potilaat ovat kokeneet ohjauksen. Tulosten mukaan potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen.

Avainsanat

virtsainkontinenssi, virtsankarkailu, kokemukset, potilasohjaus, ohjaus, vuorovaikutus

School of Social and Healthcare
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse

Author	Nina Erkinantti, Heli Ylikitti	Year	2016
Supervisor	Tarja Lipponen, Satu Rainto		
Commissioned by	Länsi-Pohja's Central Hospital, ward 2C		
Subject of thesis	Counselling experiences of patients undergone an urinary incontinence surgery at gynaecology ward		
Number of pages	35 + 12		

The purpose of this thesis was to describe how patients undergone an urinary incontinence surgery had experienced counselling at Länsi-Pohja's Central Hospital gynaecology ward. The aim was to get information of women's experiences to improve patient counselling. The research questions were: how patients undergone an urinary incontinence surgery had experienced counselling at gynaecology ward, and how patients wanted to improve patient education?

Thesis was conducted as a qualitative research. Two volunteers were interviewed by a semi-structured interview. Interviews were recorded for future content analysis.

The results give information for Länsi-Pohja's Central Hospital gynaecology ward regarding patients' views on their counselling. According to this study the patients were happy with the counselling they received but had a few ideas on how to improve patient education. The suggestions were to change the written instructions into more chronological order and to show the patients the mesh tape used in TVT/TOT surgeries before the procedure.

Key words urinary incontinence, experiences, counselling, patient education, interaction

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OHJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ	6
2.1 Ohjauksen määrittelyä	6
2.2 Potilaan ja hoitajan taustatekijät potilasohjauksessa	8
2.3 Ympäristöön liittyvät taustatekijät.....	10
3 VUOROVAIKUTUS OHJAUSSUHTEESSA	13
3.1 Vastavuoroinen ohjaussuhde.....	13
3.2 Sanallinen ja sanaton viestintä	15
3.3 Kuunteleminen ohjaussuhteessa	16
4 VIRTSAINKONTINENSIN KIRURGINEN HOITO JA OHJAUS.....	18
4.1 Ponnistusinkontinenssi	18
4.2 Operatiiviset hoitomenetelmät	18
4.3 Kirurgisen potilaan ohjaus.....	20
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	23
6.1 Tutkimusmenetelmä.....	23
6.2 Aineiston keruu	23
6.3 Aineiston analyysi	24
7 TUTKIMUSTULOKSET	26
8 POHDINTA.....	31
LÄHTEET.....	33
LIITTEET	36

1 JOHDANTO

Ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa ja se kuuluu jokaisen hoitajan työtehtäviin. Hoitajat pitävätkin potilaiden ja heidän omaistensa ohjausta hyvin tärkeänä ja olennaisena osana omaa työtänsä. Ohjausta toteutetaan sekä ohjaustilanteissa että osana asiakkaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Hoitoaikojen lyhentyessä potilaita kotiutetaan entistä aikaisemmin, jolloin potilasohjaukseen jää yhä vähemmän aikaa. Ohjauksen on todettu vaikuttavan positiivisesti potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, kivunhallintaan, itsehoitoon ja arkipäivästä selviytymiseen sekä hoitoon sitoutumiseen. (Lipponen, Kyngäs, Kääriäinen 2006, 1.)

Virtsainkontinenssi eli virtsankarkailu on yleinen vaiva, joka satunnaisena koskee puolta kaikista naisista. Virtsainkontinenssiksi määritellään tilanne, jossa virtsankarkaaminen on säännöllistä ja aiheuttaa sosiaalista tai hygieenistä haittaa. Iän myötä säännöllinen haittaava virtsankarkailu lisääntyy. Suomalaisista 70-vuotiaista naisista 60 prosenttia ja 25–60-vuotiaista 20 prosenttia kärsii virtsainkontinenssista. Vuonna 2009 Suomessa tehtiin noin 2000 virtsankarkailuleikkausta. Useimmat kokevat virtsankarkailun häpeälliseksi vaivaksi, ja se voi vaikuttaa myös sosiaaliseen elämään. (Ihme & Rainto 2014, 185; Tiitinen 2015; Kujansuu & Nilsson 2006, 205.)

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka tarkoituksena oli kuvailla, miten virtsainkontinenssileikatut potilaat kokivat saaneensa ohjausta osastolla ollessaan. Tutkimuksen toimeksiantajana oli Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osasto 2C. Virtsainkontinenssityypeistä vain ponnistusinkontinenssia voidaan hoitaa leikkaamalla, minkä vuoksi tutkimus rajattiin ponnistusinkontinenssiin. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa naisten kokemuksista potilasohjauksen kehittämiseksi. Aihe on ajankohtainen, koska virtsankarkailuongelmat ovat yleinen vaiva ikääntyvillä naisilla, tosin sitä esiintyy myös jonkin verran nuorilla. Sairaanhoidajan työssä ohjaaminen on hyvin keskeinen osa-alue, jota voidaan kehittää tutkimuksista saadun tiedon avulla.

2 OHJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

2.1 Ohjauksen määrittelyä

Ohjaus on käytännön hoitotyössä jokapäiväinen toiminto, mutta käsitteenä se on osin epäselvä. Ohjaukseen liittyviä lähikäsitteitä ovat neuvonta, opetus ja tiedonantaminen. Opetuksella tarkoitetaan suunnitelmallisia toimintoja, joilla pyritään selkiyttämään jokin tilanne tavoitteen saavuttamiseksi, esimerkiksi potilaalle annettava lääkeaineen pistämisen opetus. Neuvonnalla tarkoitetaan sitä, että hoitaja auttaa potilasta tekemään valintoja antamalla hänelle neuvoja. Tiedon antamiselle tyypillistä on vähäinen vuorovaikutuksen määrä ja siksi se on lähinnä ohjausta, opetusta ja neuvontaa täydentävä muoto. Tietoa annetaan lähinnä kirjallisenä materiaalina. (Eloranta & Virkki 2011, 19–22.)

Ohjaus on eri ammattikäytäntöjen piirteitä yhdistelevä toimintatapojen, lähestymistapojen ja työmenetelmien joukko. Se voidaan nähdä kohtaamisena, jossa ohjaajan ja ohjattavan yhteisenä tavoitteena on ohjattavan oppiminen, elämäntilanteen koheneminen ja päätösten tekeminen. Ohjauksella pyritään siihen, että ohjattava oppii itse käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään voimavarojaan, ratkaisemaan ongelmiaan ja suuntaamaan oppimistaan. Ohjauksessa korostuu yksilön aktiivisuus ja aloitteellisuus oman elämänsä parantamisessa sekä ohjaussuhteen vuorovaikutuksellisuus. Ohjaaja tukee ohjattavaa päätöksenteossa, mutta pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja. Ohjaustilanteessa ohjaaja antaa ohjattavalle aikaa, huomiota ja kunnioitusta, mikä antaa asiakkaalle mahdollisuuden tutkia tilannettaan, tulla kuulluksi ja voimavaraisemmin ja paremmin voiten. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 16–17.)

Terveydenhuollossa ohjauksen merkitys korostuu, koska hoitoaikojen lyhentyessä ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Vuorovaikutustaidoilla on merkittävä rooli, koska luottamuksellinen ohjaussuhde on luotava lyhyessä ajassa. (Hankonen ym. 2006, 30.) Nopea kotiutuminen edellyttää, että potilaiden tarpeet otetaan huomioon ja potilaita ohjataan niin, että he ymmärtävät itsehoito-ohjeet. Ohjauksen tulee olla potilaan voimavaroja tukevaa, jotta hänen aktiivisuutensa lisääntyisi, ja hän pystyisi ottamaan vastuuta omasta toipumisestaan ja hoidostaan. Tällöin keskeisiksi nousevat näyttöön perustuvat ohjaustavat. (Kyngäs ym. 2007, 5; Lipponen ym. 2006,1.) Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan parhaan

saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä potilaan hoidossa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016).

Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa. Se on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa hoitaja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Laadukkaan potilasohjauksen lähtökohta on potilaslähtöisyys. Perustana on potilaan ihmisarvon kunnioittaminen ja hänestä ihmisenä välittäminen. Hyvässä potilasohjauksessa näkyy molemminpuolinen arvostus ja pyrkimys yhteisymmärrykseen. Potilaslähtöinen ohjaus edellyttää potilaiden tarpeiden tunnistamista. Haasteita laadukkaalle ohjaukselle tuo potilaiden erilaisuus. Ohjauksen perustan luovat sosiaali- ja terveydenhuoltoa säätelevät lait ja ammattietiikka. (Eloranta & Virkki 2011, 7–8, 11; Kyngäs 2008, 27; Lahtinen 2006, 6–7.)

Ei ole olemassa yhtä ainoaa lakia, joka loisi raamit hoitotyön ohjaukselle vaan ohjaus on sisällytetty useisiin eri lakeihin. Lakien sisällöt määrittelevät terveyteen liittyviä yleisiä perustehtäviä. Lakien ja asetusten sisällöissä säädetään muun muassa perus- ja ihmisoikeuksista, terveystoimeen, koulutukseen ja ammatinharjoittamiseen liittyvistä sekä siviilioikeudellisista kohdista. Tärkeimpiä ohjausta määritteleviä lakeja ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä potilasvahinko-, tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslaki. Muun muassa nämä lait velvoittavat hoitohenkilökuntaa antamaan potilaille ohjausta. (Eloranta & Virkki 2011, 11; Kyngäs ym. 2007, 13; Lahtinen 2006, 6–7.)

Etiikalla tarkoitetaan oppia oikeasta ja väärästä, sekä hyvästä ja pahasta toiminnasta. Työtä koskevaa etiikan aluetta kutsutaan ammattietiikaksi. Terveydenhuollon ammattilaisia ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet. Eettisiä periaatteita on kuusi ja ne ovat: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonanto. Edellä mainituissa periaatteissa ohjauksen ajatellaan sisältyvän hoitotyöhön olennaisena osana. (Eloranta & Virkki 2011, 12; Lahtinen 2006, 7.)

2.2 Potilaan ja hoitajan taustatekijät potilasohjauksessa

Ohjauksessa potilas on oman elämänsä asiantuntija, kun taas hoitajalla on ammatillinen vastuu ohjauksesta ja ammattinsa puolesta tietoa ohjattavasta asiasta. Ohjaus on suunnitelmallista, muutokseen tähtäävää työtä, jossa lopputulokseen vaikuttavat potilaan ja hoitajan taustatekijät. Ohjauksen onnistumisen näkökulmasta on tärkeää selvittää ohjattavan taustatekijät ja huomioida niiden vaikutukset ohjaukseen. Jokainen potilas on ainutlaatuinen, mikä asettaa omat haasteensa hoitajille. Hoitajan on osattava rakentaa ohjaus siten, että se vastaa kunkin potilaan yksilöllisiä tarpeita. Ohjaustavoitteisiin pääsemiseksi hoitajan on myös ymmärrettävä omat tunteensa, tapansa ajatella ja toimia sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä. Ohjauksen kannalta merkittävät potilaan ja hoitajan taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin fyysisiin ja psyykkisiin tekijöihin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. (Eloranta & Virkki 2011, 8, 46–47; Kyngäs 2008, 30; Kyngäs ym. 2007, 26–27, 29–30.)

