

Potilasohje kohdunpoistoon tulevalle

Johanna Mäki
Vilma Porvari

Opinnäytetyö
Tammikuu 2015

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Mäki, Johanna Porvari, Vilma	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 12.01.2015
	Sivumäärä 56+12	Julkaisun kieli suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: (X)
Työn nimi Potilasohje kohdunpoistoon tulevalle		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Manninen Helena Tiainen Elina		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, Operatiivinen osasto 14		
Tiivistelmä <p>Vuonna 2012 Suomessa tehtiin vajaat 6000 kohdunpoistoa. Yleisimmät syyt kohdunpoistoon ovat kohdun lihaksen hyvänlaatuiset kasvaimet eli myoomat, vuotohäiriöt ja synnytyselinten laskeumat.</p> <p>Kirjallisten potilasohjeiden tarve on lisääntynyt hoitoaikojen lyhentyessä. Lisäksi ohjeet toimivat hoitohenkilökunnan ohjauksen tukena.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä potilasohje kohdunpoistoleikkaukseen tulevalle. Potilasohjeen tavoitteena on tukea kohdunpoistoon tulevaa naista ja hänen kumppaniaan. Ohje antaa tietoa leikkausprosessista ja leikkauksen vaikutuksista.</p> <p>Toimeksiantajana ja yhteistyökumppanina opinnäytetyössä toimi Keski-Suomen keskussairaalan Operatiivinen osasto 14. Potilasohje tuli toimeksiantona Operatiiviselta osastolta 14 hoitajien toiveesta tukemaan kohdunpoistoleikkauksessa olleiden naisten ohjausta.</p> <p>Työ toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Se koostui raportointiosuudesta sekä käytännön hoitotyöhön tuotetusta potilasohjeesta. Opinnäytetyössä käsitellään kohdunpoistoa toimenpiteenä, leikkausprosessia, komplikaatioita, toipumista ja kohdunpoiston vaikutuksia seksuaalisuuteen, naiseuteen, minäkuvaan ja parisuhteeseen. Lisäksi opinnäytetyö sisältää teorian tietoa ohjauksesta ja kirjallisen potilasohjeen teosta.</p> <p>Potilasohje koottiin raportointiosuuden teorian pohjalta noudattaen hyvän potilasohjeen kriteerejä. Ohje muokattiin yhteistyökumppaneiden toiveiden mukaan, jotta se palvelee nimenomaan kohdunpoistoleikkaukseen tulevaa naista ja hänen omaisiaan. Potilasohje tulee käyttöön Keski-Suomen keskussairaalan Operatiiviselle osastolle 14.</p>		
Asiasanat Kohdunpoisto, toipuminen, seksuaalisuus, ohjaus, potilasohjeet		
Muut tiedot Liitteenä potilasohje 12 sivua		



Author(s) Mäki, Johanna Porvari, Vilma	Type of publication Bachelor's thesis	Date 12.01.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 56+12	Permission for web publication: (X)
Title of publication Hysterectomy –A Patient's Guide		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Manninen Helena Tiainen Elina		
Assigned by Central Finland Central Hospital, Operation ward 14		
<p>Abstract</p> <p>In the year 2012 less than 6000 hysterectomies were performed in Finland. The most common reasons for a hysterectomy are benign uterine tumours, also known as myomas, abnormal uterine bleeding and prolapses of the reproductive organs.</p> <p>The need for written patients' instructions has increased as the duration of treatment has shortened. In addition, patients' instructions work as an aid in patient counselling for the nursing staff.</p> <p>The purpose of this thesis was to create an instruction manual for patients undergoing hysterectomy. The objective was to give support to the women undergoing hysterectomy and to their partners. The manual gives information about the surgical process and the effects of the surgery.</p> <p>The thesis was commissioned and partnered by the Operation Ward 14 of Central Finland Central Hospital. A patients' instruction manual was a request of Ward 14's nurses and midwives who wanted to improve patient education of the women undergoing hysterectomy.</p> <p>The work was carried out as a functional thesis consisting of a report section and the patient's instruction manual produced for practical nursing work. The report section examines hysterectomy as a procedure, the surgical process, complications, recovery and also the effects of hysterectomy on sexuality, womanhood, self-image and relationships. The report section also includes information about patient education and the creation of the instruction manual.</p> <p>The compilation of the instruction manual was based on the theory of the report section, and it was conducted according to the guidelines for good patients' instructions. The instructions were modified according to the cooperation partners' requests so that they would be specifically useful to a woman undergoing hysterectomy and to her close relations. The patients' instruction manual will be used by the Operation Ward 14 of Central Finland Central Hospital.</p>		
Keywords hysterectomy, sexuality, patient instruction		
Miscellaneous Appendix: Patients' instruction manual 12 pages		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	2
2	KOHDUNPOISTO	4
2.1	Kohdunpoiston eri leikkausmenetelmät.....	4
2.2	Komplikaatiot.....	7
3	PERIOPERATIIVINEN HOITOPOLKU	11
4	LEIKKAUKSESTA TOIPUMINEN.....	16
4.1	Fyysinen toipuminen.....	16
4.2	Psyykinen toipuminen.....	22
5	KOHDUNPOISTO JA SEKSUAALISUUS.....	26
5.1	Seksuaalisuus ja seksuaalitoiminnot.....	26
5.2	Parisuhde ja kumppani.....	30
5.3	Naiseus ja naisellisuus.....	31
5.4	Itsetunto ja minäkuva	33
6	POTILASOHJAUS	34
6.1	PLISSIT – mallin hyödyntäminen ohjauksessa	36
6.2	Millainen on hyvä potilasohje?.....	38
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	41
8	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	42
9	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS	45
10	POHDINTA	49
	LÄHTEET	52
	LIITTEET	58
	Liite 1. Kohdunpoisto – opas leikkaukseen tulevalle.....	58
	 Taulukko 1. Kohdunpoistojen osuudet leikkaustyyppien mukaan vuosina 1996 ja 2006.....	7
	 Kuvio 1. Opinnäytetyöprosessi	46

1 JOHDANTO

Kohdunpoisto eli hysterektomia tarkoittaa kohdun poistamista kirurgisesti. Se on yksi yleisimmistä Suomessa tehtävistä gynekologisista leikkauksista sektion ohella. Kohdunpoistoleikkaukset ovat vähentyneet 1990-luvulta, jolloin niitä tehtiin vuosittain noin 10 000. Kohdunpoistoja on vähentänyt hormonikierukan käytön lisääntyminen vuotohäiriöiden hoidossa. (Brummer, Härkki & Heikinheimo 2011.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen THL:n vuosikatsauksen mukaan (2014) vuonna 2012 kohdunpoistoja tehtiin yhteensä 5 044. Yleisimmät syyt kohdunpoistoon ovat kohdun lihaksen hyvänlaatuiset kasvaimet eli myoomat, vuotohäiriöt, ja synnytyselinten laskeumat. Muita syitä voivat olla muun muassa endometrioosi ja lantion krooninen kipu. Pahanlaatuiset kasvaimet ovat syynä 15 prosentissa kohdunpoistoista. (Heinonen 2011.)

Ohjaus on hyvin monimuotoista, ja sen avulla pyritään edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksen synonyymeja ovat esimerkiksi kasvatus, valmennus ja koulutus. Ohjauksessa asiakas on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija, ja tämän vuoksi on tärkeää, että ohjaus perustuu asiakkaan ja hoitajan vuorovaikutukselliseen hoitosuhteeseen, jossa molemmat osapuolet ovat aktiivisia toimijoita. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25–26.)

Kirjallisten ohjeiden tarve on korostunut hoitoaikojen lyhentyessä. Kirjallisilla ohjeilla tarkoitetaan ohjeita ja oppaita. Kotiutumisen jälkeenkin nainen voi palata ohjeisiin ja löytää vastaukset mieltään askarruttaviin kysymyksiin. (Kyngäs ym. 2007, 124–125.) Potilaat joutuvat ottamaan enemmän vastuuta toipumisestaan, siksi hyvää ohjausta ja täsmällisiä potilasohjeita tarvitaan. Lisäksi potilaat haluavat lisätietoa hoitoonsa liittyvistä asioista. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24.)

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja koostuu kirjallisesta tuotoksesta sekä potilasohjeesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä potilasohje kohdunpoistoleikkaukseen tulevalle. Potilasohjeen tavoitteena on tukea kohdunpoistoleikkaukseen tulevaa naista ja hänen puolisoaan antamalla ajantasaista tietoa kohdunpoistosta. Ohje tarjoaa tietoa kohdunpoistosta toimenpiteenä, toipumisesta ja kohdunpoiston vaikutuksista seksuaalisuuteen, naiseuteen, parisuhteeseen.

Toimeksiantajina ja yhteistyökumppanina opinnäytetyössä on Keski-Suomen keskussairaalan Operatiivinen osasto 14. Potilasohje tulee käyttöön osastolle tukemaan potilasohjausta sekä kohdunpoistoon tulevaa naista ja hänen puolisoaan. Yhteistyökumppanimme kaipasi kohdunpoistoon kohdennettua ohjetta suullisen ohjauksen tueksi.

2 KOHDUNPOISTO

Kohtu (*uterus, hystera*) on ylösalaisin olevan päärynän muotoinen ontto lihaselin, joka on etu-takasuunnassa litistynyt. Kohtu on noin 8 senttimetrin pituinen ja painaa tavallisesti 50–100 g. Kohtu sijaitsee lantion keskiviivassa virtsarakon ja peräsuolen välissä, häpyluun eli symfyysin yläreunan kohdalla alavatsalla. Raskauden aikana kohtu kasvaa ja voi painaa loppuraskaudessa jopa kilon. Kohtu jaetaan kolmeen osaan: runko-osaan (*corpus uteri*), kaulaosaan (*cervix uteri*) ja kohdun napukkaan (*portio vaginalis*). Kohtu voi olla joko oikoryhtinen tai eteen- tai taaksepäin kallistunut. (Eskola & Hytönen 2008, 37; Ihme & Rainto 2014, 51–53.) Kohtu vastaanottaa hedelmöittyneen munasolun. Kohdun kolme tehtävää ovat sikiön ravitseminen, sikiön suojeleminen ja sikiön työntäminen ulos synnytyksen aikana. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2009, 413, 422.)

Munasarja (*ovarium, ovaria*) on parillinen litteähkö mantelin muotoinen elin. Munasarjat sijaitsevat lantiossa sekä oikealla että vasemmalla puolella. Ne ovat noin 2,5–5 senttimetriä pitkät ja painavat noin 6–7 g. Munasarjojen kaksi tehtävää ovat tuottaa ja varastoida naisen sukusoluja eli munasoluja sekä tuottaa naishormoneja, joita ovat estrogeenit ja keltarauhashormoni eli progesteroni. (Eskola & Hytönen 2008, 39; Ihme & Rainto 2014, 50; Bjålie ym. 2009, 414.)

2.1 Kohdunpoiston eri leikkausmenetelmät

Kohdunpoisto voidaan toteuttaa vaginaalisesti eli emättimen kautta, laparoskopia-avusteisesti eli tähystyskirurgisesti tai avoleikkauksena eli laparotomiana. Leikkaustavan valintaan vaikuttavat muun muassa kohdun liikkuvuus ja koko, kasvainten koko ja sijainti sekä pahanlaatuisuus. Myös potilaan ikä, perussairaudet, hyytymishäiriöt ja veren hyytymistä estävä eli antikoagulanttihoito vaikuttavat päätökseen leikkaustavasta. Leikkaustapa päätetään tapauskohtaisesti potilaan kanssa keskustellen. (Heinonen 2011.)

Kohtu voidaan poistaa kokonaan, jolloin puhutaan totaalista hysterektomiasta. Subtotaali hysterektomia tarkoittaa, että kohdunkaulaa ei poisteta. Tällaiseen leikkaukseen liittyy vähemmän komplikaatioita kuin koko kohdunpoistoon, koska emättimen ei kosketa eikä sitä avata. Virtsatievauriot ovat myös vähäisempiä, sillä niitä lähinnä oleviin kudoksiin ei kajota. Kuitenkaan ei ole havaittu selkeää etua kohdunkaulan jättämisestä. Se voidaan kuitenkin jättää paikoilleen kiinnikkeiden tai lihavuuden vuoksi, jolloin siihen on hankala saada näkyvyyttä. (Heinonen 2011.)

Vaginaalinen kohdunpoisto (VH)

Vaginaalisessa hysterektomiassa (VH) kohtu poistetaan emättimen kautta. Laskeumatonkin kohtu voidaan poistaa emättimen kautta, mutta ensisijaisesti laskeutunut kohtu poistetaan vaginaalisesti. Vaginaalinen kohdunpoisto onnistuu myös selkäydin- eli spinaalipuudutuksessa, jolloin voidaan hoitaa myös huonokuntoisia potilaita. (Heinonen 2011.) Tässä toimenpidetavassa leikkaushaava ja ompeleet tulevat emättimen pohjaan (Brummer 2012, 11). Hyvin obeesin naisen leikkaus voi olla turvallisempaa tehdä alateitse eli emättimen kautta, sillä tällainen leikkaus voi olla teknisesti haastava. Näin myös potilasturvallisuus paranee. (Eskola & Hytönen 2008, 333.)

Laparoskooppinen kohdunpoisto (LH)

Laparoskooppisessa eli tähystyskirurgisessa leikkauksessa vatsaonteloon (peritoneum) johdetaan ensin hiilidioksidikaasua näkyvyyden saamiseksi. Optiikka eli tähystyskamera sekä instrumentit viedään vatsaonteloon onttojen troakaarien avulla. Vatsanpeitteisiin tehdään muutama pieni viilto, joiden kautta instrumentit viedään vatsaonteloon. (Ovaska 2010.) Kohtu irrotellaan kannattimistaan eli ligamenteistaan tähystyksessä ja poistetaan yleensä emättimen kautta. Laparoskopia tehdään yleisanestesiassa. (Heinonen 2011.) Tässä toimenpidetavassa leikkaushaavat ja ompeleet tulevat vatsan iholle sekä emättimen pohjaan (Yksityinen tiedonanto 2014e.).

Laparotomia (AH)

Vatsanpeitteiden kautta tehtävä eli abdominaalinen kohdunpoisto noudattaa samoja periaatteita kuin yleinen vatsaelinkirurgia. Leikkausviilto voidaan tehdä poikittain (Pfannenstiel) tai pitkittäin. Näin vatsanpeitteet avataan kerroksittain. Kohtua tukevat siteet eli ligamentit ja verisuonet sidotaan ja katkaistaan. Sen jälkeen kohtu irrotetaan emättimestä ja poistetaan leikkausviillon kautta. Lopuksi haava suljetaan sekä emättimen että vatsanpeitteiden puolelta. (Heinonen 2006, 282–283.) Endometriosisi, kiinnikkeinen kohtu tai sivuelinten toimenpiteet, kuten munasarjojen ja -torvien poisto vaativat abdominaalisen eli vatsanpeitteiden läpi tehtävän leikkauksen. (Heinonen 2011.)

Laparoskopia voidaan kuitenkin muuttaa avoleikkaukseksi kesken toimenpiteen, esimerkiksi komplikaation, kuten vuodon, vuoksi. Leikkausvalmistelut ovat samat tähystys- ja avoleikkauksissa. (Heinonen 2011.) Aiemmin yleisempi avoleikkaus on väistynyt tähystyskirurgian tieltä. Nykyään myös pahanlaatuisista syistä johtuvia kohdunpoistoja tehdään tähystyskirurgian avulla. (Brummer 2011.) Kohtu poistetaan kuitenkin avoleikkauksessa, jos se on kookas, hyvin kiinnikkeinen tai siinä on kookkaita myoomia (Ihme & Rainto 2014, 177). Taulukossa 1 on esitelty kohdunpoiston leikkaustyyppien suhteiden muutokset kymmenen vuoden ajalta. Tulokset perustuvat kymmenvuotiseen tutkimukseen, jossa tutkittiin erilaisten kohdunpoistoleikkausten määriä vuosina 1996 ja 2006. (Mäkinen, Brummer, Jalkanen, Heikkinen, Fraser, Tomás, Härkki & Sjöberg 2013.)

