



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KOHDUNPOISTOPOTILAAN POSTOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Hoito-ohjeet hoitohenkilökunnalle

Netta-Ida Stüber

Titta Tuominen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

STÜBER, NETTA-IDA & TUOMINEN, TITTA
Kohdunpoistopotilaan postoperatiivinen hoitotyö
Hoito-ohjeet hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyö 60 sivua
Lokakuu 2016

Kokonaisvaltaisen hoitotyön periaate on, että potilas kohdataan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Kohdunpoistopotilaan postoperatiivinen hoitotyö koostuu leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä sisältäen hoitotyön eri vaiheet. Lait, asetukset ja eettiset periaatteet ohjaavat näyttöön perustuvaa käytännön hoitotyötä. Opinnäytetyön raportti laadittiin näyttöön perustuvan toiminnan pohjalta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä hoito-ohjeet kohdunpoistopotilaan postoperatiivisesta hoitotyöstä Hatanpään sairaalan hoitohenkilökunnalle. Tehtävänä oli selvittää, mitä hoitajien tulee huomioida kohdunpoistopotilaan kokonaisvaltaisessa postoperatiivisessa hoitotyössä sekä millainen on laadukas hoito-ohje hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tarve oli työelämälähtöinen, sillä kohdunpoistopotilaita on osastolla harvoin. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ajantasaista tietoa hoitajille, että he sen avulla osaavat toteuttaa kohdunpoistopotilaan kokonaisvaltaista postoperatiivista hoitotyötä.

Opinnäytetyössä käytettiin toiminnallista tuotukseen painottuvaa metodia. Opinnäytetyö koostui raportista sekä hoito-ohjeesta. Hoito-ohje rakennettiin etenemään loogisesti priorisoiden kohdunpoistopotilaan hoidon tarpeet, kuten raportissa esitettiin. Hoito-ohje julkaistiin Tampereen kaupungin sisäisessä intrassa, joten hoito-ohjetta ei julkaista opinnäytetyön raportin yhteydessä. Opinnäytetyön tuotoksella pyritään helpottamaan ja ohjaamaan hoitajan toimintaa hoidettaessa kohdunpoistopotilasta. Valmista tuotosta voidaan käyttää pehdytyksen apuvälineenä ja muistin tukena kohdunpoistopotilaita hoidettaessa. Aihetta voitaisiin jatkossa tutkia kohdunpoistopotilaiden psyykkisen- ja seksuaalisen toipumisen näkökulmasta. Lisäksi voitaisiin tutkia hoito-ohjeiden käyttöä ja käytettävyyttä.

Asiasanat: kohdunpoistopotilas, kokonaisvaltainen hoitotyö, postoperatiivinen hoitotyö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

STÜBER, NETTA-IDA & TUOMINEN, TITTA:
Postoperative Care for a Hysterectomy Patient
Regimen for the Staff

Bachelor's thesis 60 pages
October 2016

The principle of comprehensive care is that the patient is met as a physical, mental and social being. The care of a hysterectomy patient consists of post-surgery care including different stages of care. Laws, guidelines and ethical principles guide demonstration based practical care. The report of the thesis was created based on actions used in the demonstration.

The purpose of the thesis was to create regimen for Hatanpää hospital's staff for postoperative care of a hysterectomy patient. The necessity of the thesis was work-based due to the fact there are rarely hysterectomy patients in the ward. The objective of the thesis was to produce updated information for nurses with the help of which they can execute comprehensive postoperative care for a hysterectomy patient.

A functional, output oriented method was used in the thesis. The thesis consists of a report and a regimen. They were created to proceed logically, prioritizing care for a hysterectomy patient as presented in the report. The regimen was published in the city of Tampere's internal intra, therefore it is not published as an attachment of the report. Output of the thesis is aiming to ease and guide nurses' actions when taking care of a hysterectomy patient. Finalized output can be used as a tool in the introduction and support when taking care of a hysterectomy patient. A hysterectomy patient's mental and sexual recovery could be proposals for follow-up research. In addition, usage and usability of the instructions could be studied.

Key words: hysterectomy patient, comprehensive care, postoperative care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Kohdun anatomia.....	8
3.1.1	Kohdunpoiston indikaatiot.....	9
3.1.2	Kohdunpoiston menetelmät	11
3.2	Kohdunpoistopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö	12
3.3	Kohdunpoistopotilaan postoperatiivinen hoitotyö.....	14
3.4	Kipu	17
3.4.1	Postoperatiivisen kivun tarkkailu.....	19
3.4.2	Postoperatiivinen kivun hoito	20
3.5	Nestehoito	23
3.6	Postoperatiivinen pahoinvointi	25
3.7	Leikkaushaava ja haavan paraneminen.....	27
3.7.1	Leikkaushaavan hoito.....	29
3.7.2	Leikkaushaavainfektion tunnistaminen.....	30
3.8	Erittäminen.....	31
3.9	Ravitseminen.....	32
3.10	Liikkeelle leikkauksen jälkeen.....	35
3.11	Psyykinen toipuminen.....	36
3.12	Seksuaalisuus	37
3.12.1	Seksuaalisuus hoitotyössä	38
3.12.2	Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen.....	38
3.12.3	Seksuaalisuus kohdunpoiston jälkeen	41
3.13	Kohdunpoistopotilaan kotiuttaminen.....	42
3.14	Hoito-ohje	43
4	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	44
4.1	Tuotoksen sisältö ja ulkoasu	44
4.2	Opinnäytetyöprosessi.....	45
5	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTA	49
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	51
5.2	Kehittämisehdotukset.....	52
	LÄHTEET.....	53

1 JOHDANTO

Kohdunpoistolla tarkoitetaan toimenpidettä, jossa poistetaan kohtu kirurgisesti (Härkki 2006, 429). Hysterektomia eli kohdunpoisto on yleisin naisille tehtävä leikkaus Suomessa (Heinonen 2011, 276; Perttula 2014). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2015, 180) tekemän vuosikatsauksen mukaan kohdunpoistoleikkaukset ovat tilastollisesti vähenemässä. Vuonna 2000 kohdunpoistoleikkauksia tehtiin 9614 ja vuonna 2014 kohdunpoistoleikkauksia tehtiin enää 4732. Viimeisimmän tiedon mukaan Suomessa tehdään vuosittain noin 6700 kohdunpoistoa hyvänlaatuisista syistä (Pokkinen 2016). Brummerin (2012) mukaan kohdunpoistoleikkauksien vähenemiseen ovat vaikuttaneet hormonikerukan käytön ja kohdun tähystyksien lisääntyminen.

Kohdunpoistoleikkaus voidaan tehdä vaginaalisesti, laparoskooppisesti tai laparotomisesti (Brummer 2012). Kohdunpoistoleikkaukseen johtavia syitä on monia. Suurin kohdunpoistoleikkaukseen johtava syy on kohdun myooma, jota esiintyy 32 %. Laskeumat ovat toiseksi suurin kohdunpoiston syy, joita esiintyy 28 %. Vuotohäiriöitä esiintyy 21 %:a kohdunpoistoista. Muita syitä on muun muassa endometrioosi, epäsäännölliset kuumautiset sekä munasarjan kasvain. (Brummer 2007.) Toimenpide tehdään tavallisimmin Leiko- prosessin mukaisesti, huomioiden potilaan yksilölliset tarpeet. Leiko on lyhenne sanoista leikkaukseen kotoa. Leiko -prosessin tarkoitus on, että kaikki suunnitellusti leikkaukseen tulevat potilaan saapuvat leikkauspäivän aamuna suoraan Leiko –yksikköön. (Tohmo 2010, 310–311; Laisi 2012.)

Postoperatiivisen hoitotyön lähtökohtana toimii näyttöön perustuva toiminta. Näyttöön perustuva hoitotyö on parhaan saatavilla olevan tiedon harkittua käyttöä potilaan hoidossa. Tavoitteena on käyttää vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytänteitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2009; Ahonen ym. 2012, 16.) Postoperatiivinen hoitotyö eli välitön leikkauksenjälkeinen hoitotyö on yksi perioperatiivisen hoitotyön vaiheista. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 21). Sairaanhoidajan tehtävänä on toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Leikkauspotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö edesauttaa potilaan toipumista. (Ahonen ym. 2012, 27, 126–127.)

Opinnäytetyön kirjallisessa osuudessa on tietoa kohdunpoistoleikkauksesta ja kohdunpoistopotilaan postoperatiivisesta kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä. Kirurgisen potilaan postoperatiiviseen hoitotyöhön kuuluvat peruselintoimintojen, pahoinvoinnin ja erittämisen tarkkailu. Osana kirurgisen potilaan hoitoa ovat myös kivun ja nestehoidon arviointi, sekä toteutus, leikkaushaavan hoito ja haavainfektion tunnistaminen. Hoidossa on lisäksi myös huomioitava potilaan liikkuminen ja ravitseminen, sekä psyykinen toipuminen ja seksuaalisuus.

Opinnäytetyön aihe on Tampereen kaupungin tilaama. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä hoito-ohjeet kohdunpoistopotilaan postoperatiivisesta hoitotyöstä Hatanpään sairaalan hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tarve korostuu, sillä kohdunpoistopotilaita on osastolla harvoin ja selkeää hoito-ohjetta ei ole osastolla käytössä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajille, joiden avulla he osaavat toteuttaa kohdunpoistopotilaan postoperatiivista hoitotyötä. Opinnäytetyö on rajattu hoitajien toteuttamaan postoperatiiviseen hoitotyöhön, työstä on tietoisesti rajattu pois joitakin hoitotyöhön liittyviä toimintoja, kuten kirjaaminen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä hoito-ohjeet kohdunpoistopotilaan postoperatiivisesta hoitotyöstä Hatanpään sairaalan hoitohenkilökunnalle.

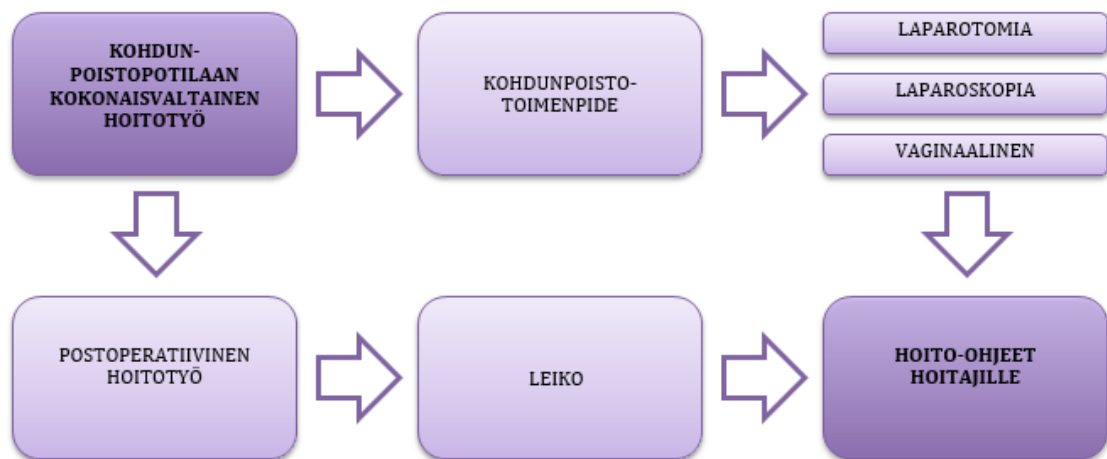
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä hoitajien tulee huomioida kohdunpoistopotilaan kokonaisvaltaisessa postoperatiivisessa hoitotyössä?
2. Millainen on laadukas hoito-ohje hoitohenkilökunnalle?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ajantasaista tietoa hoitajille, jonka avulla he osaavat toteuttaa kohdunpoistopotilaan kokonaisvaltaista postoperatiivista hoitotyötä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ovat esitelty alla olevassa kuviossa 1. Käsitteiden valinnassa ovat lähtökohtina työelämän toiveet, sekä alan kirjallisuus ja aikaisemmat tutkimukset kohdunpoistopotilaan hoitotyöstä. Opinnäytetyön yläkäsitteenä on kohdunpoistopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö, joka jakautuu kohdunpoistotoimenpiteeseen ja postoperatiiviseen hoitotyöhön. Opinnäytetyön tuotos tulee olemaan hoito-ohjeet Hatanpään sairaalan hoitohenkilökunnalle. Teoriaosuus tullaan avaamaan tekstissä teoreettisen viitekehysten mukaisesti.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys.

3.1 Kohdun anatomia

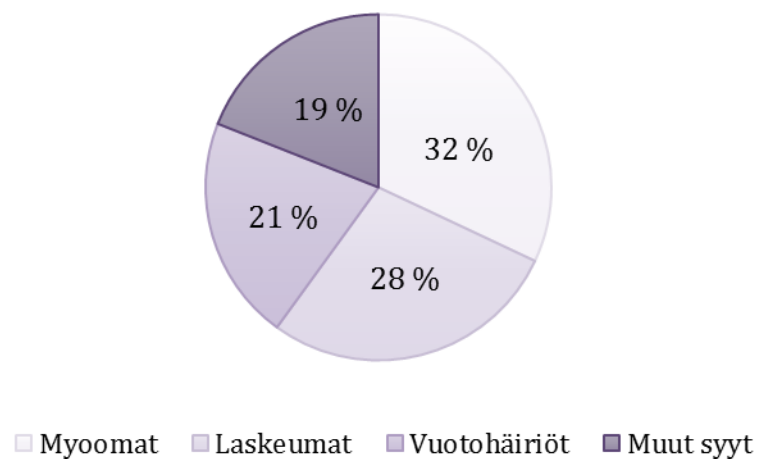
Kohtu on muodoltaan päärynän muotoinen ja sisältä ontto, noin 8 cm pitkä elin. Kohtu on suurin sileä lihas ihmisessä, sen paino on noin 30–40 grammaa. Kohtuun kuuluu runko-osa, kohdun kaula ja kohdun napukka. Kohtu sijaitsee peräsuolen ja virtsarakon välissä, lantio-ontelon keskellä. (Leppäluoto ym. 2013, 351.) Kohdun seinämä muodostuu erilaisista kerroksista, joita on kolme. Kohdun seinämä on paksuudeltaan 1,5 cm. Sisimpänä seinämässä on kohdun sisäpinnan limakalvo eli endometrium. Kohdun sisäpinnan limakalvolla tapahtuu kuukautiskierron mukaiset muutokset. Kohdun seinämässä on keskimmäisenä kohtulihas eli myometrium. Kohtulihas on seinämän kerroksista paksuin.

Kohdun seinämässä sijaitsee uloimpana kohdun päällyskalvo eli perimetrium. Päällyskalvo muodostaa osan sukupuolielimiä tukevista sidekudoksista, jotka verhoavat kohtua eri suunnista. Sidekudosten avulla kohtu kiinnittyy lantioon. Kohdun asennon säilymiseen vaikuttavat monet sidekudokset, sekä kohtua tukevat lantionpohjan lihakset. (Lepäluoto ym. 2013 351–352.)

3.1.1 Kohdunpoiston indikaatiot

Kohdunpoisto on yleisin gynekologinen leikkaus (Heinonen 2011, 276; Perttula 2014). Kohdunpoiston indikaatioina voi olla myoomat, laskeumat, vuotohäiriöt ja muut syyt (kuvio 2). Suomalaisista naisista joka viidenneltä yli 45-vuotiaalta on poistettu kohtu. Suurin kohdunpoistoleikkaukseen johtava syy on kohdun myooma, jota esiintyy 32 % kaikista kohdunpoistoleikkauksista. Myoomien lisäksi kohdunpoistoleikkaukseen johtavia syitä ovat laskeumat, sekä vuotohäiriöt. (Brummer 2007; Heinonen 2011, 276; Impey & Child 2013, 130.)

Kohdunpoiston indikaatiot



KUVIO 2. Kohdunpoiston indikaatiot (Brummer 2007).

Myooma on kohtulihaksen hyvänlaatuinen kasvain. Myoomia esiintyy yli 30-vuotiailla naisilla noin 20–30 %:lla. Usein tutkimuksissa löytyy useita myoomia. Myooma on muodoltaan pyöreä ja tarkkarajainen. Myooma voi myös kalkkeutua kivikovaksi, etenkin iäkkäillä naisilla. Myoomat aiheuttavat vuotohäiriöitä ja kipua. Myooman sijainnista riip-

puen se voi painaa suolistoa tai virtsaelimiä, jolloin naisella voi esiintyä tihentynyttä virtsaamistarvetta, pidätyskyvyn häiriöitä, sekä ulostamisvaikeutta. Myoomien poiston syitä ovat myooman iso koko, hedelmällisyyttä heikentävä sijainti, suuri määrä ja nopea kasvu. Jos myoomat painavat kohtuonteloa, leikkaushoito on välttämätön. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 185; Auranen & Grénman 2011, 229–230.)

Laskeumat ovat toiseksi suurin kohdunpoiston syy, joita esiintyy 28 % (Brummer 2007). Laskeumamuutokset voidaan luokitella neljään asteeseen, sen mukaan kuinka paljon sisäiset rakenteet työntyvät alaspäin emättimen puolelle. Laskeumassa sisäiset rakenteet pullistuvat emättimen puolelle ja pahimmassa luokituksessa kohtu voi pullistua kokonaan emättimen ulkopuolelle. (Mäkinen & Nieminen 2011, 197.) Laskeumien oireina usein ilmenee virtsaamisvaivoja, painontunnetta, suolentyhjenemishäiriötä sekä yhdyntävaikeuksia. Oireettomia ja lieviä laskeumia pyritään seuraamaan ja hoitamaan konservatiivisesti, joskus kuitenkin leikkaus on tarpeen. Laskeumaleikkauksessa voidaan korjata emättimen etu- ja takaseinä. Leikkauksessa pyritään korjaamaan kaikki laskeumaa aiheuttavat komponentit. Tarvittaessa laskeuman korjaantumiseksi voidaan joutua poistamaan kohtu. (Heinonen 2011, 281–282.) Yli puolet iäkkäillä naisilla tehtävistä leikkauksista on laskeumankorjausleikkauksia. Tärkeimpänä laskeuman aiheuttajana pidetään iän mukana tapahtuvia kudosten muutoksia. Näin ollen naisen tulisi pitää huolta omista lantionpohjalihaksistaan. Usein menopaussin jälkeen naisilla alkaa ilmetä laskeuman tyyppisiä oireita, jotka johtuvat synnytyksessä tulleista lantiopohjan vaurioista. (Mäkinen & Nieminen 2011, 196–197.)

Kohdunpoistoista 21 %:a johtuu vuotohäiriöistä (Brummer 2007). Vuotohäiriöt ilmenevät monella eri tavalla. Yleisimpiä vuotohäiriöitä ovat niukat kuukautiset, poikkeavan runsas säännöllinen vuoto, vaihtelevat ja epäsäännölliset kuukautiset, epäsäännöllinen vuoto kuukautisten välillä sekä ennen tai jälkeen kuukautisia tuleva niukka vuoto. Vuotohäiriöiden kohdalla kohdunpoistoon päädytään silloin, kun muut hoidot eivät auta tai niitä ei jostain syystä voida käyttää. (Hurskainen 2011, 92.) Muita kohdunpoistoon johtavia syitä ovat muun muassa endometrioosi, kohdun epämuodostumat, sekä syöpäkasvaimet (Brummer 2007).