Ohjaustarpeisiin vaikuttavia potilaan fyysisiä taustatekijöitä ovat ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutustausta, sairauden tyyppi ja terveydentila. Edellä mainitut tekijät vaikuttavat siihen, miten potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Esimerkiksi ikääntymisen tuomat rajoitteet, kuten huonontunut näkökyky ja muistihäiriöt, tuovat omat haasteensa ohjaukseen. Ikääntyneen ihmisen ohjauksessa tulee välttää liiallista tiedon antamista yhdellä kerralla. Ohjauksessa tulee painottaa ydinasioita, ja sen on oltava lyhytkestoista ja usein toistuvaa. (Kyngäs 2008, 30–31; Kyngäs ym. 2007, 29–30.)

Koulutustaustan ja siviilisäädyn vaikutuksesta ohjaukseen on ristiriitaista tutkimustietoa. Eri tavalla koulutetuilla henkilöillä on erilaiset valmiudet oppia, ymmärtää ja omaksua sairautensa hoitoon liittyviä asioita. Sairauden laatu ja terveydentila vaikuttavat usein oppimistarpeisiin, ja ohjaus on suunniteltava ja toteutettava niiden mukaan, esimerkiksi itsensä terveeksi kokeva henkilö ei välttämättä ota ohjausta kovin helposti vastaan. (Kyngäs 2008, 30–31; Kyngäs ym. 2007, 29–30.)

Psyykkisiä taustatekijöitä ovat motivaatio, terveysuskomukset, mieltymykset, odotukset, kokemukset sekä oppimistyyli- ja -valmiudet. Potilaan motivaatio vaikuttavaa siihen, haluaako potilas omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko

hän ohjattavat asiat itsellensä tärkeiksi. Hoitajan esittämien avoimien kysymysten avulla saadaan selkeämpi käsitys siitä, mitkä tekijät voisivat motivoida potilasta hoitoonsa. Riittävän selkeä tavoite, potilaan onnistumisodotukset ja sopiva tunnetila ovat edellytyksenä motivaation synnylle. Riittävän selkeä tavoite on kuvattu konkreettisesti, ja tavoite on tekemistä, eikä vain sen seuraus. Sopiva tunnetila liittyy siihen, että tavoite sopii potilaan sen hetkiseen elämäntilanteeseen ja siihen, miten asiakasta on kuultu ja ymmärretty omassa tilanteessaan. Hoitajan motivaatio ja asennoituminen ohjaukseen vaikuttavat siihen, miten hyvin hän paneutuu potilaan taustatekijöihin ja rakentaa ohjaussuhdetta. Hoitajalta odotetaan aloitteellisuutta ja herkkyyttä tiedon ja ohjeiden antamisessa, koska tiedon puute vaikeuttaa heidän ratkaisujaan ja päätöksentekoaan. (Kyngäs ym. 2007, 32; Kyngäs 2008, 33.)

Potilaan terveysuskomukset ja aikaisemmat kokemukset esimerkiksi sairaudesta ja sen hoidosta voivat vaikuttaa hänen suhtautumiseensa ohjausta kohtaan. Potilailla voi olla myös omia mieltymyksiä, joista he haluavat pitää kiinni. Tällöin ohjaus voi jäädä tehottomaksi. Potilaalla ja hoitajalla voi olla erilaiset odotukset ohjausta kohtaan ja toisistaan poikkeavat käsitykset ohjaustarpeista, joten niistä keskusteleminen on tärkeää. Osa potilaista ei tunnista tai tuo julki ohjaustarpeitaan, jolloin hoitajan tehtävänä on auttaa potilaita tarpeiden tunnistamisessa. Hoitajalta vaaditaan tietämystä potilaan oppimistyylistä, jotta osataan valita sopivat ohjausmenetelmät. Oppimistyylin tunnistamiseksi hoitajan on perehdyttävä potilaan taustatekijöihin ja keskusteltava tämän kanssa. (Kyngäs ym. 2007, 32–33.)

Hoitajan valmiudet ohjata vaikuttavat siihen, miten hyvin hän onnistuu tehtävänsään. Ohjausvalmiuksista tärkeitä ovat tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä. Näiden lisäksi hoitajalla tulee olla vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, koska hänen tehtävänä on toimia vuorovaikutuksen ja ohjauksen käynnistämisen ja etenemisen asiantuntijana. Hoitajalla tulee olla hyvät tiedonhankintataidot ja kyky tehdä päätöksiä. Tietojen ja taitojen lisäksi hoitajalla on oltava myönteinen asenne ohjausta kohtaan, jotta ohjaus voi onnistua. Hoitajan on kannustettava potilasta luottamaan kykyihinsä ja tukea oma-aloitteisuutta. Potilaalle on myös annettava riittävästi tilaa tehdä päätöksiä. (Kyngäs ym. 2007, 34–35, Kyngäs 2008, 35.)

Maria Kääriäisen (2007) tutkimuksen Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen tarkoituksena oli kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyillä mittareilla postikyselyinä Oulun yliopistollisen sairaalan potilailta (n=844) ja hoitohenkilöstöltä (n=916). Sairaalakäynnin aikana ohjauksen resurssien laatua selvitettiin ohjauksen toimintamahdollisuuksien, hoitohenkilöstön tietojen, taitojen ja asenteiden sekä ohjausmenetelmien hallinnan osalta. Potilaista 92 prosenttia arvioi hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet hyviksi ja kahdeksan prosenttia huonoiksi. Hoitohenkilöstön ohjaukseen asennoitumista pidettiin keskimäärin hyvänä, vaikka 11 prosenttia potilaista arvioi asenteet huonoiksi.

Potilasta tulee tarkastella osana ympäristöään ja maailmankuvaansa, jotta ymmärretään hänen käyttäytymistään ja päästään ohjaustavoitteisiin. Merkittävät sosiaaliset taustatekijät ohjauksen kannalta koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä. Edellä mainitut vaikuttavat potilaan toimintaan. Potilaan ja hoitajan asennoituminen ohjauksessa käsiteltäviä asioita kohtaan ovat yhteydessä heidän arvoihinsa ja maailmankatso-muksiinsa. (Kyngäs ym. 2007, 35.)

Perhe tai suku voivat olla potilaalle ensiarvoisen tärkeitä. Potilaan ja hänen omaistensa välistä suhdetta voi selvittää havainnoimalla ja kysymällä potilaalta, millainen hänen tukiverkostonsa on. Hoitajan on selvitettävä, miten tärkeänä potilas pitää omaisten ohjaamista ja kuinka omaisten tuki voisi auttaa häntä. Olen-naista on myös huomioida omaisten omat ohjaustarpeet ja heidän käsityksensä potilaan ohjaustarpeista. Potilaalla voi olla myös kulttuuriin liittyviä tabuja, usko-muksia ja traditioita, jotka on huomioitava häntä ohjatessa. Lisäksi vieras äidin-kieli voi lisätä turvattomuuden tunnetta ja vaikeuttaa aktiivista osallistumista oh-jaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 35–36.)

2.3 Ympäristöön liittyvät taustatekijät

Ympäristötekijät voivat vaikuttaa ohjaukseen joko tukemalla tai heikentämällä sitä. Ympäristöön liittyviä tekijöitä hoitoympäristössä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Hoitoyksikön ilmapiiristä, siisteydestä, viihtyvyydestä ja myönteisyydestä saatu ensivaikutelma luo pohjan odotuksille ja

on merkityksellistä potilaille. Tärkeimmäksi ympäristötekijäksi on todettu kuitenkin fyysisen ympäristön merkitys, kuten huone tai tila, jossa ohjaus toteutetaan. (Hankonen ym. 2006, 26; Kyngäs ym. 2007, 36.)

Fyysinen ympäristö sairaalassa voi olla esimerkiksi ohjaukseen tarkoitettu huone tai potilashuone. Ihanteellinen ohjausympäristö on sellainen, jossa ohjaaja ja ohjattava voivat keskustella kahden kesken keskeytyksettä ja häiriöttä. Huoneessa tulee olla saatavilla ohjaukseen tarvittava materiaali. Ohjaajan ja ohjattavan on hyvä istua samalla tasolla. Keskusteluvälimatka riippuu keskustelijoista, mutta sopiva välimatka on yleensä noin puoli metriä. Ohjauksen onnistumisen kannalta tulisi suosia rauhallista ja kiireetöntä ympäristöä. Huoneen tulisi olla äänieristetty ja valoisa, mutta aurinko ei saa kuitenkaan häikäistä ohjattava eikä huoneen lämpötila saa olla liian korkea. On tärkeää kiinnittää huomiota myös tilojen viihtyisyyteen. Ympäristö ei myöskään saa herättää potilaassa negatiivisia tunteita tai pelkoja, jotka saattavat häiritä ohjausta, esimerkiksi erilaiset toimenpidevälineet. (Hankonen ym. 2006, 26; Kyngäs ym. 2007, 37–38.)

Psyykkinen ilmapiiri rakentuu kummankin osapuolen fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä. Eniten ohjauksen psyykkiseen ilmapiiriin vaikuttaa negatiivisesti kiire ja siitä johtuva ohjaukseen käytettävän ajan vähyys. Kiire heikentää ohjauksen suunnitelmallisuutta ja vähentää ohjaajan ja ohjattavan välistä vuorovaikutusta. Jos potilas aistii hoitajan kiireen, hänelle voi tulla tunne, ettei hänen asiaansa kunnioiteta. Tällöin hän ei ehkä viitsi kysyä asioista eikä avata keskustelua. Ohjauksen huolellinen suunnittelu on tärkeää ohjauksen onnistumisen kannalta, koska potilaan taustatekijöiden selvittäminen ja aktiivinen kuunteleminen vievät oman aikansa. Psyykkistä ympäristöä parantavat avoin, luottamuksellinen ja kaksisuuntainen vuorovaikutus, mitkä luovat pohjan hyvälle ohjaukselle. (Kyngäs 2008, 37; Kyngäs ym. 2007, 37–38.) Kääriäisen (2007) tutkimuksessa selvisi, että ohjaustilanteen ilmapiiri oli potilaiden mielestä asiantunteva, luotettava, rauhallinen, miellyttävä, inhimillinen, onnistunut sekä kannustava. Hyvää ilmapiiriä selittävät ohjauksen kokonaislaatu ja vuorovaikutus.