Tähystyskirurgisesta toimenpiteestä toivutaan nopeammin kuin avoleikkauksesta. Laparoskopian jälkeen kotiutuminen tapahtuu keskimäärin ensimmäisenä tai toisena postoperatiivisena (leikkauksen jälkeisenä) päivänä. Heinonen (2011) toteaa, että avoleikkauksen jälkeen vuodeosastolla toivutaan 2-6 päivää. Tähystysleikkauksessa on monia muita etuja verrattuna avoleikkaukseen (laparotomia), kuten esimerkiksi lyhyempi sairausloma, vähemmän haavakipuja (Eskola & Hytönen 2008, 333).

Taulukko 1. Kohdunpoistojen osuudet leikkaustyyppien mukaan vuosina 1996 ja 2006

Leikkaustyyppi	v. 1996 (N=10110)	v. 2006 (N=5279)
VH	18 %	44 %
LH	24 %	32 %
AH	58 %	24 %

(Lähde: Mäkinen ym. 2013) VH = vaginaalinen, LH = laparoskooppinen ja AH = abdominaalinen kohdunpoisto.

Selvää hyötyä terveiden munasarjojen profylaktisesta poistamisesta ei ole. Ne voidaan kuitenkin poistaa kohdunpoiston yhteydessä, mikäli vaihdevuodet ovat jo alkaneet tai ne ovat ohi. Näin voidaan ehkäistä munasarjasyövän syntyä. Premenopausaalaisella naisella (naisilla, joilla vaihdevuodet eivät ole vielä alkaneet) vaihdevuosioireet alkavat jo muutaman päivän kuluttua munasarjojen poistosta. Oireita hoidetaan estrogeenihormonikorvaushoidolla. Kohdunpoiston jälkeen terveiden munasarjojen hormonitoiminta jatkuu normaalisti. On tärkeää kertoa naiselle myös estrogeenin puutteen pitkän aikavälin vaikutuksista muun muassa luuston haurastumisesta. (Heinonen 2011; Ihme & Rainto 2014, 177, 179.)

Brummer ym. (2011) mukaan vähentyneet kohdunpoistot eivät ole kuitenkaan näillä näkymin loppumassa. Enää yleisin hyvänlaatuinen syy kohdunpoistoon ei ole runsas kuukautisvuoto, vaan paine- tai vuoto-oireinen kohtu, jossa on myoomia.

2.2 Komplikaatiot

Yleistynyt mikrobilääkeprofylaksia on vähentänyt kohdunpoiston yleisimpiä komplikaatioista eli infektioita. Kohdunpoisto onkin verrattain turvallinen toimenpide. Silti

kohdunpoistoon liittyy 0,1 %:n kuolleisuus, koska hyvinkin huonokuntoisia potilaita leikataan. Syvän laskimotukoksen lähettämä verihyytymä keuhkoverisuonessa eli keuhkoembolia on yleisin menehtymiseen johtava syy kohdunpoistoleikkauksessa. Riskipotilailla on syytä käyttää tromboosiprofylaksiaa. (Heinonen 2011; Brummer ym. 2011.)

Heinosen (2011) artikkelin mukaan tavallisimmat komplikaatiot kohdunpoistoleikkauksessa ovat verenvuoto (2–5 %), leikkausalueen tulehdus (3–7 %), haavatulehdus (4–8 %), virtsarakkovaurio (0,5–1,5 %), virtsajohdinvaurio (0,1–0,5 %) ja suolivaurio (0,1–1 %).

Kohdunpoiston jälkeen voi kehittyä emättimen esiinluiskahdus (vaginaprolapsi). Muita myöhäisvaikutuksia voivat olla suolentoiminnan häiriöt ja virtsankarkailu. (Heinonen 2011b.) Myöhemmin kehittyvät laskeumat liittyvät osin ikääntymisen aiheuttamasta kudosten heikkenemisestä (Heinonen 2011a).

Brummerin (2011) mukaan kohdunpoistojen komplikaatiot ovat vähentyneet, mikä on nähtävissä Gynekologisen Kirurgian Seuran käynnistämän Finhyst -selvityksen tuloksissa, joita Brummer (2011) on artikkelissaan tarkastellut. Aineistoissa on huomattu, että poistettujen kohtujen koko on suurentunut kymmenen vuoden seuranta-jaksolla vuodesta 1996 vuoteen 2006. Laparoskooppiset ja vaginaaliset kohdunpoistot ovat lisääntyneet ja nopeutuneet. Erityisen tärkeäksi Brummer (2011) nostaa esiin virtsajohdinvaurioiden vähenemisen 1,1 %:sta 0,3 %:iin. Merkittävintä tutkimuksessa oli kuitenkin kokonaiskomplikaatioiden väheneminen vaginaalisessa kohdunpoistossa 23,3 %:sta 11,7 %:iin. Profylaktisten laajakirjoisten mikrobilääkkeiden (kefuroksiimi) käyttö on vähentänyt komplikaatioista tavallisimpia eli infektioita. Brummer (2011) toteaaakin kohdunpoiston olevan verrattain turvallinen toimenpide.

Jos kohdun lisäksi molemmat munasarjat poistetaan, alkavat vaihdevuosisoireet muutamana päivänä kuluessa leikkauksesta, mikä johtuu estrogeeni- ja progesteronituotannon loppumisesta. Lisäksi kohdunpoisto voi aiheuttaa hermovaurioista johtuvia tuntopuutoksia ja arpikudosta leikkausalueella. (Ihme & Rainto 2008, 232.) Vaikka

munasarjoja ei poistettaisi, vaihdevuosisoireet voivat alkaa eri lähteistä riippuen yhdestä jopa neljä vuotta oletettua aiemmin (Eskola & Hytönen 2002, 338; Heinonen 2011; Ryttyläinen & Valkama 2010, 176). On todettu, että varhaistuneet vaihdevuodet johtuvat kohdunpoiston aiheuttamasta munasarjojen heikentyneestä verenkierrosta (Eskola & Hytönen 2002, 338).

Laparoskooppisen kohdunpoiston jälkeen noin 30–80 % potilaista kärsii hartiakivusta. Hartiakivun syynä on ilmeisimmin pallean alle kertynyt ja vatsaonteloon jäänyt hiili-dioksidikaasu, jota käytetään näkyvyyden saavuttamiseksi leikkauksen aikana. Hartiakivun syyksi on myös esitetty venytyksestä aiheutuvaa pallean toimintahäiriötä. (Alahuhtala, Lindgren, Olkkola, Rosenberg & Takkunen. 2006, 681.)

Leikkauksen jälkeiset infektiot

Leikkauksen jälkeisistä infektioista suurin osa on leikkaushaavaan ja leikatulle alueelle muodostuvia infektioita. Näistä käytetään yhteistä termiä leikkausalueen infektiot, joiden luokittelu perustuu Yhdysvaltojen Centers for Disease Control and Prevention -laitoksen (CDC) luokituksiin. Tässä luokituksessa leikkausalueen infektiot jaetaan pinnallisiin (infektio rajoittuu ihoon tai ihonalaiskudokseen) ja syviin infektioihin (infektio on haavan faskia- tai lihaskerroksessa) sekä leikatun elimen infektioihin. Leikkausalueen infektio diagnosoidaan kliinisten oireiden (kipu, punoitus, turvotus, lämmön nousu ja märkäinen haavaerite) perusteella. (Rantala & Huotari 2010.)

Hyvin useat mikrobeista, potilaasta ja toimenpiteestä tai paikallisista olosuhteista johtuvat riskitekijät vaikuttavat leikkauksen jälkeisen infektion syntyyn leikkausalueelle. Yksittäinen riskitekijä ei välttämättä johda infektioon, mutta useat riskit yhdessä lisäävät infektion mahdollisuutta. Potilaasta johtuvia syitä ovat muun muassa perussairaudet kuten diabetes, munuaisten vajaatoiminta ja alkoholismi. Myös tupakointi, lihavuus, aliravitsemus, sädehoito ja muualla sijaitseva infektiopesäke lisäävät infektoriskiä. Toimenpiteestä johtuvia syitä ovat muun muassa leikkausalueen kontaminaatio, mikrobiprofylaksin virhe, leikkaustyyppi, alavatsan viilto, päivystysleikkaus, kirurgin kokemattomuus, harvoin suoritettu toimenpide sekä aseptiikan pettämi-

nen tai sen puuttuminen kuten käsineen rikkoutuminen ja ihon desinfektion puuttuminen. (Rantala & Huotari 2010.)

Yleinen infektioiden aiheuttaja on vierasesineet, kuten virtsakatetri. Virstatieinfektiot ovat yleisiä kirurgisilla potilailla. Jopa 80 % virstatieinfektioista johtuu virtsakatetrasta. Tärkeä osa hoitoa on poistaa katetri, huolehtien kuitenkin virtsaamisesta. (Rantala & Huotari 2010.)

Potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet sairaaloiden tehostaessaan toimintaansa. Myös anestesia- ja leikkaustekniikoiden kehittyminen on mahdollistanut nopean kotiutumisen ja sairaslomien lyhenemisen. Lisäksi haavainfektioiden vaara on suurempi sairaalassa kuin kotona. (Eskola & Hytönen 2002, 339.)

3 PERIOPERATIIVINEN HOITOPOLKU

Hoitoprosessi alkaa, kun nainen varaa vastaanottoajan terveysongelmansa vuoksi esimerkiksi perusterveydenhuoltoon omalle terveysasemalle, työterveyshuoltoon tai yksityiselle sektorille. Ensikäynnillä tehdään lähete, jolla naisen hoitopolku jatkuu naistentautien poliklinikalle jatkotutkimuksiin. Joissain sairaaloissa on nk. preoperatiivinen poliklinikka, jossa kartoitetaan naisen leikkauskelpoisuus ja – kunto. Tarpeen mukaan tilataan verikokeita, EKG ja röntgentutkimuksia, joissa nainen voi käydä omalla terveysasemalla. Preoperatiivisella poliklinikalla naisen on myös mahdollista tavata leikkaavan lääkärin lisäksi anestesiologi, fysioterapeutti ja sairaanhoitaja. (Ihme & Rainto 2014, 167–170.)

Preoperatiivisen yksikön tehtävänä on valmistaa leikkaukseen tulevat potilaat preoperatiivisella käynnillä tehdyn leikkaussuunnitelman mukaan. He saavat soittoaajan sairaanhoitajalle tai heidät kutsutaan leikkausta edeltävälle käynnille. Preoperatiivisen kontaktin tarkoituksena on kartoittaa esihaastattelujen ja tutkimusten avulla leikkaukseen tulevien potilaiden leikkauskunto, antaa tietoa ja yksilöllistä ohjausta leikkausvalmisteluista ja leikkauspäivän kulusta. Potilaat, jotka tulevat leikkaukseen Preoperatiivisen yksikön kautta, saapuvat sairaalaan leikkauspäivän aamuna. Jatko-hoito tapahtuu vuodeosastolla tai päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen suunnitellusti kotona samana päivänä. (KSSHP:n verkkosivut, Preoperatiivinen yksikkö)

Leikkaukspäätöksen jälkeen nainen jää odottamaan leikkausta leikkaukseen ja saa leikkausajan postitse. Leikkauksen kiireellisyys luokitellaan hätäleikkaus, päivystysleikkaus, I kiireellisyysluokka (hoitoon viikon kuluessa), II kiireellisyysluokka (hoitoon 30 vrk:n kuluessa) ja III kiireellisyysluokka (potilaan tila ei pahene oleellisesti odottaessa). Yleisesti kohdunpoistoleikkaukset eivät ole päivystyksellisiä (lukuun ottamatta massiiviverenvuotoa synnytyksessä), vaan nainen saapuu sairaalaan leikkauspäivän aamuna, jolloin kyseessä on suunniteltu eli elektiivinen leikkaus. Leikkausaika voi tulla myös hyvin lyhyellä varoitusajalla, jos nainen kutsutaan peruutusajalle. (Ihme & Rainto 2014, 168–169.)

Sairaalassaoloaika leikkauksen jälkeen on lyhentynyt kirurgisten ja anestesiologisten tekniikoiden kehityksen, kokemuksen sekä ajattelutapojen muutosten vuoksi. Noin 50 prosenttia Suomessa tehtävistä operatiivisten erikoisalojen kiireettömistä toimenpiteistä tehdään nykyään päiväkirurgisesti. Päiväkirurgisessa toimenpiteessä potilas saapuu sairaalaan toimenpidepäivänä ja kotiutuvat saman päivän aikana. (Hynynen & Mattila 2012) Päiväkirurgisen toimenpiteen etuja ovat muun muassa potilaan nopea kuntoutuminen toimenpiteen jälkeen, nopea kotiutuminen, jolloin jälkihoito tapahtuu tutussa ympäristössä, sairaalainfektoriskin pieneneminen ja pienet yksikkökustannukset. Päiväkirurgisen potilaan valintakriteereihin kuuluvat esimerkiksi potilaan oma suostumus ja sitoutuminen hoitoon. Potilaan tulee pystyä suoriutumaan jälkihoidosta kotona, joten suoriutumiskyvyn ja itsehoitokynnyksen tulee olla hyviä. Kriteereihin kuuluu myös, että potilaalla on saattajana sairaalasta aikuinen henkilö, joka tukee häntä selviytymään ensimmäisen yön yli. (Tuominen 2014)

Leikkaukseen valmistautuminen

Ennen leikkausta tapahtuvaa toimintaa kutsutaan preoperatiiviseksi hoitotyöksi. Leikkauksen kutsukirjeessä on tarkat ohjeet leikkaukseen valmistautumisesta, hoito-ohjeet, ohjeet sairaalaan saapumisesta ja kotihoito-ohjeet. Kutsukirjeessä on myös kerrottu milloin sairaalaan pitää ottaa yhteyttä, esimerkiksi voinnin huonontuminen saattaa muuttaa leikkauksen kiireellisyysluokkaa tai flunssa voi siirtää leikkausta. Esteen ilmaantuessa on tärkeää ilmoittaa hoitavaan yksikköön, jotta leikkausaika voidaan perua ja antaa toiselle potilaalle. Preoperatiivisessa hoitotyössä korostuu ohjaus ja neuvonta. (Ihme & Rainto 2014, 169, 171.)

Kotihoidossa olevan naisen leikkausvalmisteluista huolehtii kotihoito tai kotisairaanhoitaja (Ihme & Rainto 2014, 169). Jos nainen asuu kaukana sairaalasta tai on huonokuntoinen tai iäkäs hänen on mahdollista tulla osastolle leikkauspäivää edeltävänä iltana, jolloin henkilökunta auttaa naista leikkausvalmisteluissa (Eskola & Hytönen 2008, 335).

Nykypäivänä valtaosa leikkauksista tehdään sairaalaan tulopäivänä (SDA = same day admission). Monet leikkaukset tehdään nykyään päiväkirurgisena operaationa (Päiki) tai lyhytjälkihoitoisina (Lyhki). Päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen potilas kotiutuu samana päivänä ja lyhyt jälkihoitoisessa leikkauksessa hoitoaika vuodeosastolla on 1–3 vrk. Suurempien leikkausten jälkeen sairaalassaoloaika vaihtelee naisen voinnin ja jatkohoidon mukaan. Kohdunpoistot ovat useimmiten Lyhki leikkauksia. (Eskola & Hytönen 2008, 331, 333.)

Leikkauksen jälkeen

Postoperatiivinen hoitotyö alkaa leikkauksen päätyttyä ja potilas siirtyy leikkaussalilta heräämööseen toipumaan anestesiasta. Heräämössä seurataan potilaan peruselintoimintoja (hengitys, tajunnantaso ja verenkierto), pahoinvointia ja anestesiasta toipumista (puudutuksen tai nukutuksen hälvenemistä). Lisäksi seurataan nestetasapainoa, virtsaneritystä, leikkaushaavaa ja vuotoa, lämpötilaa ja kipua. Potilaan voinnin kirjaaminen ja raportointi kuuluu olennaisesti heräämövaiheen hoitotyöhön. Useimmiten heräämövaiheen ongelmat liittyvät pahoinvointiin tai oksentamiseen, hengityksen tai verenkierron häiriöihin, leikkauksen jälkeiseen kipuun, hypotermiaan ja uneliaisuuteen. Potilas siirretään vuodeosastolle, kun hänen vitaalielintoimintonsa ovat palautuneet leikkausta edeltävälle tasolle. (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 4 - 5, 7.)

Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla

Hoito jatkuu vuodeosastolla. Potilaan peruselintoimintoja eli vitaalielintoimintoja (hengitys, verenkierto eli verenpaine ja pulssi, lämpö sekä tajunnantaso) tarkkaillaan. Pahoinvointia, eritystoimintaa (virtsaus ja suolentoiminta) ja mahdollisia dreeneritteitä seurataan. Haava-alueelta seurataan muun muassa vuotoa, hajua, punoitusta ja turvotusta. Lisäksi tarkkaillaan kipua ja huolehditaan potilaan riittävästä kipulääkityksestä. (Kuurne & Erämies 2012.)

Myös psyykkistä toipumista tarkkaillaan ja levottomuuden syy selvitetään. Levottomuus voi johtua kivusta tai huonosta hapettumisesta. Potilaalle mahdollistetaan ottaa yhteys omaisiin. (Kuurne & Erämies 2012.)

Kotiutuminen

Nainen kotiutuu sairaalasta joko jatkohoitopaikkaan tai kotiin. Kotiuttamisen edellytyksenä on hoidon vakiintuminen niin, että hän kykenee selviytymään itsensä ja terveysongelmansa hoitamisesta ongelmitta. Kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan jo sairaalahoidon alusta alkaen. Kotiuttaessa kerrotaan jatkohoito-ohjeet, hoidon syyt, tulokset ja hoitoon osallistuvista yhteistyötahoista. Samalla otetaan selvää omaisten, läheisten ja vapaaehtoistyöntekijöiden mahdollisuudesta osallistua naisen hoitoon. (Ihme & Rainto 2014, 217.)

Kotiutusvaiheessa ohjaus tulee sisältää haavanhoito-ohjeet, milloin ja miten ompeleet poistetaan, liike- ja voimisteluohjaus (erityisesti lantiopohjanlihasten harjoittelu), ohjeistus lääkehoidosta, miten pistää veren hyytymiä estävää lääkettä eli pienimolekyylistä hepariinia. Lisäksi annetaan hoitopaikan yhteystiedot ja varmistutaan, että potilas on tietoinen milloin tulee ottaa yhteyttä. Sovitaan jälkitarkastuspaikka ja –aika. Epikriisi annetaan mukaan tai se lähetetään potilaalle postitse jälkikäteen. Sosiaaliturvasta huolehditaan ja tarvittaessa konsultoidaan sosiaalityöntekijää. Potilaalle annetaan lääkärin kirjoittama sairaslomatodistus. Huomioidaan kotiavun ja apuvälineiden tarve. Myös omaisille tulee antaa jatkohoito-ohjeet, jos nainen tarvitsee apua päivittäisissä toimissa. (Kuurne & Erämies 2012.) Rauhasalo (2003, 19) toteaa hoitajan puhelinoiton vuorokauden kuluessa kotiutumisesta olevan tehokas keino selvittää potilaan selviytymistä kotona leikkauksen jälkeen. Lisäksi mahdollisuus leikanneen lääkärin kanssa lisää turvallisuuden tunnetta kotiutustilanteessa. Kotiutustilanteessa potilaalla tulisi olla mahdollisuus kysyä toimenpiteestä. (Rauhasalo 2003, 32.)

Irtosolunäytteen ottaminen leikkauksen jälkeen

Jos kohdunkaula jätetään paikoilleen, irtosolunäyte eli PAPA-koe on otettava normaalisti, sillä kohdunkaulansyöpään voi sairastua kohdun muun osan poistosta huolimatta (Kivelä 2012, 588). On tarpeellista ohjata naiselle, että PAPA-seulonnoissa olisi tärkeää käydä, vaikka kohdunkaula olisikin poistettu. Näyte otetaan tällöin emättimen pohjasta harjanäytteenä. (Yksityinen tiedonanto 2014b.) Jos munasarjat on jätetty tai jos naiselle aloitetaan hormonihoito, on gynekologin vastaanotolla syytä käydä yhden vuoden välein (Potilasohje, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010).

4 LEIKKAUKSESTA TOIPUMINEN

4.1 Fyysinen toipuminen

Postoperatiivinen kipu ja kivunhoito

Kipu on epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus, joka on yhteydessä kudოსvaurioon tai sen uhkaan (Terminologian tietokannat 2014c; Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2010, 344). Kipu on kehon normaali reaktio vammaan, ja kivun tehtävä on suojata kehoa, sillä esimerkiksi kipu estää murtuneella nilkalla astumisen (Kivun hoito leikkauksen jälkeen 2012) Kiputuntemus syntyy aivoissa, jonne tieto välittyy eri puolilla kehoa sijaitsevista hermopäätteistä, kipureseptoreista. Kipureseptoreita on paljon iholla sekä sisäelimissä ja niitä ympäröivissä kalvoissa. (Anttila ym. 2010, 344.) Kipu on aina yksilöllinen kokemus. Sen kokemiseen vaikuttavat fyysisen vaurion lisäksi vaikuttavat kulttuuriset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät, joita voivat olla esimerkiksi stressi ja mielialatekijät. Kivunhoidon tavoitteena on edistää toipumista ja liikkeelläoloa, sillä pahimmillaan kipu estää liikkumisen ja siten toipumisen. (Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta n.d.; Kivun hoito leikkauksen jälkeen 2012.)

Keskushermostossa kivun kokemiseen vaikuttavat potilaan aiemmat muistikuvat ja kipukokemukset. Lisäksi lopullisen kivun kokemukseen vaikuttavat emotionaaliset tekijät, kuten ahdistus, masennus, pelko ja jännittyneisyys. Näistä emotionaalisista syistä kivun kokemisessa on suuria yksilöllisiä eroja, vaikka kivun sensorinen aistiminen (saman ärsykkeen havaitsemisen kynnyksarvo) olisikin sama. Preoperatiivisen ahdistuksen ja masentuneisuuden on todettu lisäävän leikkauksen jälkeisen kivun määrää ja kipulääkityksen tarvetta. (Hamunen & Kalso 2009.)

Kirurginen toimenpide vahingoittaa aina kudoksia leikkaukseen kohdistuvalla ja sitä ympäröivällä alueella. Kudოსvaurio vapauttaa välittäjäaineita, jotka aiheuttavat leikkauksialueella inflammaatio- eli tulehdusreaktion leikkauksen jälkeen. Inflammaatioreaktio itsessään lähettää näitä välittäjäaineita. (Puolakka 2011, 18–19.) Alun perin

syöpäkipuun WHO:n kehittämää kolmiportaista suositusta käytetään kaikenlaisen akuutin kivunhoitoon. Ensimmäisellä portaalla on parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet eli NSAID (engl. non-steroidal anti-inflammatory drug) -kipulääkkeet, toisella portaalla heikot opioidit kuten kodeiini ja tramadol ja viimeisellä portaalla vahvat opioidit kuten morfiini ja oksikodoni. Kivunhoidossa aloitetaan alimmalta portaalta ja edetään tarvittaessa viimeiselle portaalle, kunnes potilas on kivuton. Kipulääkkeitä tulisi käyttää säännöllisesti kivuttomuuden säilyttämiseksi. (Mts. 20.) Parhaimpaan tulokseen päästään eri tavoin vaikuttavia lääkkeitä yhdistämällä. Näin myös haittavaikutukset ovat vähäisempiä. Kipulääkkeitä voidaan antaa suoraan laskimoon, lihakseen tai suun kautta. Lääkkeet annostellaan suun kautta, kun potilas pystyy juomaan tai syömään. (Kivun hoitomenetelmiä n.d.)

Leikkauksen jälkeinen akuutti kipu voi aiheuttaa muun muassa rytmihäiriöitä, hengitysongelmia, verensokerin nousua, lihasjännitystä, kiihtymistä ja pahoinvointia. Lisäksi akuutti kipu voi pidentää sairaalassaoloaika, mikä lisää kustannuksia. (Lukkariinen ym. 2012, 26–27.)

Leikkauksen jälkeiseen akuuttiin kipuun voidaan käyttää myös erilaisia puudutuksia. Puudutukset voivat olla perifeerisiä tai sentraalisia. Myös leikkaushaava voidaan puuduttaa. (Puolakka 2011, 26.) Epiduraalipuudutteen käyttö leikkauksen jälkeen on tehokas ja yleisesti käytetty kivunlievitys akuuttiin kipuun. Epiduraalitilaan asetetaan ohut katetri paikallispuudutuksessa, jonka kautta puudutetta tai puudutteen ja opioidin seosta annetaan jatkuvana infuusiona. (Epiduraalinen kivun hoito 2010)

Kipulääkkeen vasteeseen voivat vaikuttaa potilaan iän lisäksi myös lääkkeiden niille ominaiset farmakokineettiset ja farmakodynaamiset tekijät. Lisäksi suurta yksilöllistä vaihtelua liittyy lihaksensisäiseen ja peräsuoleen annosteluun. Hypotermia, hypovolemia ja hypotensio, jotka liittyvät akuuttiin sairauteen tai leikkaukseen, huonontavat lääkkeiden imeytymistä. Toisaalta näissä tilanteissa lääkeherkkyys saattaa lisääntyä. (Hamunen & Kalso 2009.)

Kovinta kipu on ensimmäisen vuorokauden aikana leikkauksesta. Leikkauksen jälkeen kipua voivat aiheuttaa haavakipu, joka voi olla syvää tai pinnallista, täysinäinen virtsarakko, dreeni, siteet tai tamponit. Myös leikkauksen aiheuttama johtuva lihasten venyminen tai perussairaus voi aiheuttaa kipua. Hoitajan tulee huolehtia naiselle hänen säännölliset kipulääkkeet ja tarjota tarvittaessa otettavia lääkkeitä. Hyvä kivunlievitys edistää toipumista. (Kohdunpoistoleikkaus 2014; Ihme & Rainto, 2014, 214–215.) Mikäli VAS-asteikolla mitattuna kivun voimakkuus levossa on yli 3, on kivunhoitoa syytä tehostaa. Kipua tulee arvioida joka työvuorossa ainakin kerran ja lääkkeenoton yhteydessä. (Kuurne & Erämies 2012.)

Leikkauksen jälkeistä kipua voidaan hoitaa myös lääkkeettömästi, kuten kylmä- tai asentohoidolla. Leikkauksen jälkeistä turvotusta ja kipua voi lievittää laittamalla kylmägeelipussin esimerkiksi pyyhkeeseen käärittynä leikkausalueelle tai kohoasennolla. (Kivun hoitomenetelmiä.) Lisäksi kipua voi lievittää sähköisellä stimulaatiolla, hieronnalla, rentoutuksella, musiikilla ja mielikuvaharjoitteilla (Lukkarinen ym. 2012, 28). Hoitotyön keinoja, joilla potilaan kipua voi lievittää, ovat läsnäolo, kosketus, laadukas perushoito, ympäristö (muun muassa meluttomuus, valaistus ja lämpötila) sekä huumori (Anttila ym. 2010, 347). Hyvin suunnitellulla ja toteutetulla kivun hoidolla voidaan estää kauaskantoisia fyysisiä, sosiaalisia, tunneperäisiä ja henkisiä seurauksia (Kivun hoito leikkauksen jälkeen 2012).

Hygieniä ja haavanhoito

Haavan päälle on leikkauksessa laitettu haavatyyny, joka imee eritteet sekä hengittävä haavateippi. Pääsääntöisesti haava pidetään koskemattomana ensimmäisen vuorokauden ajan leikkauksesta. On tavallista, että haava vuotaa hieman ensimmäisen vuorokauden aikana. Naista ohjataan seuraamaan haavaa ja sen eritteitä. Haavainfektion merkkejä eli punoitusta, turvotusta ja vuotoa seurataan. Jos haava on vuotanut enemmän leikkauksessa, haavaan on voitua asettaa dreeni eli laskuputki. Tällöin dreenistä tulevaa eritteen määrää ja laatua seurataan. Vaginaalisen leikkauksen jälkeen haava sijaitsee emättimen pohjassa ja on suljettu itsestään sulavilla ompeleilla. Emättimeen asetettu tamponi poistetaan leikkauksen päivänä tai viimeistään 1. postope-

ratiivisena päivänä, koska verinen tamponi on hyvä kasvualusta mikrobeille. (Eskola & Hytönen 2008, 337; Ihme & Rainto, 2014 213–214.)

Puhdas kirurginen haava tulee pitää kuivana ensimmäisen vuorokauden ajan leikkauksesta. Mikäli haava erittää ja haavasidos tai -teippi kastuu, tulee sidosten vaihto tehdä steriilisti ensimmäisen 24 tunnin ajan. (Aseptiikka leikkaushaavan hoidossa 2011, 4; Leikkaushaavan hoito 2014, 1.) Haavan paranemista edistää potilaan hyvä ravitsemustila, haavan riittävä hapensaanti, haavan oikea hoito ja riittävä kipulääkitys liikkumisen edistämiseksi (Leikkaushaavan hoito 2014, 1). Suihkuun potilas voi mennä 24 tunnin kuluttua leikkauksesta. Haavaa ei saippuoida, mutta vesi saa valua sen yli. Haavaa ei saa hangata, se kuivataan varovasti taputtelemalla. (Aseptiikka leikkaushaavan hoidossa 2011, 4.) 24 tunnin jälkeen erittävä haava voidaan peittää sidoksella tai hengittävällä teipillä. Sidokset tulee vaihtaa aina kun ne ovat kastuneet, tai vähintään kerran vuorokaudessa. Erittäväällekin haavalle tekee hyvää antaa ilmakylpyjä. (Leikkaushaavan hoito 2014, 1 - 2.) Yleensä puhdas haava voi olla ilman haavateippiä tai -sidosta. Haava voidaan kuitenkin peittää, jos se on helposti hankautuvassa paikassa. Sidos vaihdetaan, kun haava on hoidettu tai kun potilas on käynyt suihkussa. (Aseptiikka leikkaushaavan hoidossa 2011, 4; Leikkaushaavan hoito 2014.)

Haavan paranemisprosessi voi kestää jopa useita kuukausia. Tänä aikana haavalla voi olla erilaisia tuntemuksia kuten kipua, kiristystä tai kutinaa. Emättimessä olevan haavan paranemisprosessin aikana voi esiintyä ohimenevää yhdyntäkipua ja emättimen eritteen lisääntymistä. Emättimen arpeen muodostunut keloidikudos voi aiheuttaa pidentynyttä jälkivuotoa ja yhdynnänjälkeistä verenvuotoa. (Eskola & Hytönen 2008, 337.)

Tärkeää on huolehtia intiimihygieniasta. Alapesu on syytä suorittaa jokaisen wc-käynnin yhteydessä. Jälkivuoto voi kestää 1–4 viikkoa. Lisäksi ommelärsytys emättimessä voi aiheuttaa valkovuodon kaltaista eritettä. (Eskola & Hytönen 2008, 337; Ihme & Rainto, 2014, 214.) Sauna, ammekylvyt ja uiminen eivät ole sallittuja ennen ompeleiden poistoa (Aseptiikka leikkaushaavan hoidossa 2011, 4).

Syyt miksi hakeutua hoitoon kotiutumisen jälkeen: lämmön nousu yli 38 ° C, voimakas alavatsakipu, pahanhajuinen, runsastunut tai pitkittynyt vuoto sekä poltetta tai kirvelyä virtsatessa tai jos virtaus ei onnistu normaalisti (Kohdunpoistoleikkaus 2014; Ihme & Rainto 2014, 180) Naista ohjataan seuraamaan haavaa ja vuotoa kotiutumisen jälkeenkin. Haavainfektion merkkejä ovat punoitus, turvotus ja vuoto. (Ihme & Rainto, 2014 213.)

