



”Tunsin olevani hyvissä käsissä”

Gynekologisesta leikkausasennosta johtuvat jälkikomplikaatiot ja potilaskohtelu leikkausosastolla vaginaalisen hysterektomian läpikäyneiden potilaiden kokemana

**Maaret Ahokas
Emma Korkiakoski**

**Opinnäytetyö
Huhtikuu 2007**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) AHOKAS, Maaret KORKIAKOSKI, Emma	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi ”Tunsin olevani hyvissä käsissä” Gynekologisesta leikkausasennosta johtuvat jälkikomplikaatiot ja potilaskohtelu leikkausosastolla vaginaalisen hysterektomian läpikäyneiden potilaiden kokemana		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) PALOVAARA, Marjo PERTTUNEN, Jaana		
Tiivistelmä <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli välittää tietoa mahdollisista gynekologisesta leikkausasennosta johtuvista jälkikomplikaatioista sekä tuottaa gynekologisen leikkausasennon laitto-ohjeet. Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda tietoisuuteen leikkausasennosta johtuvia vaurioita ja näin kehittää erään sairaalan leikkausosaston henkilökunnan valmiuksia gynekologisen leikkausasennon laitossa. Tutkimus pyrki myös välittämään tietoa potilailta hoitohenkilökunnalle potilaskohtelusta leikkaushoidon aikana.</p> <p>Tutkimus oli laadullinen eli kvalitatiivinen. Tutkimukseen osallistui 16 vaginaalisen hysterektomian läpikäynyttä potilasta ajalla 30.10.2006.-9.2.2007. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kaksiosaista kyselylomaketta. Kyselylomakkeen ensimmäinen osa koostui ihmishahmoista, joihin vastaajat merkitsivät gynekologisesta leikkausasennosta johtuvia jälkioireita. Vastaukset analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä perustuen jo olemassa olevaan tietoon. Toinen osa kyselylomakkeesta sisälsi kolme avointa kysymystä koskien potilastyytyväisyyttä leikkausosastolla. Avointen kysymysten aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä perustuen aineistosta nousseisiin teemoihin</p> <p>Tulosten mukaan vastaajilla ilmeni oireita, jotka voitiin luokitella gynekologisesta leikkausasennosta johtuviksi. Kolmeksi pääluokaksi muodostuivat hermovammat ja raajojen yliojennukset, painehaavaumat sekä muut asennosta johtuvat oireet. Potilastyytyväisyyttä käsittelevästä aineistosta ilmeni, että kohteluun leikkausosastolla oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Erityisen tyytyväisiä oltiin leikkausosastoympäristöön sekä intimitteettisuojan hyvään huomiointiin.</p> <p>Tutkimus osoitti, että gynekologisen leikkausasennon laitossa tulisi kiinnittää enemmän huomiota potilaan luonnollisiin liikeratoihin, pehmusteiden riittävään ja huolelliseen käyttöön sekä puristus-/hankausvammojen ennaltaehkäisyyn.</p>		
Avainsanat (asiasanat) vaginaalinen hysterektomia, gynekologinen leikkausasento, potilastyytyväisyys		

Author(s) AHOKAS, Maaret KORCIAKOSKI, Emma	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 48	Lan- guage Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title "I felt like I was in good hands" Latter complications relating to gynaecological operation position and patient treatment in operating unit from vaginal hysterectomy patients point of view		
Degree Programme Degree programme in nursing		
Tutor(s) PALOVAARA, Marjo PERTTUNEN, Jaana		
Abstract <p>The aim of this research was to inform about latter complications relating to gynaecological operation position and produce instructions for setting the gynaecological operation position. The objective of this research was to bring the injuries caused by the operation position into awareness and so advance the preparedness of the personnel in a certain hospital's operating unit. The research also aims to pass on information from the patients to the nursing personnel about patient treatment during the operating care.</p> <p>The research utilized a qualitative research methodology. The research was attended by 16 vaginal hysterectomy patients during 30.10.2006-9.2.2007. The chosen research method was a double-barrelled questionnaire. The first part of the questionnaire was consisted of human figures in which the attendees marked the latter complications caused by the gynaecological operation position. The results were analyzed by using the deductive content analysis based on the already known facts. The second part of the questionnaire included three unstructured questions which dealt with patient contentment in operating unit. The material from the unstructured questions was analyzed by inductive content analysis based on the themes of the material.</p> <p>In the results attendees described symptoms which were associated to the gynaecological operation position. Neural injuries and over extension of the limbs, pressure sores as well as other injuries caused by the position were formed to the three main categories. From the material which dealt with patient contentment was occurred that the treatment in the operating unit had been respectable and friendly according to the attendees. The operating environment and protection of privacy were reported especially well organized.</p> <p>The research proved that to patients' natural trajectories, sufficient and accurate use of pads and prevention of pressure injuries should be more noticed in setting gynaecological operation position.</p>		
Keywords vaginal hysterectomy, gynaecological operation position, patient contentment		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 VAGINAALINEN HYSTEREKTOMIA JA SIIHEN LIITTYVÄT HAASTEET	5
2.1 Leikkaukseen johtavat syyt.....	5
2.2 Vaginaalinen hysterektomia ja muut leikkausmenetelmät	6
2.2 Vaginaalisen hysterektomiapotilaan hoitopolku leikkausosastolla.....	7
2.3 Potilaan intimiteettisuojasta huolehtiminen vaginaalisessa hysterektomiassa	8
3 GYNEKOLOGINEN LEIKKAUSASENTO	10
3.1 Gynekologisen asennon laitto	11
3.2 Gynekologisen asennon purkaminen.....	16
3.3 Gynekologiseen leikkausasentoon liittyvät jälkikomplikaatiot	18
3.3.1 Hermovammat ja raajojen yliojennus	18
3.3.2 Ihon painehaavaumat	19
3.3.3 Muut gynekologisesta leikkausasennosta johtuvat vauriot.....	19
4 POTILASTYYTYVÄISYYS	21
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT ..	22
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
6.1 Tutkimusmenetelmä	23
6.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	23
6.3 Aineiston analyysi	24
7 TUTKIMUSTULOKSET	27
7.1 Gynekologisesta leikkausasennosta johtuvat jälkikomplikaatiot.....	27
7.2 Potilastyytyväisyys	28
7.2.1 Potilaan asiallinen kohtelu	28
7.2.2 Rauhallinen ympäristö	29

	2
8 POHDINTA.....	32
8.1 Tulosten pohdinta.....	32
8.1.1 Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot	32
8.1.2 Potilaiden kokemukset kohtelusta leikkausosastolla.....	33
8.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta	35
9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	37
9.1 Eettisyys.....	37
9.2 Luotettavuus.....	39
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET.....	42
LÄHTEET	44
LIITTEET	Error! Bookmark not defined.
Liite 1. Saatekirje	Error! Bookmark not defined.
Liite 2. Kyselylomake	Error! Bookmark not defined.

1 JOHDANTO

Leikkausasennot ovat tärkeä osa perioperatiivisen hoitotyön sisältöä, jotta työskentelyolot ja potilasturvallisuus olisivat mahdollisimman hyvät (Kiviluoma 1994, 26).

Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan aikajaksoa potilaan kirurgisen toimenpiteen ympärillä. Siihen sisältyvät vuodeosastoaika ennen leikkausta, puudutus-/nukutus aika, toimenpide ja toipumisaika. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 1996, 14.)

Potilaan asettaminen erilaisiin leikkausasentoihin saattaa käytännön työssä helposti rutinoitua, jolloin asentojen turvallisuus jää vähälle huomiolle. Hyvin laitettu leikkausasento kuitenkin ennaltaehkäisee komplikaatioiden syntyä. Ehkäisy on helpompaa kuin hoito. (Kiviluoma 1994, 26.) Turvalliseen leikkausaseentoon tulee kiinnittää erityishuomiota myös siksi, että viime vuosina anestesia- ja leikkaushoitotyön luonne on muuttunut yhä teknisemmäksi ja kiireisemmäksi. Näin asentojen turvallisuus ja niiden tarkoittamat työskentelyolosuhteet saattavat jäädä liian vähälle huomiolle (Aho-Konttinen & Haavisto 2006, 21.) Yleisimpiä leikkauksen aikana tapahtuvia asennosta johtuvia vaurioita ovat hermovauriot, raajojen yliojennukset ja ihon painehaavaumat (Hirvonen, Rautiainen & Laakkonen 1997, 10).

Gynekologia eli naistentautioppi lääketieteen alana tutkii ja hoitaa naisen sukupuolielimiä. Se käsittää muun muassa emättimen ja kohdunseudun sairaudet sekä synnyttämisen. (Gynekologia 1995, 107.) Gynekologisella leikkausasenolla tarkoitetaan asentoa, jossa potilas makaa selällään leikkaustasolla jalat loitonnettuina ja kohotettuina jalkatelineille (Korte ym. 1996, 375). Gynekologisessa leikkausasenossa tulee erityisesti muistaa, ettei paine jää pelkästään polvinivelien varaan vaan se jakaantuu tasaisesti koko keholle. Gynekologisessa leikkausasenossa tulee myös varoa lantion yliojennusta. Lantion ollessa taivutettuna, tulee polvien olla koukistettuna sopivien pehmustetyynyjen päällä. (Kiviluoma 1994, 26.)

Kiinnostus tutkia gynekologiseen leikkausaseentoon liittyviä jälkikomplikaatioita heräsi tutkijoiden huomattua, että kyseisestä aiheesta ei ole juurikaan tehty aikaisempia tutkimuksia. Tutkijat kokivat, että tutkimuksesta olisi hyötyä ennaltaehkäistessä asennosta johtuvien vaurioiden syntyä. Tutkimuksen alkuvaiheessa oltiin yhteydessä erään sairaalan leikkausosastoon, josta tiedusteltiin henkilökunnan mielipidettä tällaisen työn tarpeellisuudesta. Vastaanotto leikkausosastolla oli myönteinen, sillä tieto asen-

nosta johtuvista jälkikomplikaatioista ei tällä hetkellä saavuta osastoa.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kyselylomakkeen avulla gynekologisesta leikkausasennoista kohdunpoiston yhteydessä seuranneita mahdollisia jälkikomplikaatioita. Tutkimuksessa selvitetään myös asennonlaiton eri vaiheet vaginaalisessa hysterektomiassa eli alateitse tapahtuvassa kohdunpoistoleikkauksessa. Leikkausosaston henkilökunnan toiveesta tutkimuksessa selvitetään myös potilaiden kokemuksia saamastaan kohtelusta vaginaalisen hysterektomian yhteydessä. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat erään sairaalan leikkausosaston naispotilaat, jotka läpikävivät kohdunpoiston alateitse ajalla 30.10.2006.-9.2.2007.

2 VAGINAALINEN HYSTEREKTOMIA JA SIIHEN LIITTYVÄT HAASTEET

2.1 Leikkaukseen johtavat syyt

Kohdunpoistoleikkaus on yleinen gynekologinen leikkaustoimenpide, joita tehdään Suomessa vuosittain noin 10 000. Kohdunpoistoleikkauksia tehdään Suomessa väestömäärään suhteutettuna enemmän kuin useimmissa muissa maissa. (Väyrynen 2005, 6.)

Eräs kohdunpoistoon liittyvä syy on kohdunlaskeuma, joka syntyy lantionpohjan sidekudos- ja lihasrakenteen heikentyessä, jolloin synnytinelimiä sekä muita vatsaontelon pohjan elimiä kannattava tuki pettää. Kohdunlaskeumaan saattaa liittyä myös virtsarakon laskeuma (cystocele), peräsuolen laskeuma (rectocele) tai suoliston laskeuma (enterocele). Nuorilla ja synnyttämättömillä työikäisillä naisilla kohdunlaskeuma on harvinainen. (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 70.)