3.1.2 Kohdunpoiston menetelmät

Kohdunpoisto voidaan tehdä vaginaalisesti, laparoscopia-avusteisesti sekä laparotomisesti. Leikkaustavan valintaan vaikuttavat kohdun koko sekä liikkuvuus, toimenpide indikaatio, sekä lisäksi leikkaustapaan vaikuttaa leikkaavan lääkärin taito ja kokemus. (Heinonen 2011, 277; Brummer 2012; Impey & Child 2013, 131.) Kohdunpoistoleikkauksen yhteydessä usein terveet ja toimivat munasarjat säilytetään. Toimenpiteen tekevä lääkäri keskustelee ennen leikkausta potilaan kanssa munasarjojen jättämisestä ja he tekevät ratkaisun yhdessä. Ratkaisussa otetaan huomioon potilaan ikä, munasarjasyövän riskitekijät sekä hormonihoitoon haitat ja hyödyt. (Heinonen 2011, 278.)

Vaginaalinen kohdunpoisto voi olla kyseessä esimerkiksi kohdun laskeuman takia. Vaginaalisessa kohdunpoistossa kohtu poistetaan emättimen kautta. Toimenpide voidaan tehdä spinaalipuudutuksessa, joka mahdollistaa myös huonokuntoisten potilaiden leikkaamisen. Vaginaalisessa kohdunpoistossa potilaan parantuminen on nopeampaa ja kotiutuminen on mahdollista jo seuraavana leikkauksen jälkeisenä päivänä. Vaginaaliselle kohdunpoistolle esteenä ovat usein kookas kohtu, sekä epäily mahdollisista kiinnikkeistä. (Heinonen 2011, 276–278; Mäkinen & Nieminen 2011, 201.)

Laparoscopia-avusteisesti tehtävä kohdunpoistoleikkaus tarkoittaa vatsaontelon tähytyksessä tehtävää toimenpidettä. Toimenpide tehdään nukutuksessa, usein yleisanestesiassa. Laparoskooppisesti vatsaonteloon laitetaan 2-4 litraa hiilidioksidia, jotta saadaan vatsaonteloon ja lantioon näkyvyyttä. Laparoskooppisesti endoskooppi eli optiikka vietään navan alta tehtävästä viillosta vatsaonteloon. Instrumentit vietään vatsanpeitteiden läpi vatsaonteloon erillisistä aukoista alavatsan kohdalta. Kohtu irrotetaan laparoscopia-avusteisesti kokonaan ja lopuksi kohtu poistetaan emättimen kautta. Joskus laparoskooppinen kohdunpoisto voidaan joutua muuttamaan laparotomiatoimenpiteeseen vaikeiden kiinnikkeiden vuoksi tai muiden ongelmien ilmetessä. Laparotomiaan eli avokirurgiaan verrattuna laparoskooppisessa toimenpiteessä on lyhempi sairaalassaoloaika, lisäksi laparoskooppinen toimenpide lyhentää sairausloman pituutta. (Mäkinen & Nieminen 2011, 201; Heinonen 2011, 277; Raudaskoski 2011, 60.)

Laparotomia eli avoleikkaus tehdään vatsanpeitteiden päältä. Vatsanpeitteet avataan toimenpiteessä kerroksittain, viilto tehdään joko poikittain tai pitkittäin. Leikkauksessa

kohtu irrotetaan emättimestä ja se poistetaan leikkaushaavan kautta. Laparotomia valitaan usein kookkaan ja huonosti liikkuvan kohdun takia, laparotomian valintaan vaikuttaa myös suolikiinnikemuodostukset. Laparotomia leikkauksen jälkeen potilas on sairaalahoitossa 2-6 vuorokautta voinnista riippuen. (Heinonen 2011, 277–278; Impey & Child 2013, 131.)

3.2 Kohdunpoistopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö

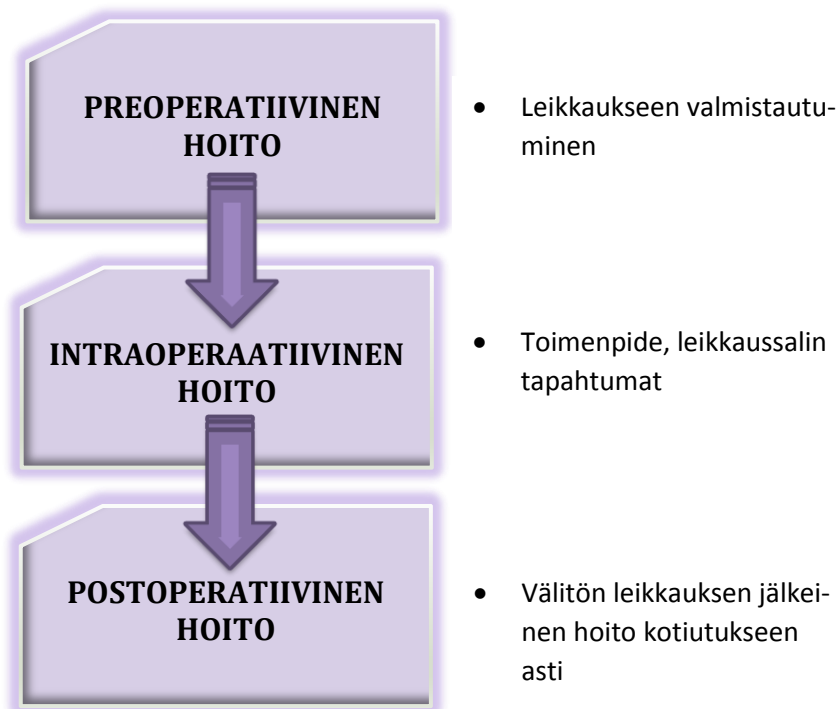
Vallitsevan kokonaisvaltaisen hoitotyön periaate on, että potilas kohdataan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Terveyskeskeisyyden periaate korostuu potilaan osallistumisena omaan hoitoonsa voimavarojen mukaan. Terveyttä edistävä ja ylläpitävä hoitotyö hyödyntää potilaan omia voimavaroja tukien, sekä toteuttaen kuntouttavaa työ-otetta. Hoitotyön periaatteita ovat ammattietiikka ja eettiset ammattisäännöt. Eettisten ohjeiden on tarkoitus tukea sairaanhoitajien päätöksentekoa päivittäisessä työssä. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 18, 24–25.) Kohdunpoistopotilaan kohdalla kokonaisvaltaisen hoitotyön periaate korostuu, sillä kyseessä on intiimi ja henkilökohtainen kokemus.

Hoitotyön lähtökohtana toimii näyttöön perustuva toiminta (NPT, EBP- evidence-based practise) ja näyttöön perustuva hoitotyö (EBN- evidence-based nursing) (Ahonen ym. 2012, 16). Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) määrittelee näyttöön perustuvan toiminnan olevan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä potilaan hoidossa. Tavoitteena on käyttää vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytänteitä. (STM 2009, 53.) Suomen laissa on huomioitu näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hallitusohjelmassa, sekä valtakunnallisen terveydenhuollon neuvottelukunnan (ETENE) laatimissa terveydenhuollon yhteisissä eettisissä periaatteissa (STM 2009, 18).

Suomessa on käytössä valtakunnallisia, sekä kansainvälisiä hoitosuosituksia, jotka ovat asiantuntijoiden näyttöön perustuvia kannanottoja ja kehityshankkeita. Hoitosuositukset kertovat mitkä toiminnot ovat tutkitusti hyväksi tietyn sairauden ehkäisemiseksi, toteamiseksi ja hoitamiseksi. Hoitohenkilökunnan tehtävä on toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä käytäntöjen yhtenäistämiseksi. (Ahonen ym. 2012, 20–21, 27.)

Hoitotyön Tutkimussäätiön (Hotus) perustehtävänä ja tarkoituksena on koota, arvioida ja tiivistää tutkimusnäyttöä helpommin käytäntöön sovellettavaan muotoon. Säätiön tehtävä on välittää tutkimusnäyttöä hoitotyössä toimiville väestön terveyden edistämiseksi. Säätiö tekee yhteistyötä kansallisten- ja kansainvälisten tahojen kanssa. (Hotus 2016.)

Postoperatiivinen hoitotyö on yksi perioperatiivisen hoitotyön vaihe. Perioperatiiviseen hoitotyön vaiheet ovat: preoperatiivinen-, intraoperatiivinen- ja postoperatiivinen hoitotyö (kuvio 3). (Lukkarinen ym. 2012, 20.)



KUVIO 3. Kirurgisen potilaan hoitoprosessin vaiheet. (Ihme & Rainto 2014, 193–194).

Postoperatiivinen-, eli leikkauksen jälkeinen hoitotyö alkaa, kun potilas vastaanotetaan valvontayksikköön ja päättyy, kun potilas kotiutetaan sairaalasta. Valvontayksiköstä potilas voidaan siirtää tarpeen vaatiessa tehostetun hoidon osastolle, mikäli potilas tarvitsee tiivistä hoitoa ja seurantaa. Potilas voidaan myös siirtää vuodeosastolle jatkohoitoon, jossa tarkkaillaan potilaan toipumista anestesiasta ja leikkauksesta. Potilas kotiutuu, täyttäessään kotiutumisen kriteerit. Päiväkirurginen potilas voi kotiutua voinnin salliessa suoraan valvontayksiköstä. (Lukkari ym. 2015, 21, 26.)

Suunniteltuun eli elektiiviseen leikkaukseen kuuluu usein esikäynti, tai puhelinhaastattelu, jossa potilaalle kerrotaan suunnitellusta toimenpiteestä, varmistetaan potilaan soveltuminen Leiko -potilaaksi ja annetaan leikkaukseen valmistautumisohjeet. Arviointi tehdään siksi, että potilas voidaan leikata mahdollisimman vähin riskein. Potilaan fyysinen suorituskyky ja tekijät, jotka voivat suurentaa leikkaukseen liittyviä riskejä arvioidaan tarkasti. (Jalonen, Koivusipilä, Mattila & Tarnanen 2015.)

Leiko - potilaaksi soveltuu potilas, joka pystyy liikkumaan itsenäisesti ja suoriutuu itsenäisesti kotona leikkausvalmisteluista. Potilas saa leikkauskutsun mukana ohjeet leikkausvalmisteluihin, niitä noudattaen potilas tekee leikkauksen esivalmistelut kotona. Potilas saapuu Leiko -osastolle sovittuna aikana ja kävelee sieltä itse leikkaussaliin. Potilas voi tarvittaessa jäädä sairaalaan useammaksi vuorokaudeksi toimenpiteen jälkeen. (Aho-
nen ym. 2012, 125.)

Hatanpään sairaalan Leiko 24-yksikön toimintaperiaatteena on, että potilas tulee suunnitellusti toimenpide aamuna osastolle. Toimenpiteen ja heräämöhoidon jälkeen potilas siirtyy takaisin Leiko 24-yksikköön tai suunnitellusti kirurgiselle vuodeosastolle. Postoperatiivinen hoito on mahdollista Leiko 24 – yksikössä, josta potilas kotiutuu 24 tunnin kulluttua toimenpiteestä. (Tampereen kaupunki 2015.)

3.3 Kohdunpoistopotilaan postoperatiivinen hoitotyö

Postoperatiivisen vuodeosastohoidon tavoitteena on peruselintoimintojen vakauttaminen, ja leikkauskomplikaatioiden ehkäisy. Potilaan vointi ja leikkauksen laajuus vaikuttavat postoperatiivisen tarkkailun tiheyteen. (Niemi-Murola 2012, 108; Erämies 2015.) Aho-
nen ym. (2012, 126–127) painottavat leikkauspotilaan hoidon kokonaisvaltaisuutta, sillä mikäli potilaan kaikki peruselintoiminnot eivät ole tasapainossa, leikkauksesta toipuminen viivästyy. Potilasta motivoidaan omaehtoiseen kuntoutumiseen heti leikkauksen jälkeen (Erämies 2015).

Peruselintoimintoja ovat tajunta, hengitys ja verenkierto. Hoitaja tarkkailee ja valvoo systemaattisesti potilaan kliinistä tilaa leikkauksen jälkeen vuodeosastolla. Voinnin muutoksiin pystytään reagoimaan nopeasti. (Tirkkonen, Jalkanen, Alanen & Hoppu 2009, 428–

433; Niemi-Murola 2012, 108.) Seuraamalla potilaan peruselintoimintoja hoitaja saa kattavan kuvan potilaan voinnista. Saatuja arvoja verrataan potilaan normaali arvoihin (Ahonen ym. 2012, 106).

Leikkauspotilaan hengitystä voidaan arvioida kliinisesti, sekä tarkkailla happisaturaatiomittarin avulla. Potilaan hengityksen kliiniseen arviointiin kuuluu hengitystyön, hengityksen taajuuden ja syvyyden, kasvojen alueen ihon värin, sekä hengityssänten arviointi. Aikuisen normaali happisaturaatio on yli 96 % ja hengitysfrekvenssi 9-20 kertaa minuutissa. (Erämies 2015.) Ahosen ym. mukaan (2012, 106) potilaan asentohoidosta huolehtiminen on merkittävää hengitystyön sujuvuuden kannalta. Verenkierron tarkkailu toteutetaan mittaamalla verenpaine ja palpoimalla pulssi. Näitä saatuja arvoja verrataan ennen leikkausta saatuihin potilaan normaali arvoihin. (Erämies 2015.) Aikuisen ihanneverenpaine arvo on alle 130/85 mmHg (Mustajoki 2015).

Anestesia lamauttaa potilaan lämmönsäätelyn, sekä vähentää elimistön lämmöntuotantoa, jonka seurauksena potilas altistuu ympäristön olosuhteille (Seppänen 2013). Anestesia muodosta riippumatta leikkauspotilaan hypotermiariski on aina olemassa. Leikkauspotilaan ominaisuuksiin liittyviä hypotermiaa aiheuttavia ja altistavia tekijöitä ovat naissukupuoli, ikä, vartalotyyppe, alipaino, aliravitsemus ja liitännäissairaudet. Leikkausalueeseen liittyvät toiminnot, leikkaussalin lämpötila ja ilmanvaihto, sekä potilaan kuljetus ja siirto ovat leikkauksen aikaisia hypotermiaa aiheuttavia tekijöitä. Anestesian aikainen hypotermia huonontaa ja hidastaa potilaan toipumista, sekä aiheuttaa haitallisia muutoksia elintoimintoihin. (JBI-suositus 2010; Lukkarinen ym. 2012, 19–22.) Leikkauspotilas siirtyy heräämöstä osastolle, kun potilas on normaalilämpöinen. Osastolla leikkauspotilaan lämpö mitataan kerran vuorokaudessa, sekä tarpeen mukaan. (Lukkarinen ym. 2012, 19–22.) Sahaavaan kuumeeseen tulee puuttua ensi tilassa, sillä se voi olla merkki sepsiksestä (Kuurne & Erämies 2013, 380).

Anestesiasta toipuminen on jokaiselle leikkauspotilaalle yksilöllistä. Potilaan tajuntaa seurattaessa kiinnitetään huomiota potilaan uneliaisuuteen, sekavuuteen ja levottomuuteen. Potilaan saapuessa heräämöstä osastolle on potilaan tajunnantaso palautunut ja potilas vastaa puhutteluun asiallisesti, sekä on herätettävissä. (Lukkarinen ym. 2013, 211; Eskola 2014; Erämies 2015.) Leikkauspotilaan tila pyritään vakiinnuttamaan leikkausta

edeltävälle tasolle (Niemi-Murola 2012, 108). Mikäli potilas on unelias, levoton tai ahdistunut, on mahdollinen aiheuttaja selvitettävä. Riittämätön hapetus, kipu, lääkitys, verensokeri, elektrolyyttien epätasapaino, keskushermostovammat, kallopaineen nousu, virtsaamisen tarve ja potilaan yksilölliset tekijät voivat aiheuttaa levottomuutta. (Lukkarinen ym. 2012, 14–17; Eskola 2014.) Glasgow'n kooma-asteikkoa (taulukko 1) voidaan käyttää apuna tajunnantaso arvioitaessa (Glasgow coma score: Duodecim 2008; Lukkarinen ym. 2012, 14–17).

TAULUKKO 1. Glasgow'n kooma-asteikko (Glasgow coma score: Duodecim 2008; Lukkarinen ym. 2012, 14–17).

TOIMINTO	REAGOINTI	PISTEET
Silmien avaaminen	• Spontaanisti	4
	• Puheeseen	3
	• Kipuun	2
	• Ei vastetta	1
Puhevaste	• Orientoitunut	5
	• Sekava	4
	• Irrallisia sanoja	3
	• Ääntelyä	2
	• Ei mitään	1
Liikevaste	• Noudattaa kehotuksia	6
	• Paikallistaa kivun	5
	• Väistää kipua	4
	• Koukistaa kipuun	3
	• Ojennus kipuun	2
	• Ei vastetta	1
YHTEENSÄ		3-15 pistettä

Postoperatiivista sekavuutta (postoperative delirium POD) voi esiintyä 50 prosentilla leikkauspotilaista. Tavallisimpia altistavia tekijöitä ovat yli 65 vuoden ikä, liitännäissairaudet, verensokerin vaihtelut, alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttö. Laukaisevia syitä ovat stressi, kipu, tulehdus, lääkkeet ja anemia. Sekavuus kehittyy nopeasti ja ilmenee 1.-3. päivänä toimenpiteestä. Tila voi vaikeutua ja oireet vaihdella tuntien sisällä. Sekavuus saattaa kestää vuorokausista viikkoihin. Tila on yleinen ja alitunnistettu. (Poikajärvi 2013, 210.)

Spinaalipuudutuksessa tehdyn toimenpiteen jälkeen puudutetun alueen ihon tunnon ja lihastoiminnan palautuminen alkaa 2-4 tunnin kuluttua (Tunturi 2013). Potilaan lihastoiminnan palautumista ja liikkumista vuodeosastolla seurataan. Lihastoiminnan palautuminen toimenpiteen jälkeen kertoo anestesian aikaisten lääkkeiden poistumisesta elimistöstä. Potilaan tulee pystyä liikkuttamaan raajojaan preoperatiivisen tilanteen mukaan. Nopea pinnallinen hengitys, kyvyttömyys kannatella ja nostaa päätä, sekä kyvyttömyys yskiä voimakkaasti, ovat merkkejä huonosti kumoutuneesta lihasrelaksaatiosta. (Lukkari-
nen ym. 2012, 14–17.)

3.4 Kipu

Kansainvälinen kivuntutkimusseura (International Association for the Study of Pain, IASP 2012) määrittelee kivun seuraavasti: epämääräinen sensorinen ja emotionaalinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivaurio, tai jota kuvataan samalla tavoin. IASP (2012), sekä Salanterä ym. (2013) korostavat kivun omakohtaisuutta, mikäli ihminen kokee kivun tuntemuksen, on se kyseenalaistamatta hyväksyttävä kipuna.

Kipu on viesti siitä, että jotakin on vialla. Kipuaistimus eli transduktio syntyy, kun kudokseen kohdistuu mekaaninen-, kemiallinen-, tai lämpöenerginen ärsyke. Kudokseen syntyy kudosaivaurio. Kudoksen hermopäätteet vastaavat tuleviin ärsykkeisiin ja aktivoituvat. Transmissiossa viesti ärsykkeestä, eli kivusta etenee hermosoluja pitkin niihin keskushermoston osiin, joiden aktivoituminen johtaa kivun aistimiseen. Tieto etenee hermosoluja pitkin ensin selkäyttimeen ja siitä lopulta aivoihin. Viimeinen vaihe kivun välittymisessä on perseptio, jossa kipuviesti siirtyy aivoissa tuntoaivokuorelle, sekä tunteiden syntymiseen ja käsittelyyn osallistuville alueille. (Kalso & Konttinen 2009, 76–77; Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2015.) Kipu on laaja käsite, johon vaikuttaa potilaaseen liittyvät tekijät, toimenpiteeseen liittyvät tekijät ja kivun kokemista lisäävät tekijät (Hammunen & Kalso 2009, 270; Hoikka & Lehtomäki 2013, 196–197). Alla olevassa taulukossa 2 on eritelty tarkemmin osa-alueittain kivun kokemiseen liittyvät tekijät.