Ohjauksen toimintamahdollisuuksia suurin osa (85 %) potilaista piti Kääriäisen (2007) tutkimuksessa kokonaisuudessaan hyvinä ja vähemmistö (15 %) huo-

noina. Ohjauksen toimintamahdollisuuksissa hyvää olivat asianmukaiset ohjaus-tilat. Potilaista 91 prosenttia piti ohjaustiloja asianmukaisina. Ohjausajan riittävyys ja hoitohenkilöstön valmiudet käyttää ohjauksessa tarvittavaa materiaalia olivat puutteellisia. Viidesosa potilaista (21 %) piti hoitohenkilöstön valmiuksia käyttää tarvittavaa materiaalia puutteellisina ja noin kymmenesosa (12 %) ohjausaikaa riittämättömänä.

3 VUOROVAIKUTUS OHJAUSSUHTEESSA

Vuorovaikutus on hoitotyön lähtökohta ja keino, jonka avulla potilasta pyritään auttamaan. Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa hoitotyötä tekevien ammattitaitoa, ja sitä voi oppia harjoittelemalla, tiedostamalla asenteitaan ja tarvittaessa muuttamalla niitä. Vuorovaikutuksella tarkoitetaan toisaalta vuoron perään tapahtuvaa toimintaa ja toisaalta vaikuttamista, joka kohdistuu toisen käyttäytymiseen, ajatuksiin, asenteisiin ja tunteisiin (Hankonen ym. 2006, 24). Ohjaussuhde rakentuu vuorovaikutuksen avulla (Kyngäs ym. 2007, 39). Ensikohtaamisen myönteinen ilmapiiri antaa hyvän lähtökohdan ohjaussuhteelle. Potilas muodostaa käsityksensä ohjaajasta kohtaamisen ensihetkien aikana. (Eloranta & Virkki 2011, 54.)

3.1 Vastavuoroinen ohjaussuhde

Tyypillistä ohjaussuhteelle on vastavuoroisuus, luottamus, jaettu asiantuntijuus, aktiivisuus, vastuullisuus ja yhteistyö. Vastavuoroisessa ohjaussuhteessa asiakkaalla on tilaa ja aikaa kertoa taustatekijöistään, tarpeistaan, kokemuksistaan ja odotuksistaan. Tämä edellyttää luottamuksellista ilmapiiriä. Vastuu ohjausprosessin etenemisestä ja onnistumisesta kuuluu molemmille osapuolille eli vastuullisuus ohjaussuhteessa on myös aktiivisuutta. Onnistunut ohjaus on parhaimmillaan vastavuoroista keskustelua ja yhdessä pohtimista. Vuorovaikutuksella on rakenne, mutta sen eteneminen on joustavaa, ei kaavamaista. Ohjaustilanteessa on kaksi asiantuntijaa, ohjattava oman elämänsä asiantuntijana sekä ohjaaja ammattinsa puolesta ohjauksen ja ohjauksen sisällön asiantuntijana. Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on, että osapuolet kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. (Eloranta & Virkki 2011, 54–55; Kyngäs ym. 2007, 39–40.)

Onnistuneen ohjauksen kannalta on tärkeää tunnistaa, mitä ohjattava jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Ohjaustarpeen selvittämiseksi on hyvä pyytää ohjattavaa kertomaan terveysongelmastaan, sen mahdollisista syistä ja vaikutuksista sekä siitä, mitä hän odottaa ohjaukselta ja sen tuloksilta. Jos ohjattavalla ei ole riittävästi tietoa, hän ei pysty itse arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi. Potilaan tyytyväi-

syyttä ja hoitoon sitoutumista parantaa se, että ohjaus perustuu potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta. Potilaan omat kokemukset ja ideat kannattaa hyödyntää ohjauksessa (Eloranta & Virkki 2011, 72). Ohjaajan on tunnistettava ohjattavan taustatiedot, koska onnistunut ohjaus voi rakentua vain riittävien taustatietojen varaan. Ohjaajan on oltava myös tietoinen omista taustatekijöistään, jotka vaikuttavat ohjaussuhteen syntymiseen ja etenemiseen. (Kyngäs ym. 2007, 47.) Hoitajan ja ohjattavan välisessä vuorovaikutuksessa korostuukin kohtaamisen kaksinäkökulmaisuus, joka tarkoittaa, että molemmilla osapuolilla on samasta kohtaamisesta oma erilainen kokemuksensa. Kohtaaminen tapahtuu nykyhetkessä, jossa on aina läsnä menneisyys ja tulevaisuus. (Hankonen ym. 2006, 24.)

Ohjaustilanne etenee ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutuksen avulla, mikä tekee ohjaustilanteesta ja ohjaussuhteesta ainutlaatuisen. Potilas odottaa vuorovaikutukselta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta silloinkin, kun tietää ajattelevansa eri tavalla kuin hoitaja. Hoitajan on puolestaan kunnioitettava potilaan mielipiteitä ja osoittaa luottamuksellisuutta ja arvostusta tämän asiaa kohtaan. Hoitajan on myös ymmärrettävä ja rohkaistava potilasta, ilmaistava ajatuksensa selkeästi ja tehtävä kysymyksiä. Hoitajan tulee rohkaista potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan, koska potilas, joka tuntee itsensä riippuvaiseksi hoitajasta eikä usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa, ei ota vastuuta hoidostaan. Kaikkiaan onnistunut vuorovaikutus vaatii molemmilta osapuolilta halua työskennellä yhdessä, samoja odotuksia, tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 41, 48.)

Kääriäisen (2007) tutkimuksessa ohjauksen toteutuksen laatua selvitettiin potilaslähtöisen ohjaustoiminnan, vuorovaikutuksen ja ilmapiirin osalta. Suurimmalle osalle potilaista (80 %) ohjaus oli potilaslähtöistä, mutta viidesosalle (20 %) se ei sitä ollut. Potilaat kokivat hyviksi tiedonsaannin riittävyyden, potilaan mielipiteiden huomioimisen ja ohjauksen suunnitelmallisen etenemisen. Puutteita ilmeni kuitenkin erityisesti taustatekijöiden, kuten potilaan tunteiden, pelkojen, toiveiden, ongelmien, omaisten ja elämäntilanteen, huomioinnissa. Vuorovaikutusta valtaosa potilaista (87 %) piti hyvänä, kahdeksasosa (13 %) huonona. Vuorovaikutuksessa oli hyvää se, että potilaalla oli mahdollisuus kysyä, ohjauksessa käytettiin

ymmärrettävää kieltä ja potilaita kuunneltiin. Kuitenkin potilaat olisivat kaivanneet enemmän rohkaisua keskusteluun ja tukea.

3.2 Sanallinen ja sanaton viestintä

Sujuva viestintä on yksi edellytys onnistuneelle vuorovaikutussuhteelle. Siinä ohjaaja ja ohjattava ymmärtävät keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen myös tunteen tasolla. (Hankonen ym. 2006, 25.) Ohjaus etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Ohjaajan sanallisen ja sanattoman viestinnän on tärkeää olla samansuuntaisia ja toisiaan tukevia. Mikäli näin ei ole, on kehonkielen havaittu olevan vaikuttavampaa. Ohjaajan on tunnistettava omat sanattoman viestinnän tapansa ja osattava varioida niitä tietoisesti. Ohjaajan tulee kiinnittää huomiota myös ohjattavan kehon kielen antamiin viesteihin, ilmeisiin, eleisiin, asentoihin ja äänen sävyyn. Ohjaajan on kiinnitettävä huomiota ristiriitoihin ohjattavan kehon kielen ja puhutun kielen välillä. On myös syytä tiedostaa, että sanaton viestintä on monimerkityksellistä. Se saateen tulkita eri tavoin kuin, miten puhuja on sen tarkoittanut. Se on myös kulttuuri- ja aikasidonnaista. Ja eri kulttuureissa on erilaisia näkemyksiä siitä, millainen sanallinen viestintä on sopivaa. (Eloranta & Virkki 2011, 67; Vänskä ym. 2011, 47.)

Sanallinen viestintä muodostaa vain pienen osan ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, joten viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen on kiinnitettävä huomiota. Sanojen merkitykset voivat vaihdella jopa saman kielen ja kulttuurin sisällä. Sanatonta viestintää ovat katse, ilmeet, kehon eleet, liikkeet ja asennot, koskettaminen, tilan ja ajan käyttö sekä fyysinen olemus. Myös äänen korkeus, voimakkuus ja laadulliset piirteet sekä puhetempo, tauot ja painotukset ovat sanatonta viestintää. Sanattomia viestejä lähetetään paljon myös tiedostamattomasti. Sanaton viesti pyrkii tukemaan, painottamaan, täydentämään, kumoamaan tai jopa korvaamaan sanallista viestintää. Jopa yli puolet vuorovaikutuksen viesteistä on sanattomia. (Kyngäs ym. 2007, 38–39; Eloranta & Virkki 2011, 67.)

Ilmeet ja eleet viestivät tunteista ja aikomuksista, ja niillä säädellään vuorovaikutusta. Esimerkiksi katsekontaktia välttelevä ohjaaja koetaan etäiseksi. Eleillä voi myös havainnollistaa ja rytmittää puhetta. Sanattomalla viestillä voidaan ilmaista esimerkiksi puheenvuoron vaihtumista. Huokailu, haukotus tai harhaileva katse

viestii ohjattavalle ohjaajan kiinnostuksesta ja keskittymisestä ohjaustilanteeseen. Istumisasento, kehonliikkeet ja etäisyys ohjattavaan vaikuttavat ohjaustavoitteen ja viestin perillemenoon. Puhujaa kohti kääntynyt, eteenpäin nojautuva asento kertoo yhteistyöhalusta kun taas poispäin kääntynyt asento on merkki kiinnostuksen puutteesta ja välinpitämättömyydestä. Luonnollisesta ja rennosta asennosta saa vaikutelman aidosta läsnäolosta. Myös kosketuksella voidaan viestiä, esimerkiksi osoittaa lämpöä ja huolenpitoa. On kuitenkin huomioitava jokaisen oma käsitys henkilökohtaisesta reviiristä. Sitä ei tule tarpeettomasti loukata menemällä liian lähelle. Paitsi tilan tarpeella myös tilaan asettautumisella on merkitystä. Aina tulisi pyrkiä tasa-arvoiseen asetelmaan asettautumalla ohjattavan kanssa samalle keskustelukorkeudelle. (Eloranta & Virkki 2011, 68–69; Vänskä ym. 2011, 47.)