Ihon ja limakalvojen hoito

Emättimen arvet voivat olla kivuliaita leikkauksen jälkeen. Hoidoksi voi käyttää venyttelyä sormin tai täytetyn kondomin avulla. On myös mahdollista poistattaa vaikea arpi, mutta tarkkaa harkintaa käyttäen, sillä uusi arpi voi olla entistä kivuliaampi. Eriytyisen tärkeää venyttely on sädehoidon yhteydessä, sillä myöhemmässä vaiheessa fibroottiseksi arpeutunutta limakalvoa on hankala venyttellä. (Hovatta 2011b.)

Emättimen limakalvojen kuivuminen voi aiheuttaa kirvelyä ja arkuutta. Tämä voi tehdä yhdynnästä epämukavaa tai jopa kivuliasta. Emättimen limakalvoja voi hoitaa perusvoiteilla tai öljyillä. Emättimen kuivuuteen voi käyttää päivittäistavarakaupoista ja apteekista ilman reseptiä saatavia liukasteita ja öljyjä. (VSSH ohjepankki.)

Virtsaus

Hoitaja tarkkailee virtsaamista leikkauksen jälkeen. Kestokatetri poistetaan tavallisesti seuraavana päivänä tai lääkärin määräyksestä. Virtsauksessa saattaa esiintyä vaikeuksia leikkauksen jälkeen. Syitä tähän voivat olla muun muassa yksityisyyden puute, kipu tai pelko, puudutuksesta johtuva kyvyttömyys tunnistaa virtsaamistarvetta, naisen yleisvointi, leikkauksessa käytetyt anestesia-aineet ja se, että leikkauksessa on käsitelty virtsarakon aluetta. Virtsauksista voi helpottaa juoksettamalla vettä hanasta, suihkuttamalla vettä ulkosynnyttimille, huolehtimalla hyvästä kivunlievityksestä sekä intimiteetistä. (Eskola & Hytönen 2008, 336–337; Ihme & Rainto 2014, 213.)

Lantiopohjan lihakset

On tärkeää huolehtia lantiopohjanlihasten harjoittelusta kohdunpoiston jälkeen, sillä leikkaus muuttaa lantion anatomiaa jonkin verran. Lantiopohjanlihasten harjoittelulla nainen voi itse vaikuttaa virtsan- ja ulosteenkarkailuun sekä ennaltaehkäistä niitä. Lisäksi hyväkuntoiset lantiopohjan lihakset lisäävät seksuaalista mielihyvää. (VSSHP ohjepankki.)

Ravitsemus, liikunta ja lepo

Kohdunpoistoleikkaus kohdistuu vatsan alueelle, mikä jo itsessään voi aiheuttaa pahoinvointia ja altistaa oksentelulle. Monet lääkkeet, kuten anestesiassa ja kivunhoidossa käytettävät lääkkeet saattavat aiheuttaa pahoinvointia. Yleisanestesian jälkeen nainen ei kykene väsymyksen vuoksi ilmaisemaan pahoinvointia. Asentohoidolla ja pahoinvointia ehkäisevillä eli antiemeettisillä lääkkeillä sekä suonensisäisellä nesteytyksellä voidaan varmistaa, ettei nainen aspiroi oksennusta. Suonensisäinen nestehoito jatkuu kunnes nainen pystyy syömään ja juomaan eikä pahoinvointia esiinny. (Ihme & Rainto 2014, 211–212.)

Leikkaus itsessään on riskitekijä syvälle laskimotukokselle. Lisäksi laskimotukoksille eli trombeille altistaa immobilisaatio, kuten leikkauksen jälkitila. Leikkauksen jälkeen syvän laskimotukoksen vaara jatkuu ainakin kuukauden ajan. Tämän vuoksi leikkauksen jälkeinen varhainen liikkeelle lähtö on tärkeää, sillä se ennaltaehkäisee trombien syntymistä. On huomioitava myös, että tukos voi olla oireeton. (Laskimotukos ja keuhkoembolia 2010.) Nämä trombit voivat aiheuttaa hengenvaarallisen tukoksen keuhkojen verisuonissa eli keuhkoembolian ja jopa äkkikuoleman. Riskipotilaille on syytä aloittaa tromboosiprofylaksia, joka suunnitellaan yksilöllisesti. (Heinonen 2011; Laskimotukos ja keuhkoembolia 2010.) Ennen varsinaista liikkeelle lähtöä laskimotukoksia ehkäistään nilkkoja ja varpaita koukistelemalla ja ojentelemalla. Sairaanhoidajan tulee olla läsnä, kun potilas nousee vuoteesta ensimmäisen kerran leikkauksen jälkeen. (Kuurne & Erämies 2012.)

4.2 Psyykkinen toipuminen

Mielialalla on suuri merkitys toipumiselle. Leikkaukseen liittyvät pelot, jännitys ja stressi saattavat ilmentyä itkuisuutena, levottomuutena ja jopa huonona käytöksenä. (Ihme & Rainto 2014, 215.) Myös sopeutuminen muuttuneeseen minäkuvaan voi viedä aikaa (Ihme & Rainto 2008, 232).

Jokainen nainen kokee kohdunpoiston eri tavalla. Toisille naisille se voi olla vaikea kokemus, esimerkiksi lapsettomille naisille, sillä kohdunpoiston jälkeen raskaaksi tulo ei enää ole mahdollista. Toisaalta joillekin naisille kohdunpoisto tarkoittaa elämänlaadun parantumista vaikeiden oireiden poistuessa. Vaikeita ja kivuliaita oireita voi aiheuttaa esimerkiksi endometrioosi tai kookas myooma. (Ihme & Rainto 2014, 178.)

Kreikan kielen psykhe tarkoittaa sielua, mieltä, henkeä. Siihen liittyy myös ihmisen tiedostettu ja tiedostamaton henkinen elämä (ajattelu ja tunteet). (Terminologian tietokannat 2014b.)

Kohdunpoiston jälkeen mielialaoireet ja masennuksen vähenevät (Rantanen & Hurskainen 2006, 2126). On mahdollista, että kohdunpoisto vaikuttaa negatiivisesti naisen mielialaan ja psyykeen. Lisäksi masentuneisuus voi lisääntyä leikkauksen jälkeen. (Keskin & Gumus 2011, 429.) Keskin ym. (2011) tutkimuksessa masentuneisuudella ja negatiivisella kehonkuvalla oli yhteys, ja masentuneisuus lisääntyi negatiivisen minäkuvan lisääntyessä (mts. 430). Toisaalta mielialan ja masentuneisuuden on todettu pysyvän leikkauksen jälkeen lähes samana (Roussis, Waltrous, Kerr, Robertazzi & Cabbad 2004, 1427).

Persson, Wijma, Hammar & Kjølhede (2006, 1027) toteaa, että naisilla, joilla on psyykkistä oirehdintaa ennen leikkausta, on ennustettavissa myös postoperatiivisia ongelmia psyykkisessä voinnissaan. Tutkimuksessa todettiin, että laparoskooppisen toimenpiteen kesto-aika on pidempi kuin abdominaalisessa hysterektomiassa, mutta hoitoaika sairaalassa ja sairausloma on lyhyemmät. Lyhyellä sairaalassaoloajalla ja lyhyellä sairauslomatarpeella sekä saattaa olla vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin. (Pers-

son ym. 2006, 1028.) Tulosten mukaan leikkaustavalla ei kuitenkaan ollut vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin hyvänlaatuisista syistä tehdyissä kohdunpoistoissa (Mts. 1027). Sen sijaan munasarjojen poisto romahduttaa naishormoni estrogeenin tason ja tämä saattaa vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin kohdunpoiston jälkeen (Persson ym. 2006, 1028).

Kiinalaisessa tutkimuksessa tutkittiin ahdistuneisuuden, masennuksen ja stressistä selviytymis- eli coping-keinojen ilmentymistä kohdunpoiston jälkeen (Wang, Lambert & Lambert 2007). Tutkimuksessa todettiin, että vain 1.9 % tutkimukseen osallistuneista naisista koki ahdistuneisuutta ja 4.8 % naisista koki masentuneisuutta. (Mts. 273-4)

Useimmin käytetyt coping-keinot olivat aktiivinen selviytyminen, positiivinen ”uudelleenmuotoilu”, suunnittelu, emotionaalinen tuki ja tunteiden purkaminen. Todennäköisimmät tekijät, jotka ennustavat kohdunpoiston jälkeistä ahdistusta olivat itsensä syyllistäminen, tunteiden purkaminen ja sairaalakulut. Masennusta puolestaan ennustavat itsensä syyllistäminen ja työttömyys. Negatiiviseen arvioon itsestä johtaa myös itsensä syyllistäminen työttömyyden vuoksi. (Wang ym. 274, 277.) Tutkimukseen osallistuneiden naisten kohdunpoistot tehtiin hyvänlaatuisista syistä, ja lähes kaikki naiset olivat naimissa. Tutkijoiden mukaan tämä saattaa selittää ahdistuneisuus- ja masentuneisuustasojen normaalin vaihteluvälin. (Mts. 274.) Coping-keinoista kieltämisen todettiin korreloivan negatiivisesti instrumentaalisen avun kanssa. Kiellettämistä käytetään stressaavan tilanteen torjumiseksi. Instrumentaalisella avulla tarkoitetaan tuen etsimistä, tiedosta ja neuvoista. (Mts. 277.)

Ahdistuneisuuden ilmentymiseen ei tutkimuksessa vaikuttanut se, oliko nainen ollut jossain leikkauksessa aiemmin. Kuitenkin masennuksen ilmentymiseen vaikutti merkittävästi oliko naiselle tehty aiemmin leikkaus. Naisilla, jotka eivät olleet kokeneet leikkausta, kokivat tulosten mukaan enemmän masentuneisuutta kuin naiset, joille oli tehty leikkaus aiemmin. (Wang. ym. 2007, 273.)

Naisten korkeampi ikä lisää fyysisten sairauksien määrää eikä fyysinen kunto ole enää kuin nuoremmilla naisilla. Toisaalta vanhempien kiinalaisten, erityisesti naisten, usko buddhalaisuuteen ja säännöllinen temppelissä rukoileminen toimi heille coping-keinona kohdunpoiston jälkeen. (Wang ym. 2007, 276.) Nuoremmilla kiinalaisilla naisilla on yleisimmin parempi koulutus ja he selviytyvät stressistä hankkimalla tietoa. Vanhemmilla naisilla ei useinkaan ole ollut mahdollisuutta kouluttautua Kiinan historian vuoksi. Parempi koulutus luo paremmat edellytykset selviytyä stressaavista tilanteista voimavarojen ja tiedon avulla. Tämä vähentää ahdistuneisuutta. (Mts. 276.) Toisaalta hyvin koulutetuilla naisilla on korkeammat odotukset elämänlaadusta kohdunpoiston jälkeen, sillä se kiinnittävät enemmän huomiota tilanteen realiteetteihin eivätkä luota uskoon tai harhaanjohtaviin mielikuviin kohdatessaan stressaavia tilanteita (Mts. 276).

Hoitajilla on tärkeä rooli naisten ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden ennaltaehkäisyssä kohdunpoiston jälkeen. He voivat perustaa tukiryhmiä tarkoituksena kartoittaa millaisia tunteita naisilla on kohdunpoistosta, tarjota virheetöntä tietoa kohdunpoiston vaikutuksista sekä fyysiseen että psyykkiseen vointiin ja keskustella omaisten kanssa. Hoitaja voi ohjata omaisia tukemaan naista kohdunpoistoleikkauksen tuomisessa psyykkisissä reaktioissa. (Wang. ym. 2007, 278.)

Jotkut naiset saattavat kokea pelkoa kivusta leikkauksen jälkeen. Kipu voi liittyä seksielämän uudelleen aloittamiseen kohdunpoiston jälkeen, erityisesti yhdyntään. (Vomvolaki, Kalmantis & Antsaklis 2006, 25.)

Osa naisista voi kokea voimakkaita tunteita kohdunpoiston jälkeen. Monet voivat paremmin muutaman viikon jälkeen leikkauksesta, mutta osalle masentunut mieliala voi jäädä pidemmäksi aikaa. (Vomvolaki ym. 2006, 25.) Joillekin naisille voi aiheuttaa emotionaalisia ongelmia, ettei voi enää saada lapsia. Tutkimuksesta ei kuitenkaan selviä kuinka moni naisista kärsii emotionaalisista ongelmista. (Mts. 25.)

Osa naisista tuntee kohdunpoiston jälkeen muuttuneensa ja kokevat menettäneensä jotakin. Keskustelu terveydenhuollon ammattilaisen tai kumppanin kanssa sekä vertaistuki auttaa selviytymään. (Vomvolaki ym. 2006, 25–26.)

5 KOHDUNPOISTO JA SEKSUAALISUUS

5.1 Seksuaalisuus ja seksuaalitoiminnot

Seksuaalisuus on hyvin moniulotteinen käsite. Sen katsotaan olevan osa ihmisyyttä, ei niinkään erillinen osa-alue. Maailman terveysjärjestö World Health Organization eli WHO (2006) määrittelee seksuaalisuuden seuraavanlaisesti:

Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä kaikissa elämän vaiheissa, ja se käsittää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, sukupuolisuhteet ja lisääntymisen. Seksuaalisia kokemuksia ja seksuaalisuuden ilmenemismuotoja ovat ajatukset, fantasiat, halut, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen, seksuaalisuuden harjoittaminen, roolit ja suhteet. Vaikka seksuaalisuus voi pitää sisällään kaikki nämä ulottuvuudet, ihminen ei aina koe tai ilmennä niitä kaikkia. Biologiset, psykologiset sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, eettiset, lailliset, historialliset, uskonnolliset ja hengelliset tekijät vaikuttavat vuorovaikutuksessa seksuaalisuuteen.

Naisen seksuaalisuus on hyvin monimuotoista, mikä vaikeuttaa sen määrittelyä ja mittaamista. Fyysinen ja psyykinen olotila luovat pohjan seksuaalisten ärsykkeiden vastaanottamiselle. (Rantanen & Hurskainen 2006, 2122.)

Useissa tutkimuksissa naiset toivat esiin huolensa siitä, että kohdunpoiston vaikuttaa negatiivisesti seksuaaliseen hyvinvointiin, viehättävyyteen ja naiseuteen (Keskin 2011, 430; Vomvolaki ym. 2006, 24). Lisäksi naiset olivat huolissaan jopa kohdunpoiston vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja perheonneen (Wang. ym. 2007, 271).

Myönteisesti naisten seksuaalielämän laatuun vaikuttavat Vomvolaki ym. (2006, 25) mukaan ovat hyvä parisuhde kumppaniin, molempien kumppanien hyvä terveys, stressin puute ja taloudellisten huolien puute. Edellä mainitut tekijät voivat vaikuttaa myös kuinka hyvin nainen toipuu kohdunpoistosta.

Seksuaalinen nautinto

Kohdunpoiston myötä raskauden pelko luonnollisesti poistuu. Lisäksi kuukautisten loppuminen tarkoittaa useimmille naisille lisää aikaa seksuaalielämälle. (Hehenkamp, Volkens, Bartholomeus, de Blok, Birnie, Reekers & Ankum 2007, 872.) Tutkimuksissa seksuaalinen nautinto parantui kohdunpoiston jälkeen leikkaustyyppistä riippumatta (Roovers, van der Blom, van der Vaart & Heintz 2003; Vomvolaki ym. 2006, 24–25).

Yhdyntäkivun vähentyessä sekä halukkuuden parantuessa suurin osa naisista nauttii yhdynnöistä enemmän (Rantanen ym. 2006, 2125; Hehenkamp ym. 2007, 870) Sukupuolielinten tuntoaisti säilyy hyvänä tai paranee useammin vaginaalisessa kuin totaali tai subtotaali abdominaalisessa kohdunpoistossa (Roovers ym. 2003, 776).