TAULUKKO 2. Kivun kokemiseen liittyvät tekijät (Hamunen & Kalso 2009, 270; Hoikka & Lehtomäki 2013, 196–197).

POTILAASEEN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TOIMENPITEESEEN LIITTYVÄT TEKIJÄT	KIVUN KOKEMISTA LISÄÄVÄT TEKIJÄT
Perimä, kulttuuri, uskonto, sukupuoli, ikä	Leikkaustyyppi	Ahdistuneisuus, masentuneisuus
Anatomia ja fysiologia	Kipulääkkeiden farmakologiset ominaisuudet	Pelot
Kokemukset ja henkilökohtaiset merkitykset	Käytetty kivunhoitomenetelmä	Krooninen kipu
Persoonallisuus, reagoititavat		Leikkausta edeltävä kipulääkkeiden käyttö
Elämäntilanne		
Sairaus- ja kipuhistoria		

Suomen Kivuntutkimusyhdistys Ry:n (2015) mukaan kipu on yleisin lääketieteelliseen hoitoon hakeutumisen syy. Valtaosa gynekologisista sairauksista ovat kivuttomia. Mikäli kipua esiintyy, paikallistuu se ulkosynnyttimien, eli emättimen alueelle. Yhdyntäkipu voi myöskin olla merkki gynekologisesta sairaudesta. (Rantanen & Hurskainen 2006, 2124.)

Vainio (2009, 150) kertoo, että kivulle on luotu monia luokittelusysteemejä. Kivun yleisin luokittelu tehdään kivun keston eli laskennallisen ajan mukaan, akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti eli äkillinen kipu on yleensä seurausta elimistöön kohdistuneesta voimakkaasta ulkoisesta ärsykkeestä, kuten leikkauksesta, vauriosta, vammasta tai elinten toimintahäiriöstä. Kipu viestii elintoimintoja uhkaavasta vaarasta. Akuutti kipu lievittyy, kun elimistön toimintahäiriöt paranevat, joko lääketieteellisin keinoin ja levolla tai itsestään. (Vainio 2009, 150; Suomen Kivuntutkimusyhdistys Ry 2015.) Krooninen kipu kestää yleensä yli 3-6 kuukautta ja se kestää pidempään kuin mitä on kudoksen odotettu paranemisaika. Krooninen kipu aikaansaa muutoksia kipuradan toiminnassa, jolloin hermpäätteet herkistyvät ja lähettävät kipuviestejä säätelystä huolimatta. (Kalso & Konttinen 2009, 106.)

3.4.1 Postoperatiivisen kivun tarkkailu

Salanterä ym. (2013) painottavat potilaan oikeudesta hyvään kivunhoitoon, joka tarkoittaa tutkittuun tietoon ja vankkaan kliiniseen kokemukseen perustuvien kivun hoitomenetelmien arviointia ja käyttöä. Suomen laissa on myös määritetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jonka perusteella potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Salanterä ym. (2013) määrittelee kivun hoitotyön olevan potilaan auttamista hoitotyön keinoin. Hoitotyön prosessin mukaisesti kivun hoitotyötä voidaan tarkastella potilaan kivunhoidon tarpeen määrittelystä toiminnan toteuttamiseen ja arviointiin. Potilaan kivunhoito on terveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä.

Leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuus ja kesto vaihtelevat. Voimakkaimmillaan leikkauksenjälkeinen kipu on heti leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineet ovat lakanneet lievittämästä kipua. (Salomäki & Laurila 2014, 874.) Tutkimusten mukaan kipu on vähäisempää laparoskooppisesti tehdyn kohdunpoiston jälkeen verrattuna vaginaaliseen kohdunpoistoon (Pokkinen 2016). Iho on tiheästi hermottunutta kudosta ja tärkein kipua aistiva elin. Kivuliaimpia ovat leikkaukset joiden jälkeen kipu vaikeuttaa hengitystä, kuten torakotomiat sekä ylämahaleikkaukset. Munasarjat ja munanjohtimet ovat myös kipuperkkiä. Viskeraalinen vatsakalvo, sekä virtsatiet reagoivat venytykseen koliikkimaisella kivulla. Leikkauksen jälkeinen kipu ei yksiselitteisesti riipu toimenpiteen kohteena olevan kudoksen kipuperkkyydestä. Kivun kokemukseen vaikuttaa myös emotionaaliset tekijät. (Hamunen & Kalso 2009, 280- 281.) Hamunen ja Kalso (2009, 278–279), sekä Lehtomäki ja Hoikka (2013, 197) täsmentävät, että leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttavat myös kivun kokemiseen liittyvät tekijät. Kohdunpoistopotilaat kokevat kivun olevan pahinta leikkauksen jälkeen yskiessä ja liikkeessa (Salanterä 2013, 14). Kohdunpoistopotilaista 26% kokee kipua vielä kuusikuukautta toimenpiteen jälkeen (Pokkinen 2016).

Akuutti kipu vaikuttaa elimistöön haitallisesti muodostaen hormonaalisia, ja metabolisia muutoksia. Seurauksena potilaan sydän- ja verenkiertoelimistön toiminta muuttuu, jolloin saattaa esiintyä rytmihäiriöitä, verenkierron jakautumisen muutoksia, sydämen hapenkulutuksen lisääntymistä, sekä laskimoveritulpan ja keuhkoembolian riski kasvavat. Hengityselimistön muutoksia ovat hengitystilavuuden pienentyminen, atelektaasit, hypoksemia, sekä infektiot. Suolen motiliteetti heikkenee, jolloin ilmenee ruoansulatuselimistön

ja mahalaukun muutoksia. Endokrinologinen ja metabolinen stressivaste muuttuvat, jolloin kortisolin erityis lisääntyy ja insuliinin erityis vähenee. Lihasspasmit ja immobilisaatio yleistyvät. Psykologiset tekijät, kuten ahdistus, pelko ja unettomuus lisääntyvät. Kivun pitkittyminen heikentää ja hidastaa toipumista. Toimintakyvyn palautuminen vaikeutuu ja kipu voi kroonistua. (Hamunen & Kalso 2009, 278–279; Lehtomäki & Hoikka 2013, 196.)

Kivun arvioinnissa on käytössä erilaisia mittareita. Yleisin käytössä oleva kipumittari on VAS eli visuaalinen analogiasteikko. Potilas merkitsee janalle leikkaavan pystyviivan, siihen kohtaan jonka arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. (Kalso & Kontinen 2009, 54–55.) Janan sijasta voidaan käyttää kipukiilaa, jossa punainen kiila kasvaa. Kipukiila on yksinkertaisempi, ja selkeämpi muoto janasta. Visuaalisten asteikkojen sijasta ja ohella voidaan myös käyttää sannallisia/numeerisia asteikkoja. (Kalso & Kontinen 2009, 54–55; Salomäki & Laurila 2014, 871.) Kohdunpoistopotilaan kipua mitataan ja arvioidaan, jotta potilaalle voidaan taata hyvä postoperatiivinen kivunhoito. Kohdunpoistopotilaan kipua arvioidaan erikseen liikkeellä ja levossa. Mikäli potilaalla on jatkuvaa lepo-kipua, on kivun hoito riittämätöntä. Potilaan kliinistä statusta seurataan kivunhoidon arvioinnissa. (Salomäki & Laurila 2014, 871.)

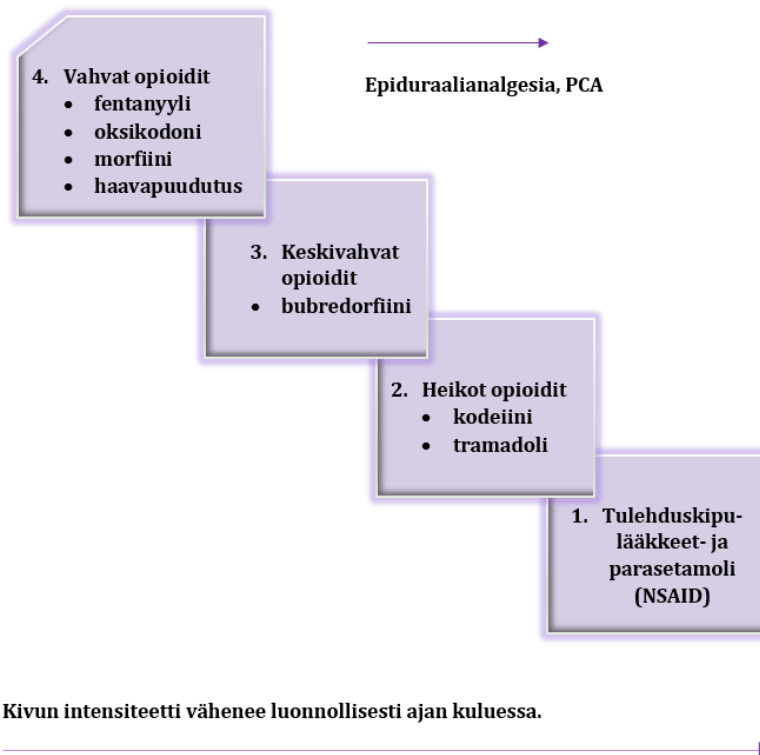
Spinaalipuudutuksen haittavaikutuksena voi leikkauspotilaalle ilmetä leikkauksen jälkeen postspinaaliapäänsärkyä. Särky on kovaa ja pahenee ylös noustessa. Altistavia tekijöitä särylle ovat naissukupuoli, useat pistokerrat ja spinaalineulan koko. Hoito päänsärylle on lepo ja särkylääkkeet. (Tunturi 2013.) Mikäli päänsärky jatkuu, voidaan hoidoksi laittaa epiduraalinen-veripaikka (Gwynn-Jones & Walters 2010, 140). Toimenpiteessä ruiskutetaan potilaan omaa verta epiduraali tilaan, jolloin aivo-selkäydinnesteen paine taasoittuu, jonka seurauksena kipu lievittyy (Tunturi 2013).

3.4.2 Postoperatiivinen kivun hoito

Hamunen ja Kalso (2009) tuovat esille, että tehokas kivunhoito leikkauksen jälkeen vähentää kardiovaskulaarisia, tromboembolisia ja hengityselimistön komplikaatioita, sekä

edistää kuntoutumista. Näyttöä löytyy myös siitä, että tehokkaalla kipujärjestelmien salpaamisella voitaisiin vähentää postoperatiivisen kivun voimakkuutta ja kestoa. (Hamunen ja Kalso 2009, 278, 292.)

Kivun lääkehoidon tavoite on kivun lievitys, sekä mahdollisimman vähäiset haittavaikutukset. Puudutteet, opioidit, NSAID, eli ei-steroidaaliset tulehduskipuläkkeet, parasetamoli, gapapentinoidit, sekä $\alpha 2$ -agonistit ovat postoperatiivisessa kivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä. Kivun portaat (kuvio 4.) kuvaavat kipulääkkeiden ryhmittelyä, sekä porrastetun lääkehoidon tarkoituksena on taata potilaalle tasainen ja jatkuva kivunlievitys. Kivunhoito aloitetaan yleensä alimmalta portaalta NSAID eli tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla. Lääkehoitoa tarkistetaan potilaan kiputuntemusten mukaan. Leikkauskivun hoidossa käytetään harvoin opioidivalmisteita. (Pöyhiä 2012, 142–143.) Epiduraalianalgesia on tutkitusti tehokas kivunhoitomuoto, kun leikkauksen odotetaan aiheuttavan kohdalaista tai jopa kovaa kipua. Epiduraalista kivunhoitoa käytetään avokirurgisten toimenpiteiden jälkeisenä kivunhoitona, kuten laparotomisesti tehdyssä kohdunpoistoleikkauksessa. (Konttinen & Hamunen 2014.)



KUVIO 4. Kivun lääkehoidon portaat (Pöyhiä 2012, 143; Walman, Lehtomäki, P, Hoikka, & Laurila 2013, 199).

Multimodaalinen eli monimuotoinen kivun lääkehoito tarkoittaa useiden kivunhoitoon vaikuttavien lääkkeiden ja antoreittien yhdistämistä. Multimodaalisen lääkehoidon tarkoitus ja tavoite ovat lääkkeiden toisiaan voimistavien vaikutusten yhdistäminen, pienempien annosten käyttö heikentämättä kivunhoitoa, sekä sivuvaikutusten vähentäminen. Potilaan yksilöllinen kivunhoidon tarve ja leikkauksen laatu, sekä laajuus vaikuttavat lääkeyhdistelmän valintaan. (Walman ym. 2013, 199.) Kipulääkkeet annostellaan ensisijaisesti suun kautta. Mikäli potilas ei pysty nielemään leikkauksen, tai tajunnan tason mukaan annostelu voidaan toteuttaa laskimonsisäisesti, lihakseen, tai ihonalaisesti. (Lehtomäki & Hoikka 2013, 199.) Lempisen ym. (2011) Halo- katsauksen mukaan haavan kestopuudutuksella ei ole yksiselitteistä näyttöä kivunlievitykseen. Kertaluonteisen haavapuudutuksen ja haavan kestopuudutuksen eroja tulisi vielä tutkia.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006) on julkaissut oppaan, jonka tarkoitus on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon vastuunjako ja määrittää lääkehoidon vähimmäisvaatimukset lääkehoidon toteutukselle (STM 2005). Lääkäri määrää aina lääkehoidon. Lääkehoitoon koulutettu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, kuten sairaanhoitaja saa toteuttaa lääkehoitoa lääkärin määräysten mukaisesti. Lääkehoidon tarpeen arvioinnista, lääkehoidon neuvonnasta ja ohjauksesta, sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnista vastaavat lääkäri ja sairaanhoitaja. Potilaan, sairaanhoitajan, leikkaavan lääkärin, sekä anestesiologin yhteistyön on oltava hyvä, jotta potilas saisi parhaan mahdollisen kivunhoidon. (Salomäki & Laurila 2014, 872.)

Laparoskooppisessa toimenpiteessä käytettävä hiilidioksidi aiheuttaa osalle potilaista leikkauksen jälkeistä hartiapistosta, joka johtuu hiilidioksiditäytön aiheuttamasta palleanhermon ärsytyksestä. Oire on vaaraton, eikä siihen löydy hoitavaa keinoja. Oloa voi helpottaa puhaltamalla puhalluspulloon. (Endometriosisyhdystys ry 2012; Ahonen ym. 2012, 107.) Pulloon puhallettaessa uloshengityksen vaste nousee, ja hengitysteiden sisäinen paine kohoaa. Paine aikaansaa avautumisen jolloin ilma pääsee limaretenttioiden taakse ja lima nousee ylähengitysteihin. Pullopuhallukset edistävät keuhkotuuletusta, sekä ehkäisevät atelektaasien ja keuhkokomplikaatioiden kehittymistä. (Ahonen ym. 2012, 107.)

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät helpottavat usein yksinään potilaan kipua, tehokkuus kuitenkin korostuu lääkehoitoon yhdistettynä. Hoitajan läsnäolo ja kuuntelu, sekä

koskettaminen voivat helpottaa potilaan oloa. Potilaan ohjaus on myöskin tärkeä kivunhoidon toiminto. Potilaalla on oikeus tietää kivunhoidon eri vaihtoehtoja. Asentohoito, kylmä-, ja lämpöhoito, sekä hieronta ja huomion kiinnittäminen muualle voivat vähentää lihasjännitystä ja ahdistusta. (Hoikka 2013, 203.)

3.5 Nestehoito

Leikkaus lisää potilaan nestehoidon perustarvetta. Leikkausvuoto, riittämätön nestekorvaus, sekä liiallinen diureettien anto voivat aiheuttaa hypovolemiaa. Leikkauksen jälkeinen infektio lisää nestehoidon perus tarvetta 40–60%. Nestetasapainosta huolehtiminen on yksi tärkeimmistä asioista leikkauksen jälkeen, sillä nestetasapainon häiriöt vaikuttavat yleistilan huononemiseen jo hyvin pian. (Ahonen ym. 2012, 107.)

Leikkauspotilaan nestehoito tapahtuu suonensisäisesti perifeerisen laskimokanyylin kautta. Leikkauspotilaalla kanyyli on aina valmiina, kun hän siirtyy heräämöstä jatkohoittoon. Sairaanhoidajan tulee kuitenkin tarvittaessa osata laittaa potilaalle kanyyli myös vuodeosastolla. (Muhonen 2014.) Suonensisäiseen nestehoitoon liittyy kohonnut infektoriski, sillä kanyylista on suora yhteys potilaan verenkiertoon. Hoitaja voi aseptisellä toiminnallaan ehkäistä infektioita. (Carson, Dychter, Gold & Haller 2012.) Nestehoittoa toteuttaessa hoitajan tulee ottaa huomioon hyvä käsihygienia aina koskiessa kanyyliin tai nesteensiirtoletkuihin (Muhonen 2014). Käsien desinfiomisella hoitajat voivat tehokkaasti ja edullisesti ehkäistä potilaalle syntyviä infektioita (Zore, Strojjan & Djekic, 2008). Zore ym. (2008) vertasivat heidän Sloveniassa tehdystä tutkimuksessaan käsien pesua ja käsien desinfektioita ja kuinka mikrobien poistuminen käsien iholta erosivat näissä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että molemmat vähensivät bakteerikolonisaatiota jopa 72 prosenttia. Käsiendesinfektio, joka oli tehty puhtaisiin ja kuiviin käsiin vähensi bakteerikolonisaatiota 88,9 prosenttia.

Sairaanhoidaja toteuttaa osastolla tapahtuvaa nestehoittoa lääkärin määräysten mukaisesti. Hänen vastuullaan on myös potilaan tarkkailu nestehoidon osalta, sekä infuusiopullojen vaihtaminen ja infuusion lopettaminen. Nestehoidon aikana hoitajan tulee tarkkailla potilaan pistoskohtaa ja reagoida mahdollisiin muutoksiin, kuten kipuun ja tulehduksen

merkkeihin. Hoitajan tulee myös kiinnittää huomiota nesteen tiputusnopeuteen ja varmistaa, että neste pääsee tippumaan potilaaseen. Nestehoitoa valmistellessa infuusionesteen voimassaolopäivä ja kirkkaus tulee tarkistaa, jos neste on sakkainen tai sameaa, sitä ei tulisi tiputtaa potilaalle. Potilaalle tulee aina kertoa nestehoidon aiheellisuudesta ja sen kestosta. Lisäksi potilasta tulee ohjata, miten hän voi liikkua nestehoidon aikana ja miten hänen tulee toimia kanyylin kanssa peseytyessä. (Muhonen 2014.) Carson ym. (2012) mukaan perifeeristä kanyyliä suositellaan vaihdettavaksi 72–96 tunnin jälkeen. Ottaen huomioon, jos siinä näkyy tulehduksen merkkejä, tulee kanyyli vaihtaa heti. Kanyyli täyttyy myös vaihtaa silloin, jos on epäily, ettei kanyyli ole suonessa, tai se on tukkeutunut. Kanyylin kiinnitysteipit tulee vaihtaa, jos ne ovat likaiset, tai irtoilevat. (Carson ym. 2012; Muhonen 2014.)