Kohdunlaskeumat jaetaan kolmeen eri asteeseen: I asteen kohdunlaskeuma, jossa kohdunnapukka ei vielä tule ponnistaessa näkyviin ulkosynnyttimistä (descendus uteri), II asteen kohdunlaskeuma, jossa kohdunnapukka tulee ponnistaessa ulkosynnyttimien ulkopuolelle, mutta kohdunrunko pysyy emättimen puolella (prolapsus uteri partialis) sekä III asteen kohdunlaskeuma, jossa kohtu tulee kokonaan ulkosynnyttimien ulkopuolelle (prolapsus uteri totalis). (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 70.)

Muita syitä kohdunpoistoleikkaukseen ovat myoomat eli kohdun hyvänlaatuiset lihaskasvaimet, vuotohäiriöt (runsaat sekä pitkittyneet vuodot) sekä endometrioosi. Endometrioosilla tarkoitetaan kohdun limakalvon kaltaisen kudoksen esiintymistä normaalin sijaintipaikkansa ulkopuolella tavallisesti munasarjoissa, kohtua kannattavissa sidekudosjuosteissa tai vatsakalvolla. Syövän vuoksi kohtuja poistetaan vuosittain 7 %:ssa tapauksista. (Kohdunpoistoleikkauksista 2002.)

2.2 Vaginaalinen hysterektomia ja muut leikkausmenetelmät

Kohtu voidaan poistaa usealla eri tavalla. Vaihtoehtoja ovat vaginaalinen hysterektomia (VH), laparoskopia-avusteinen vaginaalinen hysterektomia (LAVH), laparoskooppinen hysterektomia (LH) sekä laparotomiaviillosta vatsanpeitteiden läpi tehtävä abdominaalinen hysterektomia (AH). Ensisijainen leikkaustekniikka on usein vaginaalinen hysterektomia, koska toimenpide on nopea ja käytettävät instrumentit sekä leikkausvalmistelut yksinkertaiset. Leikkaushaava tulee pelkästään emättimen pohjukkaan, potilaan toipuminen on nopeaa ja leikkauksen jälkeisen hoidon ja kipulääkityksen tarve vähäinen. (Väyrynen 2005, 6.) Vaginan on todettu jäävän vaginaalisen ja laparoskooppisen kohdunpoiston jälkeen fysiologisempaan asentoon verrattuna abdominaaliseen menetelmään. Vaginaalisen kohdunpoiston etuina on myös lyhyempi leikkausaika sekä mahdollisuus tehdä toimenpide epiduraali- tai spinaalipuudutuksessa. (Kiilholma, Paavonen 1996, 149.)

Vaginaalisella hysterektomialla tarkoitetaan kohdun poistamista emättimen kautta. Toimenpiteeseen liittyviä lisätoimia voivat olla muun muassa emättimen etuseinämän kiristäminen, emättimen takaseinämän kiristäminen sekä tukiompeleiden laitto virtsaputken alle. (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 70.) Vaginaalista hysterektomiaa harkitaan tapauksissa, joissa todetaan kohdunlaskeuma ja kohdun koko on normaalin rajoissa. Tavallisin ongelma vaginaalisen hysterektomian yhteydessä on runsas leikkauksen aikainen verenvuoto. Erityinen ongelma se on niissä tapauksissa, joissa kohtu on suuri ja se joudutaan paloittelemaan. (Väyrynen 2005, 6.) Anatominen edellytys vaginaaliselle hysterektomialle on vaginan riittävä tilavuus. Isokin kohtu voidaan poistaa paloittellen, kun työskentelytilaa on riittävästi. Kapasiteetti arvioidaan yksilöllisesti eikä synnyttämättömyys ole este alatieleikkaukselle. (Väyrynen 2005, 6.)

Laparoskooppisen kohdunpoistoleikkauksen yleistyessä kiinnostus vaginaaliseen hysterektomiaan on virinnyt uudelleen. Tämä toimenpide on osoitettu laparoskooppista hysterektomiaa säästävemmäksi ja turvallisemmaksi. (Paavonen 1996.) Laparoskopiolla tarkoitetaan vatsaontelon täyhystystä vatsan seinämään tehdyn aukon kautta (Tohtori.fi 2007)

Ensimmäinen laparoskooppinen sterilisaatio tehtiin vuonna 1962, mutta vasta 1990-luvulla videolaparoskopioiden aikakaudella menetelmä otettiin laajempaan käyttöön

(Härkki 2006). Ensimmäinen laparoskooppinen leikkaus tehtiin Suomessa syyskuussa vuonna 1992. Innostus uutta menetelmää kohtaan oli suurta ja se levisikin nopeasti koko maahan. (Hurskainen, Härkki 2004.) Tällä hetkellä laparoskooppisella menetelmällä voidaan tehdä melkein mitä tahansa vatsan alueen toimenpiteitä. Sen avulla päästään lähemmäksi kohde-elintä ja suurennuksen avulla näkyvyys on jopa parempi kuin perinteisiä leikkausmenetelmiä käytettäessä. (Härkki 2006.) Laparoskooppista kohdunpoistoa ei kuitenkaan voida tehdä, ellei hallita siihen liittyvää vaginaalista vaihetta (Kiilholma ym.1996, 149).

Vielä 1980-luvun lopussa vain 7 % kohdunpoistoista tehtiin alakautta vaginaalisesti ja loput avoimella leikkauksella vatsanpeitteiden läpi. 2000-luvulle tultaessa laparoskooppisen kohdunpoiston osuus on vakiintunut yhteen neljäsosaan, loput kolme neljäsosaa on jakautunut tasaisesti abdominaaliseen ja vaginaaliseen. (Hurskainen, Härkki 2004.) Vuonna 2003 kohdunpoistoista 38 % tehtiin avoleikkauksissa, 38 % vaginaalisesti ja loput 24 % laparoskooppisesti (Härkki 2006).

Englannissa analysoitiin vuosina 1994-95 VALUE-tutkimuksessa 37 298 kohdunpoistoa. Vaginaalisen menetelmän todettiin olevan riskittömin vaihtoehto iäkkäille kohdunpoistopotilaille. Leikkauksen aikaisen vuodon määrän todettiin olevan vähäisempi iäkkäämmillä kuin nuorilla naispotilailla vaginaalista menetelmää käytettäessä. Komplikaatioiden kokonaismäärissä ei ollut eroja eri menetelmiä käytettäessä. Laparoskooppisen kohdunpoiston aikana syntyi kuitenkin huomattavasti enemmän komplikaatioita kuin abdominaalisessa tai vaginaalisessa kohdunpoistotoimenpiteessä. Erikoistuvien ja erikoislääkärien tekemissä toimenpiteissä ei kuitenkaan ollut eroja. (Maresh, Metcalfe, McPherson, Overton, Hall, Hargreaves, Bridgman, Dobbins, Casbard 2002.)

2.2 Vaginaalisen hysterektomiatiltaan hoitopolku leikkausosastolla

Potilaan saapuessa leikkausosastolle, häntä vastaanottavat leikkauksen aikana hoitavat sairaanhoitajat. Raporttia on vastaanottamassa ensisijaisesti anestesiahoitaja, joka huolehtii potilaasta anestesian eli nukutuksen/ puudutuksen aikana. Esittäytymisen aikana varmistetaan potilaan henkilöllisyys. (Korte ym. 1996, 350.)

Potilaan siirto leikkaustasolle tapahtuu leikkaussalissa. Potilas siirtyy tasolle joko itse tai avustettuna. Potilas on tässä vaiheessa jo esilääkityksen alaisena, mikä voi aiheuttaa uneliaisuutta ja pysähtyneisyyttä. Siksi potilaan turvallinen siirtyminen varmistetaan. Myös intimitietin ja lämmön turvaamisesta huolehditaan. (Korte ym. 1996, 352.)

Vaginaalinen hysterektomia voidaan tehdä joko yleisanestesiassa tai puudutuksessa, minkä jälkeen potilas asetetaan gynekologiseen leikkausasentoon edelleen potilaan intimitteettisuojusta huolehtien. (Korte ym. 1997, 70-71). Ongelmaton vaginaalinen hysterektomia vie aikaa noin 30 minuuttia, mutta usein toimenpiteelle on varattu aikaa noin tunti (Väyrynen 2005, 6).

Toimenpiteen päätyttyä potilas siirretään heräämöhön, jossa potilasta seurataan tarkkailulaitteilla seuraavien tuntien ajan. Erityisesti tarkkaillaan hengitystä, verenkiertoelimistön toimintaa, kehon lämpöä ja mahdollista haavavuotoa. Myös kivun hoito kuuluu tärkeänä osana heräämövaiheen hoitoon. Puudutettujen potilaiden osalta seurataan puudutuksen häviämistä niin kauan, että lihasvoiman palautuminen näkyy potilaan kyvyssä liikuttaa alaraajojaan. Ennen heräämöstä vuodeosastolle siirtymistä potilaan kaikkien elintoimintojen on oltava vakaita. (Korte ym. 1996, 444.)

2.3 Potilaan intimitteettisuojusta huolehtiminen vaginaalisessa hysterektomiassa

”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata eikä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja oikeus tasa-arvoiseen ja inhimilliseen kohteluun ovat osa ihmisoikeuksia. Ne molemmat liittyvät oleellisesti potilaan oikeuteen säilyttää henkilökohtainen tilansa loukkaamattomana hoidon aikana. Henkilökohtainen tila on näkymätön rajavyöhyke ihmisen kehon ympärillä, jolle tunkeutumisista pidetään epämiellyttävänä ja yksityisyyttä loukkaavana. Henkilökohtaisella tilalla tarkoitetaan tiettyä etäisyyttä, jota pidetään toisiin ihmisiin. Tämän etäisyyden kontrolli on oleellista ihmisen fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. (Rosqvist 2003.)

Iho on yksi erittäin tärkeä ruumiin raja, vain mieleisille ihmisille sallitaan pääsy tämän rajan sisäpuolelle. Ihon paljastaminen vaatimuksesta toisen katseelle tai kosketukselle on harvoin mieluista. Tilanteissa, jotka eivät ole itsen määrättävissä, ihminen tuntee itsensä helposti avuttomaksi ja paljaaksi. Ihmiset ovat haavoittuvaisia oman kehonsa puolesta ja heillä on tarve suojautua. (Tedre & Pöllänen 1997, 60.)

Käsite intimiteetti tulee sanasta intiimi, joka tarkoittaa yksityistä ja henkilökohtaista asiaa, joka halutaan suojata julkisuudelta (Korpela 2002). Kirurgisen ja perioperatiivisen hoidon vaikutuskanava on suurelta osin kehoon kohdistuva, koska hoidon aikana halutaan erityisesti turvata ihmisen elintoiminnot. Yleisesti ottaen terveydenhuollossa potilaan itsemääräämisen kohteena on oma keho, persoona tai henkilökohtainen koskemattomuus, vaikka kirurgiseen toimenpiteeseen ja anestesiaan voidaan kirjallisuuden mukaan liittää mielikuvia koskemattomuuden uhasta. Toisaalta potilaan tietoinen suostumus hoitoon tulemiseen osoittaa potilaan antaneen saamansa tiedon perusteella luvan häntä hoitaville henkilöille hoitoon ryhtymiseen. (Korte ym. 1996, 14-15.)

Sukupuolielimiin liittyvät tutkimukset ja hoidot koskevat hyvin henkilökohtaista aluetta. Sukupuolielinten paljastaminen on arkaluonteisempaa kuin jonkin vähemmän tunnelatausta sisältävän alueen. Gynekologinen sairaus koetaan uhkana sekä naisuudelle että sukupuolielämälle. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteissä pyritään turvaamaan potilaan yksityisyys suunnittelemalla ja toteuttamalla tilanteet hienotunteisesti ja ilman tarpeetonta odottamista ja paljastamista. Hoitotyöntekijän on hyvä arvioida kulloistakin tilannetta henkilökohtaisesti: miten toivoisin sen sujuvan jos potilas olisin minä itse tai joku läheiseni. (Eskola & Hytönen 2002, 23.)