Kohtu on supistelevat elin, joka supistelee voimakkaasti orgasmin aikana. Kohdunkaula voi saada kohdun supistelevaan yhdynnän aikana, mikä saa aikaan naiselle mielihyvää ja nautintoa. Naiset, jotka saavuttavat orgasmin yhdynnän aikana kohdunkaulan stimuloinnilla, saattavat kokea hankaluuksia saavuttaa orgasmeja tai kokevat ne vähemmän intensiivisinä, jos kohdunpoiston yhteydessä on poistettu myös kohdunkaula ja – napukka. On kuitenkin tärkeää ottaa huomioon se, että naisen kumppani ei välttämättä huomaa eroa yhdynnässä ennen ja jälkeen kohdunpoiston. Keskustelu kumppanin kanssa auttaa löytämään uusia keinoja saavuttaa seksuaalista tyydytystä. (Vomvolaki ym. 2006, 24–25.)

Toisaalta joissain tutkimuksissa on todettu kohdunpoiston heikentävän seksuaalista tyytyväisyyttä. Naisten seksuaalinen tyytyväisyys kärsii aiheeseen liittyvän tiedonpuutteen vuoksi, sillä esimerkiksi Turkissa ja muissa islaminuskoisissa maissa seksuaalisuus on tabu. (Keskin ym. 2011, 429–430.)

Seksuaalinen aktiivisuus ja halukkuus

Useimpien tutkimusten tulokset viittaavat seksuaalisen halukkuuden paranemiseen tai ennallaan säilymiseen (Rantanen ym. 2006, 2124; Vomvolaki ym. 2006, 25). Joissain tutkimuksissa ei todettu merkittävää muutosta seksuaaliseen aktiivisuuteen. Seksuaalinen aktiivisuus pysyy samana kohdunpoiston jälkeen (Roovers ym. 2003, 776; Tutunchu ym. 2012, 2000; Roussis, Waltrous, Kerr, Robertazzi & Cabbad 2004, 1427). Toisaalta välittömästi kohdunpoiston jälkeen seksuaalinen aktiivisuus voi vähentyä dramaattisesti, mutta palautuu kuitenkin leikkausta edeltävälle tasolle (Hehenkamp ym. 2007, 869).

Naisilla, jotka olivat seksuaalisesti aktiivisia myös ennen leikkausta, leikkauksen jälkeinenkin aktiivisuus paranee (Saini, Kuczynski, Gretz & Sills 2002). Yhdyntäaajuuden on todettu kasvavan sekä subtotaali että totaali kohdunpoiston jälkeen samassa suhteessa (Rantanen ym. 2006, 2124). Roovers ym. (2003, 776) toteaa, että yhdyntätiheys pysyy samana. Toisaalta Sainin ym. (2002) tutkimuksessa havaittiin, että subtotaali abdominaalinen kohdunpoisto parantaa yhdyntätiheyttä enemmän kuin totaali abdominaalinen kohdunpoisto.

Kohdunpoisto voi aiheuttaa seksuaalisen aktiivisuuden vähenemistä, jolloin nainen saattaa vältellä seksiin liittyviä tilanteita (Keskin ym. 2011, 430). Lisäksi kohdunpoistolla on positiivinen vaikutus seksuaalisuuden muodostumiseen luonnolliseksi tavaksi ja osaksi elämää (Hehenkamp ym. 2007, 870). Osassa tutkimuksista kohdunpoistolla ei todettu olevan merkittävää vaikutusta naisen seksuaaliseen halukkuuteen (Rantanen ym. 2006, 2124; Roussis ym. 2004, 428) Tutkimuksissa ei kuitenkaan ollut määritetty mitä libidolla tarkoitetaan.

Seksuaalinen halukkuus (libido) ja orgasmitaajuus ovat yleisimmin mitattuja seksuaalisuuden muuttujia kohdunpoiston jälkeen (Rantanen 2006, 2124). Puoli vuotta leikkauksen jälkeen orgasmitaajuus ja orgasmin laatu paranivat huomattavasti enemmän subtotaali abdominaalisen kuin totaali abdominaalisen kohdunpoiston jälkeen (Saini ym. 2002, 4). Kohdunpoiston jälkeen myös orgasmivaikeudet vähenevät. Toisaalta

joissain tutkimuksissa kohdunpoistolla ei ole todettu olevan merkittävää vaikutusta naisen orgasmiin. Naisen orgasmitaajuuden on todettu pysyvän samana tai parantuneen leikkauksen jälkeen. Missään näistä tutkimuksissa ei kuitenkaan tullut ilmi miten orgasmi oli saavutettu (yhdyntäessä vai masturboimalla).

Aiemmin on ajateltu kohdunnapukan liittyvän oleellisesti seksuaaliseen nautintoon olemalla tärkeä nautinnon lähde, mutta uudempien tutkimusten valossa tulokset ovat olleet päinvastaisia. Seksuaalitoimintojen muutoksissa ei ollut eroja kohdun osa- ja kokopoistoryhmien välillä, ja lisäksi seksuaalinen tyytyväisyys lisääntyi molemmissa ryhmissä. Myös haluttomuus ja sitä aiheuttavat kiihottumisvaikeudet vähenivät. Lisäksi orgasmivaikeudet vähenivät kohdunpoiston jälkeen. (Rantanen ym. 2006, 2123–2125)

Seksuaalitoiminnot ja seksuaalielämän ongelmat

Tutkimukset osoittavat seksuaalielämän ongelmien vähenevän dramaattisesti kohdunpoiston jälkeen (Rantanen ym. 2006, 2124; Roovers, van der Blom, van der Vaart & Heintz 2003, 776; Vomvolaki ym. 2006, 26). Yleisiä seksuaalielämän ongelmia kohdunpoiston jälkeen ovat halukkuuden puute, seksuaalisen aktiivisuuden väheneminen, yhdyntäkivut, vähentynyt seksuaalinen reagoivuus, vaikeus saada orgasmi ja vähentynyt sukupuolielinten tuntoaistimus (Vomvolaki ym. 2006, 26). Totaalin abdominaalisen kohdunpoiston on todettu aiheuttavan vähemmän uusia seksuaalielämän ongelmia kuin vaginaalisen kohdunpoiston jälkeen. Tämä tulos ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkittävä (Roovers ym. 2003, 776.) Yksittäisenä ongelmana esille nousi vaginismi, jonka uskotaan lisääntyvän kohdunpoiston jälkeen (Keskin ym. 2011, 430).

Kohdunkaulan poistaminen leikkauksen yhteydessä voi aiheuttaa joillekin naisille kipua tai epämukavuutta yhdynnän aikana. Tämä voi johtua emättimen pituuden lyhentymisestä. (Vomvolaki ym. 2006, 25.) Myös Sainin ym. (2002) tutkimuksen mukaan totaali abdominaalisen kohdunpoiston jälkeen naisilla on hieman vähemmän yhdyntäkipuja kuin subtotaali abdominaalisen kohdunpoiston jälkeen. Yhdyntäkipu-

jen vähenemisellä on välillinen vaikutus seksuaalisen halukkuuden paranemiseen (Rantanen ym. 2006, 2125).

Emättimen kostuminen ei välttämättä esty kohdunpoiston jälkeen. Kostuminen on epäsuorasti riippuvaista limakalvojen normaalin verenkiertoon. Hormonituotannon häiriöt (kuten munasarjojen poiston jälkeen) vaikuttavat suoraan limakalvojen kuntoon. Estrogeenin puute ohentaa ja haurastuttaa limakalvoja. On käyty paljon keskusteltua kohdunpoiston yhteyksistä seksiongelmiin. On kuitenkin ilmeistä, että kohdunpoiston jälkeen naiset tarvitsevat ohjausta, keskusteltua ja perusteellista tietoa seksiasioista. Naisen omaa päätäntävaltaa tulisi kunnioittaa niin paljon kuin mahdollista, esimerkiksi tehdäänkö koko kohdunpoisto vai supravaginaalinen amputaatio ja poistetaanko munasarjat. Monia turhia seksiongelmia voidaan ehkäistä asianmukaisella tiedonannolla ja tarpeeksi pitkän harkinta-ajan antamisella. (Hovatta 2011a.) Kuitenkin kohdunpoiston yhteydessä tehty munasarjojen poisto voi hormonimäärien vähentyessä aiheuttaa emättimen kuivuutta ja limakalvojen ohentumista. Tämä voi tehdä yhdynnästä epämukavaa. Osa naisista keskittyykin seksuaalisen mielihyvän lisäämiseen keskittymällä kumppanin läsnäoloon ja liukasteiden käyttöön. (Vomvolaki ym. 2006, 24–25.)

Lantion alueen hermoihin ja pieniin valtimoihin kohdistunut trauma saattaa vaikuttaa seksuaaliongelmien syntyyn kohdunpoiston jälkeen. Iso lantion alueeseen kohdistuva leikkaus, kuten kohdunpoisto, voi vahingoittaa sukupuolielimiin johtavia hermoja ja verisuonia. Kiihottumis- ja kostumisongelmat johtuvat siitä, kun verenkierto näissä lantion verisuonissa vähenee tai lakkaa kokonaan leikkauksen aiheuttaman trauman vuoksi. (Vomvolaki 2006, 26.) Toisaalta kohdunpoistosta aiheutunut hermovaurio ei välttämättä aiheuta suoranaisesti kiihottumisvaikeuksia (Rantanen ym. 2006, 2125).

5.2 Parisuhde ja kumppani

Tutkimuksessa (Keskin ym. 2011, 430–431) pariskunnan keskinäisen harmonian lisääntyessä myös naisen seksuaalinen tyytyväisyys lisääntyi. Hyvällä parisuhteella on siis merkitystä seksuaalitoimintojen parantumisen kannalta, sillä naiset, joilla oli hyvä

parisuhde ja säännöllinen seksielämä ennen leikkausta, kokivat seksuaalitoimintojensa parantuneen merkitsevästi useammin leikkauksen jälkeen. Verrokkiryhmänä olivat huonossa suhteessa elävät naiset, joiden seksuaalitoiminnot eivät merkittävästi parantuneet. Ilman vakinaista kumppania elävät naiset eivät kokeneet seksuaalitoiminnoissa mitään muutosta. (Rantanen ym. 2006, 2126.)

Keskin ym. (2011, 430) toteaa kohdunpoisto vaikuttavan kielteisesti kommunikointiin parisuhteessa ja myös parisuhdeongelmien lisääntyvän.

Kumppanilta saatu rauhoittelu ja tuki on tärkeää naiselle, joka yrittää selviytyä kohdunpoiston aiheuttamista vaikutuksista tunne-elämään (Vomvolaki 2006, 24). Kumppanilta tai perheeltä saadun sosiaalisen tuen on todettu vähentävän masentuneisuutta, parantavan avioliiton laatua ja perheen toimintaa kohdunpoiston jälkeen (Wang ym. 2007, 274).

Kohdunpoiston merkitystä miehiin on tutkittu paljon vähemmän kuin naisiin. Rantanen ym. (2006, 2125–2126) mukaan miehet kokivat seksielämänsä parantuneen ja psyykkisen oireilun helpottaneen leikkauksen jälkeen. Useimmat jännittivät kumppaniensa leikkausta. Heillä oli myös virheellisiä käsityksiä esimerkiksi kohdun koosta. Miehet kokivat saaneensa liian vähän tietoa leikkauksesta ja toivoivat lisätietoa ja lisäksi useimmat (16 kyselyyn vastanneista 24 miehestä) halusivat olla mukana vastaanotolla, kun kohdunpoistoon liittyvistä vaikutuksista keskustellaan. Tämä kyseinen tutkimus oli suppea, mutta se haastaa ammattilaiset tukemaan myös kumppaneita leikkaukseen liittyviä asioita ohjatessa. Tässä korostuukin tiedon antaminen ja myös kumppanin ohjaus.

5.3 Naiseus ja naisellisuus

Naiseus käsitteenä sijoittuu johonkin naisen ja naisellisuuden välille. Naiseus on laaja sosiaalinen, kulttuurinen ja ruumiillinen käsite. Naiseuteen ajatellaan liittyvän käsitteitä kuten äitiys ja hellyys. Konkreettisempia käsitteitä ovat muun muassa kuukauti-

set, huulet, pehmeys, pyöreys ja kaaret. (Gordon 2011, 12–13.) Naiseus on ideaali, johon pyritään tai jota odotetaan niiltä, jotka ovat luokiteltu naisiksi. Naiseus on perustavampaa laatua oleva ihanne kuin naisellisuus, jota voidaan pitää suorituksena, jossa toiset naiset suoriutuvat paremmin kuin toiset. Naiseus on naisellisuutta syvempi rakenne, jos naisellisuus ajatellaan sääntöinä käyttäytymisessä. Naiseus koetaan luonnollisena eikä opittuna. Lisäksi naiseutta voidaan pitää moraalisesti sitovampana kuin vaatimuksia, jotka naisellisuus asettaa. (Nikunen 2001, 180–181.)

Monet naiset ovat sisäistäneet ominaisuuksia, jotka ovat leimattu naisellisiksi piirteiksi, jotka voivat olla myös voimakkaasti luonteenomaisia. Näitä ovat muun muassa voimakas tarve pitää koossa perhettä, kotia, sukua ja jopa yhteisöä sekä pysyä koossa ihmisenä ja koota asioita yhteen niin, että syntyy kokonaisuuksia. Naisen luontoisia ominaisuuksia ovat myös tarve hoitaa ja huolehtia, mikä näkyy hoiva- ja opetusaloille hakeutumisena. (Junkkari 2012, 15.) Naisten ja tyttöjen hoiva- ja vastuusuuntautuneisuus onkin elintärkeitä yhteiskunnalliselle jatkuvuudelle. Lisäksi erilaisten roolien paineessa nyky-yhteiskunnan naisia vaivaa riittämättömyyden tai jopa kyvyttömyyden tunne. (Näre 2004, 28, 47.)

Kuukautiskierrolla voi olla tärkeä rooli naiseuden ja nuoruuden kokemisessa niille naisille, joilla ei ole vielä ollut vaihdevuosisia (Vomvolaki 2006, 24). Joillekin naisille kohdunpoisto voi tämän vuoksi tarkoittaa naisellisuuden menetystä. Toipilasaikana nainen saattaa pohtia omaa naisellisuuttaan. (Mts. 25.) Kohtu on elin, joka edustaa useimmille naisille naiseuden ydintä, ja siksi kohdunpoisto voi olla traumaattinen kokemus joillekin naisille (Wang ym. 2007, 271). Kuitenkin suurin osa naisista ei koe naisellisuutensa muuttuneen kohdunpoiston jälkeen (Roussis ym. 2004, 1428; Rantanen ym. 2006, 2126).

5.4 Itsetunto ja minäkuva

Vahvatkin naiset tarvitsevat tunteen siitä, että heillä on lupa tarvita toisen apua joskus. Naisen elämässä ja parisuhteessa tunteita viilentää jatkuva emotionaalinen nälkä. (Näre 2004, 86.)

Kohtu edustaa seksuaalisuutta, hedelmällisyyttä ja äitiyttä, mikä voi vaikuttaa naisen itsetuntoon ja naiseuden kokemiseen. Kohdun poistaminen vaikuttaa negatiivisesti naisen tunne-elämään, jonka vuoksi sopeutuminen elämään leikkauksen jälkeen voi olla haastavaa. Kohdunpoisto saattaa huonontaa naisen itsetuntoa ja itseluottamusta merkittävästi. (Keskin ym. 2011, 429–430.) Tämän lisäksi negatiivisia ajatuksia ilmenee todennäköisesti enemmän minäkuvan rakentuessa tiiviisti äitiyden ja lisääntymiskyvyn ympärille (Rantanen ym. 2006, 2126).

Useiden tutkimusten mukaan naisten oma käsitys kehonkuvastaan säilyy samana kohdunpoiston jälkeen (Rantanen ym. 2006, 2126; Roussis ym. 2004, Hehenkamp ym. 2007, 870). Keskin ym. (2011) tutkimuksen mukaan naiset arvioivat kehonkuvansa huonommaksi kuin ennen leikkausta. Lisäksi on tutkittu, että suurin osa naisista kokee kohdunpoistoleikkauksen jälkeen huomattavasti vähemmän viehättävyyden tunnetta. (Mts. 430.) On kuitenkin myös vastakkaisia tuloksia viehättävyyden tunteesta. Roussis ym. (2004, 1428) toteaa että se säilyy samana kuin ennen leikkausta.