3.3 Kuunteleminen ohjaussuhteessa

Kuuleminen ja kuunteleminen ovat kaksi eri asiaa. Kuuleminen on luonteeltaan passiivista vastaanottamista, kun taas kuunteleminen on aktiivista ja vastavuoroista viestintää. Todellinen kuunteleminen vaatii täydellistä keskittymistä ja toisen osapuolen huomioimista ja kunnioittamista. Kuunteleminen edellyttää ulkoisten häiriötekijöiden, ennakoasenteiden ja omien henkilökohtaisten asioiden unohtamista. Ohjaustilanteessa ohjaajan voi olla haasteellista pitäytyä omien mielipiteiden ja ratkaisujen esittämisestä. Ohjaaja voi sortua keskeyttämään puhujan, lopettamaan lauseita hänen puolestaan, tyrkyttämään ratkaisuja, utelemaan tai jopa määräälemään ja moralisoimaan. (Eloranta & Virkki 2011, 69–70.) Ohjaajan kuuntelutaidot ilmenevät siinä, miten hyvin hän kykenee ottamaan kuulemansa huomioon ja tekemään tarkentavia kysymyksiä ja tulkintoja ohjauksen aikana. (Kyngäs ym. 2007, 79.)

Kuunteleminen on ehkä ohjauksen vaikein taito. Se on myös tarkoituksenmukaista reagoimista toisen puheeseen. Ohjaaja osoittaa sanattoman viestinnän avulla kuuntelevansa ja olevansa kiinnostunut ohjattavasta ja hänen näkökulmistaan. Ohjaaja voi osoittaa kuuntelua minimipalautteilla ("mmm", "joo", "niin"), esittämällä lyhyitä kysymyksiä, kuten "Tänä aamuna?" ja "Oliko?", osoittamalla ole-

vansa samaa mieltä ("Kenelläpä niitä ei olisi") tai antamalla affektiivisia palautteita, kuten "Totta kai", "Ihan totta" ja "Ihana". Tämän kaltainen palaute kannustaa ohjattavaa jatkamaan puhettaan. (Vänskä ym. 2011, 50.)

Ohjauksen onnistumisen kannalta on merkittävää, että ohjattava kokee asiaansa pidettävän tärkeänä. Ohjaaja voi osoittaa tämän keskittymisellään. Keskittymistä voi osoittaa luomalla katsekontaktin ja huolehtimalla, että sanallinen ja sanaton viestintä eivät ole ristiriidassa keskenään. Kuuntelua voi osoittaa tarkentavilla kysymyksillä, ilmeillä, eleillä ja kommentteilla. Oikeaan aikaan esitetyt tarkentavat kysymykset voivat saada ohjattavan ymmärtämään tilannettaan ja jopa oivaltaamaan uusia näkökulmia. Tarkentavilla kysymyksillä ohjaaja voi varmistaa ymmärtäneensä asian oikein. Ohjaaja voi myös toistaa puhujan ydinajatuksia omin sanoin tiivistäen puhujan esittämien asioiden sisällön. (Eloranta & Virkki 2011, 66, 69–70.)

4 VIRTSAINKONTINENSSIN KIRURGINEN HOITO JA OHJAUS

Virtsainkontinenssilla tarkoitetaan virtsan tahatonta karkaamista. Virtsan karkailu jaetaan neljään eri tyyppiin: ponnistusinkontinenssi, pakkoinkontinenssi, sekainkontinenssi ja ylivuotoinkontinenssi. Aikuisista inkontinenssipotilaista kolme neljäsosaa kärsii ponnistusinkontinenssista. Ponnistusinkontinenssia hoidetaan ensin konservatiivisin menetelmin. Ensisijainen hoito on lantionpohjan lihasten kuntoutus ja ylipainoisilla painon alentaminen. Lantionpohjan lihasharjoituksilla pyritään vahvistamaan lihaksia ja niiden hallintakykyä. Ponnistusinkontinenssin hoidossa voidaan kokeilla lääkehoitoa vaikkakin sen vaikutus on vähäinen. Mikäli konservatiiviset menetelmät eivät tuota toivottua tulosta ja vaiva on häiritsevää, on harkittava leikkaushoitoa. (Kujansuu & Nilsson 2006, 206–207, 211–212; Llewellyn-Jones 2010, 311; Wuorela 2016.)

4.1 Ponnistusinkontinenssi

Ponnistus- eli rasisusinkontinenssilla tarkoitetaan virtsan karkaamista fyysisen rasituksen tai ponnistuksen, kuten yskäisyyn tai aivastuksen, yhteydessä. Lantionpohjan lihakset ja sidekudokset pettävät ponnistaessa, ja vatsaontelon paine nousee ja ylittää virtsaputken senhetkisen paineen. Virtsaputken sulkutoiminta pettää ja saa aikaan virtsan karkaamisen. Virtsan karkaaminen tapahtuu varoittamatta, eikä siihen liity edeltävää virtsaamisen tarvetta. Yleensä virtsaa karkaa pieni määrä, ja nainen kykenee keskeyttämään virtsasuihkun. Karkaavan virtsan määrä ja virtsan karkaamisen herkkyyks riippuvat vaivan vaikeusasteesta. Ponnistusinkontinenssille altistavat raskaudet, synnytykset, ylipaino, korkea ikä ja runsas tupakointi. Myös hormonaaliset syyt sekä synnyttämisen sidekudosheikkous voivat altistaa ponnistusinkontinenssille. (Ihme & Rainto 2015, 186; Kujansuu & Nilsson 2006, 206–207; Llewellyn-Jones 2010, 310; Tiitinen 2015.)

4.2 Operatiiviset hoitomenetelmät

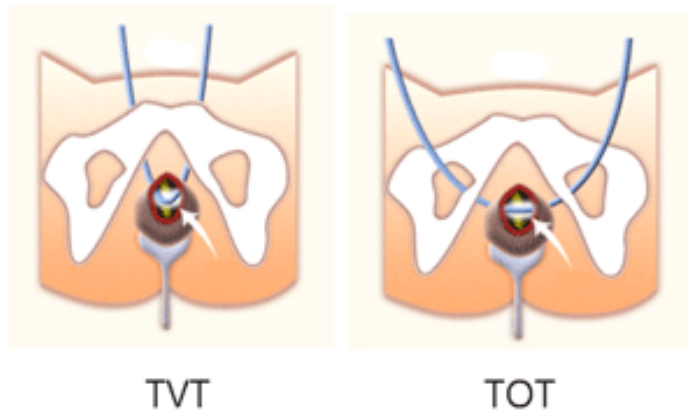
Virtsainkontinenssin leikkaushoito on aiheellinen, jos ponnistusinkontinenssi aiheuttaa merkittävää haittaa potilaalle, eivätkä konservatiiviset menetelmät auta. Inkontinenssileikkauksien tarkoituksena on palauttaa virtsaputken anatominen

tuki, jotta virtsaputki voisi sulkeutua ponnistuksen yhteydessä. Tavallisimmat leikkausmenetelmät ovat TVT, TOT ja TVT-O -nauhamenetelmät (Kuva 1). (Ihme & Rainto 2015, 189; Kujansuu & Nilsson 2006, 214.)

TVT-menetelmässä eli retropubisessa nauhaleikkauksessa (transvaginal tension-free tape) virtsaputken alle asetetaan emättimen kautta verkkomainen polypropyleeninauha, jonka päät viedään häpyluun takaa vatsanpeitteiden päälle, johon nauhan päät kiinnittyvät. Nauha kiristetään siten, että virtsaputkesta karkaa vain tippa virtsaa potilaan yskäistessä. Nauhan laitton jälkeen varmistetaan tähytämällä, että nauha kulkee rakon ulkopuolella. Haavat ommellaan sulavilla ompeleilla. Toimenpide kestää noin 20–30 minuuttia. (Ihme & Rainto 2015, 189; Laurikainen & Niemi 2014.)

TOT (outside-in transobturator tape) ja TVT-O (inside-out transobturator tape) nauhaleikkaukset tehdään obturator-kuopan kautta. TOT-menetelmässä nauha asetetaan nivustaipeesta, viedään virtsaputken alitse ja otetaan ulos molemmin puolin. TVT-O-menetelmässä nauha viedään virtsaputken keskiosaan emättimen kautta iholle eli päinvastoin kuin TOT-leikkauksessa. Molemmissa menetelmissä nauha kulkee lähes vaakasuorasti etummaisten lantionluiden takaa, ja se jätetään löyhästi tukemaan virtsaputkea. TOT- ja TVT-O -menetelmät ovat kestoltaan lyhempiä kuin TVT, sillä niissä ei yleensä tarvitse tehdä virtsarakon tähytystä. (Ihme & Rainto 2015, 191; Laurikainen & Niemi 2014.)

Leikkauksissa käytettävä nauha on sulamatonta verkkomateriaalia, joka kiinnittyy kudoksiin muodostuvan sidekudoksen avulla. Nauhan tarkoituksena on tukea virtsaputken alustaa ja estää virtsan karkaaminen ponnistaessa. Toimenpiteet tehdään leikkaussalissa paikallis- tai spinaalipuudutuksessa. (Ihme & Rainto 2015, 189, 191.)



Kuva 1. TVT- ja TOT-nauhaleikkaukset (Defidio 2015).

4.3 Kirurgisen potilaan ohjaus

Kirurgisten asiakkaiden sairaalassaoloaika on yleensä melko lyhyt ja heidän omasta hoidostaan huolehtiminen painottuu usein kotiin. Sen vuoksi ohjauksen tärkeys korostuu. (Kyngäs ym. 2007, 30.) Ennen leikkausta eli preoperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaan ja läheisten ohjaus. Leikkausta edeltävällä ohjauksella pyritään siihen, että potilas ymmärtää leikkausvalmistelujen merkityksen ja on tietoinen tulevasta leikkauksesta sekä leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Sairaanhoitajan tehtävänä on kertoa potilaalle tulevasta toimenpiteestä ja sen vaikutuksesta leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. Keskustelussa käydään läpi leikkaukseen valmistautuminen, leikkauksen ajankohta, leikkaustapa, anestesia- muoto ja leikkauksen jälkeinen kivunhoito sekä hoito vuodeosastolla. Tutkimusten mukaan ohjauksella on myönteinen vaikutus potilaan toipumiseen, koska hyvin ohjatut potilaat pelkäävät leikkausta vähemmän kuin muut. Heillä esiintyy myös vähemmän pahoinvointia ja toimenpidekomplikaatioita, ja he kotiutuvat nopeammin kuin vähemmän ohjausta saaneet potilaat. (Ahonen ym. 2013, 100; Ihme & Rainto 2015, 195.)