Vaginaalisessa hysterektomiassa potilaan intimiteettisuojusta tulee muistaa huolehtia sekä leikkausasennon laitton että purkamisen yhteydessä. Mikäli leikkaussalissa on ikkunat, verhot tulee vetää alas, ettei salista näy ulos. (Korte ym. 1997, 71.) Tärkeää on myös taata riittävä intimiteettisuoja salissa esim. väliverhoin tai sermein (Kaukkila, Mäkelä-Lammi, Eskelinen, Haapa-Alho, Helander, Koli, Nordman, Olkkola, Ollikainen, Saarinen, Santaniemi, Soininen & Viinamäki 1996, 14).

3 GYNEKOLOGINEN LEIKKAUSASENTO

Gynekologinen leikkausasento on potilaalle rasittava niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Asennon valmistelu vaatii erityistä huolellisuutta vaurioiden estämiseksi. Asentoa tulisi kokeilla ennen anestesian aloitusta, jolloin potilas voi itse kertoa miltä hänestä tuntuu. Vasta nukutuksen/ puudutuksen jälkeen potilas asetetaan gynekologiseen asentoon. (Korte ym. 1996, 375.)

Asennosta vastaavien tulee olla ammattitaitoisia, koska puudutettu tai nukutettu potilas ei pysty itse kertomaan, onko leikkausasento lopulta miellyttävä. Potilas joutuu usein myös makaamaan tunteja samassa asennossa riippuen leikkauksen kestosta. Huonosti laitettu asento voi aiheuttaa vakavia vaurioita. (Leivoaro 2004.)

Nukutuksen/ puudutuksen jälkeen potilas nostetaan, ei vedetä, gynekologiseen asentoon siten, että lonkat ovat leikkaustason taivekohdalla. Jalkojen asetteluun tarvitaan aina kaksi henkilöä. Alaraajat asetetaan pehmustetuille jalkatelineille tukemalla samanaikaisesti polvien alta, jotta raajat eivät pääse yliojentumaan. (Korte ym. 1996, 375.) Molemmat jalat tulee nostaa telineisiin yhtä aikaa sekä koukistaa polvista ja lonkista samanaikaisesti (Hirvonen, Rautiainen & Laakkonen 1997, 10). Jalat kohotetaan ensin 90-asteen neutraaliasentoon ja varotaan lonkan yliloitonnusta tai kiertoa. Tämän jälkeen lisätään lonkkien koukistusta, ulkokiertoa ja loitonnusta sekä käännetään jalkaterät ulospäin. (Korte ym. 1996, 375.)

Asennon purkamisen tulisi tapahtua päinvastaisessa järjestyksessä, symmetrisesti ja hitaasti. Asennon vaihtaminen normaaliin selkäasentoon on tehtävä varovasti, koska laskimopaluu kasvaa nopeasti ja sen vuoksi potilaan hiilidioksidiarvo ja verenpaine voivat heiketä nopeasti. (Korte ym. 1996, 375.)

3.1 Gynekologisen asennon laitto



Vaihe 1: Potilas makaa selällään leikkaustasolla. Varmistetaan, että lakana potilaan alla on suorassa. Ennen jalkatukien laittoa varmistetaan, ettei potilaalla ole esteitä asennolle (esim. hiljattain tehty lonkkaleikkaus) (Taskinen 2002).



Vaihe 2: Potilaan olisi hyvä testata asento hereillä ollessa/ ennen puudutusta, jotta jalkatelineet saataisiin sopivaan asentoon (Korte ym. 1996, 375).



Vaihe 3: Puudutuksen/ nukutuksen jälkeen potilaan jalat nostetaan jalkatelineisiin yhtä aikaa koukistaen polvista ja lonkista samanaikaisesti (kantapäistä ja polvitaiteista tukien) (Hirvonen ym. 1997, 10).



Vaihe 4: Jalat kiinnitetään huolellisesti telineisiin, esimerkiksi tarrakiinnikkeillä. Polvien loiva koukistus riittää asennon alkuvaiheessa, sillä taivutuskulma kasvaa jalkatelineiden noston yhteydessä. (Taskinen 2002.)



Vaihe 5: Jos jalkatuissa on saappaat, varmistetaan, että kantapää on kiinni saappaan kannassa. Varmistetaan myös ettei saappaan reuna paina pohje- eli peroneus- hermoa (tarvittaessa lisäpehmusteet). (Taskinen 2002 & Rautiainen 2003, 14.)



Vaihe 6: Leikkaustasosta irrotetaan pehmuste ja tason tukilevyt jalkojen alta.



Vaihe 7: Jalkatelineet nostetaan yhtä aikaa hitaasti ylös halutulle korkeudelle. Jalkatelineiden kulmia voidaan säätää myös toimenpiteen aikana peittelyiden läpi. (Taskinen 2002.)



Vaihe 8: Varmistetaan, että potilaan pakarat ovat tason reunalla, mutta ei ulkopuolella. (Hirvonen ym. 1997, 10).



Vaihe 9: Tarkistetaan kohdat, joihin kohdistuu painetta ja asentoa korjataan tarvittaessa (tyyny selän/hartioiden alle). Tarkistetaan myös asennon symmetrisyys. (Taskinen 2002.)

3.2 Gynekologisen asennon purkaminen



Vaihe 1: Tason tukilevyt laitetaan takaisin paikoilleen.



Vaihe 2: Jalkatelineet lasketaan takaisin alkuasentoon (Taskinen 2002).



Vaihe 3: Potilaan jalat irrotetaan jalkatelineistä ja jalat nostetaan telineistä tasolle yhtä aikaa (vaiheiden 2 & 3 tulisi kestää yhteensä n. 2 minuuttia) (Taskinen 2002; Puputti 2007).



Vaihe 4: Potilas siirretään takaisin hyvään selkäasentoon leikkaustasolle (raajat eivät saa jäädä roikkumaan tason ulkopuolelle).

3.3 Gynekologiseen leikkausasentoon liittyvät jälkikomplikaatiot

3.3.1 Hermovammat ja raajojen yliojennus

Hermovaurioiden perimmäinen syy on usein verenvirtauksen väheneminen eli iske-mia. Hermovammat puolestaan syntyvät ensisijaisesti hermon venytyksestä ja toissijaisesti puristuksesta jo venyttyneeseen hermoon. Anestesia laskee lihasten hallintaa ja sallii epäfysiologiset asennot. Jo 30-40 minuuttia väärässä asennossa riittää aiheuttamaan hermovaurion. (Rautiainen 2003, 13.) Nivelten yliojennusten ja nivelvaurioiden ehkäisemiseksi raajat tulee asetella mahdollisimman luonnolliseen asentoon. Nivelten liikelaajuuksia ei voida täysin tarkasti määrittellä, koska ne vaihtelevat ikäryhmittäin ja yksilöllisesti. Perioperatiivisen sairaanhoitajan on tärkeää tuntea nivelten luonnolliset liikeradat voidakseen toimia turvallisesti potilaan asentoa laittaessa. (Korte ym. 1996, 369.)

Olkapunos (plexus brachialis) on anestesian aikana vaurioille alttein hermopunos. Se on pitkä ja liikkuva ja lisäksi sen läheisyydessä sijaitsee luisia rakenteita. Tavallisimpia venytysasentoja ovat muun muassa dorsaalinen extensio eli pään jyrkkä ojennus taaksepäin tai lateraalinen flexio eli pään jyrkkä koukistus sivulle. Olkavarren yli 60 asteen loitonuus ulkorotaatio eli –kierto ja taakseojennus saattavat myös altistaa hartiapunosvauriolle. (Rautiainen 2003, 13 & Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverus 2002, 176, 472.)

Ihmisruumiin paksuin hermo on lonkka- eli iskiasherma (nervus ischiadicus), joka kulkee suunnilleen pakarän keskikohdasta alaraajaan. Gynekologinen leikkausasento, jossa jalat ovat loitonnettuina ja kohotettuina, venyttää tai puristaa iskiashermaa. Ennaltaehkäisyä iskiashvaurioille on oikea polvien kulma, joka gynekologisessa asennossa on 90 astetta. Lonkat eivät myöskään saa loitontua yli 45 asteen kulmaan. (Rautiainen 2003, 14.)

Toinen suuri hermo, joka saattaa vaurioitua anestesian/ puudutuksen aikana, on yleinen pohje- eli peroneus-hermo (nervus peroneus communis). Se kiertää pohjeluun yläpään tienoilla säären etupuolelle ja jakaantuu haaroihin. Sijainnistaan johtuen (pohjeluun yläpään ja ihon välissä) se on suhteellisen altis puristusvammoilta. Vammoista voi olla seurauksena pohjehermohalvaus, jonka seurauksena jalkaterää on lähes mah-

dotonta nostaa; tasamaallakin jalkaa on nostettava samaan tapaan kuin portaita noustessa. (Rautiainen 2003, 14.)

Sekä ylä- että alaraajan hermovaurion oireita ovat särky ja erilaiset harhatunnot, kuten tikuttelu ja muurahaisten kävely iholla. Merkinä hermovaurioista voi myös esiintyä tunnon alenemaa sekä motorisia eli liikkeen häiriöitä. (Vastamäki 2004, 2493.)

3.3.2 Ihon painehaavaumat

Painehaavalla tarkoitetaan ihon tai ihonalaisen kudoksen paikallista vauriota. Aiheuttajia voivat olla muun muassa paine, venyttäminen tai hankaus. Painehaavoja syntyy helposti silloin, kun potilaan ja makuu- tai istuinalustan välillä on pitempiaikaista painetta tai hankausta. Haava kehittyy tyypillisesti sellaiseen kohtaan, jossa on luinen uloke. Tällaisia paikkoja ovat esim. lantion ja istuinkyhmyjen seutu. Myös jalkaterän alueella kantapää on yleisimmin rikkoontuva ihon osa. Nämä alueet ovat alttiina painehaavumille gynekologisessa leikkausasennossa. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 186.)

Ensimmäisen asteen painehaava oirehtii ihon värin muutoksena, kuumotuksena, turvotuksena sekä ihon ja ihonalaisen kudoksen kovettumisena (Hietanen ym. 2002,189). Gynekologisessa leikkausasennossa painehaavumia voidaan ehkäistä jakamalla painetta laajemmalle alueelle, vaihtamalla asentoa kahden tunnin välein mikäli leikkaus kestää yli tämän ajan ja pehmustamalla tasaisesti arat alueet (Korte ym. 1996, 371).

3.3.3 Muut gynekologisesta leikkausasennosta johtuvat vauriot

Gynekologinen leikkausasento voi aiheuttaa lihaksissa ja jänteissä esimerkiksi nivusten alueella venytystä tai puristusta, mikä tuntuu kipuna mahdollisesti jo leikkausasentoa rakennettaessa ja etenkin leikkauksen jälkeen (Korte ym. 1996, 369). Selän lihakset ja nivelsiteet joutuvat kovalle rasitukselle tavallisessa selkäasennossakin. 12-37 prosenttia anestesiapotilaista kärsii jälkikäteen selkävivuihin. Asentoa laitettaessa tulee kiinnittää huomiota siihen, että pää kulkee samassa linjassa vartalon kanssa nivelsidevammojen ehkäisemiseksi. (Hirvonen ym. 1997, 11.)

Ylimääräinen paine ja puristus voivat leikkausasennon aikana vaikeuttaa varsinkin raajojen verenkiertoa ja aiheuttaa näin trombooseja eli veritukkeumia. Näitä voidaan ennaltaehkäistä muun muassa antiemboliasukilla eli veritukkeumilla estävillä tukisukilla. (Kiviluoma 1994, 26.) Klassisia tromboosin oireita ovat muun muassa pohjekipu ja lievä turvotus. Usein raaja saattaa myös tuntua väsyneeltä suonenvetoiheen ja puutumisineen. Tutkimuksissa pohjelihas aristaa usein sitä sivuilta puristettaessa. (Lehtola, Tuuliranta, Aittola, Perhoniemi & Lepäntalo 2004, 624.)