Suunnitellessa nestehoitoa, tulee hoitajan muistaa nesteen päivittäinen perustarve, sekä leikkaustilanteen aiheuttamat lisätarpeet. Lyhytaikaisessa nestehoidossa on tarkoituksena tyydyttää veden, elektrolyyttien ja glukoosin perustarve, lyhytaikaisella nestehoidolla tarkoitetaan alle 3 vuorokautta kestävää hoitoa. Lisäksi nestehoidolla pidetään yllä tarvittavaa verivolyymia, sekä hemoglobiinitasoa. Diureesi ja haihtumisen aiheuttamat menetykset tulee ottaa huomioon arvioidessa potilaan perustarvetta. Mikäli potilaalla on ollut lähtötilanteessa normaali ravitsemustila, eikä menetyksiä ole ollut, hoidoksi riittää tällöin neste- ja elektrolyyttitasapainosta huolehtiminen. Aikuisella veden perustarve on vuorokaudessa 30–35 ml/kg, natriumin perustarve 1-2 mmol/kg, kaliumin perustarve 0,5-1 mmol/kg ja kloridin perustarve on 1-2 mmol/kg. Leikkauksessa menetettyjen nesteiden määrä voidaan arvioida kliinisesti, sekä mittaamalla eritteiden määrän. (Annala 2010, Rautava-Nurmi ym. 2010, 284–285; Tunturi 2013.)

Oksentelu ja runsas mahanesteen erityys voi johtaa hoitamattomina hypokalemiaan, hypokloreemiseen alkaloosiin, sekä kuivumiseen. Tällaisissa tilanteissa hoitona käytetään fysiologisia natriumkloridiliuoksia, joihin voidaan lisätä kaliumkloridia. Potilaalla ilmenevä mahdollinen lämmön nousu lisää nesteen tarvetta 2,5 ml/kg jokaista yli 37 astetta ylittävää celsiusastetta kohden. (Annala 2010; Rautava-Nurmi ym. 2010, 286.)

Postoperatiivisessa nestehoidossa potilaan perusnesteytyys jatkuu leikkauksen jälkeen tarvittaessa jatkohoitopaikassa. Hoidon varmistamiseksi hoitajan on seurattava nestehoidon lisäksi potilaan diureesia ja verenpainetta. Hoitajan tärkeä tehtävä nestehoidossa on osata

arvioida menetettyjen nesteiden määrää. Peruseriaatteena on, ettei alle 500 ml:n vuotoa tarvitse yleensä korvata, sillä se ei aikuiselle yleensä aiheuta oireita. Verivolyymi aikuisella on noin 70–80 ml/kg. Hoitajan tulee myös seurata potilaan leikkauksen jälkeistä vuotoa ja sen määrää, jotta voidaan arvioida tarve lisänesteytykselle. Täten leikkauksen jälkeisellä vuodolla on vaikutuksia potilaan nestetasapainoon, jos vuotoa on suuresti. Mikäli potilaalla havaitaan suuria määriä vuotoa, tulee häneltä ottaa hemoglobiiniarvo, jotta lääkäri voi arvioida potilaalle tarvittaessa hemoglobiiniarvoja korvaavan punasolusiirron. Hoitajan tulee erityisesti kiinnittää huomiota, jos potilaalla esiintyy matalaa verenpainetta, kalpeutta kasvoilla ja niukkaa virtsaneritystä. Tällöin on syytä epäillä postoperatiivista vuotoa, johon on reagoitava herkästi ja nopeasti. (Rautava-Nurmi ym. 2010, 289–290, 321.)

3.6 Postoperatiivinen pahoinvointi

Postoperatiivisesta pahoinvoinnista voidaan käyttää lyhennettä: PONV, joka tulee Englanninkielestä postoperative nausea and vomiting. Päiväkirurgisten potilaiden kohdalla voidaan käyttää lyhennettä PDNV, joka tulee Englanninkielestä postdischarge nausea and vomiting. (Jokela 2014, 807.) Haitallisten ja myrkyllisten aineosien jouduttua elimistöön, käynnistyy elimistön primitiivinen suojeleheijaste, oksennusrefleksi. Ärsykkeet jotka aiheuttavat oksentamisen lähtevät periferiasta ja päätyvät keskushermostosta aivorungon rakenteeseen nimeltään central pattern generation (CPN). Useat välittäjäaineet ja reseptorit osallistuvat pahoinvoinnin ja oksentamisen syntyyn. Monivaiheinen tapahtumasarja etenee ydinjatkoksen kautta oksennusrefleksiin. Anestesian kestolla on suora vaikutus potilaan postoperatiivisen pahoinvoinnin esiintyvyyteen. Tutkimusten mukaan voidaan olettaa, mitä pidempi ja kajoavampi leikkaus – sitä suurempi PONV:n riski. Leikkauksen tyyppi vaikuttaa myös suuresti PONV:n esiintymiseen. Yleisanestesia on anestesia-aiheutena puudutukseen verrattuna suurempi riskitekijä postoperatiivisessa pahoinvoinnissa. (Jokela 2014, 807, 810.)

Leikkauspotilaista noin 20-30 %:lla esiintyy pahoinvointia leikkauksen jälkeen. Heräämövaiheessa leikkauspotilaista 25-30 %:lla esiintyy postoperatiivista pahoinvointia. Pahoinvointi on kaksi kertaa yleisempää naisilla, kuin miehillä. (Lukkarinen ym. 2012, 23;

Jokela 2014, 807.) Tutkimusten mukaan potilaat pelkäävät postoperatiivista pahoinvointia enemmän kuin itse toimenpidettä. Pahoinvointi on yleisintä kahden postoperatiivisen tunnin sisällä leikkauksesta. (Knopf ym. 2010, 408–412.) Tästä seuraava pahoinvoinnin huippu esiintyy usein 7-8 tunnin kuluessa leikkauksesta, tämä johtuu usein potilaan liikkumisesta (Lukkarinen ym. 2012, 23).

Oksentelu ja yökkäily voivat johtaa kuivumiseen ja nestetasapainonhäiriöihin. Tällöin elektrolyytti ja verensokeriarvo ja on syytä tarkistaa ja seurata herkemmin. Verenpaineen nousu on myös yksi postoperatiivisen pahoinvoinnin ja oksentelun seuraus. Verenpaineen nousun myötä voi leikkausalueella ilmetä vuodon lisääntymistä ja verenpurkautumien muodostumista. Oksentelu ja yökkäilyn seurauksena voi aiheutua ompeleiden irtoamista. Oksentelu lisää myös potilaan aspiraatoriskiä. Pahoinvointi on oireena usein lyhytkestoisista, eikä uhkaa potilaan henkeä. Kuitenkin sen välttämällä on suuri vaikutus potilaan elämänlaatuun ja parantumiseen. (Jokela 2014, 808.)

Farmakologisesti pahoinvointia ja oksentelua voidaan ehkäistä ja hoitaa salpaamalla refleksin syntyyn vaikuttavia reseptoreita (Jokela 2014, 807). Potilasta voidaan rauhoitella ennen toimenpidettä antamalla tietoa pahoinvoinnin estolääkityksestä, sekä keskustelemalla. Hoidossa korostuu hoitajan läsnäolo ja rauhoittaminen, sillä oire on potilaalle usein epämiellyttävä kokemus. (Niemi-Murola 2012, 87).

PONV pidentää heräämö ja jatkohoitoaikaa, mutta ei kuitenkaan vaikuta vakavasti toipumiseen. Pahoinvoinnilla ja oksentamisella on myös taloudellinen merkitys päiväkirurgiassa. Oireparin ilmentyessä potilaan kotiutuminen saattaa viivästyä ja näin ollen potilaan kotiutuminen viivästyy. Joskus potilas saattaa tarvita sairaalahoitoa, jolloin hän joutuu palaamaan kotiutumisen jälkeen sairaalaan. (Jokela 2014; 807.) Taulukosta 3 löytyy kiteytettynä kohdunpoistopotilaan postoperatiivisen pahoinvoinnin seuranta ja hoito.

TAULUKKO 3. Postoperatiivisen pahoinvoinnin seuranta ja hoito (Jokela 2014, 808).

POSTOPERATIIVISEN PAHOINVOINNIN SEURANTA JA HOITO	
1. POTILAAN PAHOINVOINNIN VOIMAKKUUDEN JA ILMENEMISEN SEURANTA	-potilaan oma arvio pahoinvoinnin voimakkuudesta, asteikolla 1-10 -> hoitajan helppo seurata pahoinvoinnin voimakkuutta ja lääkityksen vaikutusta -huomioitava: RR, syke, virtsaus, riittävä happi, nesteytys, kipulääkitys, oksentelua hillitsevä lääkitys, liian varhainen syöminen/juominen, suun kostutus
2. PAHOINVOINNIN VAKUTUSTEN SEURANTA	-PONV voi nostaa verenpainetta -> vuotoriski suurenee -pahoinvoinnin haittavaikutukset: ilmatiet ahtautuvat, aspiraatiovaara, leikkaushaavan aukeaminen ja hoidon pitkittyminen -Elektrolyyttitasapainon ja sokeritasapainon seuranta ja tarkkailu -Psyykkiset haittavaikutukset: epämiellyttävä olo, häpeä, uupumus, pelko ja tyytymättömyys leikkaukseen
3. HOITOTYÖN TOIMENPITEIDEN VAKUTUSTEN SEURANTA JA PAHOINVOINNIN LIEVITYMINEN	-Hoitotyön interventiot: nesteytys, hengitys, hapetus, asento-, ja kivunhoidon toteuttaminen, rauhallinen liikuttelu -> tärkeä merkitys PONV:n ehkäisyssä ja hoidossa.
4. LÄÄKITYKSEN SEURANTA	-Ennakointi -Mittarit 1-10 (VAS, kipukiila) -Opioidien käyttämisen huomioiminen.

3.7 Leikkaushaava ja haavan paraneminen

Keskeisimpinä periaatteina haavanhoidossa ovat hoidon kokonaisvaltaisuus, potilaslähtöisyys, hoitolinjojen yhdenmukaistaminen, sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Haavan hoidossa on tärkeää haavan paranemisen arviointi. Arviointiin kuuluvat haavan inspektio, palpaatio, sekä tarkka kirjaaminen. Leikkaushaavassa haavanreunat ovat asetettu ja kiristetty toisiinsa tarkasti haavan sulkemisen yhteydessä, jolloin leikkaushaavan reunat ovat tasaiset. (Hammar 2011, 24-32.) Haavan paranemiseen vaikuttaa moni asia, suurimpina vaikuttajina ovat haavan sijainti, sekä haavan syvyys sekä laajuus. Haavan paranemisen vaikuttamiseen voidaan luokitella myös potilaan ikä, potilaan perinnölliset tekijät, mahdolliset perussairaudet, vajaaravitsemus, sekä kehon lämpötila. (Lukkarinen ym.

2012, 17; Erämies 2015.) Potilaan perussairaudet voivat vaikuttaa verenhapenkuljetuskykyyn, verenkiertoon, ravitsemustilaan, sekä tunto- ja liikuntakykyyn. Haavan paranemiseen vaikuttaa myös potilaan psykososiaaliset tekijät. Potilaan tupakointi lisää haavatu- lehdoksen riskiä ja huonontaa verenkiertoa, sekä elimistön hapenkuljetusta hidastaen haavan paranemista. (Hammar 2011, 26–28; Lukkarinen ym. 2012. 17–19.)

Hoitajan tulee tunnistaa haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät, sekä tietää haavan paranemisen vaiheet ja seurata mahdollisia tulehduksen merkkejä (Erämies 2015). Haavan paraneminen on luokiteltu kolmeen eri vaiheeseen (taulukko 4). Haavan paraneminen tapahtuu vaiheittain, jolloin paranemisvaiheet ovat selkeästi tunnistettavissa. Haavan paranemis-prosessin ensimmäinen vaihe on inflammaatiovaihe eli tulehdusvaihe. Inflammaatiovaiheen jälkeen tulee proliferaatio- eli fibroplasiavaihe. Proliferaatiovaiheeseen liittyy epitelisaatio, jolloin leikkaushaavan ihon pinta sulkeutuu 24–48 tunnin kuluttua leikkauksesta. Viimeisenä vaiheena esiintyy maturaatiovaihe eli kypsymisvaihe. Kypsymisvaihe alkaa, kun haavan epitelisaatio on päättynyt. Kypsymisvaihe kestää useita viikkoja ja kuukausia, joskus vuosiakin. (Laato, Veräjänkorva & Kössi 2010, 206–208; Hammar 2011, 22–23.)

TAULUKKO 4. Haavan paranemisen vaiheet (Laato ym. 2010, 206–208; Hammar 2011, 22–23).

HAAVANPARANEMISEN VAIHEET:		
INFLAMMAATIOVAIHE	Tulehdusvaihe	Haavan hyytyminen käynnistyy, kun kudokset joutuvat kosketuksiin haavaan vuotaneen veren ja plasman kanssa. Tulehdusvaiheessa voi esiintyä kipua, turvotusta ja punoitusta haava-alueella. 48–96 tunnin kuluttua haavalla esiintyy välttämättömiä haavan paranemiseen vaikuttavia kasvutekijöitä. Kasvutekijät saavat aikaan proliferaatiovaiheen.
PROLIFERAATIO-/FIBROPLASTIAVAIHE	Uusiutumisvaihe	Vaiheelle on ominaista solujen nopea proliferaatio eli lisääntyminen, jossa suurimpina osatekijöinä ovat fibroblastit. Fibroblastit muodostavat uutta sidekudosta, joiden ansiosta haavanpohjaan alkaa kasvaa uusia verisuonia. Muutaman päivän kuluttua leikkauksesta haavan reunat lähestyvät ja haava-alueen supistuminen alkaa. Samanaikaisesti epitelisaatio alkaa, kirurgisessa haavassa ihonpinnan sulkeutuminen kestää noin 24–48 tuntia. Haavan pintasolukon kasvunopeus on vuorokaudessa noin 0,2 mm.
MATURAATIOVAIHE	Kypsymisvaihe	Maturaatiovaihe voi kestää viikoista jopa yli vuoteen. Vaihe alkaa silloin, kun haavan epitelisaatio on päättynyt ja haava on täyttynyt uudella sidekudoksella. Maturaatiovaiheen aikana ihonvetolujuus saavuttaa 60–70 % prosenttia alkuperäisestä ihon vetolujuudesta.

Laparoskooppisen toimenpiteen jälkeen leikkaushaavoja on tähystysporttien määrästä riippuen potilaan vatsalla kolme tai neljä. Laparotomisessa toimenpiteessä leikkaushaava voi olla alavatsalla joko pitkittäis-, tai poikittaissuunnassa. Haavat suljetaan usein yksittäisillä knoppi ompeleilla. Vaginaalisessa kohdunpoistossa emättimen pohjaan asetetaan leikkauksen yhteydessä resorboituvat ompeleet. (Endometrioosiyhdistys 2012.)

3.7.1 Leikkaushaavan hoito

Leikkaushaavan hoidon tavoitteena on leikkaushaavan suojaaminen, sekä eritteiden hallinta (Erämies 2015). Haavanhoito toteutetaan aseptisten periaatteiden mukaisesti. Haavanhoidossa otetaan huomioon aseptinen työjärjestys, eli haavat tulee hoitaa osastolla puhtaasta likaiseen – periaatteella. Ennen potilaan haavanhoitoa varataan tarvittavat hoitovälineet ja – tuotteet helposti saataville, jotta haavanhoito voidaan toteuttaa perustellusti. (Einimö 2012, 22–23.)

Mikäli leikkaushaavan sidokset täytyy vaihtaa ennen kuin leikkauksesta on kulunut 24 tuntia, haavan hoidon on tapahduttava steriilisti. Hoitajan tulee käyttää tällöin steriileitä käsineitä, suu-nenäsuojaa, sekä steriilejä välineitä ja taitoksia. (Einimö 2012, 22–23.) Steriilit haavasidokset tulee vaihtaa pohjia myöten, sillä veri on hyvä kasvualusta bakteereille, lisäksi lämpö ja kosteus lisäävät bakteereiden kasvua (Erämies 2015).

Haavasidokset voidaan poistaa leikkausalueelta 24 tunnin kuluttua. Haavasidosten poistamisen jälkeen potilas saa kastella haava-alueen ja mennä suihkuun. Haava-aluetta tulee tällöin huuhdella päivittäin, haava-alueen verenkierron parantamiseksi. Haavan huuhtelu toteutetaan ylhäältä alaspäin haalealla vedellä, välttäen haavan saippuomista. Haavan huuhtelemisen jälkeen haava kuivataan varovasti taputtavin liikkein, jolloin vältetään mahdollista hankaamista. Potilaan tulee välttää uimista ja saunomista, sekä ammekylpyä ommelten poistoon asti infektioiden ehkäisemiseksi. Ompeleet poistetaan lääkärin ohjeen mukaan, usein vatsan alueelta 7-10 vuorokauden kuluessa. (Erämies 2015.)

Haava voidaan 24 tunnin kuluttua vielä suojata hengittävällä ja kevyellä sidoksella, jos haavasta tulee pientä eritystä, tai haava-alue altistuu hankaukselle. Leikkausaluetta ja haavaa tulee seurata päivittäin, jotta voidaan varhain havaita mahdolliset ongelmat. Leik-

kaushaavasta havainnoidaan ja arvioidaan mahdollisia haavainfektion merkkejä. Haavainfektioiden lisäksi leikkausalueella seurataan verenvuotoa, kipua, turvotusta, sekä kudoseritteen määrää ja ompeleiden kireyttä. (Erämies 2015.)

3.7.2 Leikkaushaavainfektion tunnistaminen

Yleisimpiä postoperatiivisia infektioita ovat leikkausalueen infektiot, joihin kuuluu haavainfektiot ja syvät elininfektiot. On arvioitu, että kaikista hoitoon liittyvistä infektioista, noin viidennes on leikkausalueen infektioita. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan akuuttisairaaloissa leikkausalueen infektioiden osuus on lähes kolmannes, noin 29 %. Leikkausalueen infektioiden esiintyvyys vaihtelee eri tutkimusten mukaan 4-15 %:n välillä. (Rantala 2010, 204.) Kirurgisista ommelluista haavoista suurin osa paranee normaalisti (Anttila 2012, 4). Merkittävällä osalla kuitenkin esiintyy leikkaushaavan paranemisessa ongelmia. Leikkaushaavan postoperatiivisessa hoidossa ilmenevänä ongelmana saattaa esiintyä infektio. Leikkaushaavan hoidossa tarvitaan osaamista infektion varhaisessa tunnistamisessa ja infektion syntymisen ehkäisemisessä. (Melling, Hollander, Gottrup 2005.)

Lyhyen potilaan sairaalassaolon vuoksi, monet infektiot ilmaantuvat vasta kotiutumisen jälkeen. Haavainfektioista noin 60–70 % ilmenee vasta potilaan kotiuduttua. Leikkaushaavan infektiot puhkeavat keskimäärin yhdeksän vuorokauden sisällä. Tämän vuoksi myös potilaalla tulee olla tieto siitä, millä tavoin hän voi itse tunnistaa mahdollisen haavainfektion. Näin ollen varhaisen tunnistamisen ansiosta potilas osaa hakeutua nopeasti hoitoon. (Melling ym. 2005; Rantala 2010, 204.)