Kotiutumisen edellytyksenä on toimenpiteestä toipuminen niin, että potilas pystyy suoriutumaan vaikeuksitta itsensä ja terveysongelmansa hoitamisesta. Kotiutuessaan potilas tarvitsee tietoa hoidon syistä, tuloksista ja jatkumisesta sekä hoitoon osallistuvista yhteistyötahoista. Potilaalle annetaan myös tarvittaessa jälkitarkastusaika, sairauslomatodistus ja tarvittavat reseptit sekä kotihoito-ohjeet. (Ihme & Rainto 2015, 217.)

Virtsainkontinenssileikkauksesta voi kotiutua jo samana päivänä eli kyseessä on lyhytjälkihoitoinen kirurgia (LYHKI). Lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa potilas tulee sairaalaan leikkauspäivänä ja sairaalassa oloaika on 1–3 vuorokautta. Etuna tällaisessa kirurgiassa ovat kustannussäästöt, sairaalainfektioiden vähentyminen ja nopea kuntoutus. (Ihme & Rainto 2015, 189; Ahonen ym. 2013, 124.)

Çayir, Kizilkaya Beji ja Yalcin (2007) ovat tehneet tutkimuksen *Effectiveness of Nursing Care after Surgery for Stress Urinary Incontinence*, jonka tarkoituksena oli määrittää: 1) virtsainkontinenssileikkauksessa käyneiden turkkilaisten naisten leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita sekä kehittää standardisoitu hoitosuunnitelma ja opasvihkonen, 2) verrata kahdelta eri ryhmältä saatuja tuloksia keskenään ja 3) tutkia ponnistusinkontinenssileikkauksessa käyneiden potilaiden tyytyväisyyttä. Ensimmäisen ryhmän hoidontarve määritettiin tarkkailemalla ja haastatteleamalla, minkä avulla kehitettiin standardisoitu hoitosuunnitelma ja opasvihkonen. Kehitettyjä menetelmiä hyödynnettiin toisen ryhmän potilaiden hoidossa. Tässä tutkimuksessa leikkauksen jälkeisissä komplikaatioissa ei ollut merkittävää eroa ryhmien välillä. Tutkimuksessa kehitettyjen menetelmien avulla ryhmän 2 potilaiden toipumisaika lyheni ja potilastyytyväisyys lisääntyi. (Çayir, Kizilkaya Beji & Yalcin 2007.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, miten virtsainkontinenssileikatut potilaat kokevat saaneensa ohjausta Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla ollessaan. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa naisten kokemuksista potilasohjauksen kehittämiseksi.

Tutkimustehtäviä ovat:

1. Millaisia kokemuksia virtsainkontinenssileikatuilla potilailla on osastolla saadusta ohjauksesta?
2. Millaisia kehittämissuhteita potilailla on ohjaukseen liittyen?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Kvalitatiivisen tutkimuksen määrittelyssä korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus. Laadullinen tutkimus liittyy siis uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin. Sen käyttöalueiksi voidaan kuvata uusia tutkimusalueita, joista ei vielä tiedetä paljoakaan. Lisäksi sitä voidaan käyttää olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan saada uusi näkökulma tai epäillään teorian tai käsitteen merkitystä, tutkimustuloksia tai vakiintunutta tai aiemmin käytettyä metodiikkaa. Asian tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta voi myös olla valinnan perusteena. Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistapojen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen toisin kuin määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67.) Kvalitatiivinen tutkimusote sopii valittuun tutkimuskohteeseen, koska siinä selvitetään potilaiden kokemuksia.

Laadullisella tutkimuksella on monenlaisia merkityksiä hoitotyölle ja -tieteelle. Hoitotyössä tarvitaan eri tavoin koostettua tietoa terveyden ja sairauden kokemuksista, hoitokokemuksista ja ihmisten niille antamista merkityksistä. Laadullinen tutkimus on myös tuonut uudenlaisen ja kriittisen näkökulman näyttöön perustuvan toiminnan arviointiin. Yksi keskeinen merkitys laadullisessa tutkimuksessa on sen mahdollisuus lisätä ymmärtämystä tutkimusilmiöstä. Hoitamisen ilmiöiden ymmärtämiseksi tarvitaan usein ihmisten omia kuvauksia, eikä niitä voida mitata pelkästään määrällisesti tai tutkia tietoa havainnoimalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74.)

6.2 Aineiston keruu

Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71). Tässä tutkimuksessa aineisto saatiin puolistrukturoiduilla yksilöhaastatteluilla. Puolistrukturoidussa eli teemahaastattelussa keskustelun keskeiset asiat on sovittu, mutta aineistonkeruuseen liittyy myös vapauksia. Siinä

laaditaan valmiit teemat tai keskustelun aihepiirit. Haastattelun toteutusta ja kysymysten järjestystä ei suunnitella kuitenkaan liian tarkkaan vaan ne muotoutuvat haastattelun edetessä. Teemahaastattelussa korostuvatkin ihmisten asioille antamat tulkinnat ja merkitykset. Teemahaastattelulla etsitään vastauksia tutkimustehtäviin. Tutkimusaineiston keruussa voidaan hyödyntää teknisiä apuvälineitä aineiston tallentamiseksi, esimerkiksi nauhuria. Tällöin tutkijalla on mahdollisuus palata alkuperäiseen aineistoon tutkimuksen edetessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125–127.)

Tutkimus alkoi tutkimusluvan (Liite 5) saamisen ja toimeksiantosopimuksen (Liite 6) allekirjoittamisen jälkeen marraskuussa 2015. Tutkimusaineiston keruu alkoi tammikuussa 2016 viemällä saatekirjeet (Liite 1) Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolle. Henkilökunta jakoi kirjeitä virtsainkontinenssileikkauksissa käyneille potilaille. Halutessaan osallistua tutkimukseen potilas jätti täytetyn suostumuslupalomakkeen (Liite 1) osastolla olevaan palautuslaatikkoon, jonka jälkeen heihin oltiin yhteydessä ja sovittiin haastattelun ajankohdasta ja paikasta. Haastateltavia tutkimukseen saatiin kaksi. Tutkimukseen oli tavoitteena saada 3–5 haastateltavaa, mutta aika ei riittänyt siihen, koska tutkimuksen täytyi edetä. Palautuslaatikko ja saatekirjeet haettiin pois osastolta toukokuun 2016 lopulla. Ensimmäinen haastattelu toteutettiin maaliskuussa 2016 ja toinen toukokuussa 2016. Ensimmäisen haastattelun jälkeen teemahaastattelurunkoa (Liite 2) muutettiin. Toinen haastattelu toteutettiin muutetulla teemahaastattelurungolla (Liite 3). Haastattelut äänitettiin ja kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin analyysia varten.

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota käytetään kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Sen tavoitteena on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Induktiivisessa analyysissä on tarkoitus luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–167.)

Aineiston litteroinnin jälkeen tekstiin tutustutaan kunnolla ja luetaan useaan kertaan läpi. Analyysi aloitetaan analyysiyksikön valinnalla, joka voi olla yksittäinen

sana tai teema. Analyysiyksikkö voi olla myös laaja ja käsittää useita lauseita. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95). Ne toimivat punaisena lankana aineistonanalyysia tehtäessä. Aineistosta etsitään sisällöllisiä väittämiä, jotka ilmaisevat jotain tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Aineistosta löytyneet väittämät pelkistetään ja kirjoitetaan erilliselle paperille, minkä jälkeen aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Sisällöltään samanlaiset väittämät yhdistetään kategorioiksi, jotka nimetään mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaavalla nimellä. Aineiston ryhmittelyn jälkeen alakategoriat yhdistetään ja niistä muodostetaan yläkategorioita ja näitä kokoavia käsitteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 168–169.)

Litteroinnin jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan läpi, jotta se tulisi tutuksi. Kesäkuussa 2016 aineistosta alettiin etsiä tutkimustehtäviin vastaavia ilmaisuja. Ilmaisut poimittiin aineistosta, pelkistettiin ja etsittiin yhteneväisyyksiä. Samankaltaiset pelkistykset yhdistettiin alakategorioiksi ja edelleen yläkategorioiksi. Kaikille kategorioille keksittiin sisältöä kuvaava nimi. Elokuussa 2016 analyysi oli valmis tutkimustulosten kirjoittamista varten.

7 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, miten virtsainkontinenssileikatut potilaat kokevat saaneensa ohjausta Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla. Tutkimukseen osallistui kaksi henkilöä, ja aineisto saatiin teemahaastatteluiden avulla. Tutkimustulosten mukaan kokemukset olivat positiivisia. Analyysin pohjalta muodostui neljä yläkategoriaa, jotka ovat hoitaja ohjaajana, tiedonanto, ympäristötekijät ja ohjauksen kehittäminen. Hoitaja ohjaajana -yläkategorian alla ovat alakategoriat hoitajan ominaisuudet ja vuorovaikutustaidot, tiedonanto-yläkategorian alla on ohjauksen sisältö, ympäristötekijöiden alla tilat, ilmapiiri ja ajankäyttö ja viimeinen yläkategoria on ohjauksen kehittäminen, jonka alla alaluokka kehitysideat. Näiden kaikkien yhdistävänä kategoriana on ohjaaminen hoitotyössä.

7.1 Hoitaja ohjaajana

Tutkimukseen osallistujien kokemukset hoitajista olivat myönteisiä. Hoitajan ominaisuuksista tärkeäksi koettiin, että hoitajat ovat kohteliaita ja ystävällisiä kiireestä huolimatta. Paunonen (2000) on tehnyt tutkimuksen Potilasohjaus päiväkirurgiassa, jonka päätarkoituksena oli tuottaa tietoa päiväkirurgisen polventähystyspotilaan potilasohjauksen perustaksi. Siinä tutkimustulokset olivat samankaltaisia. Potilaat arvostivat hoitajien ystävällisyyttä, hienotunteisuutta, inhimillisyyttä, iloisuutta, hyväntahtoisuutta viestivää kehonkieltä ja huumoria sekä halukkuutta vastata potilaan esittämiin kysymyksiin. (Paunonen 2000, 2, 67–68.) Tässä tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat näin:

”Kohteliaita oli ne hoitajat ja kaikki.”

”– minä ainaki ajattelen, että se pitäis olla niin, että ystävällisiä ovat ne hoitajat, vaikka niillä on kiirettä, ainahan niillä on kiirettä.”