Leikkauksessa potilas ei saisi koskettaa suoraan leikkaustason metalliosia, koska tällöin leikkauksessa käytettävä maadoitusvirta saattaa aiheuttaa potilaalle palovammoja. Mikäli potilaalla on esimerkiksi sydämen tahdistin, maadoitusvirta laitetaan kulkemaan mahdollisimman läheltä tahdistinta, jotta virta ei pääse kulkemaan tahdistimen kautta. (Kiviluoma 1994, 26.)

4 POTILASTYYTYVÄISYYS

Useimmiten hoidon laadun tarkastelussa puhutaan potilasnäkökulmasta, jolloin on kyse potilastyytyväisyydestä. Käsitteiden potilastyytyväisyys ja hoidon laatu määrittäminen on vaativaa. Potilastyytyväisyys voidaan määritellä potilaan subjektiiviseksi arvioinniksi saamastaan hoidosta ja hoidon kyvystä vastata potilaan hoitoonsa kohdistaneisiin odotuksiin. Potilastyytyväisyys on laajasti hyväksytty hoidon laadun mittari, mutta yksinään se ei anna luotettavaa kuvaa hoidon laadusta. Potilastyytyväisyysmittarit mittaavat usein ainoastaan potilaan tyytyväisyyden määrää. Mittarit eivät erittele sitä, mihin potilas on tyytyväinen ja tyytymätön. Tyytyväisyystutkimusten ongelmana saattaa olla, että potilaat liioittelevat tyytyväisyytensä määrää. (Kvist 2004, 27-28.)

Hoidon laatu on monipuolinen käsite, sille ei ole mahdollista kehittää yhtä yhtenäistä määritelmää tai mittaustapaa. Hoidon laatuun vaikuttaa useiden muuttujien toiminta. Laatua määriteltäessä on huomioitava tärkeimpien osapuolten näkökulmat, joita terveydenhuollossa edustavat esimerkiksi potilaat, henkilöstö ja yhteiskunta. Terveydenhuollon laatua voidaan pitää määränä, jolla terveystalvelut parantavat yksilöiden ja väestön todennäköisyyttä haluttuihin terveystvaikutuksiin. (Kvist 2004, 23.)

Tyytyväisyys voi kohdistua hoitojärjestelmän toimivuuteen, hoidon sujuvaan porrastukseen, hoidon saavutettavuuteen ja riittävyteen sekä potilaan kokemukseen, että hänen tarpeensa ovat tulleet tyydyttyiksi. Perioperatiivisessa hoitotyössä potilaat pelkäävät ja jännittävät eniten mahdollisia hoidon aikaisia kipuja sekä anestesian epäonnistumista. Leikkausosastolla potilaat kokevat parhaana asiana kuitenkin turvallisuuden tunteen ja huolenpidon. (Korte ym. 1996, 476.)

Tämä tutkimus pyrkii mittaamaan kyselylomakkeiden avulla hoidon laatua liittyen gynekologisen leikkausasennon laittoon. Potilaskyselyllä painotetaan myös laadun toteutumista itse hoitojärjestelmässä eli miten tuoreet tiedot hoitohenkilökunnalla on käytössään heidän hoitaessaan yksittäistä potilasta. Laadulla siis tarkoitetaan tässä tutkimuksessa lähinnä sitä, että leikkausasento laitetaan niin hyvin, ettei mitään jälkikomplikaatioita pääse syntymään. Lisäksi tutkimuksella mitataan potilaiden tyytyväisyyttä leikkaussalissa saamaansa hoitoon ja palveluun sekä siihen, miten ammattitaitoisina potilaat henkilökunnan kokevat.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on välittää tietoa potilailta leikkausosaston henkilökunnalle mahdollisista gynekologisesta leikkausasennosta johtuvista jälkikomplikaatioista. Tutkimuksen tarkoituksena on myös tuottaa gynekologisen leikkausasennon laitto-ohjeet. Tutkimus pyrkii myös välittämään tietoa potilaiden saamasta kohtelusta leikkausosastolla.

Tutkimuksen tavoitteena on herättää leikkausosaston henkilökuntaa kiinnittämään enemmän huomiota asennonlaiton eri vaiheisiin sekä tarkkailemaan vaiheiden oikeanlaista toteuttamista. Tavoitteena on tuoda tietoisuuteen leikkausasennosta johtuvia vaurioita ja näin kehittää leikkausosaston henkilökunnan valmiuksia gynekologisen leikkausasennon laitossa. Tavoitteena on myös välittää tietoa potilaskohtelun laadusta leikkausosastolla.

Tutkimus vastaa kysymyksiin:

1. Millaisia leikkausasentoon liittyviä ongelmia potilailla esiintyy vaginaalisen hysterektomian jälkeen?
2. Millaisena potilaat kokevat leikkausosastoympäristön ja potilaskohtelun leikkausosastolla?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeen avulla (liite 2). Kyselylomakkeeseen sisällytettiin kuvat ihmishahmoista edestä ja takaa. Tutkittavia pyydettiin merkitsemään hahmoihin kiputuntemuksiaan numeroin. Tutkittavia pyydettiin myös kuvailemaan tuntemuksiaan vapaasti selitysviivoille. Lisäksi kyselylomakkeessa oli joitakin avoimia kysymyksiä. Kyselylomaketta testattiin opiskelijakollegoilla ja tutkijoiden sukulaisilla. Testin avulla tutkijat saivat muutamia hyviä selvennys- ja parannusehdotuksia lomakkeen sisältöä koskien. Lomakkeita paranneltiin näiltä osin ennen kohderyhmälle luovuttamista.

Kvalitatiivinen tutkimusote soveltui tähän tutkimukseen hyvin, koska tutkimuksella haluttiin saada tietoa tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraus suhteista, joita ei voida tutkia kokeen avulla. (Metsämuuronen 2000, 14). Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, ja aineisto kerätään luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Myös kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 1997, 165.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä löytää tai paljastaa tosiasioita, ei niinkään todentaa jo olemassa olevia väittämiä (Hirsjärvi ym. 1997, 161).

6.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Lupa tutkimukseen saatiin tutkittavan sairaalan naistentautien ylilääkäriltä. Tutkimuksen kohderyhmä oli aluksi kaikki tutkittavassa sairaalassa vaginaalisen hysterektomian läpikäyneet potilaat ajalla 30.10.–17.12.2006. Kyselylomakkeet oli tarkoitus jakaa tänä aikana noin 30 potilaalle, koska tutkittavassa sairaalassa tehdään noin 20-25 vaginaalista hysterektomiaa kuukaudessa. Tutkijoista riippumattomista syistä kyselylomakkeet eivät kuitenkaan saavuttaneet kohderyhmää sovittuna ajankohtana, joten kyselyaikaa jatkettiin 9.2.2007 asti. Vastauslomakkeita annettiin jaettavaksi 30 kappaletta, joista jaettiin 23. Jaetuista lomakkeista palautui 16 kappaletta analysoitavaksi (N=16). Vastausprosentiksi muodostui näin 69,5 %.

Kyselylomakkeet annettiin kohderyhmään valituille kotiutumisen yhteydessä. Tutkijat toimittivat lomakkeet vuodeosastolle, josta lomakkeet annettiin tutkittaville. Tutkittavat vastasivat kyselyyn nimettöminä, joten tutkittavien henkilöllisyys jäi tutkijoille salaiseksi. Tutkittavia pyydettiin palauttamaan täytetty lomake viikon kuluessa kotiutumisesta. Täytetyt lomakkeet palautettiin palautekuoressa (postimaksu maksettu) tutkijoiden opinnäytetyön ohjaavalle opettajalle.

Saatekirjeellä (liite 1), joka annettiin yhdessä kyselylomakkeen kanssa, kerrottiin mihin tarkoitukseen tietoja käytetään ja kenelle tutkimuksesta tulee olemaan hyötyä. Kirjeessä korostettiin myös tietojen luottamuksellista käsittelyä. Vastaukset hävitettiin tutkimuksen päätyttyä.

6.3 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa perusanalyysimenetelmänä voidaan hyödyntää sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi voi toimia joko yksittäisenä metodina tai väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysiä voi hyödyntää sekä kirjallisen että suullisen tuotannon analysoinnissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.) Sisällön analyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä kattavassa ja tiivistetyssä muodossa. Sisällön analyysi sopii erinomaisesti strukturoimattomaan aineistoon eli avointen kysymysten analysointiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5.)

Laadullisen analyysin yhteydessä puhutaan usein induktiivisesta ja deduktiivisesta analyysistä. Tämä jako pohjaa tulkintaan tutkimuksessa käytetyn päättelyn logiikasta, joka on joko induktiivista (yksittäisestä yleiseen) tai deduktiivista (yleisestä yksittäiseen). (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95.)

Deduktiivista sisällönanalyysiä voi ohjata aikaisempi tieto, jonka varassa tehdään analyysirunko. Analyysirunkoon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään aineistosta. Deduktiivinen sisällön analyysi soveltuu menetelmäksi tutkimuksiin, joissa aineistoa analysoidaan valmiin viitekehyksen pohjalta. Deduktiivista sisällön analyysiä voi ohjata malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon. Deduktiivista sisällön analyysiä käytetään

usein tutkimuksissa, joissa halutaan testata jo olemassa olevaa tietoa uudessa asiayhteydessä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-9.)

Kyselylomakkeiden ensimmäisen osan (ihmishahmot) vastaukset analysoitiin deduktiivisella analyysimenetelmällä ja toisen osan avoimet kysymykset induktiivisella analyysitavalla.

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen ensimmäinen osa (ihmishahmot) laadittiin jo tiedettyjen tosiasioiden pohjalta. Tutkijoiden tiedossa oli yleisimmät gynekologisesta leikkausasennosta johtuvat jälkikomplikaatiot, mutta tutkimuksen avulla haettiin tietoa siitä, ilmeneekö näitä ongelmia tutkitussa sairaalassa. Gynekologisesta leikkausasennosta johtuvia jälkikomplikaatioita selvitettyä vastaajille annettiin saatekirjeessä tietoa jo olemassa olevista yleisimmistä väärästä leikkausasennosta johtuvista oireista. Lisäksi vastaajien työtä helpotettiin lisäämällä kyselylomakkeeseen esimerkkivastauslomakkeen ensimmäiselle sivulle. Tutkijat rakensivat esimerkkivastauksen olemassa olevien tietojensa pohjalta. Näin vastaajilla oli käytössään malli, joka perustui aikaisempaan tietoon. Ihmishahmot toimivat kyselylomakkeessa valmiina viitekehyksenä, joiden pohjalta saatuja vastauksia ryhdyttiin analysoimaan. Analysoinnissa tutkijat kokosivat tyhjiin ihmishahmopohjiin sellaisia vastauksista ilmenneitä oireita, jotka kirjallisuuden perusteella voidaan luokitella leikkausasennosta johtuviksi.

Induktiivisella sisällön analyysillä tarkoitetaan aineistosta lähtevää analyysiä. Induktiivinen sisällön analyysi kuvataan usein aineiston pelkistämisenä, ryhmittelyinä ja abstrahointina eli käsitteellistämisenä. Aluksi aineistosta etsitään tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja, jonka jälkeen samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan. Sen jälkeen yhdistetään samansisältöiset kategoriat toisiinsa yläkategorioiksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6.)

Kyselylomakkeen toinen osa sisälsi avoimia kysymyksiä, joihin tutkittavat saivat muotoilla vastauksensa vapaasti. Tällaisiin vastauksiin on mahdotonta käyttää valmiita viitekehyksiä, koska aineisto muodostuu saaduista vastauksista. Tämän vuoksi avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jossa viitekehyskategorioineen nousee aineistosta.