Haavan tavalliseen paranemisvaiheeseen, inflammaatiovaiheeseen kuuluu infektion kaltaisia merkkejä. Inflammaatiovaiheessa esiintyy punoitusta, turvotusta ja kipua, joten niitä ei tule sekoittaa haavainfektioon. (Hammar 2011, 30.) Leikkaushaavan infektion merkkejä ovat kuumotus, turvotus, punoitus ja kipu. Haavainfektioon liittyy myös märkäinen erittäminen, sekä haavan laajeneminen. Potilaalla saattaa haava-alueen infektiomerkkien lisäksi esiintyä lämmön nousua. (Erämies 2015.)

Leikkaushaavainfektioiden tunnistamisessa on tärkeää erottaa normaalin paranemisprosessin haava-alueen merkit haavainfektion merkeistä. Haavan ympärillä olevaan punoitukseen tulee kiinnittää huomiota, jos se kestää useampia päiviä. Lisäksi erityistä huomiota tulisi kiinnittää, jos haavan ympäröivä iho on tervettä ihoa huomattavasti lämpimämpi, sekä haavaa palpoidessa potilas on kivulias. Infektion mahdollisuuteen tulisi kiinnittää huomiota, jos leikkaushaavassa on olemassa useampi, kuin yksi infektion merkki. Haavalla esiintyvä epämiellyttävän hajuinen märkä erite on välitön merkki infektiosta. Infektion aiheuttama erityis esiintyy usein 5-10 päivän kuluttua leikkauksesta. (Melling ym. 2005.) Tavallisimmissa leikkauksissa haavainfektioiden seuranta-aika on 30 vuorokautta (Hammar 2011, 30).

3.8 Erittäminen

Leikkauksen jälkeen potilaan seurantaan kuuluu virtsaamisen, leikkaushaava- ja emätinvuodon, sekä vatsan toiminnan seuraaminen ja arviointi. Kohdunpoiston yhteydessä potilaalle asetetaan usein kestopkatetri virtsarakkoon. Katetri poistetaan usein leikkauksen jälkeisenä päivänä, kestopkatetrin poistamisesta päättää hoitava lääkäri. Kestokatetrin poistaminen edellyttää sitä, että potilas pystyy käymään itsenäisesti WC:ssä. Leikkauksen jälkeen virtsauksessa saattaa esiintyä vaikeuksia ja sen takia virtsaumpi on melko tavallinen ilmiö leikkauksen jälkeen. Leikkauksessa operoidaan virtsarakon lähellä ja virtsarakon alueella, joka aiheuttaa virtsaamisvaikeutta. Syitä vaikeutuneelle virtsaamiselle ja mahdolliselle virtsaummelle ovat lisäksi käytetyt anestesia-aineet, kipu, sekä puudutuksesta johtuva kyvyttömyys tuntea virtsaamistarvetta. (Eskola & Hytönen 2008, 336–337; Ihme & Rainto 2014, 213.)

Vaginaalisen kohdunpoistoleikkauksen ja laparoskopia-avusteisen kohdunpoistoleikkauksen yhteydessä emättimen pohjaan laitetaan sulavat ompeleet. Sulavat ompeleet saattavat aiheuttaa ommelärsytystä emättimessä, joka saattaa näkyä valkovuodon kaltaisena eritteenä. Leikkauksen jälkeen potilaalla esiintyy usein veristä jälkivuotoa, joka voi kestää 1-4 neljä viikkoa. Toimenpiteen jälkeen on tärkeää pitää huolta intiimihygieniasta ja sen takia wc-käyntien yhteydessä on huolehdittava alapään vesipesuista. Vaginaalisen kohdunpoistoleikkauksen jälkeen potilaalle asetetaan emättimeen tamponi, joka tukee leikkausaluetta. Tamponi poistetaan lääkärin määräyksellä usein leikkauspäivänä tai viimeistään leikkauksen jälkeisenä päivänä, eli ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä.

Tamponia ei saa jättää pidemmäksi aikaa, sillä se on oiva kasvualusta erilaisille mikro-
beille. (Eskola & Hytönen 2008; Ihme & Rainto 2014, 213-214.)

Mikäli virtsaaminen ei onnistu 6-8 tunnin sisällä, potilas on syytä katetroida. Katetroin-
nille tulee olla kuitenkin aina vankat perusteet, sillä se on infektioriski potilaalle. Potilaan
residuaalin arvioimisessa voidaan käyttää apuna ultraäänilaitetta. Ultraääni antaa osviit-
taa siitä, kuinka paljon virtsarakossa on virtsaa ja näin ollen voidaan arvioida tarve katet-
roinnille. Jos potilaalla on virtsarakossa yli 400 ml, potilas tulisi katetroida. Potilaan virt-
sarakossa oleva suuri virtsamäärä voi aiheuttaa virtsarakon venymistä, joka voi johtaa
rakkoseinämän hermovaurioon. (Hietanen ym. 2010, 31–32; Hakala 2012, 50.)

Leikkauksen jälkeen potilaalla saattaa esiintyä vatsan toimimattomuutta. Vatsan toimi-
mattomuutta, ummetusta aiheuttavat pääasiassa käytetyt kipulääkkeet ja vähäinen liikku-
minen. Potilaan suolen toimintaa voidaan edistää liikkumisella ja tarvittaessa potilaalle
voidaan antaa suun kautta otettavia laksatiiveja. Vatsan toiminnasta huolehtiminen on
tärkeää, sillä ummetus aiheuttaa potilaalle kipua ja vaivaa. (Ahonen ym. 2012, 109.)

3.9 Ravitseminen

Ravitseminen on osa potilaan kokonaisvaltaista sairaanhoitoa ja terveyden ylläpitoa. Hoi-
tajan tehtäviin kuuluu leikkauspotilaan ravitsemustilan arvioiminen ja seuranta, sekä oh-
jaaminen sopivien ruokavalintojen tekoon. Potilaan hyvä ravitseminen ennen ja jälkeen toi-
menpidettä edistää toipumista ja ehkäisee vajaaravitsemusta, sekä muita toimenpiteen jäl-
keisiä komplikaatioita. (Partanen 2009, 9; Isotupa 2009, 209.)

Potilaan ravitsemushoidossa huomioitavia tekijöitä ovat ikäkausiin liittyvät ominaispiir-
teet, ravitsemukselliset perustarpeet sekä sairauksien hoitoon liittyvät erikoisruokavaliot
(Partanen 2009, 9). Toimenpiteen kohde elin ja laajuus vaikuttavat siihen kuinka paljon
se vaikuttaa potilaan ravitsemukseen (Isotupa 2009, 209). Potilaan voinnin ja leikkauksen
tyypin mukaan tavoitteena on, että potilas saa ravitsemuksen suun kautta mahdollisim-
man pian (Ahonen ym. 2012, 107).

Käytännön ravitsemushoitoa on potilaan sairaalassa nauttima ruoka. Sairaalassa potilaalle
tilataan ateriat ruokavalion, toiveiden ja energiantarvearvion mukaisesti. Ruokavalion

energiatasoon vaikuttavat sukupuoli, ikä ja liikkumiskyky. Energiataso arvion mukainen ruoka-annos riittää niille potilaille, joilla ei ole vajaaravitsemuksen riskiä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 35, 52.) Suomessa käytetään vajaaravitsemuksen riskin seulontamenetelmiä ESPEN'in (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) suosituksen mukaan. Potilaan nykypaino ja pituus sekä niiden avulla laskettu painoindeksi tarvitaan jokaisessa seulontamenetelmässä. Vajaaravitsemuksen riskiä arvioidaan, jonka perusteella ravitsemushoitoa muutetaan yksilöllistä tarvetta vastaavaksi. Vain nautitun ruoan määrä vaikuttaa siihen saako potilas tarpeeksi energiaa, proteiinia, vitamiineja ja kivennäisaineita. D-vitamiinivalmistetta suositellaan yli 60-vuotiaille ympärivuotisesti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 28, 35, 54.)

Leikkaus aiheuttaa elimistölle stressiä ja aineenvaihdunnan muutoksia. Potilaan energiansaannin riittävyys voidaan arvioida potilaan painon säännöllisellä mittaamisella. Energiantarve leikkauksen jälkeen on 10–30% suurempi kuin normaalisti. Elimistö tarvitsee proteiinia kudosten rakennusaineeksi, ja uudistumiseen, sekä entsyymien ja hormonien toimintaan. Proteiineja tarvitaan myös elimistön nestetasapainon ja happo-emästatasapainon säätelyyn, puolustusjärjestelmän ylläpitoon sekä ravintoaineiden kuljetukseen. Mikäli elimistö saa liian vähän energiaa, alkaa se käyttämään proteiinia energian lähteenä. Proteiinin tarpeen arviointi on haasteellista, sillä sairaudet ja potilaan yksilölliset tekijät vaikuttavat tarpeeseen suuresti. Leikkauksen jälkeinen proteiinin menetys vaihtelee 0,3–1,2g / kg välillä. Leikkaus lisää proteiinin tarvetta typen suuren menetyksen vuoksi. Proteiinin menetys vaikuttaa suoraan potilaan lihaskatoon. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33–34.)

Ravitsemus vaikuttaa merkittävästi leikkaushaavojen paranemiseen. Potilaan tulee saada ravinnosta riittävästi hiilihydraatteja, proteiineja, rasvoja, sinkkiä, rautaa ja A-, B-, C-, ja D-vitamiineja. Taulukossa 5 on eriteltyä eri ravintoaineiden tehtävät haavan paranemisen näkökulmasta. Energiaa sisältävien ravintoaineiden käyttöönoton soluissa mahdollistaa riittävä happipitoisuus, joka myöskin turvaa aerobisen aineenvaihdunnan soluissa. Leikkausta edeltävä paasto ja ravintoaineiden vähäinen saanti hidastavat leikkaushaavan paranemista. (Ahonen ym. 2012, 116.)

TAULUKKO 5. Ravinnon vaikutukset haavan paranemiseen. (Ahonen ym. 2012, 117).

RAVINTOAINE:	TEHTÄVÄ ELIMISTÖSSÄ HAAVAN PARANEMISEN NÄKÖKULMASTA:
HIILIHYDRAATIT	Solujen energianlähde
PROTEIINIT	Uusien solujen-, ja uuden kudoksen muodostaminen.
RASVAT	Energianlähde ja solukalvojen ainesosa.
SINKKI	Parantaa kudoksen vetolujuutta
RAUTA	Osallistuu hapen kuljetukseen
A-, B-, C-, JA E-VITAMIINIT	Vaikuttavat haavan paranemiseen

Lääkeaineet vaikuttavat ravitsemukseen monella tavalla. Lääkkeet voivat aiheuttaa maku-, ja hajuaistin muutoksia, jolloin potilaan ruokahalu voi heiketä huomattavasti. Useiden lääkeaineiden haittavaikutuksina ovat vatsalaukun ja suoliston toiminnan muutokset. Pitkään jatkunut ummetus, ripuli, mahanärsytys, tai pahoinvointi aiheuttavat vaa-jaaravitsemusta. Lääkkeet vaikuttavat myös ravintoaineiden imeytymiseen, jolloin se-urauksena voi esiintyä elimistön erilaisia puutostiloja. Lääkkeet vaikuttavat siis suuresti ravitsemukseen, mutta myöskin toisinpäin, nautittu ruoka vaikuttaa lääkkeen toimintaan elimistössä. Ravinto vaikuttaa lääkeaineiden imeytymiseen, ja saattaa muuttaa lääkkeen toimintaa. (Aapro, Kupiainen, Leander 2008, 114; Tiainen 2009, 55–56.) Leikkauksenai-kaisten anestesia-aineiden ja lääkkeiden, etenkin opiaattien tiedetään vaikuttavan hidas- tavasti suolen peristaltiikkaan, jolloin neste ja kaasut kerääntyvät ruoansulatuskanavaan. (Ahonen ym. 2012, 119).

Ravinnosta saatavat kuidut vähentävät ummetusta, sillä ne lisäävät suolen sisältöä ja si- tovat suolesta vettä kuohkeuttaen ulostemassaa. Ummetuspotilaan tulisi saada ravinnosta päivittäin vähintään 30–35 grammaa kuitua. Kuituja on kaikissa kasvikunnan tuotteissa, tehokkaimmin ummetukseen tehoaa viljan kuitu. Kuituja nauttiessa tulee muistaa riittävä päivittäinen nesteiden saanti, vähintään 2 litraa päivässä. (Mustajoki 2016.)

3.10 Liikkeelle leikkauksen jälkeen

Kirurgiset toimenpiteet, erityisesti vatsan alueen leikkaukset altistavat potilaan laskimotukokselle ja keuhkoembolialle, jotka ovat vakavia ja yleisiä sairaalahoidon komplikaatioita. Sairaalassa 10 % kuolemista aiheuttaa syvä laskimotukos, tai keuhkoembolia. Kuolema laskimotukokseen tai keuhkoemboliaan on yleisin estettävissä oleva syy. Tukoksia ehkäistään ja hoidetaan tromboosiprofylaksian avulla. Tromboosiprofylaksiahoito on tehokasta kustannuksellisesti, sekä kliinisesti. Se vähentää sairaalassaolopäiviä, sekä komplikaatioita. (Laskimotukos ja keuhkoembolia: Käypä hoito-suositus 2016.) Laskimotukoksen ehkäisy huomioidaan jo ennen leikkausta pukemalla potilaalle antiemboliasukat, jotka tehostavat laskimopaluuta. Tromboosiprofylaksia ehkäisee leikkauksenjälkeisten keuhkoveritulppien syntyä. Pienimuotoista hepariinia käytetään lääkehoitona laskimo-, ja keuhkoveritulppien ehkäisyyn. Jokaisen potilaan kohdalla tukoksen riski arvioidaan erikseen ja hoito määräytyy sen mukaan. (Käypä hoito -suositus 2010; Ahonen ym. 2012, 103.) Leikkauksenjälkeinen riski tukokselle jatkuu 1-3kk leikkauksesta (Lasila 2014).

Lantionpohjan toimintahäiriöt ovat yleisiä ja elämänlaatua huonontavia vaivoja. Toimintahäiriöt ilmenevät virtsaamiseen ja ulostamiseen liittyvinä tyhjenemisvaikeuksina, seksuaalitoimintojen häiriöinä, gynekologisten elinten ja peräsuolen laskeumina, sekä lantion alueen kiputiloina. Ongelmat ovat yleensä syy-yhteydessä toisiinsa, eikä rajoitu yhteen osa-alueeseen. (Kairaluoma, Aukee & Elomaa 2009; Kellokumpu 2009.) Lantionpohjalihaksia voi harjoittaa joko kestävyys-, ja/tai voima harjoitteilla. Kestävyysharjoitteissa lantionpohjalihakset supistetaan ja rentoutetaan hitaasti. Voimaharjoittelussa lantionpohjalihakset supistetaan ja rentoutetaan nopeasti. (Koivikko & Janhunen 2015.)

Kohdunpoistopotilas tapaa ennen leikkausta fysioterapeutin joka kertoo toimenpiteen jälkeiset liikkumiseen liittyvät asiat. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle oikean hengitys-, ja yskimistekniikan, sekä verenkiertoa vilkastuttavat tekniikat. (Ahonen ym. 2012, 102; Hirvonen 2016.) Oikea hengitystekniikka ehkäisee hengitystieinfektioita, sekä vähentää keuhkojen ilmatilavuuden pientymistä. Hengitystekniikka edesauttaa potilaan hyvää hapetusta auttaen anestesiakaasuja poistumaan elimistöstä, joka puolestaan parantaa leikkauksesta toipumista ja vähentää pahoinvointia. Veren hyvä happipitoisuus puolestaan edesauttaa haavojen paranemista, solujen päästessä uusiutumaan. (Ahonen ym. 2012,

102.) Potilaalle ohjataan kohdunpoistoleikkauksen jälkeen oikea vuoteesta ylösnousutekniikka, joka vähentää kipua ja haava-alueen räsytystä. Ylösnousutekniikka ehkäisee haavan mahdollista aukeamista, sekä haavatyryn muodostumista. (Ahonen ym. 2012, 102; Hirvonen 2016.)

Potilasta motivoidaan leikkauksen jälkeen liikkeelle heti kuin se on mahdollista. Liikunta, ja riittävä lepo nopeuttavat toipumista. Potilaan noustessa vuoteesta ensimmäistä kertaa leikkauksen jälkeen on fysioterapeutti tai joku muu osaston hoitaja läsnä. Potilas ohjataan nousemaan vuoteesta aina kyljen kautta, jolloin vatsalihakset eivät jännity. Potilas auttaa käsillä vartalon etupuolelta ylävartalon istuma asentoon. Näin vatsa ja haava-alue välttyvät venytykseltä. (Ahonen ym. 2012, 102; Hirvonen 2016.) Kohdunpoistopotilasta ohjataan leikkauksen jälkeen liikkumaan päivittäin kivun sallimissa rajoissa. Liikunta parantaa kudosten hapensaantia, nopeuttaa paranemista ja vähentää arpikudoksen muodostumista joka vaikeuttaa liikkuvuutta. Fysioterapeutti ohjaa kohdunpoistopotilaalle kuntoutumisessa ja liikkumisessa huomioitavat asiat kotiutumisen jälkeen. (Hirvonen 2016.)

3.11 Psykkinen toipuminen

Kohdunpoiston kokemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat naisen ikä, elämäntilanne ja historia. Kohdunpoiston syy, seksuaalinen itsetunto ja kokemus naisena olemisesta vaikuttavat myös, kuinka kohdunpoistoon suhtaudutaan. Kohdunpoistolla voi olla vaikutuksia naisen minäkuvaan aiheuttaen psyykkisiä muutoksia, jolloin potilaan psyykkisen tuen määrä korostuu. Kohtu voi edustaa joillekin naisille voimakasta naiseutta ja kohdun poisto voi tuntua siltä kuin koko naiseus vietäisiin. Erityisesti fertiili-ikäiset, synnyttämättömät naiset voivat kokea kohdunpoiston tuskallisena. Joillekin kohtu on vain raskauden mahdollistava elin. Kuitenkin kaikkien vaivojen jälkeen kohdunpoisto voi olla myös helpotus naiselle. (Ihme & Rainto 2014, 178–179.) Hoitohenkilökunnan tulee kiinnittää huomiota kohdunpoistopotilaan psyykkiseen toipumiseen. Hoitajan läsnäolo, kuunteleminen ja keskusteleminen edesauttavat potilaan psyykkisen tilan tunnistamisessa. Tarvittaessa potilas voidaan ohjata psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle. (Niemi-Murola 2012, 87.)

Ruotisisa tehdyn tutkimuksen mukaan, toimenpidemetodilla ei ole merkitystä suhteessa psyykkiseen toipumiseen. Psykologisia testejä tehtiin hyvinvointiin, masennukseen ja ahdistukseen liittyen 5 ja 6 viikon kuluttua leikkauksesta. (Persson, Wiljma, Hammar & Kjølhede 2006.) Kiinalaistutkimus tutki naisten ahdistusta, masennusta sekä selviytymisstrategioiden käyttöä kohdunpoiston jälkeen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että 1,9 % osallisista koki ahdistusta ja 4,8 % koki masennusta kohdunpoiston jälkeen. Aktiivinen selviytymismallien hyödyntäminen, psyykkinen tuki ja asioiden purkaminen puhumalla olivat käytetyimpiä ja hyödyllisimmiksi todettuja tukimuotoja. Ahdistus ja masennus olivat merkittävimmät tekijät huonoon itsetuntoon ja itsesyytökseen. Tutkimuksessa todetaan, että huono itsetunto ja itsesyytös voi vaikuttaa psyykkiseen tilaan ja mielenterveyteen, sekä vaikuttaa parisuhteen kestävyteen. Tutkimus osoittaa, että kohdunpoistopotilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia tulisi tukea ennen kotiutumista. (Wang, Lambert & Lambert 2007.)