”Kuitenki ne silti saattaa olla ystävällisiä eikä nyrpistä nennää tai sillä lailla” (kiire)

Vastaajien mukaan työskentely osastolla oli ammattitaitoista, ja hoitajat olivat alttiita auttamaan ja vastaamaan potilaiden kysymyksiin. Positiivisena ohjauksen kannalta koettiin myös hoitajan rentous ja hymyileminen. Kääriäinen, Kyngäs,

7.2 Tiedonanto

Tutkimukseen osallistujat olivat saaneet osastolla sekä suullista että kirjallista ohjausta. Ohjeet koettiin pääosin hyviksi. Potilaat olivat saaneet ohjausta syömisestä, lääkityksestä ja itse toimenpiteestä. Potilaille oli ohjattu myös leikkauksen jälkeinen virtsaaminen ja tarvittaessa kertakatetroiminen. Potilaat olivat saaneet tietoa myös sairausloma-asioista ja heitä oli ohjattu varovaisuuteen leikkauksen jälkeen.

Lipponen (2014) tutkimuksen Potilasohjauksen toimintaedellytykset tarkoituksena oli kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämistä. Tutkimuksesta kävi ilmi, että erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöllä oli hyvät (49 %) tai kiitettävät (51 %) tiedot potilaiden sairauksista. Heillä oli myös hyvät potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot. Parhaimmiksi he kokivat taitonsa ohjata potilasta jatkohoitoon sekä taitonsa potilaan ohjaamisessa itsehoitoon. Myös hoitoon valmistamisen taito oli heillä hyvää. (Lipponen 2014, 5, 45-46.) Tässä tutkimuksessa osallistujat kuvasivat ohjauksen sisältöä näin:

”– kyllä ne käytiin kaikki läpi, miten tehään ja sitten ne oli kaikki vielä paperilla.”

”– tuli kaikki paperilla nämä, että minun pittää, siinä oli neljä eri kohta, niinku valmistautuminen kaikkeen.”

”– hyväthän ne on ne Länskän ohjeet, tosi hyvät.”

”– se paperi oli tärkeä niinkö semmonen muistintuki, ja että mitä niinkö jatkossa, että ei tule jälkitarkastusta ei ole, ja että sairausloma on sen ja sen pitunen, ja mitä siinä pittää varoa.”

”– että mistä se niinkö laitetaan se tuki, tää verkko. – ja mistä se pannaan niinku sisälle, miten se sitten toimii.”

”Lähin sieltä niin minä tiesin kaikki, mitä pittää tehdä ja mitä varoa, ja ettei nostaa.”

7.3 Ympäristötekijät

Ympäristötekijöistä ohjausilmapiiri koettiin hyväksi eikä häiriötekijöitä ilmennyt. Osaston rauhallisuutta pidettiin hyvänä asiana. Tutkimukseen osallistuneiden mielestä ohjaukseen käytettiin paljon aikaa ja ajankäyttö oli riittävää. Tilat, joissa ohjaus tapahtui, olivat tutkimustulosten mukaan asialliset, eikä vanhoilla tiloilla ollut vaikutusta ohjaukseen. Kääriäinen ym. (2006) tutkimuksessa yli puolet (59 %) hoitohenkilöstöstä arvioi aikaa olevan ohjaukseen liian vähän ja tilojen olevan epäasianmukaisia (Kääriäinen 2006, 10). Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös Lipposen (2014) tutkimuksessa Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Siinä 40 prosenttia erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöstä arvioi ohjaustilat riittäviksi ja jopa 74 prosenttia piti ohjaukseen käytettävää aikaa riittämättömänä. (Lipponen 2014, 47.) Tässä tutkimuksessa osallistujat kokivat näin:

”– ei häirinny mikkään. – Siellä oli hyvin rauhallista siinä osastolla, missä olin. – Senki puolesta oli hyvä”

”Aikaa käytettiin kyllä hyvin minun mielestä tosiaan –.”

”Minusta se riitti aivan, aivan hyvin –.”

”Vanhoja tilojahan ne on, mutta ei se minusta siihen mitenkään vai kuta.”

”Kyllä ne aivan asialliset on kuitenkin.”

7.4 Ohjauksen kehittäminen

Haastattelun lopuksi tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin ideoita ohjauksen kehittämiseksi. Pääosin ohjaukseen oltiin hyvin tyytyväisiä. Myös Paunosen (2000) tutkimuksessa potilaat kertoivat olevansa tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen (Paunonen 2000, 2). Kuitenkin Lipposen (2014) tutkimuksessa hoitohenkilöstö toivoi, että ohjaukseen olisi enemmän aikaa. Hoitohenkilökunta piti myös ohjaustiloja puutteellisina ja kaipasivat enemmän ohjausta tukevaa materiaalia, kuten potilasohjeita. (Lipponen 2014, 49, 60.) Tässä tutkimuksessa vastaaja totesi näin:

”– jos on tällai niinkö se on nyt ni minä oon aivan tyytyväinen.”

Kehitysideaksi tässä tutkimuksessa esitettiin, että potilaalle näytettäisiin asennettava tukinauha ennen toimenpidettä. Kehitettävää ilmeni myös ennen leikkausta

kotiin lähetettävän kirjallisen ohjeen osalta. Toivomuksena oli, että kirjeessä olevat toimintaohjeet laitettaisiin aikajärjestykseen.

”Sitä olis kaivannu, että ois nähny, minkälainen se oli se tukiverkko, mikä sinne laitetaan.”

”Vähän siinä oli niinkö hassusti se, että olis pitäny ykkösenä olla se, mistä lähetään – ko siinä oli se viimisenä eli niinku nelosena. – Se olis voinu olla toisin päin.”

7.5 Johtopäätökset

Tähän tutkimukseen osallistui ainoastaan kaksi henkilöä, joten johtopäätösten tekeminen on rajallista. Molempien osallistujien kokemukset olivat kuitenkin samansuuntaisia. Ohjaukseen Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla oltiin hyvin tyytyväisiä, ja molemmat kokivat saaneensa tarpeeksi ohjausta ja neuvontaa myös sitä pyydettyä. Henkilökuntaa pidettiin ammattitaitoisena ja potilaan kohtaamisessa ei ollut moitittavaa. Ohjauksen sisällössä ei koettu olevan puutteita, ja kaiken saamansa tiedon osallistujat kokivat tarpeelliseksi.

Suurempia kehittämisen kohteita ohjauksesta ei löytynyt. Toinen osallistujista koki ennen leikkausta kotiin lähetettävän kirjallisen toimintaohjeen epä johdonmukaisena ja toivoi sen aikajärjestyksen muuttamista. Hän toivoi myös, että olisi saanut nähdä asennettavan tukinauhan ennen toimenpidettä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että naistentautien osaston henkilökunnan asennoituminen ohjaukseen kohtaan on myönteinen, ja heillä on tarvittavat tiedot virtsainkontinenssi-leikatun potilaan ohjauksen toteuttamiseksi.

8 POHDINTA

Tutkimus käynnistyi tammikuussa 2016. Tarkoituksena oli saada esitettyä se saman vuoden keväänä. Ajattelimme, että 3–5 haastateltavaa löytyisi helposti, mutta se osoittautuikin luultua vaikeammaksi. Tämän vuoksi opinnäytetyön prosessi viivästyi. Tutkimuksen hitaan etenemisen vuoksi motivaatio opinnäytetyön tekemiseen ajoittain laski. Etenkin pitkien taukojen jälkeen työn jatkaminen tuntui vaikealta. Oman haasteensa työn tekemiseen toi se, että teoreettista viitekehystä ei voinut alkaa kirjoittamaan ennen kuin olimme saaneet ensimmäisen haastattelun tehtyä.

Opinnäytetyön tekemisessä haastavinta oli itse haastattelu, sisällönanalyysin tekeminen ja tutkimusten löytäminen. Haastattelemisessa vaikeaa oli kysymysten muotoileminen siten, etteivät ne johdattelisi vastaajia. Kysymysten täytyi olla myös sellaisia, että vastauksista saisi mahdollisimman paljon tietoa. Haastatteluiden toteuttaminen opetti meille, kuinka teemahaastattelu tapahtuu. Hyväksi haastattelijaksi tuleminen vaatii paljon harjoitusta. Sisällönanalyysi pelotti meitä kaikista eniten, mutta se osoittautuikin mielenkiintoiseksi, kun palaset alkoivat loksahdella paikoilleen. Tutkimusten etsimisessä meillä oli aluksi vaikeuksia. Saimme apua koulumme kirjaston informaattikolta, mikä selkeytti tiedonhakua huomattavasti.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää toimeksiantaja, lähteiden monipuolinen käyttö, sekä samansuuntaiset tutkimustulokset verrattuna muihin työssä käytettyihin tutkimuksiin. Toimeksiantajan mukana oleminen varmisti, että tutkimukseen osallistujat olivat oikeasti käyneet virtsainkontinenssileikkauksessa. Jos haastateltavat olisi saatu esimerkiksi jonkun keskustelupalstan kautta, ei olisi ollut varmuutta siitä, että vastaajat olisivat olleet kyseisissä leikkauksissa. Esiinnyimme saatekirjeissä koko nimillämme, mikä myös lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Luotettavuutta kuitenkin heikentää suppea aineisto, joka saatiin kahdesta haastattelusta. Luotettavuutta heikentää myös se, että haastatteluissa käytettiin eri teemahaastattelun runkoja, koska ensimmäinen haastattelu oli testihaastattelu. Lähteitä käytimme monipuolisesti sisältäen sekä suomalaisia että ulkomaalaisia

kirjoja, tutkimuksia ja Internet-lähteitä, mikä on oleellista tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Vertasimme tutkimustuloksia muihin tutkimuksiin, ja tulokset olivat pääosin samankaltaisia. Tämä myös lisää tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta lisää osaltaan liitteenä oleva analyysikaavio ja tekstissä esiintyvät haastatteluista saadut suorat lainaukset.

Tutkimuksen eettisyyttä lisää saatekirjeissä annettu tieto tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä tutkimuksen etenemisestä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen sai keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistujat myös allekirjoittivat suostumusluvan, joka oli saatekirjeen yhteydessä. Tutkittavien henkilöllisyys ei tullut esille missään vaiheessa tutkimusta ja tutkimuksesta saatu aineisto hävitettiin asiallisesti heti tutkimuksen päätyttyä.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa naisten kokemuksista potilasohjauksen kehittämiseksi. Aineistoa saatiin melko suppeasti, ja ohjaukseen oltiin pääosin tyytyväisiä. Tämän vuoksi kehittämissuhteita ei juuri ilmennyt. Tulokset kuitenkin tuovat toimeksiantajalle tietoa siitä, että ohjaus osastolla toteutuu hyvin. Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi samankaltainen tutkimus Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla olleille ensisynnyttäjäille. Ohjausta voisi tutkia kyseisellä osastolla myös määrällisenä tutkimuksena, johon voisivat osallistua kaikki osastolla hoidossa olleet.