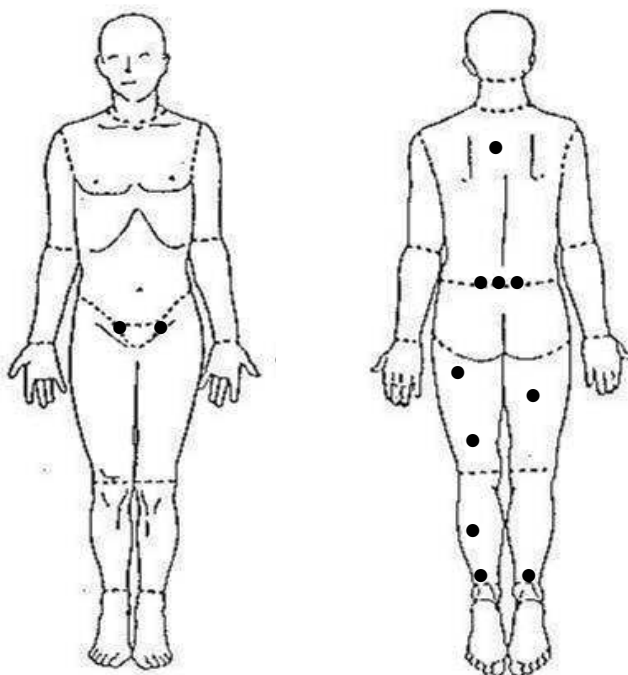
Avoimien kysymysten kategorioita lähdettiin luomaan jakamalla vastaukset kysymysten mukaisesti luokkiin. Näin luokkia syntyi kolme. Tämän jälkeen vastauksista ryhdyttiin etsimään yhteisiä yhdistäviä tekijöitä, joitten pohjalta alakategorioille eli yksit-

täisille vastauksille pystyttiin luomaan yläkategoria. Alkuun yläkategorioita muodostui kolme: potilaan asiallinen kohtelu, rauhallinen ympäristö ja intymiteettisuojan hyvä huomiointi. Tämän jälkeen huomattiin kuitenkin, että intymiteettisuojan hyvä huomiointi kuuluu potilaan asialliseen kohteluun, joten nämä kaksi kategoriata yhdistettiin. Lopulta yläkategorioiksi muodostuivat siis potilaan asiallinen kohtelu ja rauhallinen ympäristö. Kahden yläkategorian muodostamisen jälkeen löydettiin vielä kumpaakin yhdistävä yhteinen yläkategoria: potilastyytyväisyys.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Gynekologisesta leikkausasennosta johtuvat jälkikomplikaatiot

Alla olevat ihmishahmot toimivat vastauksien oirejakauman karttana. Hahmoihin on merkitty ●-merkeillä saaduissa vastauksissa ilmenneitä oireita.



Kuva 1. Gynekologisesta leikkausasennosta johtuvien jälkikomplikaatioiden jakautuminen kehon eri alueille.

Nivusten seudulla esiintyi särkytuntemuksia ja kosketusarkuutta. Nämä oireet viittaavat mahdollisiin **raajojen yliojennuksiin**. Jo olemassa olevat vaivat/ liikerajoitukset vaikuttavat luonnollisesti aina leikkauksen jälkeen koettuun kipuun. Esimerkiksi jo olemassa olevat vaivat lonkkien seuduilla vaikuttivat leikkauksen jälkeen koettuun kipuun. Tutkimuskysely ei kuitenkaan antanut viitteitä suoriin **hermovaurioihin**.

Gynekologinen leikkausasento aiheutti myös **painehaavaumia** ja vaurioita iholla. Iho oireili kovana ja aristavana, muutaman päivän kestäneenä kiputuntemuksena. Ihon vaurioita esiintyi muun muassa pakaroiden alueella ja polvitaiteiden yläpuolella.

Leikkausasento aiheutti myös mustelmia, jomotusta ja istuinarkuutta.

Muita mahdollisesti leikkausasennon aiheuttamia oireita olivat muun muassa jäykkyys ja väsymyksen tunne pohkeiden alueella sekä tunne veren pakkautumisesta raajoihin. Nämä seikat olivat haitanneet nukkumista. Oireet voisivat antaa viitteitä mahdollisesta tromboosista. Nilkkojen särkytiloja esiintyi myös. Mikäli nilkat joutuvat roikkumaan jalkatelineissä ilman tukea, voi nilkkojen alueelle kohdistuva venytys aiheuttaa särkyä.

Selän alueella esiintyi kiputuntemuksia. Erityisesti ristiselän alue tuntui kipeytyneen. Kipu ilmeni särkynä ja jomotuksena. Myös ylempänä hartioiden seudulla esiintyi kiputuntemuksia.

Tutkimuksessa ilmeni myös oireita, joita ei suoraan voida luokitella leikkausasennosta johtuvaksi. Tällaisia olivat muun muassa punoittava viirunirhauma takareidessä, nirhauma häpyhuulessa sekä painon tunne alavatsalla.

7.2 Potilastyytyväisyys

7.2.1 Potilaan asiallinen kohtelu

Ensimmäinen avoin kysymys käsitteli tutkittavien tyytyväisyyttä saamaansa kohteluun hoidon aikana. Vastauksista ilmeni, että tutkittavat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa kohteluun leikkausosastolla. Joissakin vastauksissa oli nostettu esille tyytyväisyys ystävälliseen ja kohteliaaseen käyttäytymiseen.

”Hoitohenkilökunta erittäin ystävällistä: kaikki esittelivät itsensä, vointia kyseltiin koko leikkauksen ajan.”

”Hyvin, asiallisesti, huolehtivasti. Siinähan potilas on ihan avuttomassa tilassa.”

”...Turvallinen olo oli kuitenkin koko leikkauksen ajan...”

Vastauksista ilmeni, että potilaat kaipasivat leikkaavan lääkärin huomiointia leikkauksalissa. Vastauksista kävi myös ilmi, että informaation saaminen hoidon eri vaiheissa

koettiin tärkeänä.

”...tuntemuksia kyseltiin usein ja kerrottiin mitä milloinkin tapahtui. Tunsin olevani hyvissä käsissä.”

”Aina myös kerrottiin mitä ollaan tekemässä.”

”Anestesia lääkäri soitti jo edeltävänä päivänä kotiin, sain keskustella kaikesta askaruttavasta hänen kanssaan. Leikkaava lääkäri erittäin asiallinen oli jo ennakkoon ja myös kertoi minulle leikkauksen ’sisällön’.”

Intimiteettisuoja käsittelevän kysymyksen kohdalla tutkittavien palaute oli pelkästään myönteistä. Muutamissa vastauksissa ilmeni tosin, että tutkittava ei kyennyt arvioimaan asian toteutumista, koska oli joko lääkkeiden vaikutuksen alaisena tai nukutettuna.

”Tähän en osaa vastata, koska olin niin sekaisin lääkityksestä.”

Toimenpide itsessään on jo todella arkaluontoinen, joten osa vastaajista oli myös pohjittanut, voiko intimiteettisuoja täydellinen toteutuminen tällaisessa leikkauksessa olla edes mahdollista.

”Niin hyvin kuin se tällaisessa leikkauksessa voi olla mahdollista.”

7.2.2 Rauhallinen ympäristö

Toisessa avoimessa kysymyksessä tutkittavia pyydettiin kertomaan, kokivatko he jonkin tekijän häiritsevänä leikkaussaliympäristössä. Tähänkin kysymykseen palaute oli pääasiassa positiivista.

”Ei häiritseviä tekijöitä. Ilmapiiiri oli sellainen kuin hyvässä työpaikassa kuuluukin. Omaa puhetta työkavereiden kesken.”

”Ei häiritsevänä, mutta hassuna paljojen ihmisten hääräminen.”

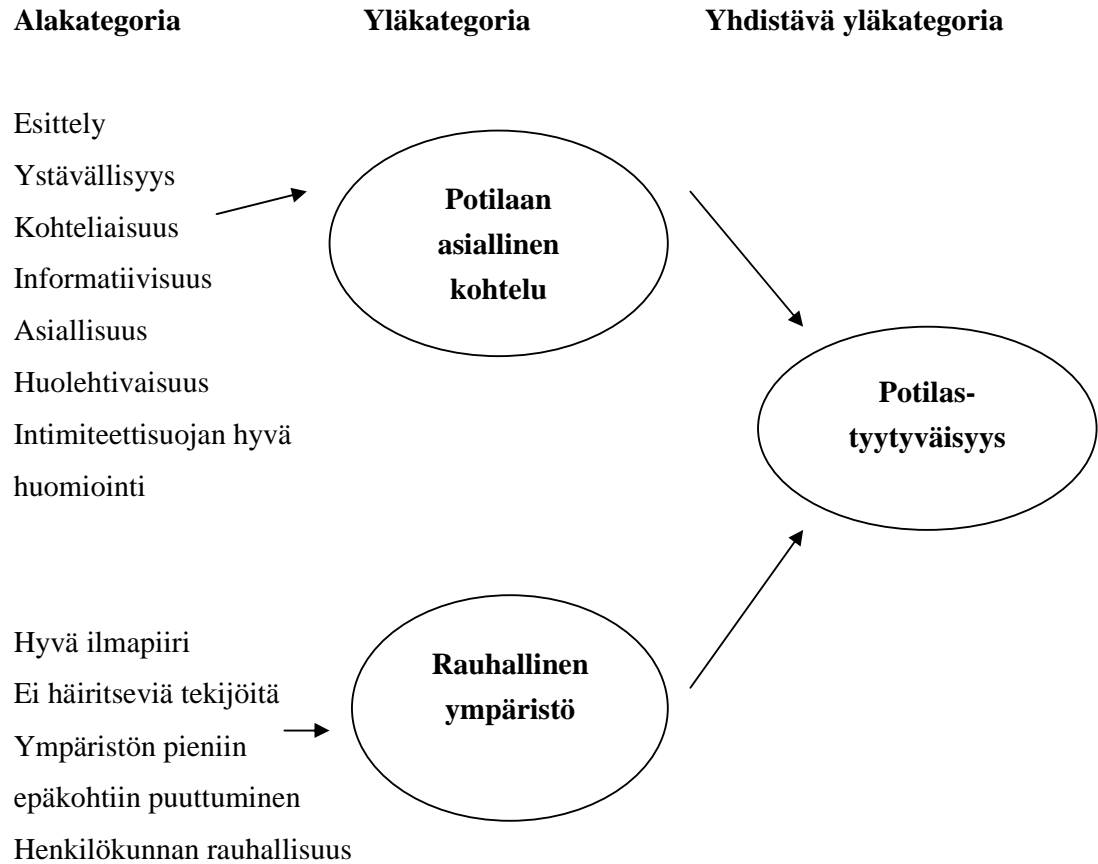
”Musiikkia oli mukava kuunnella, henkilökunnan rauhallisuus ja asiantuntemus tarttui minutkin rauhoittaen. (Olin alussa aika jännittynyt).”

Toiset potilaista kokivat ilmapiirin liian vilkkaana ja kiireisenä. Tämä käy ilmi seuraavasta vastauksesta:

”En saanut ääntäni kuuluville työntekijöiden puheenpuhinnan häiritessä leikkauksen aikana. Pyysin kipulääkettä ja lämpimiä peitteitä. Tilanne oli pelottava! Heräämössä oli kiire, koska heillä oli työpäivä loppumaisillaan. Eivät syventyneet minun papereihin kuin ’ohiheittona’.”

Vastauksista ilmeni, että mikäli jokin pieni häiritsevä epäkohta havaittiin, oli tärkeää, että siihen puututtiin hoitohenkilökunnan toimesta välittömästi.

”Jossain vaiheessa leikkausta tuli kylmä käsille ja käsivarsille. Sain kyllä heti lämpöpeitteen, kun kerroin asiasta hoitajalle.”