3.12 Seksuaalisuus

Maailman terveysjärjestö (WHO, World Health Organization 2016) on määritellyt vuonna 2002 seksuaalisuuden ihmisen perusoikeudeksi, joka on osa ihmisenä olemista. Rakkauden, läheisyyden, hellyyden, intohimon ja romantiikan kokemisen mahdollistaa seksuaalisuus. Kaikki nämä perustarpeet kuuluvat ja vaikuttavat ihmisen kokonaisvaltaiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Ryttyläinen ja Valkama (2010, 8) korostavat, että uskonnolla ja kulttuurilla on myös suuri merkitys seksuaalisuuden ilmenemiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2007, 177) on laatinut ensimmäisen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevan toimintaohjelman vuosille 2007–2011. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (THL 2014, 10) on julkaissut vuosille 2014–2020 päivitetyn version alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Toimeenpanon tarkoituksena on tukea seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, joka on olennainen osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Toimintaohjeen mukaan seksuaalisuuden käsitteleminen tulee sisällyttää kaikkiin hoitotilanteisiin. Ihme & Rainto (2014, 26) painottavat, että seksuaalisuus tulee nähdä luonnollisena osana naisen kokonaisuhoitoa, eikä erityiskysymyksenä.

3.12.1 Seksuaalisuus hoitotyössä

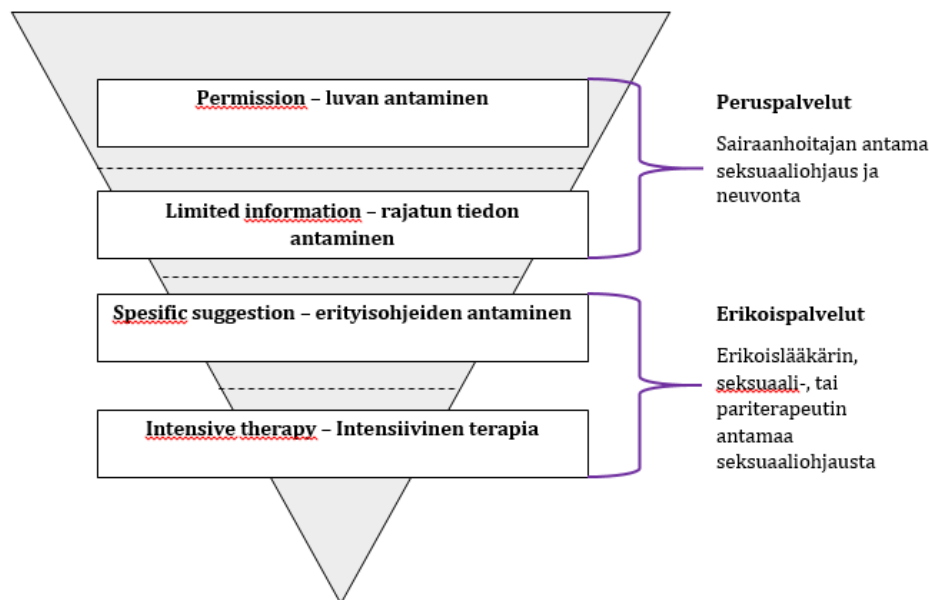
Hoitotyön ammattieettiset säädökset, sekä kansainväliset säädökset ja ihmisoikeussopimukset suojaavat potilaan seksuaalisuutta (Väestöliitto 2016). Seksuaalisuutta käsitellään hoitotyössä seksuaaliterveyden näkökulmasta. Hoitotyön prosessissa seksuaaliterveys jaetaan seksuaaliterveyden-tukemiseen ja neuvontaan. Seksuaaliterveys ja seksologia ovat monitieteisiä ja laajoja käsitteiltään, jotka asettavat haasteita tutkimuskentän rajaamiseen. Hoitotieteellistä tutkimustietoa seksuaalisuudesta Suomesta löytyy hyvin vähän. Suomessa on käytössä käypähoito- ja hoitotyön suositukset, mutta seksuaali- ja lisääntymisterveyteen on toistaiseksi niukasti suosituksia. Ulkomailta on laadittu enemmän suosituksia seksuaalisuuteen liittyen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 8, 59–61.)

Ryttyläinen ja Valkama (2010, 129) korostavat, että jokaisella meillä on yksilöllinen suhde seksuaalisuuteen, siksi seksuaalisuuden puheeksi otto koetaan vaikeana, jopa hoitohenkilökunnalle arkaluonteisena ja vaikeana aiheena käsitellä. Hoitohenkilökunnalla on kuitenkin ainutlaatuinen mahdollisuus auttaa potilasta myös seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Hoitotyön ammattilaisen on uskallettava ottaa seksuaalisuus puheeksi, jolloin potilaalla on lupa puhua seksuaalisuudesta luottamuksellisesti. Aiheen käsittelyä ei saa jättää yksin potilaan vastuulle.

3.12.2 Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen

Seksuaaliohjausta ja neuvontaa tulee olla tarjolla kaikille sitä tarvitseville. Hoitotyön näkökulmasta seksuaaliohjaus ja neuvonta ovat potilaan tarpeista lähtevää tavoitteellista ja tilannekohtaista hoitotyötä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142.) Seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen hoitotyössä on kehitetty useita eri malleja kuten PLISSIT, ExPLISSIT, BETTER, ALLOW, sekä ASK. Mallit antavat suuntaa kuinka puheeksi ottamisen prosessin tulisi edetä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 139; THL 2015.) Toimintayhteisö voi myös itse rakentaa oman työyhteisön yhtenäisen mallin, jo valmiiksi luotujen mallien pohjalta. Jokaisella työyksikön jäsenellä tulee olla vaikutusmahdollisuudet mallin luomistyössä. Tärkeää on myös se, että jokainen jäsen sitoutuu noudattamaan yhdessä luotua mallia. (THL 2016.)

Jack Annon on luonut vuonna 1976 PLISSIT-mallin, seksuaaliohjauksen, -neuvonnan, ja – terapian tasojen määrittämiseen (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51; Väestöliitto 2016). Monet hoitotieteen asiantuntijat ovat myös ottaneen Annonin PLISSIT-mallin käyttöönsä. PLISSIT-mallissa (kuvio 5) on neljä tasoa, jotka havainnollistavat erilaisia lähestymistapoja seksuaalisuutta-, ja sen ongelmia käsiteltäessä. Tasot ovat: Permission – luvan antaminen, Limited information – rajattu tieto, - Specific Suggestion – erityisohjeet ja Intensive Therapy – intensiivinen terapia. Luvan antaminen on myönteistä ja positiivista suhtautumista seksuaalisuuteen. Hoitajan ottaessa seksuaalisuuden puheeksi, annetaan potilaalle lupa ja tieto seksuaalisuudesta puhumiseen. Sanallisella ja sanattomalla viestinnällä välitetään potilaalle tieto, että kaikki seksuaalisuuteen liittyvät tunteet, ajatukset ja tarpeet ovat luonnollisia. Potilasta tuetaan puhumaan seksuaalisuudesta, ajatuksista ja tunteista avoimesti, sekä seksuaalisena olentona. Rajatun tiedon antaminen on tiedon antoa siihen potilaan huoleen tai kysymykseen, josta potilaalla puuttuu tietoa. Tieto tulee antaa potilaalle ymmärrettävästi, ja tietoa voi selventää anatomisilla kuvilla. Sairaanhoitaja antaa tietoa, ohjeita ja tukea kohdunpoistopotilaalle, kuinka kohdunpoisto yleensä vaikuttaa naisen seksuaalisuuteen, sekä koska toimenpiteen jälkeen voi harrastaa yhdyntää. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51–55.)



KUVIO 5. PLISSIT- malli (Annon 1976 mukailien Ryttyläinen & Valkama 2010, 52).

Hoitotyöntekijöiden on tunnettava viralliset termit ja hoitotieteen sanasto, mutta seksuaalisuudesta ja seksistä puhuttaessa on tärkeää, että hoitaja pystyy puhumaan potilaan

kanssa potilaalle tutuin ja turvallisin termein. Tärkeintä olisi, että jokainen hoitaja löytäisi itselleen luontevan tavan puhua seksuaalisuudesta ja seksistä. Seksuaalisuudesta puhumista voi harjoitella, sillä se auttaa seksuaalisuuden puheeksi ottamista potilaan kanssa. Seksuaalisuudesta voi keskustella työyhteisössä, ystävien tai puolison kanssa. Keskustellessa potilaan kanssa on syytä suosia avoimia kysymyksiä, silloin potilas saa vastata omien ajatusten ja tunteiden mukaan, eikä rajoittavia vaihtoehtoja ole. Avoimet kysymykset alkavat yleensä mikä, miten, milloin, miltä kysymyssanoilla. Suljettuja kysymyksiä on syytä välttää. Suljettuihin kysymyksiin potilas voi vastata ainoastaan kyllä tai ei, jolloin erilaiset vaihtoehdot ovat pois suljettuja. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 138-139.) Ryttyläinen & Virolainen (2009) ovat tehneet oppaan seksuaaliohjauksesta hoitotyössä, johon on laadittu esimerkkikysymyksiä seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen. Taulukon 6 on kerätty esimerkkikysymyksiä millaisilla kysymyksillä seksuaalisuuden voi ottaa puheeksi.

TAULUKKO 6. Esimerkkikysymyksiä puheeksi ottamiseen (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 6; Ryttyläinen & Valkama 2010, 140).

Meillä on tapana keskustella kaikkien potilaiden kanssa sairauden, hoitojen ja lääkitysten vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen. Onko Teille nyt sopiva hetki keskustella asiasta? Onko Teillä mielessänne askarruttavia kysymyksiä?

Minulla on teille tietoa sairautenne vaikutuksista seksuaaliterveyteen ja siitä, kuinka seksuaaliterveyttä tulisi huomioida sairautenne hoidon yhteydessä.

Miten nykyinen terveydentilanne on vaikuttanut parisuhteeseenne?

Yleensä tällä toimenpiteellä on vaikutuksia myös seksuaalielämään. Mitä Te ajattelette omasta tilanteestanne?

On luonnollista ja tavallista, että sairastuminen ja kehon muutokset aiheuttavat jollekin ahdistusta, pelkoa ja epävarmuutta seksuaalisuuteen liittyen. Minkälaisia ajatuksia sairastuminen on teissä herättänyt?

Vaihdevuosina naiset yleensä kokevat joskus muutoksia seksuaalisessa halussa. Millaisia muutoksia olette huomanneet omassa seksuaalisessa halussanne?

Emättimen kuivuutta esiintyy naisilla yleensä vaihdevuosien aikana. Haluaisitteko Te tietoa asiasta?

Seksuaalisuuden halun ja aktiivisuuden vähentyminen on munasarjojen poiston jälkeen yleistä. Millaisia ajatuksia teillä on tähän liittyen?

Hoitajan tulee olla sinut oman seksuaalisuutensa kanssa, jotta pystyy puhumaan potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Mikäli hoitaja on itse vaivautunut ja kokee seksuaalisuudesta puhumisen vaikeana, voi hän asenteellaan, neuvonnalla ja ohjauksella

olla este avoimelle keskustelulle seksuaalisuudesta. Tällöin potilaan tarpeet eivät tule kuulluksi ja kokonaisvaltainen hoitotyö ei toteudu. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 133-134.)

3.12.3 Seksuaalisuus kohdunpoiston jälkeen

Seksuaalisuus ei katoa sairauden, vamman tai ikääntymisen yhteydessä (Ryttyläinen & Valkama 2010, 7). Rautasalo (2008) huomauttaa, että ikääntymisen myötä ilmenee asteittaista heikkenemistä joillakin seksuaalitoimintojen alueella, seksuaalisuuden loppumista se ei tarkoita. Sairauksilla voi myöskin olla myönteisiä vaikutuksia seksuaalisuuteen ja seksielämään, sillä sairaus saattaa rikkoa tuttuja rooleja ja haastaa etsimään uusia tapoja toteuttaa seksuaalisuutta. (Rautasalo 2008, 20.) Mikäli potilaalla on ollut paljon vaivoja ja vuotohäiriöitä, on se todennäköisesti vaikuttanut myös seksuaalielämään. Näissä tapauksissa kohdunpoiston jälkeen seksuaalielämä yleensä paranee. (Hurskainen 2014.)

Gynekologisten leikkausten vaikutuksista naisten seksuaalisuuteen on tutkittu paljon, sillä naisen seksuaalisuus on monimuotoinen. Tutkiminen näyttäytyy ongelmana, sillä objektiivista näyttöä on hankala saada. (Rantanen & Hurskainen 2006, 2123; Sillanpää & Tavi 2015, 244.) Rantanen & Hurskainen (2006) kertovat, että tutkimuksissa kohdunpoiston jälkeen yleisimmät mitatut muuttujat ovat libido ja orgasmi. Tutkimustulokset ovat ristiriitaisia, sillä ne ovat aseteltu toimenpidekohtaisesti, ottamatta huomioon kohdunpoistoon johtanutta sairautta tai syytä. He kuitenkin kokevat tutkimukset hyvin suuntaa antaviksi. Tutkimustulosten mukaan kohdunpoistolla ei todennäköisesti ole vaikutusta seksuaalitoimintoihin, joiltakin osin ne voivat parantua.

Yhdynnästä tulisi pidättäytyä 2-3 viikkoa leikkauksesta, jotta limakalvot saisivat parantua rauhassa. Kohdunpoisto ei vaikuta anatomisesti emättimen pituuteen, joten yhdynät voivat jatkua normaalisti. Gynekologiset leikkaukset saattavat aiheuttaa ohmineviä tai pysyviä tuntovaurioita genitaalialueelle johtuen hermovaurioista tai arpikudoksen muodostumisesta. (Ihme & Rainto 2014, 179.)

3.13 Kohdunpoistopotilaan kotiuttaminen

Hoitajan työhön kuuluu potilaan kotiutumiskyvyn arviointi. Ennen kotiuttamista potilaan tulee täyttää kotiuttamisen kriteerit. (Kangas-Saarela & Mattila 2014.) Alla olevassa taulukossa 7 on eriteltynä potilaan kriteerit kotiutumiselle.

TAULUKKO 7. Kotiuttamiskriteerit (Kingdom & Newman 2006, 900; Kangas-Saarela & Mattila 2014).

POTILAAN VITAALIELINTOIMINTOJEN TULEE OLLA VAKAAT	
<p style="text-align: center;"><u>Potilaan tulee</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • orientoitua aikaan ja paikkaan • kävellä tuetta • pystyä pukeutumaan • pystyä nauttimaan nesteitä • pystyä virtsaamaan • saada jatkohoito-ohjeet 	<p style="text-align: center;"><u>Potilaalla ei tule olla</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pahoinvointia • hallitsematonta kipua • haavavuotoa • lämpöä

Potilas saa jatko- ja kotihoito ohjeet suullisesti, sekä kirjallisesti. Jatkohoito-ohjeissa tulee ilmetä tilanteet, joissa potilaan tulee olla yhteydessä toimenpide yksikköön, yhteystietoi-
neen. Ongelmatilanteita ovat runsas vuoto, kovat ja hallitsemattomat kivut, sekä lämmön nousu yli 38 asteeseen. Potilaalla tulee olla vastuullinen saattaja, joka on potilaan seurana seuraavan yön yli. Usein ohjeet kerrataan myös potilaan saattajalle. Potilaan voinnin ja hoitajan havaintojen perusteella lääkäri tekee kotiutumispäätöksen. (Kingdom & Newman 2006, 898–900; Kangas-Saarela & Mattila 2014.)

Rutiininomaisesti jälkitarkistusta ei tarvita, jollei lääkäri ole erikseen jälkitarkastusta määrännyt. Mikäli kohdunkaulaa ei ole poistettu leikkauksen yhteydessä suositellaan kohdunkaulasyövän seulonta näyttöä viiden vuoden välein. Mikäli munasarjat jätetään leikkauksen yhteydessä, tulee gynekologin tarkistuksessa käydä noin vuoden välein. (Ihme & Rainto 2014, 217.) Sairausloma on kohdunpoiston jälkeen yleensä 3 viikkoa, riippuen kuitenkin leikkausmetodista, sekä potilaan yksilöllisestä toipumisesta. Po-

tilaan työn fyysinen kuormittavuus ja työnkuva vaikuttavat myös sairausloman tarpeeseen. Potilaan tulee kertoa ja keskustella asiasta leikkaavan lääkärin kanssa. (Ihme & Rainto 2014, 217.)

3.14 Hoito-ohje

Hoitotyössä hoito-ohjeiden sisällön avulla pyritään helpottamaan ja ohjaamaan lukijan toimintaa (Niemi, Nietos-vuori, Virikko 2006, 161). Hoito-ohjeiden kirjoittamista ohjaavat sen tavoitteet ja lukijat. Ennen hoito-ohjeen kirjoittamisen aloittamista on tärkeä pohdita, mikä on ohjeiden tarkoitus ja ketkä tulevat käyttämään ohjeita. Hoito-ohjeiden tulee tukea lukijan tarpeita. Hoito-ohjeen tekstin sisältöön ja termien käyttöön vaikuttaa suuresti hoito-ohjeita käyttävä kohderyhmä. (Uimonen 2007, 209; Kyngäs ym. 2007, 126.)

Hoito-ohje on osa perehdytysmateriaalia, jossa hoito-ohjeen sisältöalueet muodostuvat perehdytyksen sisällöstä. Hoito-ohjeen tulee olla helppolukuinen, sekä lyhyt ja ytimekäs. Hoito-ohjeen tulisi helpottaa ja ohjata lukijan toimintaa. Lukijan tulisi saada yhdellä silmäyksellä käsitys siitä, mitä hoito-ohje sisältää. Tämä edellyttää hoito-ohjeilta sitä, että ohjeessa käytettävät virkkeet ovat lyhyitä ja nopeasti luettavissa. Sisältö ei kuitenkaan saa olla liian suppea, ettei lukijalle jää tilaa lisäkysymyksille. Hoito-ohjeen tulee olla selkeästi, sekä ymmärrettävästi kirjoitettu, jotta lukija ymmärtää ohjeissa olevat asiat oikein ja näin ollen toimii työsssä johdonmukaisesti. Huonosti ymmärrettävät ohjeet saattavat ohjata lukijan toimintaa väärin ja näin ollen heikentää hoitotyötä. (Kyngäs ym. 2007, 125–127.)

Niemen ym. (2006, 128) mukaan hoito-ohjeessa tekstin tulee olla selkeää, luontevaa, sekä johdonmukaisesti etenevää. Hoito-ohjeessa annettavat toimintaohjeet olisi hyvä esittää siinä järjestyksessä, kuin lukija tulisi kyseiset toiminnot suorittamaan. Tämä antaa myös sen mahdollisuuden, että lukija löytää ohjeesta tarvitsemansa tiedon myös kiireellisissä tilanteissa nopeasti. Jotta lukija saa helposti tekstin ymmärretyksi, tekstin tulee olla tarkasti ja loogisesti jäsenneltyä. Tekstissä tulee kulkea koko matkan ajan punainen lanka, joka tekee tekstin sisällöstä ja kielestä yhtenevän. Loogisesti jäsennelty teksti takaa sen, että hoito-ohjeessa esitetyt asiat jäävät hyvin lukijan mieleen, eikä hänen tarvitse palata useita kertoja tekstissä taaksepäin. (Niemi ym. 2006, 128, 161; Uimonen 2007, 210–213.)