6 POTILASOHJAUS

Kirjallisten ohjeiden tarve on korostunut hoitoaikojen lyhentyessä. Kirjallisilla ohjeilla tarkoitetaan ohjeita ja oppaita. Kotiutumisen jälkeenkin nainen voi palata ohjeisiin ja löytää vastaukset mieltään askarruttaviin kysymyksiin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124–125.) Potilaat joutuvat ottamaan enemmän vastuuta toipumisestaan, siksi hyvää ohjausta ja täsmällisiä potilasohjeita tarvitaan. Lisäksi potilaat haluavat lisätietoa hoitoonsa liittyvistä asioista. (Torkkola ym. 2002, 24.) Ohjausta voidaan parantaa postoperatiivisella yhteydenotolla esimerkiksi puhelimitse. Puhelinsoitosta on hyviä kokemuksia ympäri maailmaa. Sillä voidaan antaa lisäohjausta, vähentää potilaan tarvetta hakeutua avoterveyden huoltoon kotiutumisen jälkeen ja lisää potilastyytyväisyyttä. (Rauhasalo 2003, 30, 34.)

Ammattietiikan ja erilaisten toimintaa ohjaavien laatu- ja hoitosuositusten lisäksi sosiaali- ja terveyshuollon lainsäädäntö luo perustan potilasohjaukselle. Lain mukaan potilaalle ja asiakkaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on varmistaa, että informaation anto tapahtuu ymmärrettävällä tavalla. Esimerkiksi yhteisen kielen puuttuessa on pidettävä huolta tulkitsemisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Ohjaus on hyvin monimuotoista, ja se pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksen synonyymeja ovat esimerkiksi kasvatus, valmennus ja koulutus. Ohjauksessa asiakas on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija, ja tämän vuoksi on tärkeää, että ohjaus perustuu asiakkaan ja hoitajan vuorovaikutukselliseen hoitosuhteeseen, jossa molemmat osapuolet ovat aktiivisia toimijoita. (Kyngäs ym. 2007, 25–26.)

Hyvän ohjauksen on huomattu vaikuttavan asiakkaaseen terveyttä edistävästi. Hyvällä ohjauksella on muun muassa parannettu asiakkaan elämänlaatua, itsehoitoa, kotona selviytymistä, toimintakykyä ja itsenäistä päätöksentekoa. Sillä on myös vähen-

netty ahdistusta, masentuneisuutta ja yksinäisyyden tunnetta. Laadukkaan ohjauksen tuloksena myös asiakkaan tiedon määrä on kasvanut ja hän on muistanut sekä ymmärtänyt hoitoonsa liittyvät asiat paremmin kuin ennen. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

Jotta ohjaus olisi yksilöllistä, tulee hoitajan huomioida asiakkaan taustatekijät. Huomioitavia fyysisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi asiakkaan ikä, sairauden tyyppi ja terveydentila. Psykkisiä tekijöitä ovat muun muassa asiakkaan odotukset, tarpeet, kokemukset käsitys omasta terveydentilasta, sekä motivaatio. Myös esimerkiksi asiakkaan sosiaalinen, kulttuurillinen, uskonnollinen ja etninen tausta vaikuttavat ohjaukseen. Jos asiakkaan taustatekijöitä ei huomioida, toteutuu ohjaus aina samalla tavalla samanlaisessa tilanteessa oleville asiakkaille. (Kyngäs ym. 2007, 28–35.)

Ohjauksen laatuun voi vaikuttaa ympäristö, jossa ohjaus tapahtuu. Fyysisen ohjausympäristön tulisi olla sellainen, jossa hoitaja ja asiakas voivat keskittyä ohjaukseen ilman häiriöitä ja keskeytyksiä. Myös ohjauksen psyykkinen ilmapiiri vaikuttaa ohjaukseen. Kiire on usein yksi ohjauksen laatua heikentävä tekijä, sillä se vaikuttaa ohjauksen suunnitelmallisuuteen sekä vähentää asiakkaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Asiakas saattaa jättää asioita kertomatta tai kysymättä aistiessaan hoitajan kiireen. Ohjausympäristön tulisi olla kiireetön ja rauhallinen. Myös se, että hoitaja istuu asiakkaan kanssa samalla tasolla, luo hyvää psyykkistä ilmapiiriä. (Kyngäs ym. 2007, 36–37.) Kirurginen toimenpide on aina stressaava kokemus potilaalle. Pelkojen lisääntyessä kognitiiviset kyvyt voivat heikentyä. Tämä voi heikentää ohjauksen laatua. (Rauhasalo 2003, 23.)

Ohjausympäristöllä on vaikutusta ohjauksen laadun lisäksi myös sen eettisyyteen. Muun muassa antamalla riittävästi aikaa ohjaukselle ja takaamalla rauhallisen tilan ohjaukselle hyvä eettinen ympäristö tukee ohjausta. Internet on muuttanut viime vuosina asiakkaan ja hoitajan valtasuhteita, sillä asiakkaalla on mahdollisuus etsiä terveyteensä tai sairauteensa liittyviä tietoja Internetistä. (Kyngäs ym. 2007, 153, 157.)

Hyvän ohjauksen perustana toimii myös hoitajan motivaatio ja ammatillinen vastuu kehittää itseään ohjaajana. Hoitajan tulee tiedostaa omat osaamisensa ja puutteen-

sa. Hänen tulisi säännöllisesti arvioida ohjaustaitojaan, kuten esimerkiksi ohjauksen asiakaslähtöisyyttä, yksilöllisyyttä ja riittävyyttä. (Kyngäs ym. 2007, 44–45.)

Hoitajilla on ammattietiikka, joka ohjaa heidän toimintaansa. Ammattietiikka kertoo myös kuinka toimia tietyissä tilanteissa. Hoitajalla on ohjaustilanteessa vastuu omasta toiminnastaan ja siitä, että antaa oikeaa tietoa oman tietämyksensä mukaisesti. Ohjaustilanteissa on pohdittava miten huomioidaan asiakkaan itsemääräämisoikeus, yksityisyys ja vapaus tehdä omaa terveyttään koskevia päätöksiä. Myös asiakkaalla itsellään on eettinen vastuu ohjaustilanteissa. Asiakkaalla ei ole omia eettisiä ohjeita kuinka toimia, kuten hoitajalla, mutta hänen toimiaan ohjaa kuitenkin yleinen etiikka. (Kyngäs ym. 2007, 153–156.)

6.1 PLISSIT – mallin hyödyntäminen ohjauksessa

Sekä leikkausta edeltävää että leikkauksen jälkeistä seksuaalineuvontaa voidaan toteuttaa PLISSIT -mallia apuna käyttäen. PLISSIT -mallissa on neljä tasoa, jotka kuvaavat lähestymistapoja seksuaalisuudesta tai siihen liittyvistä ongelmista puhuttaessa. Seksuaalineuvonta koostuu kokonaisuudesta, jonka muodostavat kaksi ensimmäistä tasoa. Ensimmäinen taso on luvan ja tiedon antaminen (**P**ermission), toinen taso rajatun tiedon antaminen (**L**imited information). Seksuaalineuvonnan tulisi tapahtua perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimen peruspalveluissa. Seksuaaliterapia voi olla tarpeen, jos perustason neuvonnasta ei ole apua. Tällöin siirrytään PLISSIT – mallin seuraaville tasoille eli erityisohjeiden antamiseen (**S**pecific **S**uggestions) ja intensiivinen terapia (**I**ntensive **T**herapy). Eniten asiakkaita on kahdella ensimmäisellä tasolla, toiseksi vähiten kolmannella ja viimeisellä tasolla asiakkaita on vähiten. Kaksi viimeistä tasoa kuuluvat erikoisosaamisen ja -palvelujen piiriin. Viimeisten tasojen erikoisosaajia voivat olla esimerkiksi seksuaaliterapeutti tai erikoislääkäri. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 45–46.)

Luvan antaminen on myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Lupa merkitsee asioiden normalisointia, jolloin asiakas saa tunteen siitä, että on normaali ja seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat luonnollisia. Luvan antaminen voi tapahtua myös sanattoman viestinnän kautta, hoitajan ilmeiden ja eleiden kautta. Asiakas aistii helposti hoitajan oman ahdistuksen tai vaivaantumisen. Lisäksi kysymysten asettelulla on merkitystä, avoimet kysymykset toimivat paremmin, esimerkiksi ”Miten usein harjoitatte itsetyydytystä?” on parempi vaihtoehto kuin ”Harjoitatko itsetyydytystä?” Ensimmäinen kysymys normalisoi itsetyydytyksen. (Apter ym. 2006, 47–49.)

Työntekijällä ei kuitenkaan ole valtaa antaa lupaa mihin tahansa. Hänen täytyy tehdä työtään lakien puitteissa, pohjana esimerkiksi seksuaalinen itsemääräämisoikeus. Luvan saamisella voi olla suuri merkitys asiakkaalle. Hän voi muun muassa vapautua menneisyyden häpeästä tai hyväksyä itsensä sellaisena kuin on. (Mts. 48–49)

Rajattua tietoa annetaan tietyissä tilanteissa ja tarvittaessa. Asianmukaisella tiedolla ehkäistään ahdistusta aiheuttavien uskomusten ja kuvitelmien syntymistä. Uskomukset voivat olla hyvin haitallisia yksilön ja parisuhteen seksille. (Mts. 52–53) Kohdunpoistopotilaan kohdalla tietoa annetaan juuri ko. leikkauksen vaikutuksista seksuaalisuuteen, mutta huomioidaan myös yksilölliset tarpeet seksuaalineuvonnassa.

Tutuncu ja Yildiz (2012) tutkivat kohdunpoistoleikkauksen jälkeen PLISSIT -mallin mukaan saadun ohjauksen vaikutusta naisten seksuaalitoimintoihin. Tulokset kertoivat PLISSIT -mallin mukaan annetun ohjauksen vaikuttavan positiivisesti naisten seksuaalitoimintoihin ja naisten kykyyn ratkaista seksuaaliongelmia. Ohjausta annettiin leikkauksen jälkeen ja ennen kotiuttamista. Ohjaus oli yksilöllistä, sillä ensin kartoitettiin naisten tarpeet ja ohjausta annettiin niiden pohjalta. (Mts. 2001.)

Useimmiten hoitajat olettavat, että aloite keskusteluun seksuaalisuudesta tulee asiakkaalta, kun taas asiakkaat odottavat hoitajan tai lääkärin avaavan keskustelun. Seksuaalisuuden käsittelyn saattaa estää muun muassa tiedon puute seksuaalisuudesta tai luottamuksen puute omiin ohjaustaitoihinsa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 131.)

Hoitotyössä tulee myös muistaa, että asiakkaalla on lupa olla myös vastaamatta hänen seksuaalisuutta koskeviin kysymyksiin, sillä Suomen perustuslain mukaan jokaisella yksilöllä on oikeus koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. (Mts. 44–45.)

Oman kehon paljastaminen, etenkin ilman lupaa, voi olla hyvin epämiellyttävää ja loukkaavaa. Myös se, että hoitotyöntekijä on vastakkaista sukupuolta kuin itse, voi aiheuttaa epämiellyttävän tunteen. Hoitajan olisi hyvä kysyä aina lupa intiimialueiden koskettamiseen. Hoitotyössä tulee ottaa huomioon myös erilaisista kulttuureista tulevat asiakkaat. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 46.)

Haasteita hoitotyöhön tuo, jos perhe ei ole heteroperhe. Kuitenkin myös sateenkaariperheet tulee kohdata avoimesti ja tasa-arvoisesti. Sateenkaariperheillä tarkoitetaan nais- ja miesparien lapsiperheitä. Toinen vanhemmista voi olla myös transihminen. Mikäli tämä aiheuttaa hoitajassa hämmennystä, lisätiedon hankkiminen ja kollegan kanssa keskusteleminen voi selventää tilannetta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 45–46, 129)

Hoitajan on tärkeää tuntea myös itsensä. Asiakkaan seksuaalisuuden kohtaaminen vaatii hoitajan oman seksuaalisuuden kohtaamista, empatiakykyä, seksologian tietoa ja taitoa sekä omien asenteiden tiedostamista. Hänen on tärkeää olla sinut oman seksuaalisuutensa kanssa. Luvan saanut hoitaja kykenee auttamaan myös asiakkaitaan seksologian alueella. (Apter ym. 2006, 49.)

6.2 Millainen on hyvä potilasohje?

Haastetta kirjallisen potilasohjeen kirjoittamiseen luo se, kuinka yksityiskohtaista tietoa siihen kirjoittaa. Mitään sääntöä ei ole, vaan potilasohjeissa korostuu se mitä ja miten asia kerrotaan. Potilasohjeen ensisijainen tarkoitus on vastata potilaan kysymyksiin ja tarpeisiin, toissijainen tarkoitus on kertoa osaston toimintatavoista. (Torkkola ym. 2002, 14–16.)

Tekstin merkitykset syntyvät vasta kun sitä luetaan. Lukija tulkitsee tekstiä kontekstin eli viitekehyksen ohjaamana. Myös lukutilanne vaikuttaa tekstin merkitykseen ja tulkintaan. Kotona tekstiin paneudutaan eri tavalla kuin sairaalassa ja sairaana voi olla vaikeaa keskittyä tekstiin hyvin. (Torkkola ym. 2002, 17–18.)

Tutkitun tiedon mukaan kirjalliset ohjeet ovat usein asiakkaalle liian vaikeita ymmärtää. Ymmärrettävyyteen on syytä kiinnittää huomiota, sillä asiakas voi ymmärtää ohjeet väärin, jos teksti on vaikeasti ymmärrettävää. Ohjeen tulee olla hyvää yleiskieltä. Huonosti kirjoitettu ohje voi lisäksi lisätä asiakkaan pelkoja ja huolestuttaa häntä. Hyvä potilasohje on selkokielineen ja on kirjoitettu ymmärrettävästi kohderyhmälle. Kappaleiden tulee olla lyhyitä ja ytimekkäitä, mutta eivät saa sisältää pelkkiä luetteiloita. Vaikeat sanat tulee olla selitetty. Ohjeiden yhteyteen on hyvä kirjoittaa perustelut, jotta potilas ymmärtää niiden hyödyn itselleen. Oikeinkirjoitus tekee tekstistä luotettavaa ja huoliteltu ulkoasu saa lukijan kiinnostumaan. Turhaa ja liian yksityiskohtaista tietoa on syytä välttää, sillä se saattaa ahdistaa lukijaa. Lisätietoa voi tarjota antamalla lähteitä kirjallisuudesta tai luotettavista internet-sivuista. Ohjeissa tulee huomioida fyysisen ulottuvuuden lisäksi psyykinen ja sosiaalinen puoli. (Hyvärinen 2005; Kyngäs ym. 2007, 125–126; Torkkola ym. 2002, 42.)

Hyvä ohje puhuttelee potilasta. Ohjeen voi aloittaa esimerkiksi toivottamalla potilaan tervetulleeksi. Teitittely on aina sopiva puhuttelumuoto. Potilaan on mahdollista toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan silloin, kun ohjeessa on kerrottu myös perustelut toimintaohjeille. (Torkkola ym. 2002, 36–38.) Toisaalta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Kriteerit hyvälle potilasohjeelle -mittarin (2013) mukaan tulee käyttää sinuttelua potilasohjeen puhuttelumuotona.

Otsikot antavat tietoa tulevan kappaleen sisällöstä ja väliotsikot auttavat lukijaa etenemään koko tekstin läpi. Väliotsikot voivat olla yksinkertaisia (sana tai sanapari). Sanoman ymmärrettävyyttä voi lisätä muun muassa kuvilla ja kaavioilla. Kuvat antavat selkeyttä ohjeelle, esimerkiksi anatomian kuva. Myös kuvituskuvat ohjaavat lukijaa, vaikka ovatkin haasteellisempia käyttää kuin aiheeseen suoraan liittyvät kuvat. Toisaalta on parempi jättää ohjeeseen tyhjää tilaa kuin käyttää mitä tahansa kuvaa. Lisäksi tyhjä tila luo tekstiin ilmavuutta ja kertoo ohjeen rauhallisesta ilmeestä. Kir-

jasintyyppiä eli fontiksi tulee valita selkeä, kuten Time News Roman tai Arial. Suur-
aakkosia voi käyttää otsikoissa, muuten leipätekstissä pienaakkosten käyttäminen on
paikallaan. Tekstin korostukseen paras keino on lihavointi. (Kyngäs ym. 126–127;
Torkkola ym. 2002, 39–41, 59.)