LÄHTEET

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

Çayir, G., Kizilkaya Beji, N. & Yalcin, O. 2007. Effectiveness of Nursing Care after Surgery for Stress Urinary Incontinence. Urologic Nursing Vol. 27 No 1, 25.

Defidio, Lorenzo 2015. Interventi chirurgici: TVT – TOT. Viitattu 18.5.2016
<http://www.lorenzodefidio.com/genitali/interventi-chirurgici/tvt-tot/>

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

Hankonen A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu: Oulun yliopistopaino Oy.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Viitattu 31.5.2016.
<http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

Ihme, A. & Rainto, S. 2015. Naisen terveys. 2. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Iivanainen, A. 2010. Sisätauti-kirurgisen potilaan hoitotyö. Teoksessa A. Iivanainen, M. Jauhiainen & P. Syväoja (toim.) Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Jauhiainen, M. 2010. Naisen sairaudet. Teoksessa A. Iivanainen, M. Jauhiainen & P. Syväoja (toim.) Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

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

Kujansuu, E. & Nilsson C. 2006. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa T.-M. Rintala, S. Kotisaari, S. Olli & R. Simonen (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

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

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu. Oulu university Press.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede Vol. 18, No 1/-06.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Laurikainen, E. & Niemi, K. 2014. Transobturatorinen inkontinenssileikkaus (TVT-O) naisten virtsankarkailun hoidossa. Suomen Lääkärilehti. Suomen Lääkäriliitto. Viitattu 18.5.2016.
http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=ykt00287&p_haku=ponnistusinkontinenssi

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Llewellyn-Jones, D. 2010. The urinary tract and its relationship to gynaecology. Teoksessa J. Oats & S. Abraham (toim.) Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology. 9. painos. Kiina: Elsevier Limited.

Paunonen, T. 2000. Potilasohjaus päiväkirurgiassa. Laadullinen tutkimus päiväkirurgisen polventähystyspotilaan kokemuksista, odotuksista ja tarpeista hoitoketjun eri vaiheissa. Jyväskylän yliopisto. Terveyskasvatus. Pro gradu -tutkielma.

Tiitinen, A. 2015. Virtsankarkailu naisella. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 18.5.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00182

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 10. uudistettu painos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusohjauksessa kehittyminen. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Weström, L., Åberg, A., Anderberg, E. & Andersson, U-B. 2005. Obstetrik och gynekologi—Klinik och vård. 3. painos. Lund: Studentlitteratur.

Wuorela, M. 2016. Virtsainkontinenssipotilaan hoito. Geriatria. Duodecim Oppiportti. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 18.5.2016.
<http://ez.lapinamk.fi:2051/op/ger03403/do#q=ponnistusinkontinenssi>

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Teemahaastattelun runko 1
- Liite 3. Teemahaastattelun runko 2
- Liite 4. Analyysikaavio
- Liite 5. Tutkimuslupahakemus
- Liite 6. Toimeksiantosopimus

Arvoisa vastaanottaja!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lapin ammattikorkeakoulun hyvinvointipalvelujen yksiköstä Kemin kampukselta. Teemme opinnäytetyönämme tutkimuksen, jonka tarkoituksena on kuvailla virtsankarkailuleikkauksessa käyneiden henkilöiden kokemuksia ohjauksesta naistentautien osastolla. Tarkastelemme sekä ennen leikkausta että sen jälkeen tapahtuvaa ohjausta. Tarvitsemamme tiedon keräämme yksilöhaastatteluiden avulla. Opinnäytetyömme ohjaavina opettajina toimivat Tarja Lipponen ja Satu Rainto. Tutkimusluvan olemme saaneet 16.11.2015.

Haastattelut toteutetaan keväällä 2016, ja niihin valitaan 3–5 haastateltavaa. Haastatteluun varataan aikaa noin tunti. Osallistumisenne haastatteluun on meille tärkeää, jotta saamme Teidän omakohtaisen kokemuksenne ohjauksesta naistentautien osastolla. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa inkontinenssileikatun potilaan ohjauksen parantamiseksi.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisenne voitte halutessanne perua missä vaiheessa tahansa. Toteutamme tutkimuksen yhteistyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan kanssa.

Haastattelut nauhoitetaan ja siinä saadut tiedot käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön. Haastattelussa saatua aineistoa säilytetään ulkopuolisten ulottumattomissa koko tutkimuksen ajan ja tuhotaan analysoinnin jälkeen. Myös haastattelussa Teidän meille antamanne tiedot ovat luottamuksellisia. Henkilöllisyyttenne ei tule esille missään vaiheessa tutkimusta. Emme käytä opinnäytetyösämme haastateltavien nimiä tai mitään muuta tietoa, josta haastateltava olisi tunnistettavissa. Meitä sitoo salassapitovelvollisuus.

Liite 1 2(3)

Tutkimustulokset ovat luettavissa Internetissä vuoden 2016 loppuun mennessä. Ne julkaistaan Theseuksessa, josta löytyy ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut. (www.theseus.fi)

Ohessa meidän yhteystietomme, mikäli Teillä tulee jotain kysyttävää tutkimukseemme liittyen.

Ystävällisin terveisin,

sairaanhoitajaopiskelija

Nina Erkinantti

p. 040 593 ****

nina.erkinantti@edu.lapinamk.fi

sairaanhoitajaopiskelija

Heli Ylikitti

p. 040 527 ****

heli.ylikitti@edu.lapinamk.fi

Suostumuslupa haastatteluun

Antaessanne suostumuksen haastatella teitä kirjoittakaa alla olevaan kohtaan nimenne. Yhteystietojanne tulemme käyttämään vain sopiaksemme kanssanne haastatteluajankohdasta ja -paikasta.

Jättäkää alaosa teitä hoitaneelle hoitohenkilöstölle (L-PKS:n naistentautien osasto) tai palautuslaatikkoon.

Kiitokset päätöksestänne osallistua haastatteluunne!

Kyllä, haluan osallistua haastatteluun _____ (X)

Nimi: _____

Kirjoitattehan yhteystietonne, jotta voimme tarvittaessa ottaa teihin yhteyttä.

Puhelinnumero: _____

Paikkakunta: _____

Teemahaastattelun runko

TAUSTATIEDOT

- Ikä? Koulutus?
- Oletteko aiemmin olleet virtsankarkailuleikkauksessa?

1. TEEMA: VUOROVAIKUTUSTAITO

- Keneltä saitte ohjausta ennen leikkausta? Keneltä saitte ohjausta leikkauksen jälkeen?
- Kuvailkaa ohjaajan vuorovaikutustaitoja. (puhetyyli, katsekontakti, läsnäolo, kuunteleminen...)
- Miten koitte ohjaajan vuorovaikutustaitojen vaikuttaneen ohjaustilanteeseen?
- Miten ohjaustilanteessa tuli ilmi Teidän ja ohjaajanne välinen tasavertaisuus?

2. TEEMA: FYYSINEN YMPÄRISTÖ

- Millaisissa tiloissa ohjaus tapahtui?
- Millainen ilmapiiri tilassa oli?
- Kuvailkaa tilan mahdollisia häiriötekijöitä.

3. TEEMA: PREOPERATIIVINEN OHJAUS

- Millainen mielikuva Teillä oli toimenpiteestä ennen ohjauksen saamista?
- Millaista tietoa saitte toimenpiteestä?
- Kuvailkaa saamaanne ohjausta.
- Millaista odotitte ohjauksen olevan?
- Kuvailkaa ennen leikkausta saadun ohjauksen laatua?

Mitä asioita ohjauksessa käytiin läpi?

Kuinka paljon ohjaukseen käytettiin aikaa?

- Millaista tietoa olisitte kaivannut ennen toimenpidettä?

4. TEEMA: POSTOPERATIIVINEN OHJAUS

- Millaista tietoa saitte toimenpiteen jälkeen?
- Kuvailkaa saamaanne ohjausta.
- Kuvailkaa leikkauksen jälkeisen ohjauksen laatua?

Kuinka paljon ohjaukseen käytettiin aikaa?

Mitä asioita ohjauksessa käytiin läpi?

- Millaista apua saitte ohjauksesta?
- Millaista tietoa olisitte halunneet saada?

Teemahaastattelun runko

1. Kertokaa ohjaajien vuorovaikutustaidoista.

vuorovaikutustaidot (puhetyyli, katsekontakti, läsnäolo, kuunteleminen, vaikut-
tiko ohjaukseen, tasavertaisuus)

millaista, ajankäyttö

fyysinen ympäristö, mahdolliset häiriötekijät, kiireettömyys

2. Kertokaa tilasta, jossa ohjaus tapahtui.

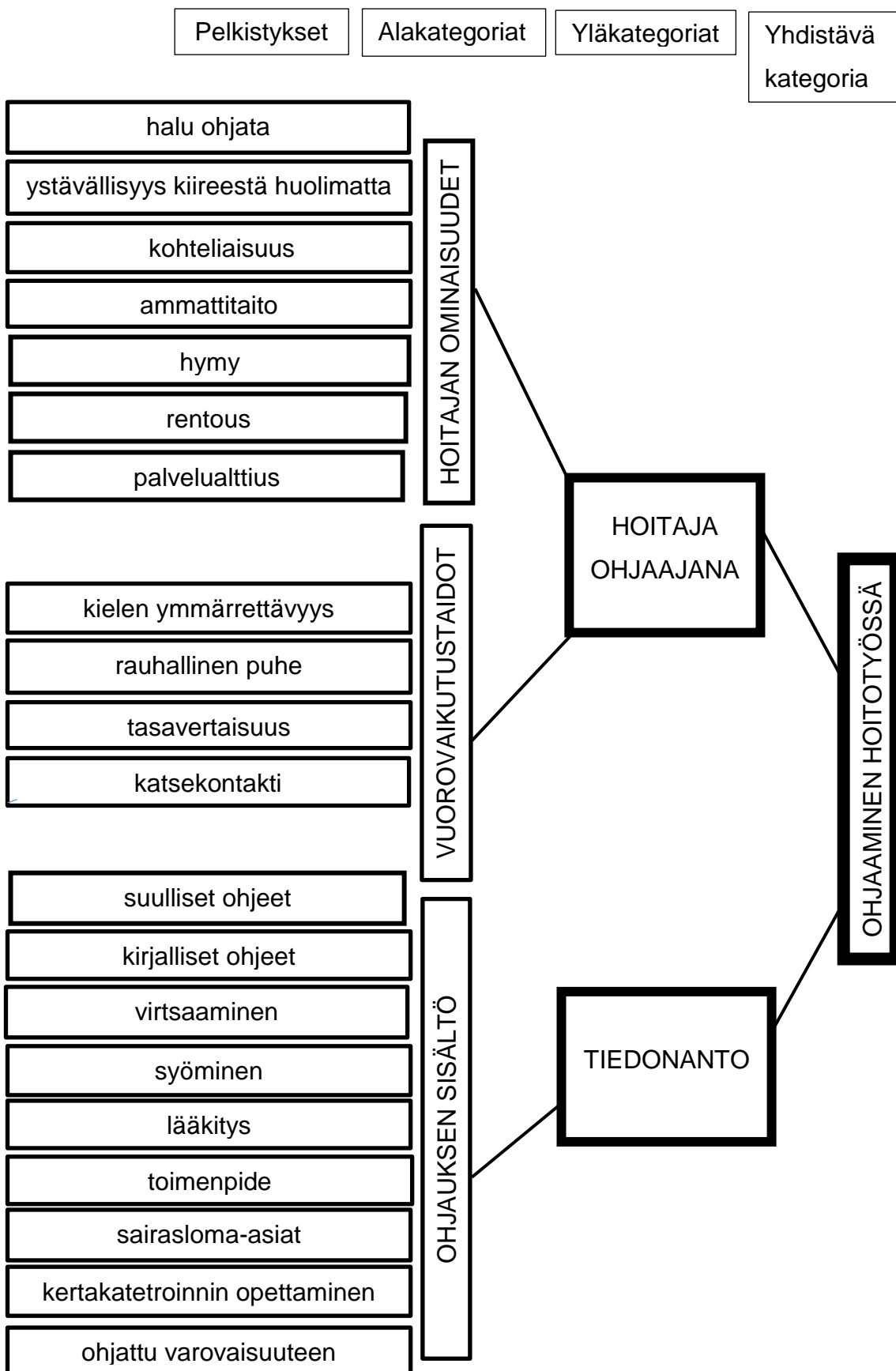
fyysinen ympäristö, mahdolliset häiriötekijät, kiireettömyys