4 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Toiminnallinen opinnäytetyö on ammattikorkeakoulussa yksi opinnäytetyön tekemisen vaihtoehto, jonka muotona voidaan käyttää tuotokseen painottuvaa menetelmää. Toiminnalliselle opinnäytetyölle on ominaista, että opinnäytetyölle on toimeksiantaja. Ammatillisen kasvun näkökulmasata toimeksiantaja lähtöinen opinnäytetyö lisää vastuuntuntoa ja opettaa projektihallintaa, sekä tiimityötä. Haasteena toiminnalliselle opinnäytetyölle on aiheen rajaaminen. Aihe on syytä rajata tarpeeksi hyvin, jottei opinnäytetyö laajene asetettujen tavoitteiden ulkopuolelle. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 16-18, 27-28.) Toiminnalliselle opinnäytetyölle on ominaista, että se etenee vaiheittain (Salonen 2013, 17).

Opinnäytetyön aihe valikoitui Tampereen kaupungin tarpeista saada ohjeet hoitajille kohdunpoistopotilaan postoperatiivisesta hoitotyöstä. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena tuotamme hoito-ohjeet hoitohenkilökunnalle. Hoito-ohjeiden sisältö tulee pohjautumaan näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon, sekä ajantasaiseen kirjallisuuteen.

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ja järkeistää toiminnan ohjeistamista, ja opastamista. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tuotoksena on aina jokin painotuote, tapahtuma, tai näyttely. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää suunnitella aikataulu ja toimintasuunnitelma heti aluksi. Suunnitelmassa tulee olla riittävästi aikaa itse tuotoksen valmistamiseen. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 27–28, 51; Salonen 2013, 19, 21.)

4.1 Tuotoksen sisältö ja ulkoasu

Tässä opinnäytetyössä hoito-ohjeella tarkoitetaan sellaista kirjallista ohjetta, joka toimii hoitohenkilökunnan apuna hoidettaessa kohdunpoistopotilaita. Hoito-ohjeessa käytetty teoria perustuu teoreettiseen tietoon, sekä Hatanpään sairaalan hoitokäytänteisiin. Valmiin hoito-ohjeen käyttöönoton hyväksyy yksikön gynekologi. Ohje on rakennettu etenemään loogisesti, priorisoiden kohdunpoistopotilaan hoidon tarpeet, kuten raportin teoriaosuudessa on esitetty.

Hoito-ohjeen pohjana toimii Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden virallinen työohje pohja. Ohje julkaistaan Tampereen kaupungin sisäisessä intrassa, jolloin kaikki kaupungin työntekijät, joilla on toimivaltuudet voivat käyttää ohjetta. Ohje on kooltaan A4-kokoinen yksi sivuinen tuotos.

Työohjeen pohjassa ensimmäisenä on prosessin kuvaus, sekä kohderyhmä. Kohdasta löytyy myös ohjeen laatijoiden nimet ja hyväksyjä, sekä ohjeen voimassaoloaika. Ohje on numeroitu potilaan hoitoprosessin etenemisen mukaisesti numeroin 1-3, opinnäytetyön tekijät vastaavat ainoastaan kohdan 2 sisällöstä. Rajaus on tehty aiheen laajuuden vuoksi. Ensimmäisessä kohdassa kuvataan toimenpidepäivän aamun hoitotyövaiheet. Ohjeen toisessa kohdassa kuvataan toimenpiteen jälkeiset hoitotyön vaiheet. Viimeisessä kohdassa kuvataan potilaan kotiuttamisen vaiheet. Ohjeesta löytyy lisäksi hakusanat –kohta, jolla työohjeen löytää helpommin sisäisestä intrasta.

Ohjeiden laatimiseen on käytetty apuna teoretietoa siitä, millainen on toimiva hoito-ohje. Koska hoito-ohjeiden sisällön avulla pyritään helpottamaan ja ohjaamaan lukijan toimintaa, on hoito-ohje laadittu helppolukuiseksi, lyhyeksi ja ytimekkäästi. Tuotoksessa on 15 hoitotyön eri vaihetta, jotka ovat merkitty kirjaimin a-o. Jokainen vaihe on pyritty kuvaamaan yhdellä, korkeintaan kahdella lauseella. Lauseet ovat sisällöllisesti tyhjentyviä, joten lukijalle ei jää tilaa lisäkysymyksille. Lauseen rakenteet ovat ymmärrettäviä ja johdonmukaisia. Hoito-ohje on laadittu nopeasti luettavaksi, jolloin hoitajalla on mahdollisuus löytää tarvitsemansa tieto myös kiireellisessä tilanteessa.

4.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi syyskuussa 2015 aiheenvalinta –seminaarissa. Aiheet olivat valmiina näkyvillä tarjolla olevien aiheiden listalla. Listalla oli esitettyinä Tampereen kaupungin tarjoamat aiheet, joista tekijöiden kiinnostukset heräsivät aihetta kohtaan. Opinnäytetyön aihe oli alussa melko laaja ja rajaamaton, päämääränä kuitenkin toiminnallinen, tuotokseen perustuva opinnäytetyö. Opinnäytetyön menetelmä osakseen vaikutti tekijöiden kiinnostukseen. Aluksi tarkoituksena oli tehdä gynekologisen potilaan

kotihoito-ohjeet. Opinnäytetyöprosessiin kuuluvat kohdennetut metodiopinnot, jotka tekijät suorittivat hyväksytysti syksyn 2015 aikana.

Lokakuussa 2015 opinnäytetyön tekijät, työelämäyhteistyötaho, sekä opinnäytetyötä ohjaava opettaja tapasivat ensimmäisen kerran. Työelämäyhteyshenkilönä toimi tällöin apulaisosastonhoitaja, joka toimi osastonhoitajan sijaisena. Tällöin aihe tarkentui kohdunpoistopotilaan kotihoito-ohjeisiin. Työelämän tarve oli suuri, sillä osastolla on harvoin kohdunpoistopotilaita, eikä yhteneväisiä ohjeita ole olemassa. Kotihoito-ohjeiden oli tarkoitus palvella potilasta, sekä jatkohoitopaikkaa. Ohjeet olivat tarkoitus tehdä eri kohdunpoisto menetelmät huomioiden, erikseen laparoskopia ja laparotomia. Koska leikkausmenetelmä vaikuttaa suuresti kohdunpoistopotilaan jatkohoitoon. Opinnäytetyön tekijät aloittivat tiedon hakemisen ja teorian kirjoittamisen heti tapaamisen jälkeen.

Myöhemmin lokakuussa 2015 oli opinnäytetyön ideaseminaari, jossa tekijät esittivät melkein valmiin suunnitelmansa ryhmälle. Ideaseminaarissa nousi esille vielä viitekehyksen rakentamisen haasteet ja teoreettisten lähtökohtien tarkentaminen. Opinnäytetyön tekijöillä oli selkeä suunnitelma ja aikataulutus, jonka perusteella he etenivät.

Marraskuussa 2015 tekijät jatkoivat suunnitelman tekemistä ja teorian hakemista. Opinnäytetyön tekijät hakivat tällöin ensimmäisen kerran ohjausta, jolloin ohjauksessa keskeisiksi asioiksi nousivat opinnäytetyön tavoitteiden hiominen, lähdekriittisyys, sekä tiedonhaun ohjauksen hakeminen. Marraskuun lopussa tekijät saivat suunnitelman valmiiksi ja olivat valmiita hakemaan tutkimuslupaa opinnäytetyölle.

Joulukuussa 2015 tekijät tapasivat työelämäyhteyshenkilön toisen kerran, jolloin tekijöillä oli tarkoituksena tavata nimetty työelämäyhteyshenkilö ensimmäisen kerran. Tarkoituksena tekijöillä oli havainnoida kohdunpoistopotilaan kotiutustilannetta ja tarkentaa muutamia asioita liittyen potilaan ohjaukseen kotiutustilanteessa. Tapaamisen aikana työelämäyhteyshenkilö kuitenkin toi esille, että heillä on kohdunpoistopotilaan kotiuttamiseen liittyvät ohjeet käytössä. Opinnäytetyön tekijät saivat kaksi vaihtoehtoa, joko jatkaa kohdunpoistopotilaan kotihoito-ohjeita, tai tehdä kohdunpoistopotilaan postoperatiivisen hoitotyön ohjeet. Tarve hoitotyön ohjeille oli suuri, opinnäytetyön tekijät päättivät vaihtaa opinnäytetyön aihetta. Tapaamisen aikana sovittiin lupakäytänteistä siten, että yksikkö saa käyttöoikeudet ja tekijänoikeudet jäävät opinnäytetyön tekijöille. Sovittiin

myös siitä, että yksikön gynekologi tarkastaa valmiin tuotoksen, sekä hyväksyy sen. Opinnäytetyön esittämiseen liittyviä asioita käytiin myös yhdessä läpi. Näin ollen valmis suunnitelma ei vastannut uutta tehtävänantoa. Uuden suunnitelman tuottaminen aloitettiin välittömästi tapaamisen jälkeen. Teoreettisten lähtökohtien valinta toi haasteita. Hankaluutta esiintyi myös tarkoituksen, tehtävien ja tavoitteiden kanssa. Saman päivän aikana opinnäytetyön tekijöillä oli suunnitelmaseminaari, jossa he esittivät uuden suunnitelmansa. Uusi suunnitelma oli kuitenkin vielä keskeneräinen, joten tekijät saivat hyvää palautetta jatkoa ajatellen. Opinnäytetyötä ohjaava opettaja sai aiheen vaihtumisesta tiedon kyseisessä seminaarissa.

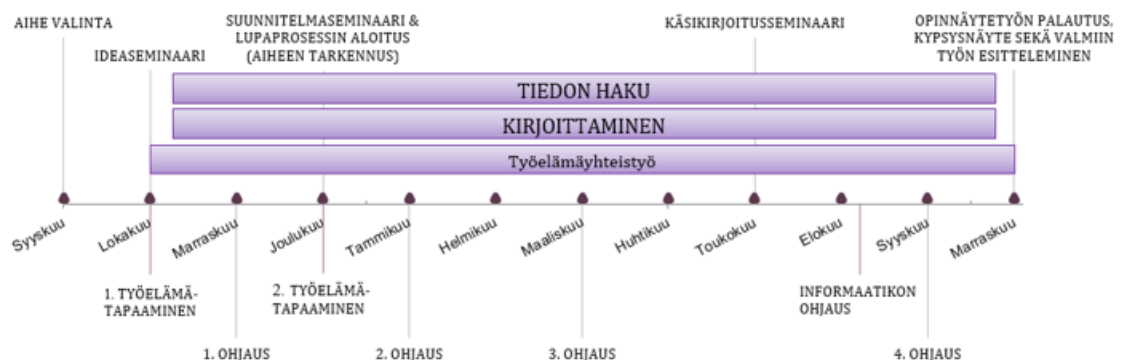
Tammikuussa 2016 tiedonhaku jatkui uuden aiheen parissa. Opinnäytetyön tekijät laativat uuden aikataulun, jonka mukaan he etenisivät kevään 2016 aikana. Tekijät hakivat ohjausta toisen kerran, jolloin ohjausta haettiin tutkimuskysymyksen, sekä suunnitelman muotoiluun. Lisäksi tekijät ja ohjaava opettaja kävivät läpi lupakäytänteitä. Tammikuun lopussa tekijät saivat suunnitelman valmiiksi ja työelämäyhteyshenkilö tarkasti raportin ennen luvan hakua.

Helmikuun alussa 2016 tutkimuslupa hyväksyttiin. Teorian työstäminen jatkui, jolloin aiheen rajaaminen nousi useasti esille. Tekijät jakoivat raportissa käsiteltävät aiheet ja molemmat etsivät itsenäisesti kyseisistä aiheista tietoa. Tekijät kävivät jatkuvaa keskustelua tekstin sisällöstä ja kokosivat lopullisen tekstin yhdessä.

Maaliskuussa 2016 haettiin kolmannen kerran ohjausta. Tällöin raportin teoriaosa oli työstetty pitkälle. Ohjauksessa keskityttiin rakenteeseen ja kieliasuun, sekä sisällysluettelon johdonmukaisuuteen. Opinnäytetyön tekijät halusivat palautetta havainnollistavien taulukoiden käyttöön. Lisäksi keskeiseksi asiaksi ohjauksessa nousi kansainvälisten lähteiden käyttö. Maaliskuussa tekijät olivat sähköpostiyhteydessä työyhteyshenkilöön muutamien tarkentavien kysymyksien kautta. Lisäksi sähköpostikeskustelua käytiin myös yhdessä eri erikoisammattiryhmien kanssa, tarkoituksena saada raporttiin ajantasaista käytännöntietoa teorian rinnalle. Opinnäytetyön tekijät saivat työelämätaholta ”vapaat kädet” aiheen rajaamisen suhteen. Tekijät saivat myös luvan käyttää työohje –käsitteen sijasta käsitettä hoito-ohje. Tekijöiden mielestä hoito-ohje käsitteen käyttäminen työssä olisi potilaslähtöisempää.

Toukokuussa 2016 tekijät saivat teorian kirjoitettua lähes valmiiksi. Tekijät hahmottelivat hoito-ohjeen sisältöä raportin pohjalta. Toukokuun aikana opinnäytetyön tekijät esittivät oman työnsä käsikirjoitus seminaarissa. Tekijät lähettivät sen hetkisen raportin työelämäyhteyshenkilölle luettavaksi. Tekijät pitivät kesällä taukoa opinnäytetyön työstämisestä. Kesän aikana tekijät saivat tiedon työelämäyhteyshenkilön vaihtumisesta. Tekijät ottivat heti tiedon saatuaan yhteyttä uuteen työelämäyhteyshenkilöön, sekä ohjaavaan opettajaan. Elokuussa 2016 opinnäytetyön työskentely jatkui tuotoksen parissa. Tekijät saivat tuotoksen valmiiksi ja lähettivät sen työelämäyhteyshenkilölle luettavaksi. Tieto uudesta työelämäyhteyshenkilöstä tuli jälleen.

Syyskuun 2016 aikana tekijät työstivät raportin menetelmä- ja pohdintaosuutta, sekä tiivistelmää ja abstractia. Syyskuun alussa opinnäytetyön tekijät hakivat informaattikolta tiedonhaun ohjausta hoito-ohje osioon. Tällöin haettiin myös neljännen kerran ohjausta ohjaavalta opettajalta, jolloin ohjauksen aiheena olivat opinnäytetyön valmistumiseen liittyvät aikataulut, sekä johdannon ja pohdinnan kirjoittamisen haasteet. Tekijät valmistuivat tulevaan opinnäytetyöseminaarisiin kooten raportista powerpoint-esityksen. Posterisuunniteltiin ja painatettiin Tamk tutkii- ja kehittää päivää varten. Syyskuun lopulla opinnäytetyö vietiin päätökseen ja lähetettiin arvioitavaksi. Opinnäytetyö tullaan esittämään marraskuussa 2016 Hatanpään sairaalan osastotunnilla, sekä Hatanpään sairaalan opinnäytetyö seminaarissa. Kuvassa 1 on esitetty opinnäytetyön aikataulu ja toteutus.



KUVA 1. Opinnäytetyön aikataulu ja toteutus.

5 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitajille, joiden avulla he pystyvät toteuttamaan kohdunpoistopotilaan kokonaisvaltaista postoperatiivista hoitotyötä. Opinnäytetyön tarpeellisuus työelämätaholle on merkittävä, sillä kohdunpoistopotilaan hoito-ohjeita ei ole laadittu, eikä osastolla ole käytössä yhtenäisiä käytäntöjä kohdunpoistopotilaan postoperatiivisesta hoitotyöstä. Työelämän toive toteutuu ja he saavat käyttöönsä kohdunpoistopotilaan postoperatiiviset hoito-ohjeet. Teoreettisten lähtökohtien mukaan opinnäytetyön tehtävät ja tavoitteet vastaavat toisiaan ja opinnäytetyö on niiden mukainen.

Raportissa on kuvattu kohdunpoistopotilaan postoperatiivisen kokonaisvaltaisen hoitotyön eri osa-alueet, joiden pohjalta kokosimme osaston tarpeita vastaavan hoito-ohjeen. Kohdunpoistopotilaan hoito-ohjetta voidaan käyttää perehdytyksen apuvälineenä ja muistin tukena kohdunpoistopotilaita hoidettaessa. Hoito-ohje julkaistaan Tampereen kaupungin sisäisessä intrassa. Osasto saa myös opinnäytetyön raportin hoitohenkilökunnan käyttöön.

Opinnäytetyön aiheenvalintaseminaarissa gynekologinen leikkaushoitopotilas aiheena sekä menetelmänä kiinnosti tekijöitä. Prosessin alkuvaiheessa oli hieman epävarmuutta työn tekemisessä ja tavoitteiden asettamisessa. Työn etenemisen kannalta koimme toisiimme tutustumisen tärkeänä osana opinnäytetyön prosessia. Myöhemmin ilmeni, että tavoitteemme työtä kohtaan olivat yllättävän yhtenäiset ja näin ollen työskentely yhdessä on ollut sujuvaa ja kannustavaa. Tästä olemmekin saaneet prosessin aikana positiivista palautetta opinnäytetyötä ohjaavalta opettajalta, jonka kannustus on ollut merkittävää kohdattaessa haasteita.

Teimme yhdessä selkeän aikataulun ja rungon teorian pohjalle, jonka mukaan etenimme. Aikataulu on edennyt suunnitelmien mukaisesti. Aiheen vaihtuminen kesken teorian työstön vaikutti motivaatioon hetkellisesti. Saimme kuitenkin nopeasti uudesta aiheesta kiinni ja työskentely jatkui hyvin. Opinnäytetyön eteen olemme käyttäneet mielestämme paljon aikaa, suuriosa ajasta kului lähteiden etsimiseen ja teorian rakentamiseen.

Tutkimuskysymykseen kaksi haimme tiedonhaun ohjausta informaattikolta. Tapasimme informaattikon ja etsimme yhdessä sopivia hakutermejä. Ohjauksen aikana emme kuitenkaan löytäneet sopivia hakutermejä. Jatkoimme hakutermien etsimistä vielä ohjauksen jälkeen, ja informaattikkokin paneutui aiheeseemme omalla ajallaan. Kaikesta huolimatta aihetta vastaavaa hakutermiä ei löytynyt. Olisimme toivoneet hoito-ohjeiden pohjalle kansainvälisiä lähteitä. Tuotoksen rakentaminen tuntui vaivattomalta vahvan teoriapohjan avulla. Raportin teemojen johdonmukaisuus edesauttoi hoito-ohjeen jäsentelyssä.

Aiheen laajuuden ja rajaamisen, sekä hoito-ohjeen kirjoittamisen moniammatilliselle hoitohenkilökunnalle koimme haasteena. Aihe rajautui luontevasti vastaamaan postoperatiivisen hoitotyön vaiheita. Hoitohenkilökunnan moninainen koulutustausta asetti rajoituksia aiheen rajaamisen suhteen. Olemme tietoisesti jättäneet aiheen rajaamisen tuloksena joitakin hoitotyöhön liittyviä toimintoja avaamatta, sillä opinnäytetyö on suunnattu hoitohenkilökunnalle, joten heillä tulisi olla peruskäsitys hoitotyön eri toiminnoista. Alueesta on rajattu pois esimerkiksi hoitotyön kirjaaminen ja Glasgow'n kooma asteikon tulkitseminen. Olemme tietoisesti keskittyneet opinnäytetyössä vaginaaliseen ja laparoskopia-avusteiseen toimenpide menetelmään, koska laparotomia potilaita ei osastolla hoideta.