Kuva 2. Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät leikkausosastolla.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten pohdinta

8.1.1 Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot

Korte ym. (1996) mainitsevat teoksessaan, että gynekologinen leikkausasento voi venyttää lihaksia tai jänteitä nivusten alueella, mikä voidaan aistia kiputuntemuksena. Myös raajojen yliojennukset ovat mahdollisia gynekologisessa leikkausasennossa, koska raajojen liikelaajuudet ovat aina yksilöllisiä eikä niitä näin voida tarkoin määrittellä. (Korte ym. 1996, 369.) Nämä tiedot vahvistuivat tässä tutkimuksessa.

Vastaajilla, joilla oli ollut jo ennestään kipuja esimerkiksi lonkissa tai ristiselässä, ilmeni kipuja näissä paikoissa myös leikkauksen jälkeen. Tutkijat pohtivat olisiko vastaajilla mahdollisesti ollut jo aikaisemmin joitakin liikerajoituksia, joihin olisi pitänyt kiinnittää enemmän huomiota leikkausasennon laitton yhteydessä. Tällaisista asioista johtuen Kortekin ym. (1996) mainitsee, että potilaan olisi hyvä saada kokeilla asentoa ennen nukutusta/puudutusta, jotta henkilökunta tulisi tietoiseksi potilaan mahdollisista liikerajoituksista.

Vastauksissa ilmenneet ihon kovettuminen, aristus ja mustelmat antavat viitteitä painehaavaan. Hietasen ym. (2002) mukaan ensimmäisen asteen painehaava oirehtii ihon tai ihonalaiskudoksen kovettumisena. Mustelma eli hematooma taas syntyy, mikäli iholle kohdistuu painetta tai jonkintasoinen isku. Pienet verisuonet katkeavat ihon sisällä aiheuttaen sisäisen verenvuodon mikä näkyy mustana tai sinisenä alueena iholle. (Mustelma 1996, 295.) Gynekologisessa leikkausasennossa jalkatelineiden pehmusteet tulee asettaa hyvin, jotta estettäisiin niistä mahdollisesti syntyvät ihovauriot (Korte ym. 1996, 375).

Myös tromboosin oireita kuvattiin vastauksissa. Ylimääräinen paine ja puristus leikkauksen aikana voivat lisätä tromboosin riskiä alaraajoissa (Kiviluoma 1994, 26). Tästä oireena voi ilmetä pohjekipua, turvotusta, väsymyksen tunnetta ja puutumista (Lehtola ym. 2004, 624).

Hirvosen ym. (1997) mukaan jopa 37 prosenttia leikkauspotilaista kärsii jälkikäteen selkäkivuista, koska selän lihakset ja nivelsiteet joutuvat kovalle rasitukselle tavalli-

sessä selkäasennossakin. Tämänkin tutkimuksen vastaajat mainitsivat erityisesti ristiselän kipeytyneen leikkauksen jälkeen. Selän alueen särkyä kuvailtiin useassa vastauksessa. Tutkimuksen vastaukset tukevat pehmusteiden käytön tarpeellisuutta leikkauksentouhoon laitettaessa. On myös tärkeää varmistaa, että pehmusteet ovat suorassa potilaan alla koko leikkauksen ajan.

Joissakin vastauksissa ilmeni vaivoja, joiden tutkijat olettivat johtuvan normaalista leikkauksen jälkeisestä kivusta. Tällaisia vaivoja olivat erilaiset kiputilat alavatsan alueella. Leikkauksen jälkeinen kipu on kovinta yleensä kolmen ensimmäisen päivän ajan leikkauksesta. Leikkauksen jälkeinen kipu voi johtua esimerkiksi leikkaushaavasta tai tehdyistä hoitotoimenpiteistä. (Korte ym. 1996, 324.) Vastauksissa ilmeni myös oireita, joita tutkijat eivät käyttämänsä tietoperustan osanneet luokitella leikkauksen jälkeisestä kivusta tai itse leikkauksesta johtuviin ongelmiin. Tällainen oli esimerkiksi erään vastaajan tuntema outo arkuus ulkoreisissä.

Peittelyliinon liimareunat saattavat aiheuttaa ihovaurioita. Vastausten joukossa mainittu viirunirhauma takareidessä voi olla yksi esimerkki tällaisesta vammasta. Vaginaalisessa hysterektomiassa liimareunaisella liinalla peitetään anus ja toinen liimareunainen liina asetetaan vaginan yläpuolelle. Lopuksi liimataan vielä reikäliina tiiviisti vaginan ympärille. Liimareuna kulkee siis myös takareisien ihopintaa myöten. (Korte ym. 1997, 71.) Kaikkien potilaiden iho ei siedä kertakäyttömateriaalien liimareunapintojen ärsytystä (Korte ym. 1996, 392).

8.1.2 Potilaiden kokemukset kohtelusta leikkausosastolla

Janhonen ja Koivusalo kirjoittavat tutkimuksessaan perioperatiivisen hoitotyön laadusta (2004) sairaanhoitajan ystävällisyyden koostuvan vuorovaikutuksellisuudesta, auttamishalukkuudesta sekä ihmisläheisestä ja empaattisesta suhtautumisesta potilaisiin. He mainitsevat myös epävirallisen kommunikaation lisäävän yhteenkuuluvuudentunnetta auttaen samanaikaisesti potilasta selviytymään pelkojensa kanssa leikkauksen aikana. (Janhonen & Koivusalo 2004, 23.) Myös Leinonen (2002) kuvaa tutkimuksessaan potilaiden arvostavan henkilökunnan ystävällisyyttä, huolellisuutta ja luotettavuutta. Samassa tutkimuksessa potilaat kuvasivat henkilökunnan olleen paras osa heidän hoidossaan. Myös Leinosen ja Kiviniemen (2007) tutkimuksessa potilaat

olivat tyytyväisiä henkilökunnan ominaisuuksiin sekä kokemaansa turvallisuuden tunteeseen leikkausosastolla.

Tässäkin tutkimuksessa vastauksissa korostui henkilökunnan ystävällisyyden ja huomaavaisuuden merkitys kokemukseen hyvästä hoidosta leikkausosastolla. Vastauksissa korostui myös potilaan voinnin säännöllisen tiedustelun tärkeys potilaalle.

Vastauksista kävi myös ilmi, että informaation saaminen hoidon eri vaiheissa koettiin tärkeänä. Tätä väitettä vahvistaa myös Janhosen ja Koivusalon tutkimus perioperatiivisen hoitotyön laadusta (2004), jossa todetaan, että potilaan jatkuva informointi tapahtuvasta sekä tulevasta hoidosta luo turvallisuudentunteen, kasvattaa luottamusta ja antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua ja vaikuttaa hoitoonsa. Leinosen ja Kiviniemen (2007) tutkimus vahvistaa edellä mainittua osoittamalla, että puute informaation saannissa aiheuttaa tyytymättömyyttä.

Janhonen ja Koivusalo (2004) sekä Leinonen ja Kiviniemi (2007) mainitsivat tutkimuksessaan, että toiset heidän tutkimukseensa osallistuvista potilaista kuvasivat leikkausosaston ilmapiiriä kiireiseksi, tehokkaaksi ja liian vilkkaaksi. Toiset taas kokivat tunnelman rauhallisena tai ainakin kiireettömän tuntuksena, leikkisänä, lämpimänä ja estottomana (Janhonen & Koivusalo 2004, 22-23). Leinosen (2002) tutkimuksessa perioperatiivisen hoidon laadusta suurin osa potilaista piti leikkausosastoa hiljaisena ja kiireettömänä. Tässä tutkimuksessa saatiin myös toisistaan poikkeavia mielipiteitä: toiset kokivat henkilökunnan oman jutustelun rauhoittavana, toiset taas kokivat sen vievän hoitohenkilökunnan huomiota pois potilaasta.

Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että hoitohenkilökunnan nopeaa reagointia potilaan perustarpeisiin leikkausosastolla (kivuttomuus, lämmitys) arvostettiin. Vastaajille esimerkiksi lämmitetyn peiton saaminen oli jäänyt erityisesti mieleen. Kuten Janhonen ja Koivusalokin (2004) toteavat, vilun ja kylmyyden ennaltaehkäisy kuuluu yhdessä anestesian onnistumisen ja kivuttomuuden kanssa potilaan kokemukseen hyvästä fyysisestä hoidosta. Leinonen ja Kiviniemi (2007) ovat päässeet tutkimuksessaan samaan tulokseen mainitsemalla, että potilaat olivat tyytyväisiä kivunhoitoon ja lämpötilan ylläpitämiseen.

Leinosen (2002) tutkimuksessa osa potilaista koki tulleen laiminlyödyksi heräämös-

sä jos hoitajalla oli hoidettavanaan useampia potilaita. Tässäkin tutkimuksessa saatiin samankaltaisia tuloksia. Leikkaussali koettiin rauhallisena, mutta heräämössä hoitajien kiire huomattiin.

Janhosen ja Koivusalon (2004) tutkimuksessa todettiin, että potilaat kokivat ihmisarvonsa kunnioittamisen toteutuneen hyvin. Tässä tutkimuksessa ihmisarvon kunnioittamisen toteutumista sivuttiin kysymyksellä intymiteettisuojaan toteutumisesta. Tähän asiaan kaikki vastaajat olivat yksimielisesti erittäin tyytyväisiä.

8.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen oli samanaikaisesti haastava ja mielenkiintoinen prosessi. Aiheesta ei ollut tehty aikaisempia tutkimuksia, joten kirjallisuutta ja tutkittua tietoa tästä aiheesta oli vaikeaa löytää. Tutkijat halusivat kuitenkin tarttua aiheeseen osittaisen haasteellisuuden vuoksi. Prosessin alku oli erityisen haasteellista, mutta alkuvaikeuksien jälkeen työ kuitenkin eteni ilman suurempia ongelmia.

Prosessin alussa aikaa kului paljon lupa-asioiden selvittämiseen. Tutkijat saivat ristiriitaista tietoa luvan myöntämistahosta. Lupa-anomuksia jouduttiin tämän vuoksi kiertämään usealla eri henkilöllä. Tämän vuoksi tutkimuksen alkuperäinen aikataulu viivästyi.

Kyselylomakkeiden laatiminen muodostui yllättävän vaativaksi. Alkuun oli hankalaa miettiä, mikä olisi helpoin tapa vastaajille kuvailla mahdollisia leikkausasennosta johtuvia oireita. Yhteistyössä ohjaavien opettajien kanssa päädyttiin ihmishahmoihin, joihin vastaamisen oletettiin olevan helpointa. Tämän jälkeen pohdittiin vielä, miten vastaajat merkitsevät ihmishahmoihin oireitaan. Lopulta päädyttiin valitsemaan numeromerkinnät, jotka mahdollistivat vastaajien omat luonnehdinnat oireistaan. Vastausta helpottamaan laadittiin vielä esimerkkivastaus lomakkeen etusivulle.

Avoimien kysymysten kohdalla tutkijat joutuivat miettimään myös useaan otteeseen kysymysten asettelua, jotta niistä saatiin muodostettua ymmärrettävät ja tarkoituksenmukaiset. Erityisesti kysymyssanan valintaa mietittiin; millä sanalla saataisiin mahdollisimman monipuolisia ja kuvailevia vastauksia.

Tämän jälkeen haasteeksi osoittautui kyselylomakkeiden saattaminen tutkittaville. Osasto, josta lomakkeet jaettiin tutkittaville, ei lupauksista huolimatta sitoutunut täysin lomakkeiden jakamiseen. Kyselyaikaa jouduttiin jatkamaan tämän vuoksi huomattavasti. Tutkijat joutuivat muistuttamaan osastoa lomakkeiden jakamisesta useaan otteeseen ja lopulta vastausprosentti kasvoi riittäväksi.