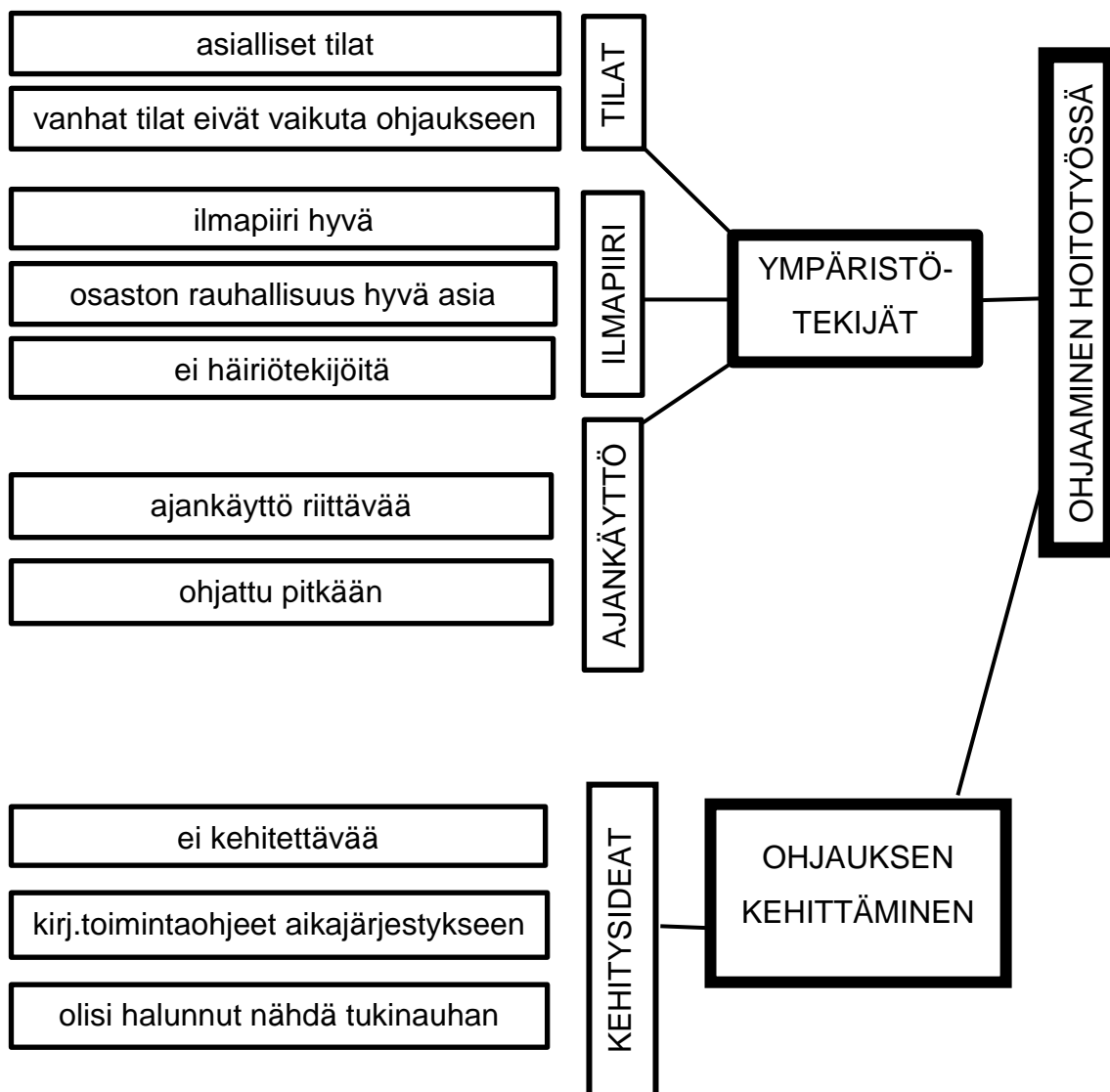
3. Mitä kehitettävää ohjauksessa?

ohjaustapa, enemmän tietoa?

4. Kertokaa millainen on mielestänne hyvä ohjaaja.

Liite 4 1(2)





OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan / hakijoiden henkilötiedot	Nimi Nina Erkinantti Heli Ylikitti	Henkilötunnus	
	Katuosoite	Postinumero 94100 94100	Postitoimipaikka Kemi
	Puhelin	Sähköpostiosoite nina.erkinantti@edu.lapinamk.fi heli.ylikitti@edu.lapinamk.fi	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Lapin AMK	Hakijan tehtävä/virka-asema sairaanhoidajaopiskelija	
Opinnäytetyön ohjaaja(t)	Nimi Tarja Lipponen Satu Rainto	Oppiarvo ja ammatti lehtori lehtori	
	Toimipaikka ja osoite Terveysala, Meripuistokatu 26, 94100 Kemi		
	Puhelin 050-4276433 050-3109355	Sähköpostiosoite tarja.lipponen@lapinamk.fi satu.rainto@lapinamk.fi	
Toimeksiantaja	Toimeksiantaja Länsi-Pohjan keskussairaala		
	Yhteystiedot Eeva Nahkiaisaja, eeva.nahkiaisaja@lpsHP.fi		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Kemi 12.11.2015	Allekirjoitus Eeva Nahkiaisaja	
Luvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa evätään	
	Perustelut		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Kemi 16.11.2015	Allekirjoitus Juha Kursu	
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti <input checked="" type="checkbox"/> Hakija vastaa kustannuksista itse, ellei toisin sovita <input type="checkbox"/> Muu ehto		
Päätöksestä tiedottaminen	<input type="checkbox"/> opinnäytetyön hakijalle/ hakijoille <input type="checkbox"/> ohjaaville opettajille <input checked="" type="checkbox"/> yksiköille, jota luvan myöntäminen koskee <input type="checkbox"/> jokin muu, kuka?		

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmä

Tutkinto, johon tutkimus sisältyy	Sairaanhoidajan AMK-tutkinto	
Opinnäytetyön tekijät tekijä(t)	Nina Erkinantti Heli Ylikitti	
Opinnäytetyön nimi	Virtsainkontinenssipotilaiden kokemukset ohjauksesta naistentautien osastolla	
Opinnäytetyön tausta	Opinnäytetyön idea lähti liikkeelle omasta kiinnostuksesta tutkia naisten kokemuksia saadusta ohjauksesta. Lopullinen aihe muotoutui yhteistyössä opettajien ja toimeksiantajan kanssa.	
Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja mahdolliset tutkimus-ongelmat	Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa naisten kokemuksista, jotta ohjausta voidaan kehittää. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata naisten kokemuksia pre- ja postoperatiivisesta ohjauksesta naistentautien osastolla. Tutkimustehtäviä ovat: 1. Millaisia kokemuksia virtsainkontinenssipotilailla on osastolla saadusta ohjauksesta? 2. Millaisia kehittämisehdotuksia potilailla on ohjaukseen liittyen?	
Opinnäytetyön alustava aikataulu	Suunnitelma valmis 11/2015 Haastattelut alkaen 12/2015 Opinnäytetyö valmis keväällä 2016	
Tarvittaessa opinnäytetyön rahoitus, rahoittajat ja budjetti		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Kemi 23/11/2015	Allekirjoitus Nina Erkinantti, Heli Ylikitti

 Liitteenä hyväksytty opinnäytetyösuunnitelma (tarvittaessa)

10/11-15 demotilaisuus hyväksyty
 julkaisi / San Ratinen

LAPIN AMK

Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Länsi-Pohjan Keskussairaala Yhteystiedot (yhteys henkilö, puhelin, sähköposti) Eeva Nahkiaisola, eeva.nahkiaisola@lpsph.fi	
	Työn aihe Virtsainkontinenssipotilaiden kokemukset ohjauksesta naistentautien osastolla	
Tekijä	Nimi Nina Erkinantti Heli Ylikitti	Opiskelijanumero a1301183 a1301196
		Postinumero 94100 94100
		Postitoimipaikka Kemi
		Sähköpostiosoite nina.erkinantti@edu.lapinamk.fi heli.ylikitti@edu.lapinamk.fi
	Suoritettava tutkinto sairaanhoitaja	Ryhmätunnus K702H13S
Lapin AMK	Yhteys henkilön nimi (ohjaaja) Tarja Lipponen Satu Rainto	Tehtävänimike lehtori
	Toimipaikka ja osoite Terveysala, Meripuistokatu 26, 94100 Kemi	
	Puhelin	Sähköpostiosoite tarja.lipponen@lapinamk.fi satu.rainto@lapinamk.fi
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Thesusus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuksen nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisällistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	12.11.2015	Eeva Nahkiaisola
Tekijä	12.11.2015 Kemi	Nina Erkinantti Heli Ylikitti
Lapin AMK	12.11.2015 Kemi	Tarja Lipponen Satu Rainto