Työelämäyhteyteen olemme pitäneet yhteyttä jatkuvasti. Haasteen yhteydenpidolle on asettanut yhteyshenkilön muuttuminen moneen kertaan prosessin aikana. Työelämäyhteys on ollut kuitenkin luontevaa ja kannustavaa. Prosessin aikana heränneisiin kysymyksiimme on vastattu ja olemme saaneet arvokasta asiantuntijatieta. Olemme saaneet positiivista palautetta koko prosessin ajan teoreettisesta sisällöstä ja aktiivisuudestamme.

Olemme kaiken kaikkiaan tyytyväisiä opinnäytetyön lopputulokseen ja valmiiseen tuotokseen. Opinnäytetyö prosessina tuli erittäin tutuksi, ja projektityöskentely oli mukavaa. Ammatillinen kasvu opinnäytetyön aikana on ollut huomattavaa, keskeneräisyyden hyväksyntä osaksi prosessia on lisääntynyt.

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on perustettu Suomessa vuonna 1991, tutkimuseettikan laadun turvaamiseksi, ja edistämiseksi. Neuvottelukunnan tehtäviä ovat edistää tutkimuseettistä toimintakulttuuria, parantaa vilppiepäilyjen selvittämistä, sekä kehittää kansainvälistä verkostoitumista. Keskeiseen tutkimuseettiseen ohjeistoon kuuluvat neuvottelukunnan laatimat hyvän tieteellisen tutkimuksen ohjeet. Ohjeistuksen lisäksi tutkimuseetiikkaa ohjaa myös lainsäädäntö. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyö noudattaa tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. Tutkimuksen tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyö on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu asetettujen kriteerien ja vaatimusten mukaan. Opinnäytetyö noudattaa Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjetta. Opinnäytetyön tietoaineisto tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan (2012) muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia on kunnioitettava. Tekijät kunnioittavat opinnäytetyössään muiden tutkijoiden työtä noudattaen teksti- ja lähdeviitteiden oikeaa merkintätapaa.

Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 113). Tekijät ovat olleet kriittisiä valitessa lähteitä. Lähteiden valitsemiseen on vaikuttanut kirjoittajan tunnettavuus ja arvostettavuus, joka näkyy kirjoittajan nimen toistumisena eri julkaisuissa sekä lähdeviiteinä muiden kirjoittajien teoksissa. Tutkimustiedon kumuloitumisen ja nopean muuttumisen vuoksi tekijät ovat käyttäneet opinnäytetyössä tuoreita lähteitä ottaen myös huomioon lähdetiedon alkuperän. Tekijät ovat tietoisesti käyttäneet opinnäytetyössään muutamaa yli 10 vuotta vanhaa lähdettä, sillä lähde on ollut alkuperäislähde, tai tieto on pysynyt samana vuosien ajan. Oppikirjoja on käytetty opinnäytetyössä muiden lähteiden tukena, sillä oppikirjoista löytyy tuorein opetuksessa käytettävä tieto. Tekijät ovat käyttäneet opinnäytetyössään runsaasti elektronisia lähteitä, sillä lähteet ovat hiljattain julkaistuja ja päivitettyjä virallisia julkaisuja. Kuten Kuula (2011) huomauttaa, että elektronisia lähteitä käytettäessä on syytä pohtia eettisyyttä tarkemmin. Elektronisia lähteitä käytettäessä tekijät ovat pohtineet sivustojen ja palveluiden ylläpitäjän luotettavuutta ja

merkittävyyttä. Luotettavuuden arviointi on ollut osana läpi opinnäytetyöprosessin lähteitä valittaessa.

Kananen (2015) tuo esille opinnäytetyön tulosten luotettavuuden arvioinnin kytkettynä omaan työhön. Opinnäytetyötä tehdessä ei riitä, että luotettavuutta pohditaan jälkikäteen, vaan luotettavuuskysymykset on otettava huomioon heti suunnitteluvaiheessa. Hän pitää tärkeänä luotettavuuskriteerien käsittelyä oman työn kannalta. (Kananen 2015, 17.) Käytännön mukaan tieteelliselle tutkimukselle on haettava tutkimuslupa, sekä sovittava tutkimukseen osallisten oikeudet, vastuut ja velvollisuudet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyön tutkimuslupa on hyväksytty Tampereen kaupungin hallintoylihoitajan toimesta. Tekijät ovat saaneet työelämätaholta luvan käyttää yksikön nimeä opinnäytetyön raportissa. Opinnäytetyön tekijät vastasivat itse kaikista opinnäytetyön kustannuksista. Tekijät säilyttävät tekijänoikeudet itsellään ja luovuttavat käyttöoikeudet työelämätaholle.

5.2 Kehittämisehdotukset

Tutkiessamme aihetta tulimme tulokseen, että suomalaisia tutkimuksia kohdunpoiston vaikutuksesta psyykkisyyteen ja seksuaalisuuteen on vähän. Työtä tehdessä ilmeni, että seksuaalisen ja psyykkisen toipumisen tukeminen jää vähäisemmäksi muun ohjauksen ja hoidon rinnalla. Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin tutkia kohdunpoistopotilaiden psyykkistä ja seksuaalista toipumista kokemuskulmasta. Perehtyessämme hoito-ohjeisiin, koimme tietoa olevan vähän. Hoito-ohjeiden rakentamisen tueksi ei ole julkaistu käytettäviä kriteereitä. Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin tutkia hoito-ohjeiden käyttöä ja käytettävyyttä.

LÄHTEET

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. 1. Painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. 1. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 102–103.

Annala, P. 2010. Kun potilas ei syö eikä juo – miten rakennan nesteohjelman? Suomen Lääkärilehti, 65(22). Luettu 12.3.2016.
[http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti](http://www terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti)

Anttila, V-J. 2012. Tällä haavaa infektioista. Haava -lehti 1/2012, 4.

Auranen, A. & Grénman, S. 2011. Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimet. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 229–230.

Brummer, T. 2007. FINHYST 2006. HYKS Naistenklinikka. Gynekologisen Kirurgian Seura. Luettu 12.11.2015. <http://gks.fi/wp-content/uploads/2012/09/Finhyst-20062.pdf>

Brummer, T 2012. Hysterectomy for benign indications in Finland. Helsinki: Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Carson, D., Dychter, S., Gold, D. & Haller, M. 2012. Intravenous Therapy: A Review of Complications and Economic Considerations of Pheripheral Access. Journal of Infusion Nursing 35(2), 84–91. Luettu 12.3.2016.
<http://www.nursingcenter.com/static?pageid=1374284>

Duodecim. 2008. Glasgow Coma Score ja sen arviointi. Suomalainen lääkärisseura. Luettu 14.3.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00135

Einimö, C. 2012. Haavanhoito haastaa käsihygieniataidot. Haava – lehti 1/2012, 22–23.

Endometrioosiyhdistys ry. 2012. Endometrioosi potilasopas – valmistautuminen leikkaukseen. Luettu 17.2.2016. <http://www.endometrioosiyhdistys.fi/files/download/Endometrioosiopas.pdf>

Erämies, T. 2015. Leikkaushaavan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Luettu 1.2.2016.
<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.– 3. Painos. Helsinki: WSOY

Eskola, N. 2014. Kirurgisen potilaan hoito. Luettu 14.3.2016. <http://www.sli-deshare.net/NinaEskola/kirurgisen-potilaan-hoito>

Gwynn-Jones, T. & Walters, J. 2010. Anaesthesia. Teoksessa Perioperative Nursing Hamlin, L., Richardson-Tench, M. & Davies, M. (toim.) Perioperative Nursing. Australia: Elsevier, 140.

Hakala, N. 2012. Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja. Luettu 14.3.2016. Päiväkirurginen yhdistys. <http://paivakirurginenyhdistys.net/tiedostot/paivakirurgisen-heraamon-kasikirja.pdf>

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

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 270-271, 280-281.

Heinonen, P. K. 2011. Tärkeimmät gynekologiset leikkaukset. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 276-278, 281-282, 292.

Hietanen, H., Saastamoinen, T., Toivonen, S., Muotka, R., Aalto, M., Laitinen, E-R. & Korhonen, S. 2010. Erittäminen. Teoksessa Saastamoinen, T., Hietanen, H., Juvonen, A. & Monto, R. (toim.) Hoitotyön toiminnot. Helsinki: Kirjapaja, 31-32.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, V. fysioterapeutti. 2016. Asiantuntija haastattelu 29.3.2016. Tampereen kaupungin sosiaali-, ja terveystoimet. Hatanpään kantasairaala.

Hoikka, A. 2013. Lääkkeetön kivunhoito. Teoksessa Ilola, T., Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 203.

Hoitotyön Tutkimussäätiö. 2016. Säätiön tarkoitus ja perustehtävä. Luettu 28.4.2016. <http://hotus.fi/hotus-fi/saation-tarkoitus-ja-perustehtava>

Hurskainen, R. 2011. Vuotohäiriöt. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 92.

Hurskainen, R. 2014. Kohdunpoistolle on vaihtoehtoja. Perttula, M. (toim.) Tehy-lehti (6). Luettu 20.2.2016. <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2014/tehy-lehti-6-2014/kohdunpoistolle-on-vaihtoehtoja/>

Härkki, P. 2006. Gynekologisen laparoskopian komplikaatiot. Suomen Lääkärilehti no. 5/-06. Luettu 25.10.2015 <http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cl/laakari-lehti/pdf/2006/SLL52006-429.pdf>

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. 2. Uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Impey, L. & Child, T. 2013. Obstetrics & gynaecology. Wiley-Blackwell, 130-131.

International Association for the Study of Pain. 2012. Pain Taxonomy. Luettu 16.1.2016. <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

Isotupa, S. 2009. Kirurgiset potilaat. Teoksessa Affman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita, 209.

Jalonen, J. Koivusipilä, A. Mattila, V. & Tarnanen, K. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen – lisätietoa potilaalle. Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 7.1.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089

Joanna Briggs Institute. 2010. Aikuispotilaan hypotermian hoidon ja ehkäisyn periaatteet perioperatiivisessa hoitoympäristössä. Best Practice 14 (3). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Junttila, K., Lamberg, E., Poikajärvi, S. & Siirala, E. Luettu 25.3.2016. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-13_0.pdf

Jokela, R. 2014. Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi. Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 807, 810.

Kairaluoma, M.V., Aukee, P. & Elomaa, E. 2009. Lantionpohjan toimintaan liittyvät häiriöt ja niiden diagnostiikka. Luettu 8.5.2016. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=duo97784&p_haku=lantionpohjan%20lihaksisto

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 54-55, 76-77.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangas-Saarela, T. & Mattila, K. 2014. Päiväkirurgisten potilaiden toipuminen ja kotiuttaminen. Luettu 23.2.2016. http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02501&p_haku=kohdunpoisto

Kellokumpu, I. 2009. Lantionpohjan toiminnallisten häiriöiden ja laskeumien hoito. Luettu 8.5.2016. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=duo97784&p_haku=lantionpohjan%20lihaksisto

Kingdom, B. & Newman, K. 2006. Determining patient discharge criteria in an outpatient surgery setting. AORN Journal 83(4), 898–904.

Knopf, C., Rotko, N. & Koivuranta, M. 2010. Postoperatiivinen pahoinvointi ja oksentelu – the big little problem. Finnanest 43, 408–412.

Koivikko, M. & Jantunen, S. 2015. Lantionpohjan lihasten harjoittaminen. Luettu 8.5.2016. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2014. Tavoitteena on tehokas ja turvallinen yksilöllinen leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Finnanest 47(1). Luettu 17.2.2016. http://www.finnanest.fi/files/kontinen_hamunen_tavoitteena_tehokas_ja_turvallinen_yksilollinen_leikkauksen_jalkeisen_kivun_hoito.pdf

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. 2. Uudistettu painos. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Kuurne, S. & Erämies, T. 2013. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Ketomaa, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 380.

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

Käypä hoito- suositus 2016. Laskimotukos ja keuhkoembolia. Luettu 28.4.2016
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50022>

Käypä hoito -suositus. 2010. Tromboosiprofylaksia suomalaisessa sairaanhoidossa. Luettu 28.4.2016. <http://www.kaypahoito.fi.elib.tamk.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=223C708E1400A6C22EC0A3AC7528299D?id=hoi50022>

Laato, M. Veräjänkorva, E. & Kössi, J. 2010. Leikkaushaavan paraneminen ja jälkihoito. Teoksessa Anttila, V-J. Hellstén, S. Rantala, A. Routamaa, M. Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 206-208.

Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO) – a preoperative process. Luettu 7.1.2016. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/37600>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lassila, R. 2014. Laskimotukoksen ehkäisy. Duodecim: Käypä hoito – suositus. Luettu 28.4.2016. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00149&p_haku=tromboosiprofylaksia

Lehtomäki, P. & Hoikka, A. 2013. Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet. Teoksessa Ilola, T., Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 196-197.

Lempinen, J., Konttinen, V., Paavola, M., Isojärvi, J., Roine R P, & Ikonen, T S. 2011. Haavan kestopuudutus leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Suomen lääkirilehti 66 (3). Luettu 17.2.2016.
http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2011_Haavan_kestopuudutus.pdf

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2013. Anatomia ja fysiologia, rakenteesta toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lukkari, L. Kinnunen, T. & Korte, R. 2015. Perioperatiivinen hoitotyö. 5. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K. & Salomäki, T., 2013. Potilaan turvallinen siirto heräämöstä vuodeosastolle. Ilola, T., Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 211.

- Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K., & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö. Luettu 14.3.2016. http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamo-hoito.pdf
- Melling, A. Hollander, D. & Gottrup, F. 2005. Haavainfektion kriteerien tunnistaminen. EWMA. Suomen haavanhoitoyhdistys ry. Luettu 27.1.2016. <http://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/ewma-haavainfektion-kriteerien-tunnistaminen.pdf>
- Muhonen, R. 2014. Nesteensiirtopotilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Luettu 23.2.2016. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>
- Mustajoki, P. 2015. Kohonnut verenpaine. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 16.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034
- Mustajoki, P. 2016. Ummetus. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 5.5.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00092#s3
- Mäkinen, J. & Nieminen, K. 2011. Laskeumat. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 196-197, 201.
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Niemi-Murola, L. 2012. Postoperatiivinen hoito. Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 87.
- Partanen, P. 2009. Yksilö elämänkaarella. Teoksessa Affman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita, 9.
- Persson, P., Wijma, K., Hammar, M., & Kjølhede, P. 2006. Psychological wellbeing after laparoscopic and abdominal hysterectomy—a randomised controlled multicentre study. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 113(), 10231030. Luettu 5.5.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.01025.x/full>
- Perttula, M. 2014. Kohdunpoisto tehdään yhä harvemmin. TEHY no. 6/-14. Luettu 7.1.2016.
- Poikajärvi, S. 2013. Postoperatiivinen sekavuus. Ilola, T., Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 210.
- Pokkinen, S. 2016. Kipu kohdunpoistoleikkauksen jälkeen. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

- Pöyhiä, R. 2012. Postoperatiivinen kipu ja sen hoito. Teoksessa Niemi-Murola, L., Jalonen., Junttila, E., Metsävainio. & Pöyhiä. (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 142–143.
- Rantala, A. 2010 Postoperatiivisten infektioiden merkitys. Teoksessa Anttila, V-J. Hellstén, S. Rantala, A. Routamaa, M. Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Rantanen, K. & Hurskainen, R. 2006. Kohdunpoiston vaikutus naisen seksuaalisuuteen. Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim. Luettu 26.10.2015 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95979.pdf> .
- Raudaskoski, T. 2011. Anamneesi ja muut tutkimukset. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 60.
- Rautasalo, E. 2008. Hoitotyön ammattilaisen näkemyksiä ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta. Jyväskylän yliopisto. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Väitöskirja.
- Rautava-Nurmi, H., Sjövall, S., Vaula, E., Vuorisalo, S. & Westergård, A. 2010. Neste- ja ravitsemushoito. 4. Painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Rautava-Nurmi, H., Westgård, A., Henttonen, T., Ojala, M., Vuorinen, S. & Rusanen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 5. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Ryttyläinen, K. & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Luettu 10.8.2016. <http://www.seksologinenseura.fi/tiedostot/LupaPuhua.pdf>
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön tutkimussäätiö Luettu 25.3.2016. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf
- Salomäki, T. & Laurila, P. 2014. Haasteellinen kipu. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lendgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 871-872.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu
- Seppänen, M. 2013. Lämmönsäätely. Luettu 25.3.2016. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>
- Sillanpää, A. & Tavi, V. 2015. Koko naisen terveys. Helsinki: Gummerrus Kustannus Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Luettu 28.4.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali-, ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Luettu 17.2.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113244/opp_0532_laakehoito_verkko_korjattu.pdf?sequence=1

Suomen kivuntutkimusyhdistys Ry. 2015. Mitä kipu on?. <http://skty.org/system/files/Mit%C3%A4%20kipu%20on.%20Perustietoa%20kivusta%20kaikille.pdf#overlay-context=node/329> Luettu 16.1.2016.

Tampereen kaupunki. 2015. Tietoa potilaalle. Luettu 7.1.2016. <http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat-ja-poliklinikat/hatanpaan-sairaala/leikkaustoiminta/leiko24/potilaana.html>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Tampere: Suomen Yliopistopaino.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Seksuaalisuus- ja lisääntymisterveys. 2015. <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus-puheeksi/valmiita-malleja>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2015. Luettu 6.5.2016. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129792/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosikirja%202015%20web.pdf?sequence=5>

Tiainen, A-M. 2009. Ravinnon ja lääkkeiden vuorovaikutus. Teoksessa Affman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita, 55–56.

Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011. Lapsettomuus. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 185.

Tirkkonen, J., Jalkanen, V., Alanen, P., & Hoppu. S. 2009. Medical Emergency Team (MET) TAYS:ssa – aikainen puuttuminen potilaan elintoimintojen häiriöihin. Finnanest 42, 428–433

Tohmo, H. 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa?. Luettu 7.1.2016. http://www.finnanest.fi/files/tohmo_miten.pdf

Tunturi, P. 2013. Nestehoidon tavoitteet ja osa-alueet. Anestesiahoitotyön käsikirja. Luettu 23.3.2016. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>

Tunturi, P. 2013. Spinaalipuudutus. Anestesiahoitotyön käsikirja. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 29.3.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Uimonen, T. 2007. Asiantuntija kirjoittaa. Teoksessa Karhu, M., Salo-Lee, L., Sipilä, J.,

- Selänne, M., Söderlund, L., Uimonen, T. & Yli-Kokko, P. Asiantuntija viestii – ajatuksesta vaikutukseen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Vainio, A. 2009. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 150, 155-157.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003 Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.
- Väestöliitto. 2016. Luettu 12.3.2016. <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/seksuaalioikeudet/>
- Wang, X.Q., Lambert, C.E. & Lambert, V.A. 2007. Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge. The Authors. Journal compilation. International Council of Nurses. Luettu 5.5.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2007.00562.x/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>
- Walman, L., Lehtomäki, P., Hoikka, A., & Laurila I. 2013. Kivun lääkehoito. Teoksessa Ilola, T., Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 199.
- World Health Organization. 2016. Sexual health. Luettu 12.3.2016. http://www.who.int/topics/sexual_health/en/
- Zore, A., Strojaan, N. & Djekic, B. 2008. Comparison of hand washing and disinfection. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 42(4), 251–259. Luettu 12.3.2016. <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-9NGVZTEA/>