Kaikkea ei voi kertoa ohjeessa, joten oppaan lopussa tulee olla hoitavan yksikön yh-
teystiedot. Lisäksi voi tarjota luotettavia tiedonlähteitä, joista potilas voi halutessaan
etsiä lisätietoa. (Torkkola ym. 2002, 44.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Kriteerit hyvälle potilasohjeelle -mittarin (2013) mu-
kaan potilasohjeessa tulee näkyä viimeinen päivityspäivä sekä sisältää tiedot ohjeen
hyväksyjästä.

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä potilasohje kohdunpoistoleikkaukseen tulevalle. Potilasohjeen tavoitteena on tukea kohdunpoistoleikkaukseen tulevaa naista ja hänen kumppaniaan antamalla ajantasaista tietoa kohdunpoistosta. Opinnäytetyön tavoitteena on myös luoda ajantasainen opas kohdunpoistosta hoitohenkilökunnan ohjauksen tueksi. Henkilökohtaisena tavoitteena opinnäytetyön tekijöillä on uuden tiedon oppiminen ja ammatillinen kasvu tulevina kättilöinä.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Lähteitä etsiessä vaaditaan taitoa valita harkiten käytettävät lähteet ja suhtautua niihin kriittisesti. On tärkeää käyttää mahdollisimman tuoreita lähteitä, sillä tutkimustieto muuttuu nopeasti ja uudemmat tutkimukset sisältävät vanhempien tutkimusten tiedon. Tuoreimmat tutkimukset sisältävät myös aiempien tutkimusten tiedot. Tiedonlähteiden auktoriteetista kertoo sen toistuvuus lähdeluetteloissa. Ensisijaisia lähteitä on hyvä suosia, sillä toissijaisissa lähteissä tietoa on tulkittu ja se on saattanut muuntua. Lähteiden luotettavuudesta kertoo myös lähteen sanavalinnat, painotukset ja vivahteet. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.)

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien avulla, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129). Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. (Mts. 128) Raportointiosuuden ja potilasohjeen sisällön uskottavuutta lisäävä tekijä oli tiivis yhteistyö Operatiivisen osaston 14 kanssa. Ohjetta työstettäessä se lähetettiin arvioitaviksi yhteistyökumppanille, joka arvioi ohjeen sisältöä ja soveltuvuutta. Yhteistyöosaston kättilöt kohtaavat työssään kohdunpoistoleikkaukseen tulevia, joten heillä on käytännön tietoa ja havaintoja siitä, minkälaista tietoa naiset ja heidän omaisensa mahdollisesti tarvitsisivat. Ohjeen luonnoksen lukivat myös naistentautien poliklinikan hoitajat ja he antoivat palautetta ohjeesta, jota hyödynnettiin työstämävaiheessa. Lisäksi ohjetta arvioivat preoperatiivisen yksikön naistentautien vastualueen hoitajat, sillä ohje tulee käyttöön myös sinne.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Kriteerit hyvälle potilasohjeelle -mittarin (2013) mukaan viiden potilaan tulisi arvioida potilasohjetta ennen sen käyttöönottoa. Tämä lisää potilasohjeen sisällön uskottavuutta ja lähestyttävyyttä. Oppaan luki ja arvioi viisi naista, jotka olivat tulossa kohdunpoistoleikkaukseen tai jo olleet siinä.

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida vahvistettavuudella. Vahvistettavuus on osa koko tutkimusprosessia ja edellyttää prosessin raportointia niin, että toinen

tutkija voi seurata pääpiirteittäin prosessin kulkua. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön vahvistettavuutta paransi se, että tekijöitä oli kaksi. Näin voitiin arvioida lähdevalintoja kriittisesti ja niiden tulkintaa sekä tuotettua tekstiä. Opinnäytetyön raportointiosuus sisältää kuvauksen koko opinnäytetyön prosessin kulusta ja laajan teoriapohjan aiheesta sekä kaiken sen, mitä potilasohjeessa käsitellään. Yhteistyötahon toiveita potilasohjeen sisällöstä ja rakenteesta kunnioitettiin työtä ja potilasohjetta tehdessä, jotta ohjeesta tulisi mahdollisimman hyvin naista ja yhteistyökumppaneita palveleva, mikä on tarkoituksenmukaista.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tämä on yksi luotettavuuden kriteeri. Tutkijan on itse arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava tutkimusraportissa tutkimuksen lähtökohdat. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyössä ei ole tuotu esille omia mielipiteitä esimerkiksi kohdunpoistomenetelmien paremmuudesta – työhön on ainoastaan koottu tiedot luotettavien tietolähteiden avulla. Opinnäytetyössä pyrittiin mahdollisimman neutraaliin lähestymistapaan.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksessa tulosten siirrettävyyttä vastaavanlaisiin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän on annettava riittävästi taustatietoa, jotta siirrettävyyttä voidaan arvioida. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Potilasohjeen sisältöä ja rakennetta on mahdollista käyttää myös muissa samankaltaisissa potilasohjeissa. Potilasohje pohjautuu opinnäytetyön raportointiosuuteen, jonka pohjalta ohje on uudelleen tehtävissä. Esimerkiksi laskeumaleikkausta käsittelevä ohje olisi melko samankaltainen kuin kohdunpoistoon tulevalle naiselle tehty ohje. Lisäksi opinnäytetyön raportointiosuudessa käsitellyjä teoriaosuuksia psyykkisestä toipumisesta ja seksuaalisuudesta voidaan käyttää vastaavanlaisissa tilanteissa.

Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtiin kuuluu muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus ja vastuullisuus. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6.) Opinnäytetyön eettisyyttä, luotettavuutta ja uskottavuutta lisää tutkimusetiikan näkökulmasta näiden hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtien noudattaminen. Tutkijan on ratkaistava tutkimusproses-

sin aikana useita päätöksentekotilanteita, joita tutkimusetiikka pitää sisällään (Kylmä & Juvakka 2007, 137).

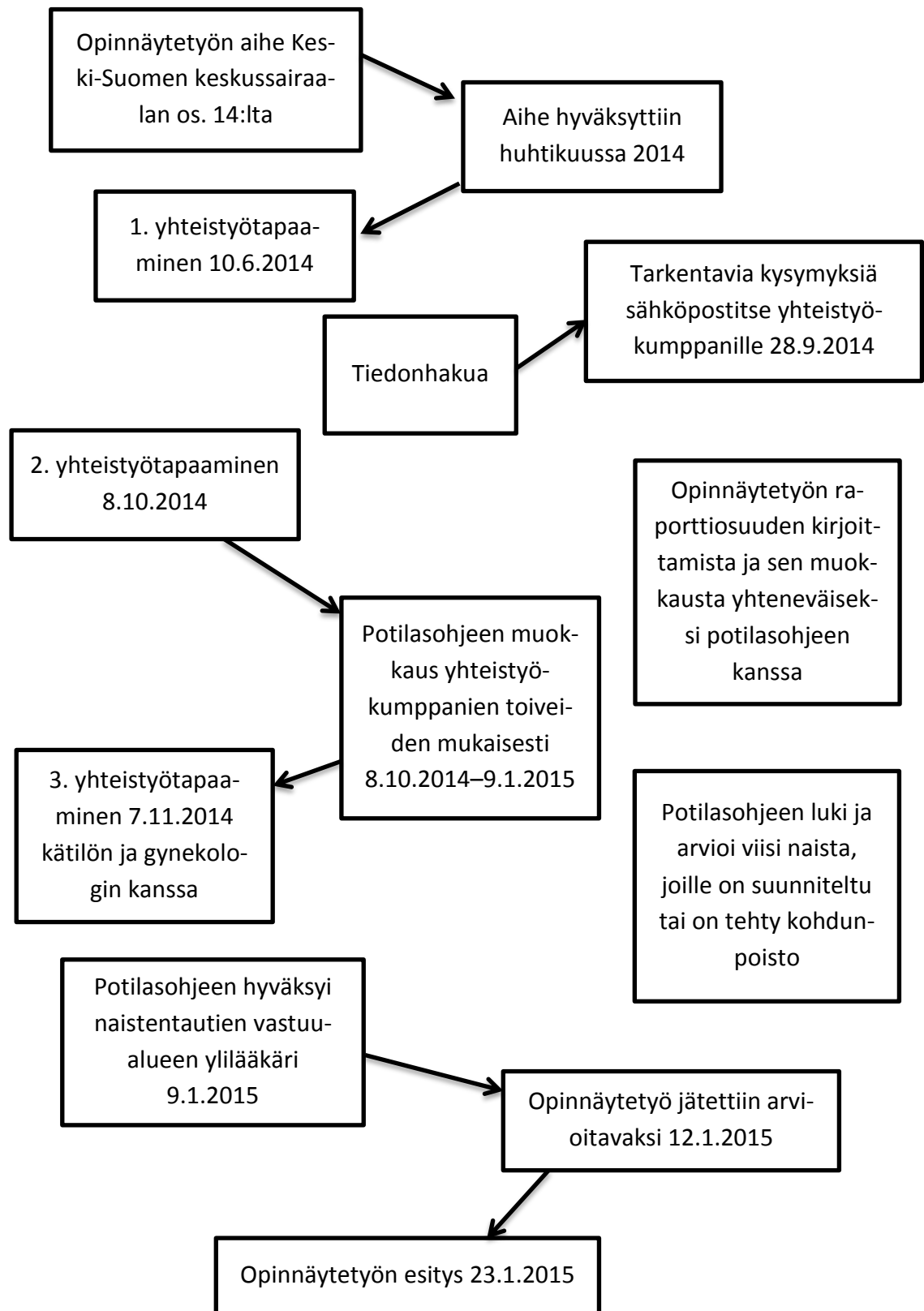
Kaikissa tutkimustyön vaiheissa on vältettävä epärehellisyttä eikä toisten tekstiä saa plagioida. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25–26.) Plagiointi tarkoittaa aikaisemmin julkaistun tekstin liittämistä opinnäytetyöhön tai julkaisemista ilman, että alkuperäistä lähdettä mainitaan. Myös puutteelliset viittaukset ovat plagiointia. (Vilka & Airaksinen 2003, 78.) Tekstiä lainatessa lainaus on osoitettava asianmukaisin lähde-merkinnöin. Lainaus täytyy olla tarkka eikä edes painovirheitä saa poistaa, jos kyseessä on suora lainaus. Raportointi ei myöskään saa olla puutteellista tai harhaanjohtavaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Opinnäytetyötä tehdessä viittaukset ja lähdemerkinnät tehtiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun raportointiohjeita noudattaen. Tällä pyrittiin luotettavaan ja yhdenmukaiseen lähteiden merkitsemiseen. Kaikki käytetyt lähteet merkittiin huolellisesti ja suorat lainaukset tehtiin tarkasti.

Opinnäytetyötä on pyritty selkeyttämään käyttämällä muun muassa termejä kohdunpoisto ja kumppani. Opinnäytetyössä kohdunpoiston läpi käyneen mahdollista partneria on nimitetty kumppaniksi. Tällä on pyritty huomioimaan kaikenlaiset pariskunnat, kuten hetero- ja lesbopariskunnat.

9 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Tavoitteena on jonkin tapahtuman tai toiminnan selkeyttäminen oppaan avulla. Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. Lisäksi se osoittaa hallintaa, esimerkiksi työelämään suunnattava käytännön opas, ohje tai ohjeistus. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10, 38) Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen tulisi olla houkutteleva, informatiivinen sekä asiasisällöltään ja tekstiltään kohderyhmää palveleva. (Vilka & Airaksinen 2003, 51, 53.)

Opinnäytetyön prosessin kuvaus on esitetty seuraavan sivun kuviossa 1.



Kuvio 1. Opinnäytetyöprosessi

Keski-Suomen keskussairaalan Operatiivisella osastolla 14 oli tarve kohdunpoistoa käsittelevälle oppaalle. Saimme ohjaavilta opettajiltamme sähköpostitse tiedon, että yhteistyöhenkilöksemme määräytyi kätilö.

Opinnäytetyön tekijät muokkasivat ohjeen sisältöä ja ulkoasua yhteistyökumppaneiden ehdotusten ja toiveiden mukaisesti. Samalla he muokkasivat myös opinnäytetyön raportointiosuutta yhteneväiseksi potilasohjeen kanssa. Yhteistyökumppaneita prosessin aikana olivat Operatiivisen osasto 14:n lisäksi Keski-Suomen keskussairaalan preoperatiivinen yksikkö sekä Naistentautien poliklinikka, jotka kaikki arvioivat ohjetta koko sen muokkausprosessin ajan. Yhteistyöhenkilömme kautta opas kiersi näillä muilla osastoilla, joiden työntekijät saivat antaa palautetta ja korjausehdotuksia oppaaseen. Näin opas palvelee kaikkia niitä toimipisteitä, jotka kohtaavat kohdunpoistopotilaita.

Operatiiviselta osastolta 14 ja Naistentautien poliklinikalta saatu palaute sisälsi käytännönläheisiä hoitotyön keinoja. Näiden palautteiden avulla muodostui juuri kyseisen osaston käytännöt ja tarpeet huomioiva potilasohje. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Kriteerit hyvälle potilasohjeelle -mittarin (2013) mukaan oppaan tulisi lukea viisi henkilöä. Potilasohjeen luki ja arvioi viisi naista, joille on suunniteltu tai on tehty kohdunpoisto. Naiset antoivat palautetta kieliasusta ja useimmat heistä pitivät potilasohjetta selkeänä ja helposti ymmärrettävänä. Osaston ylilääkärin kommentit potilasohjeesta olivat lähinnä tarkentavia ja pyrkivät yhtenäistämään ohjetta. Hänen antama palaute kiinnitti huomiota myös kieliasuun.

Opas annetaan Preoperatiivisesta yksiköstä, joten on tärkeää, että opas on toimiva myös siellä, sillä se sisältää tietoa myös ajasta ennen leikkausta. Opas ei kuitenkaan sisällä tarkkoja ohjeita leikkauksen valmistautumiseen, vaan ne lähetetään potilaalle kotiin. Preoperatiivisen yksikön toive oli, ettei opas sisältäisi liian yksityiskohtaista tietoa leikkaukseen valmistautumisesta, mutta kertoisi preoperatiivisesta ajasta kuitenkin yleisellä tasolla.

Opinnäytetyön tekijät lähettivät Operatiivisen osaston 14 yhteistyökumppanille sähköpostilla tarkentavia kysymyksiä kohdunpoistosta. Kysymyksiin he saivat sähköpostitse 28.9., 5.12.2014 ja 8.1.2015 vastaukset, joita käytettiin tiedonantona opinnäytetyön raportointiosuudessa.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä potilasohje kohdunpoistoleikkaukseen tulevalle. Potilasohjeen tavoitteena on tukea kohdunpoistoleikkaukseen tulevaa naista ja hänen puolisoaan antamalla ajantasaista tietoa kohdunpoistosta. Lisäksi ohje toimii hoitohenkilökunnan ohjauksen tukena. Potilasohjeen laatiminen kohdunpoistosta tuli toimeksiantona työelämän tarpeista Keski-Suomen keskussairaalan Operatiiviselta osastolta 14.