Tulosten analysointivaihe oli tutkijoiden mielestä prosessin mukavin ja mielenkiintoinen vaihe. Oli hienoa huomata, että tutkimus tuotti tuloksia, joilla on hyödynnettävyyssarvoa. Toisaalta useat vastaukset olivat suppeita erityisesti avoimien kysymysten kohdalta. Joistakin vastauksista kävi ilmi, että kysymyksiin ei ollut paneuduttu tarpeeksi. Myös ihmishahmojen vastausohje oli joissakin vastauksissa ymmärretty väärin. Kaikki vastaajat eivät olleet ymmärtäneet, että tarkoituksena oli kuvata nimenomaan omia oireita, ei käyttää esimerkkipastauksen vaihtoehtoja suoraan omista vastauksissa.

Tutkimusraportin laatiminen oli kokonaisuudessaan sujuvaa ja yllättävänkin nopeaa. Ohjausta tutkijat ovat saaneet koko prosessin ajan aina sitä tarvitessaan. Ohjausta ei ole tarvinnut jäädä missään prosessin vaiheessa odottamaan pitkään, mikä on edesauttanut prosessin sujuvuutta. Tutkijoiden oma sitoutuminen opinnäytetyöhön on ollut kiitettävää: halutut tavoitteet on saavutettu ja yhteistyö tutkijoiden kesken on ollut sujuvaa.

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

9.1 Eettisyys

Tutkimuseettiset kysymykset koskevat tiedonhankintaa, tutkittavien suojaa ja tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta. Tutkimuseetiikan kannalta on tärkeää, että tutkimus ei vahingoita tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tutkimuksen on myös oltava osallistujille vapaaehtoista ja sen voi halutessaan keskeyttää milloin tahansa. Tutkimuksesta saatavan hyödyn tulisi olla suurempi kuin haitan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-27.)

Tutkimusaiheen valinnassa on tärkeää pohtia kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Valinnassa tulisi ottaa huomioon myös aiheen yhteiskunnallinen merkittävyys. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 27-28.) Tässä tutkimuksessa pääidea lähti alkujaan tutkijoista, mutta aihetta laajennettiin tutkittavan sairaalan leikkausosaston henkilökunnan toivomuksesta. Alkujaan oli tarkoitus tehdä pelkkä gynekologisen leikkausosaston laitto-opas. Leikkausosaston henkilökunnalle oli kuitenkin tärkeää saada myös tietää, mitä ongelmia mahdollisesta virheellisestä leikkausosannosta potilaille myöhemmin saattaa tulla. Näin tutkijat päätyivät tekemään asennonlaitto-ohjeiden lisäksi potilaskyselyn mahdollisista jälkikomplikaatioista. Myös kyselylomakkeen avoimet kysymykset laadittiin leikkausosaston henkilökunnan toiveiden pohjalta.

Aiheen yhteiskunnallista merkittävyyttä lisää vähäinen aikaisempi tutkimustieto. Aiheen laajentaminen puolestaan kasvatti tutkimuksen hyötyarvoa tutkittavalle sairaalalle. Tutkimustuloksista saatu tieto ei kuitenkaan ole sidottu vain tutkittavaan sairaalaan, vaan tietoa voidaan hyödyntää myös muissa erikoissairaanhoidon yksiköissä.

Tutkijan ja tutkimusorganisaation välinen suhde on merkittävää tutkimustyön etiikasta puhuttaessa. Molemmilla osapuolilla on vastuu tulosten käytöstä. Tutkimusluvasta täytyy sopia tutkimusorganisaation johdon kanssa. Tutkija ja organisaation johto sopivat keskenään siitä, miten tiedot esitetään, sillä tutkittavien suojeleminen on tärkeää. Esimerkiksi kopio tutkimusluvasta voi olla kyseenalaista liittää työn raporttiin, koska se saattaa paljastaa tiedon tutkimukseen osallistuvasta organisaatiosta ja näin samalla aiheuttaa tutkittavien tunnistamisen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28-29.)

Tähän tutkimukseen lupa saatiin tutkittavan sairaalan naistentautien ylilääkäriltä. Lupa- paan pyydettiin allekirjoitukset myös leikkausosaston osastonhoitajalta sekä anestesia ja leikkaushoidon ylilääkäriltä. Lupasopimuksen allekirjoittamisen yhteydessä sovit- tiin, että tutkijat eivät käytä tutkittavan sairaalan nimeä tutkimuksen loppuraportissa. Näin ollen myöskään kopiota lupasopimuksesta ei ole liitetty tähän työhön.

Myös tutkijan ja tutkittavien suhde on tärkeä seikka tutkimuksen etiikan kannalta. Tutkittavilla on oikeus tietää mitä heille tehdään tai tapahtuu mikäli he osallistuvat tutkimukseen. Laadullisessa aineistossa kohderyhmä on useimmiten pieni, joten tutkit- taville on taattava anonymiteetti. Tutkittavien tulisi saada riittävästi tietoa itse tutki- muksesta, mutta tieto ei kuitenkaan saisi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tut- kimukseen suostumisen yhteydessä korostetaan anonymiteettiä sekä kieltäytymisen mahdollisuutta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 29-30.)

Tutkittaville annettiin kyselylomakkeen yhteydessä saatekirje, jossa annettiin tietoa tutkimuksesta sekä korostettiin anonymiteettiä, vapaaehtoisuutta sekä tietojen luotta- muksellista käsittelyä. Tutkittavia pyydettiin lähettämään vastaus suljetussa kirjekuor- ressa tutkijoiden ohjaavalle opettajalle. Opettaja ei kuitenkaan avannut kirjeitä, vaan ne tulivat suljettuina tutkijoille. Täytetyt kyselykaavakkeet luvattiin myös hävittää tutkimuksen päätyttyä. Annetut lupaukset pidettiin.

Tulosten julkaisemisessa periaatteena on, että tutkijat raportoivat tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Tutkittavien tietosuojan takaaminen on kuitenkin välttämätöntä muis- taan. Loppuraportissa ei tule paljastaa mitään sellaista, mikä aiheuttaa tutkimukseen osallistuville mahdollisesti hankaluuksia tai paljastaa tutkimukseen osallistuneen yksi- lön näkemyksiä. Nimettömyys ei pelkästään riitä, sillä edes tutkittavien lähiympäristö ei saa tunnistaa heitä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 31.)

Loppuraportissa tutkijat hyödynsivät suoria lainauksia tutkittavien vastauksista. Ra- portista ei kuitenkaan pysty millään tavalla tunnistamaan tutkittavien henkilöllisyyttä. Kyselylomakkeessa ei ollut henkilön taustatietoja kartoitettavia kysymyksiä, joten vas- taajan henkilöllisyyttä ei tästäkään syystä voinut päätellä. Suorat lainaukset lisäävät tutkijoiden mielestä tutkimuksen rehellisyyttä ja luotettavuutta.

9.2 Luotettavuus

Metodikirjallisuudessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin (tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu) ja reliabiliteetin (tutkimustulosten toistettavuus) käsittein (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133). Validiteettiongelmaa saattaa syntyä silloin, jos tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen. Myös aineiston puutteellinen kerääminen sekä tutkimusaineiston puutteellinen edustavuus saattaa aiheuttaa ongelmia validiteetissa. Reliabiliteettiongelmaa puolestaan aiheuttavat koodausvirheet aineiston analyysin aikana, epäyhdenmukaisuus koodauksessa tai virhe tulkinnoissa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215.)

Tässä tutkimuksessa tutkimustehtävänä oli selvittää mitä jälkikomplikaatioita tutkittavilla ilmenee gynekologisesta leikkausasennosta vaginaalisessa hysterektomiassa. Tutkijoiden mielestä tutkimuksella onnistuttiin saamaan vastaus tähän kysymykseen eli tutkimuksen validiteetti on onnistunut. Vaikka vastausaikaa jouduttiin pidentämään, vastauksia saatiin kuitenkin lopulta haluttu määrä. Tämä myös tukee validiteetin onnistumista.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä ei ole yleistettävyyttä. Yleisenä ohjeena mainitaan, että aineisto tulee koota sieltä missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216.) Kyselytutkimuksen etuina pidetään yleensä sitä, että niiden avulla voidaan kerätä laajakin tutkimusaineisto. Kyselymenetelmä on tehokas, koska se säästää tutkijoiden aikaa ja vaivannäköä. Lomakkeen huolellinen suunnittelu mahdollistaa aineiston nopean käsittelyn ja analysoinnin. Tulosten tulkinta voi kuitenkin osoittautua ongelmalliseksi. Kyselytutkimuksen haittoina voidaan pitää muun muassa sitä, että tutkijoiden ei ole mahdollista varmistua siitä, miten vakavasti tutkittavat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Ongelmaksi voi muodostua myös tutkittavien epätietoisuus tutkittavasta asiasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 191.)

Tässäkään tutkimuksessa ei pyritä täydelliseen yleistettävyyteen. Tutkittavien raportoidut asiat oireineen ovat tietyllä tavalla aina yksilöllisiä, vaikka samoja ongelmia voi ilmetä missä tahansa erikoissairaanhoidon yksikössä, missä gynekologisia leikkauksia tehdään. Lomakkeen laatiminen oli aikaa vievää ja vaativaa työtä. Tutkijoille lomakkeen täyttöohjeet olivat toki selkeitä ja ymmärrettäviä, mutta esitestaus osoitti,

että näin ei välttämättä ollut vastaajille. Lomakkeiden esitetaus opiskelijakollegoilla ja tutkijoiden sukulaisilla osoittautuikin näin erittäin hyödylliseksi. Heiltä tutkijat saivat tärkeitä ehdotuksia asioiden selkeyttämiseksi.

Saatekirjeessä oli mainittu yleisimpiä gynekologisesta leikkausasennosta johtuvia jälkikomplikaatioita, koska tutkijoiden mielestä oli tärkeää antaa tutkittaville taustatietoa aiheesta. Tutkijat olettivat, että tutkittavilla ei ollut olemassa tarpeeksi taustatietoa aiheeseen liittyen. Tutkijat kokosivat kyselylomakkeeseen myös yhden esimerkkivastauksen oireiden ilmenemisestä eri puolella kehoa. Tutkijat olettivat esimerkkivastauksen selventävän ja helpottavan vastaamista, mutta tästä huolimatta eräs tutkittavista oli ymmärtänyt esimerkkivastaukset ainoana vastaustapoina kysytyihin asioihin. Muun muassa tämä seikka alensi tutkijoiden mielestä hieman tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijoiden mielestä kyselylomake oli kuitenkin niin selkeä kuin sen tutkittavien taustalähtökohdat huomioon ottaen voitiin laatia.

Aineistoa voidaan kerätä lomakkeita käyttäen postikyselyn avulla. Postikyselyssä lomake lähetetään tutkittaville, he täyttävät sen itse ja postittavat lomakkeen takaisin tutkijoille. Lomakkeen mukana on lähetettävä palautuskuori, jonka postimaksu on maksettu. Tästä on syytä mainita saatekirjeessä. Suurimpana ongelmana tässä menetelmässä on vastausten kato. Mikäli lomake kuitenkin lähetetään jollekin erityisryhmälle ja kyselyn aihe sattuu olemaan heidän kannaltaan tärkeä, voi hyvinkin odottaa korkeampaa vastausprosenttia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 192.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin postikyselyä, koska jälkioireita ei voida selvittää heti leikkauksen jälkeen, jotta ne eivät sekoittuisi leikkauksen aiheuttamiin oireisiin. Monet asennosta johtuvat oireet ilmenevät vasta muutaman päivän kuluttua leikkauksesta. Tästä syystä esimerkiksi haastattelu sairaalassa olisi voinut antaa virheellisiä tuloksia. Tutkijat olettavat, että tämänkaltaisessa tutkimuksessa tutkittavat ovat vastanneet kyselyyn itse, koska ulkopuolisen on miltei mahdotonta kuvailla tuntemuksiaan läpikäymättä leikkausta. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tulkitaan kehittämällä yläluokituksia ja alaluokituksia. Aineistoa ei pakoteta ennalta määrättyyn kehikkoon, vaan tutkijan tulee löytää luokitus aineistosta. Tutkijan tulee esittää analyysin tueksi riittävä määrä alkuperäishavaintoja, esimerkiksi suoria lainauksia käyttäen. Aineiston analyysi etenee

konkreettisista havainnoista alaluokitusten kautta abstraktisemmalle, käsitteelliselle tasolle. Laadullinen tutkimus soveltuu parhaiten alueelle, jolta on vain vähän aikaisempaa tutkimusta. Tutkimuksen avulla pyritäänkin usein luomaan uusia käsitteitä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 219-220.)

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen avoimien kysymysten analysointiluokat nousevat aineistosta. Alkuperäishavaintoja on esitetty analyysin tueksi käyttämällä vastaajien ajatuksia suorien lainauksien avulla. Ihmishahmoihin merkityt oirekohdat ovat myös suoria kopioita vastaajien merkinnöistä. Tämä lisää analyysin luotettavuutta.

Tutkimuksen raportoinnissa on pyrittävä selkeyteen. Tavoitteena on raportin arvioitavuus ja toistettavuus. Arvioitavuudella tarkoitetaan sitä, että raportti on kirjoitettu niin, että tutkijan päättelyä on mahdollista seurata sitä lukiessa. Toistettavuudella puolestaan tarkoitetaan toisen tutkijan pääsemistä samaan lopputulokseen samaa aineistoa käsitellessään. Tutkijan tulee kirjoittaa raportti siten, että hän saa lukijansa vakuuttaneeksi ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteluista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. Hyvää tutkimusraporttia luonnehtivat tuoreus, uudet näkökulmat ja selkeä kirjoitustyyli. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 220.)

Tässä tutkimuksessa asiat on pyritty esittämään selkeästi, kaikille ymmärrettävään muotoon. Alaan liittyvät käsitteet on määritelty ja asioiden syy-seuraus –suhteet perusteltu. Tulosten tueksi on pyritty esittämään jo tutkittua tietoa. Tosin tällaista tietoa on ollut vaikeaa löytää, koska aihetta on tutkittu vielä niin vähän. Tiedon vähyys on koskenut nimenomaan asennosta johtuvien oireiden ilmenemistä; potilaan tyytyväisyyttä, kohtelua ja hoidon laatua on sitä vastoin tutkittu enemmän. Toistettavuutta pohtiessa tutkijat tulivat siihen tulokseen, että tutkimuksen tulokset pystyttäisiin tämän aineiston pohjalta halutessa esittämään uudelleen. Tutkijoiden mielestä raportti etenee loogisesti ja kirjoitustyyli on selkeää.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Tutkimuksen tuloksista voi päätellä, että gynekologisen leikkausasennon laittoon on syytä kiinnittää huomiota. Valtaosa tuloksissa esiintyneistä oireista voidaan yhdistää kirjallisuudessa esiintyneisiin gynekologisesta leikkausasennosta johtuviin oireisiin. Tuloksista voidaan myös päätellä, että suuri osa näistä oireista olisi voitu ennaltaehkäistä antamalla potilaan kokeilla leikkausasentoa ennen anestesiaa. Näin toimimalla pystyttäisiin tehokkaasti ehkäisemään raajojen ylijennukset. Ihovaurioiden ennaltaehkäisyssä pehmusteiden oikeanmukaisella käytöllä on suuri merkitys. Pehmusteita tulisi käyttää erityisesti selän ja polvitaiteiden alueilla. Tämän avulla estettäisiin esimerkiksi erilaiset hankausvammat. On tärkeää myös varmistaa, että verenkierto ei häiriinny tarpeettomasti leikkausasennon vuoksi, esim. puristuksesta johtuen.

Tutkimuksen tulosten mukaan potilaat ovat pääasiassa tyytyväisiä saamaansa kohteluun tutkittavan sairaalan leikkausosastolla. Pienet häiritsevät asiat, joita tuloksista ilmeni, olivat yksilöllisiä; asiat, jotka häiritsivät osaa potilaista, eivät välttämättä häirinneet toisia. Samat asiat, jotka tuottivat toisille turvattomuutta ja laiminlyönnin tunnetta, tekivät toisten olon turvalliseksi ja vähensivät pelon tunnetta. Hyvien käytösten ja potilaan jatkuvan huomioinnin tärkeys korostuivat vastauksissa. Erityisesti kohteliaisuutta, ystävällisyyttä ja tiedottamista arvostettiin. Intimiteettisuoja toteutui vastausten perusteella tutkittavassa sairaalassa niin hyvin kuin se tämäntyyppisessä leikkauksessa on mahdollista.

Alkujaan tutkijoiden oli tarkoitus lähteä tutkimaan leikkausasennon laitosta johtuvia jälkikomplikaatioita laparoskooppisen kohdunpoiston yhteydessä. Tämä olisi ollut toisaalta haastavaa, koska asento muuttuu leikkauksen edetessä. Tutkitussa sairaalassa laparoskooppisia kohdunpoistoja tehdään kuitenkin suhteessa vähän verrattuna vaginaaliseen kohdunpoistoon, joten oli mielekkäämpää kohdentaa tutkimus alateitse tapahtuvaan kohdunpoistoon. Jatkotutkimushaasteena tutkijat esittävätkin tämäntyyppisen tutkimuksen tekemistä laparoskooppisesta menetelmästä.

Tutkitun sairaalan leikkausosaston henkilökunta ehdotti tutkimuksen alussa myös hoitohenkilökunnan ergonomian huomioimista työssä. Tämä olisi kuitenkin tehnyt työstä

liian laajan, joten tämä tutkimus on pelkästään potilaspainotteinen. Ergonomia on kuitenkin haastava ja aina ajankohtainen aihe, jota voisi hyvin ajatella jatkotutkimushaasteeksi. Gynekologinen leikkaus on aina haaste hoitohenkilökunnan ergonomian toteutumiselle, koska työskentelytilaa on vähän. Olisi myös mielenkiintoista tietää mitä laparoskooppisen menetelmän yleistyminen on merkinnyt henkilökunnan ergonomialle. Onko työskentely helpompaa laparoskooppisessa vai vaginaalisessa hysterektomiassa.

LÄHTEET

Aho-Konttinen, A. & Haavisto, S. 2006. Leikkausasennot ja potilasturvallisuus. *Spirium* 2, 21-23.

Bjälje, J. G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. V. & Toverud, K.C. 2002. Ihminen fysiologia ja anatomia. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Gynekologia 1995. WSOY:n iso tietosanakirja. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Porvoo: Ws Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirvonen, E., Rautiainen, P. & Laakkonen, P. 1997. Anestesian jälkeen ilmenevien komplikaatioiden syynä on usein väärä leikkausasento. *Pinsetti* 2, 9-11.

Hurskainen, R. & Härkki, P. 2004. Kohdunpoisto puntarissa. *Impakti* 1, 5-8.

Härkki, P. 2006. Gynekologisen laparoskopian komplikaatiot. *Suomen Lääkärilehti* 5, 429-433.

Janhonen, M. & Koivusalo, A. 2004. Jorvin sairaalan leikkausosaston perioperatiivisen hoitotyön laatu potilaiden kokemana. HYKS, Jorvin sairaala.

Kaukkila, H-S., Mäkelä-Lammi, R., Eskelinen, S., Haapa-Alho, A-M., Helander, I., Koli, E., Nordman, R., Olkkola, M., Ollikainen, A. Saarinen, L., Santaniemi, A., Soinen, K., & Viinamäki, K. 1996. Hyvä intraoperatiivinen hoitotyö leikkausosaston sairaanhoitajan näkökulmasta. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja C:11.

Kiilholma, P., Paavonen, J. Vaginaalinen kohdunpoisto. *Suomen Lääkärilehti* 3, 149.

Kiviluoma, K. 1994. Turvallinen leikkausasento ehkäisee turhat vauriot. *Pinsetti* 4, 26.

Kohdunpoistoleikkauksista 2002. Viitattu 4.1.2007.
[Http://www.lshp.fi/6b/kohdunpoistoleikkauksista.html](http://www.lshp.fi/6b/kohdunpoistoleikkauksista.html).

Korpela, J. 2002. Intimiteetti. Pienehkö sivistyssanakirja. Viitattu 21.9.2006.
[Http://www.cs.tut.fi/~jkorpela/siv/sanati.html#intimiteetti](http://www.cs.tut.fi/~jkorpela/siv/sanati.html#intimiteetti).

Korte, R., Rajamäki, A. & Lukkari, L. 1997. Perioperatiiviset hoitoselosteet. Porvoo: WSOY – kirjapainoyksikkö.

Korte, R., Rajamäki, A. Lukkari, L. & Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11 no 1, 3-12.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 25.1.2007.
[Http://www.trasek.net/lakiasiat/Lakipotilaanasemastajaoikeuksista.htm](http://www.trasek.net/lakiasiat/Lakipotilaanasemastajaoikeuksista.htm).

Lehtola, A., Tuuliranta, M., Aittola, V. Perhoniemi, V. & Lepäntalo, M. 2004. Laskimosairaudet. Teoksessa *Kirurgia*. Toim. Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 618-636.

Leinonen, T. 2002. The quality of perioperative care. Developing a patient-oriented measurement tool. Turku: Turun yliopisto

Leinonen, T. & Kiviniemi, K. 2007. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. *Sairaanhoitajapäivät 2007*. Luento-ohjelma ja tiivistelmät. Toim. Lehtomäki, S. & Grönvall, U. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leivoaro, T. 2004. Lääkintävahtimestari leikkausosastolla. *Ensihoitajalehti*, 3. Viitattu 13.9.2006.
[Http://www.sehl.fi/ensihoitajalehti/lehdet/numero_3_2004/laakintavahtimestari_leikkausosa/](http://www.sehl.fi/ensihoitajalehti/lehdet/numero_3_2004/laakintavahtimestari_leikkausosa/).

Mareh, MJA., Metcalfe, MA., McPherson, K., Overton, C., Hall, V., Hargreaves, J., Bridgman, S., Dobbins, J. & Casbard, A. 2002. The VALUE national hysterectomy study: description of the patients and their surgery. Viitattu 31.1.2007.
[Http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/j.1471-0528.2002.01282.x/full/?cookieSet=1](http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/j.1471-0528.2002.01282.x/full/?cookieSet=1).

Metsämuuronen, J., 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Viro: Jaabes OÜ.

Mustelma 1996. WSOY:n iso tietosanakirja. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.

Puputti, M-L. 2006. Osastonhoitaja. Kuopion yliopistollinen sairaala. Sähköpostiviesti 21.3.2007.

Rautiainen, P. 2003. Oikea leikkausasento ehkäisee komplikaatiot. *Pinsetti* 4, 13-15.

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Viitattu 15.1.2007.
[Http://herkules oulu.fi/isbn9514269608/html/c73.html](http://herkules oulu.fi/isbn9514269608/html/c73.html). Oulu: Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Taskinen, M. 2002. PalTM Stirrups jalkatelineet käyttöohje. Helsinki: Berner terveys ja tutkimus.

Tedre, S. & Pöllänen, P. 1997. *Hoivan herkäät alueet*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Tohtori.fi 2007. *Terveyden tietolähde*. Viitattu 15.1.2007.

[Http://www.tohtori.fi/?page=6625671&search=laparoscopia&x=0&y=0](http://www.tohtori.fi/?page=6625671&search=laparoscopia&x=0&y=0).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vastamäki, M. 2004. Alaraajan hermopinteet. Lääkärilehti 24, 2493-2498.

Väyrynen, T. 2005. Hysteroskopiat – sujuvaa päiväkirurgiaa Jorvissa. Pinsetti 1, 5-6.