Suullinen ohjaus tarvitsee yleensä tuekseen kirjallisia ohjeita (Torkkola ym. 2002, 25). Kun ohjeet ovat kirjallisina, potilas voi tarkastaa niistä tietoja ja miettiä kysymyksiä itseään askarruttavista asioista (Kyngäs ym. 2007, 124). Laaditussa potilasohjeessa on kerrottu tärkeimmät asiat mahdollisimman selkeästi ja se tukee ohjauksen kulkua, koska se on laadittu kohdunpoistoleikkausprosessin etenemisen mukaan. Ohjeesta leikkaukseen tulevat naiset ja heidän kumppaninsa voivat kotona kerrata asioita, jotka ovat jääneet epäselviksi tai unohtuneet. Potilasohje on tehty niin, että se vastaa mahdollisimman monipuolisesti leikkaukseen tulevien naisten ja mahdollisen kumppanin kysymyksiin. Potilasohje tukee täsmällisen tiedon avulla leikkaukseen valmistautumista kotona ja toipumista kotiutumisen jälkeen.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Kriteerit hyvälle potilasohjeelle -mittarin (2013) mukaan tulee käyttää sinuttelua potilasohjeen puhuttelumuotona. Tämän vuoksi päädyimme käyttämään oppaassa sinuttelua, vaikka kirjallisuus puoltaa teitittelyä (Torkkola ym. 2002, 36–38). Teitittely olisi myös leikkaukseen tulevien naisten ikäjakautuksen vuoksi ollut mielestämme parempi vaihtoehto. Lisäksi Keski-Suomen keskussairaalan Operatiivinen osasto 14 lakkautetaan tulevana keväänä, mikä aiheutti haasteita osaston nimeämiseen potilasoppaan viimeisen sivun yhteystietoihin. Opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään termiä ”vuodeosasto” potilasoppaan yhteystiedoissa.

Päiväkirurgista toimintaa pyritään lisäämään jatkuvasti. Se tarkoittaa sitä, että potilaan vastuu omasta hoidosta kasvaa ja hänen täytyy löytää omia selviytymiskeinoja. Nopeatempoisesti tapahtuvan hoidon vuoksi potilas ei välttämättä ehdi henkisesti

mukaan. Tällöin ohjauksen määrä lisääntyy ja sen tärkeys korostuu, mutta toisaalta ohjaukseen käytettävä aika vähenee. (Rauhasalo 2003, 11). Myös kirjallisten ohjeiden merkitys kasvaa, jotta potilas voi palata hoito-ohjeisiin kotonakin. On siis tärkeää koota oleelliset hoitoa koskevat tiedot tiiviisti oppaaseen, jotta siitä olisi paras mahdollinen hyöty potilaalle.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (2014, 61) tavoitteena on, että vuosien 2014–2020 aikana puheeksi ottaminen vakiintuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Potilasopas itsessään toimii tapana ottaa seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi. Toimintaohjelman (2014, 32) mukaan seksuaalineuvonnan ja ohjauksen sisällön tulee olla potilaslähtöistä, ohjauksen sisältyä automaattisesti osaksi hoitosuunnitelmaa ja koulutetun henkilökunnan tulee toteuttaa seksuaalineuvontaa. Jatkossa seksuaalineuvontaa antaessa kiinnitetään yhä enemmän huomiota seksuaaliseen suuntautumiseen ja seksuaalivähemmistöihin (Mts. 2014, 33).

Kohdunpoiston merkitystä miehiin on tutkittu paljon vähemmän kuin naisiin. Rantasen ym. (2006, 2125–2126) mukaan miehet kokivat seksielämänsä parantuneen ja psyykkisen oireilun helpottaneen leikkauksen jälkeen. Useimmat jännittivät kumppaniensa leikkausta. Heillä oli myös virheellisiä käsityksiä esimerkiksi kohdun koosta. Miehet kokivat saaneensa liian vähän tietoa leikkauksesta ja toivoivat lisätietoa. Lisäksi useimmat miehet halusivat olla mukana vastaanotolla, kun kohdunpoistoon liittyvistä vaikutuksista keskustellaan. Tämä kyseinen tutkimus oli suppea, mutta se haastaa ammattilaiset tukemaan myös kumppaneita leikkaukseen liittyviä asioita ohjatessa. Tässä korostuukin tiedon antaminen ja myös kumppanin ohjaus.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on tavallisesti liitetty naisiin. Siksi Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (2014, 16) yhtenä painopisteenä on miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyden huomioiminen ja sen edistäminen. Kohdunpoistoleikkauksen yhteydessä annettu seksuaaliohjaus tukee parisuhdetta ja näin myös kumppanin seksuaaliterveyttä. Seksuaalineuvontaa antaessa on tärkeää huomioida myös kumppani, vaikka on mahdollista keskustella vain toisen osapuolen

kanssa (Apter ym. 2006, 49). Potilasopas toimii luotettavana tiedonlähteenä myös leikkaukseen tulevan naisen kumppanille.

Soveltamismahdollisuudet ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkittuun teorian tietoon pohjautuvaa opasta voi hyödyntää käytännössä kohdunpoistoon tulevien naisten lisäksi niin ammattilaiset, kuin muut aiheesta kiinnostuneet kuten leikkaukseen tulevan naisen kumppani. Opas monipuolistaa kohdunpoistoon liittyvää ohjausta suullisen ohjauksen tukena. Opas toimii myös opetusmateriaalina terveysalan opiskelijoille.

Jatkossa olisi ohjauksen kannalta tärkeää tutkia, minkälainen on kohdunpoistopotilaan kumppanin kokemus kohdunpoistosta. Näin ohjauksesta saataisiin entistäkin kokonaisvaltaisempaa sekä kumppanin huomioivaa ja häntä tukevaa. Olisi tärkeää myös tutkia, miten potilas, jolle on tehty päiväkirurginen kohdunpoisto, kokee ohjauksen ja kotona selviytymisen.

LÄHTEET

Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkala, K., Rosenberg, P. & Takkunen, O. (toim.). 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2. uud. p. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E. & Vihunen, R. 2010. Hoitamalla hyvää oloa. 14. uud. p. Helsinki: WSOY.

Aseptiikka leikkaushaavan hoidossa. 2011. Ohje henkilökunnalle. Lapin sairaanhoitopiiri. Viitattu 18.12.2014. <https://www.google.fi>, Google.

Brummer, T., Härkki, P. & Heikinheimo O. 2011. Muuttuva kohdunpoisto. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 17, 1823–1825. Viitattu 16.6.2014., Nelli-portaali, Terveysportti.

Brummer, T. 2012. Hysterectomy for benign indications in Finland. Viitattu 16.6.2014. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/30240/Hysterec.pdf?sequence=1>

Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2009. Ihminen – Fysiologia ja anatomia. Suom. Meditrans Oy.

Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma. 2014. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Toim. Klemetti, R & Raussi-Lehto, E. Viitattu 5.1.2015. <http://www.julkari.fi/handle/10024/116162>, Google Scholar.

Epiduraalinen kivun hoito. 2010. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. <http://www.hus.fi/>, sairaanhoito, sairaanhoitopalvelut, kivun hoito, kivun hoito leikkauksen jälkeen, kivun hoitomenetelmiä, epiduraalinen kivun hoito.

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

Gordon, T. 2001. Nainen, naiseus, naisellisuus. Toim. Nikunen, M., Gordon, T., Kivimäki, S. & Pirinen, R. Tampere: Cityoffset.

Gynekologiset leikkaukset. N.d. Ohjepankki Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sivustolla. Viitattu 20.10.2014. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2789>

Hamunen, K & Kalso, E. 2009. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kipulääkityksen tarve ovat yksilölliset. Teoksessa Kipu. Duodecim Oppikirjat. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti.

Hehenkamp W.J.K., Volkers N.A., Bartholemeus W., de Blok S., Birnie E., Reekers J.A. & Ankum W.M. 2007. Sexuality and Body Image After Uterine Artery Embolization and Hysterectomy in the Treatment of Uterine Fibroids: A Randomized Comparison. Cardio Vascular and Interventional Radiology 30(5), 866-875. <http://scholar.google.fi/>, Google Scholar.

Heinonen, P. 2011a. Kohdunpoisto. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim Oppikirjat. Viitattu 16.6.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti.

- Heinonen, P. 2011b. Laskeumaleikkaukset. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim Oppikirjat. Viitattu 16.6.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, E. 2002. Laparoskooppisen leikkauksen komplikaatiot. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Hendolin, H., Jalonen, J. & Ylihankala, A. (toim.) Anestesiaopas. 2. uud. p. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Hovatta, O. 2011a. Seksuaalireaktiot. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim Oppikirjat. Viitattu 30.7.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti.
- Hovatta, O. 2011b. Seksuaaliongelmät. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim Oppikirjat. Viitattu 6.9.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti.
- Hynynen, M. & Mattila, S. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 128, 14, 1423-4. Viitattu 7.1.2015. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 121, 16, 1769–1773. Viitattu 16.9.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveysportti.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 21.10.2014. [Http://www.tenk.fi/](http://www.tenk.fi/), Ohjeet ja julkaisut.
- Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. N.d. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 25.11.2014. <http://www.hus.fi/>, sairaanhoito, sairaanhoitopalvelut, kivun hoito, kivun hoito leikkauksen jälkeen, hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. 1. p. Helsinki: Edita.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. 2. uud. p. Helsinki: Edita.
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Junkkari, K. 2012. Naiseksi joka olet. 3. uud. p. Helsinki: Kirjapaja.
- Keskin G. & Gumus A.B. 2011. Turkish Hysterectomy and Mastectomy Patients Depression, Body Image, Sexual Problems and Spouse Relationships. Asian Pacific J Cancer Prevention. 12(2), 425–432.
- Kivelä, A. 2012. Gynekologiset sairaudet ja niiden lääketieteellinen hoito. Teoksessa Kätilötyö. Toim. Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2.-4. uud. p. Helsinki: Edita.

Kivun hoito leikkauksen jälkeen. 2012. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. <http://www.hus.fi/>, sairaanhoito, sairaanhoitopalvelut, kivun hoito, kivun hoito leikkauksen jälkeen.

Kivun hoitomenetelmiä. N.d. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. <http://www.hus.fi/>, sairaanhoito, sairaanhoitopalvelut, kivun hoito, kivun hoito leikkauksen jälkeen, kivun hoitomenetelmiä.

Kohdunpoisto emättimen tai vatsanpeiteviillon kautta - kotihoito-ohjeita leikkauksen jälkeen. 2010. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 1.10.2014.

http://www.epshp.fi/file/1917/Kohdunpoisto_emattimen_tai_vatsanpeiteviillon_kautta_kho.pdf

Kohdunpoistoleikkaus. 2014. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Naistentaudit ja synnytukset, Gynekologia ja obstetriikka. Potilasohje.

Kriteerit hyvälle potilasohjeelle. 2014. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Potilasohjaus vaikuttavaksi hanke T6003.

Kuurne, S. & Erämies, T. 2012. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 3.7.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveystietoportti.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

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

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 18.9.2014. Valtion säädöstietopankki Finlex. <Http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Laskimotukos ja keuhkoembolia. 2010. Käypä hoito -suositus. Viitattu 18.12.2014. www.kaypahoito.fi, suositukset, laskimotukos ja keuhkoembolia.

Lehtinen, T. 2013. Partnerin kokemus kohdunpoistosta ennen ja jälkeen leikkauksen. Pro gradu. Tampereen Yliopisto.

Leikkaushaavan hoito. 2014. Kanta-Hämeen keskussairaala. Viitattu 18.12.2014. <Http://www.google.fi/>, Google.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 18.12.2014. <Http://scholar.google.fi/>, Google Scholar.

Mäkinen, J., Brummer, T., Jalkanen, J., Heikkinen, A-M., Fraser, J., Tomás, E., Härkki, P. & Sjöberg, J. 2013. Ten years of progress—improved hysterectomy outcomes in Finland 1996–2006: a longitudinal observation study. BMJ Open. Viitattu 31.7.2014. <Http://scholar.google.fi/>, Google Scholar.

Nikunen, M. 2001. Naiseus – potentiaali vai rajoitus. Teoksessa Nainen, naiseus, naisellisuus. Toim. Nikunen, M., Gordon, T., Kivimäki, S. & Pirinen, R. Tampere: Cityoffset.

Näre, S. 2004. Kokonainen nainen. Helsinki: Kirjapaja.

Ovaska, J. 2010. Videoavusteinen leikkaustekniikka. Vatsaontelo ja tyrät. Teoksessa Kirurgia. Duodecim oppikirjat. Terveysportti. Viitattu 17.6.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

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 Gynaecology 113(), 1023-1030. Viitattu 12.11.2014. [Http://scholar.google.fi/](http://scholar.google.fi/), Google Scholar.

Preoperatiivinen yksikkö. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin verkkosivut. <http://www.ksshp.fi/fi-FI/>, preoperatiivinen yksikkö.

Puolakka, P. 2011. Some challenges of postoperative pain treatment. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 24.11.2014. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8317-2>

Rantala, A. & Huotari, K. 2010. Leikkauksen jälkeiset infektiot. Teoksessa Kirurgia. Duodecim Oppikirjat. Viitattu 21.10.2014. www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti.

Rantanen, K. & Hurskainen, R. 2006. Kohdunpoiston vaikutus naisen seksuaalisuuteen. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. Viitattu 15.9.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu, lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 18.12.2014. [Http://scholar.google.fi/](http://scholar.google.fi/), Google Scholar.

Roovers J.-P.W.R., van der Blom J.G., van der Vaart H. & Heintz A.P.M. 2003. Hysterectomy and sexual wellbeing: Prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total hysterectomy. BMJ 327(7418). 774 - 7. Viitattu 20.11.2014. [Http://scholar.google.fi/](http://scholar.google.fi/), Google Scholar.

Roussis N.P., Waltrous L., Kerr A., Robertazzi R. & Cabbad M.F. 2004. Sexual response in the patient after hysterectomy: Total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. American Journal of Obstetrics and Gynecology 190(5), 1427-6. Viitattu 26.11.2014. [Http://scholar.google.fi/](http://scholar.google.fi/), Google Scholar.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. 1. p. Helsinki: Edita Prima.

Saini, J., Kuczynski, E., Gretz, H.F. & Sills, E.S. 2002. Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: perceived effects on sexual function. BMC Women's Health 2(1). Viitattu 24.11.2014. [Http://scholar.google.fi/](http://scholar.google.fi/), Google Scholar.

Seksuaaliterveys. n.d. Ohje pankki Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sivustolla. Viitattu 20.10.2014. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/7025>

Sosiaali- ja terveystieteen tilastollinen vuosikirja 2013. 2014. THL, Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.11.2014. <http://www.thl.fi>, tilastot, tilastot aiheittain, kokoomajulkaisut, sosiaali- ja terveystieteen tilastollinen vuosikirja.

Terminologian tietokannat. 2014a. Viitattu 20.10.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveystieteenportti.

Terminologian tietokannat. 2014b. Viitattu 21.10.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveystieteenportti.

Terminologian tietokannat. 2014c. Viitattu 25.11.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveystieteenportti.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tuominen, M. 2014. Päiväkirurgisen potilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 7.1.2015. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveystieteenportti.

Tutuncu, B. & Yildiz, H. 2012. The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 47, 2000-4.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Vomvolaki E., Kalmantis K., Kioses E. & Anstaklis A. 2006. The effect hysterectomy on sexuality and psychological changes. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 11(1), 23–27. <http://scholar.google.fi/>, Google Scholar.

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*. Viitattu 19.11.2014. <http://scholar.google.fi/>, Google Scholar.

WHO. 2006. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. Sexual health document series. Viitattu 18.7.2014. <http://scholar.google.fi/>, Google Scholar.

Yksityinen tiedonanto. 2014a. Keski-Suomen keskussairaala. Operatiivinen osasto 14. Yhteistyötapaaminen 10.6.2014.

Yksityinen tiedonanto. 2014b. Keski-Suomen keskussairaala. Operatiivinen osasto 14. Sähköposti. 28.9.2014.

Yksityinen tiedonanto. 2014c. Keski-Suomen keskussairaala. Operatiivinen osasto 14. Yhteistyötapaaminen 8.10.2014.

Yksityinen tiedonanto. 2014d. Keski-Suomen keskussairaala. Operatiivinen osasto 14. Yhteistyötapaaminen 7.11.2014.

Yksityinen tiedonanto. 2014e. Keski-Suomen keskussairaala. Operatiivinen osasto 14.
Sähköposti. 8.1.2015.

LIITTEET

Liite 1. Kohdunpoisto – opas leikkaukseen tulevalle



KOHDUNPOISTO

Opas leikkaukseen tulevalle

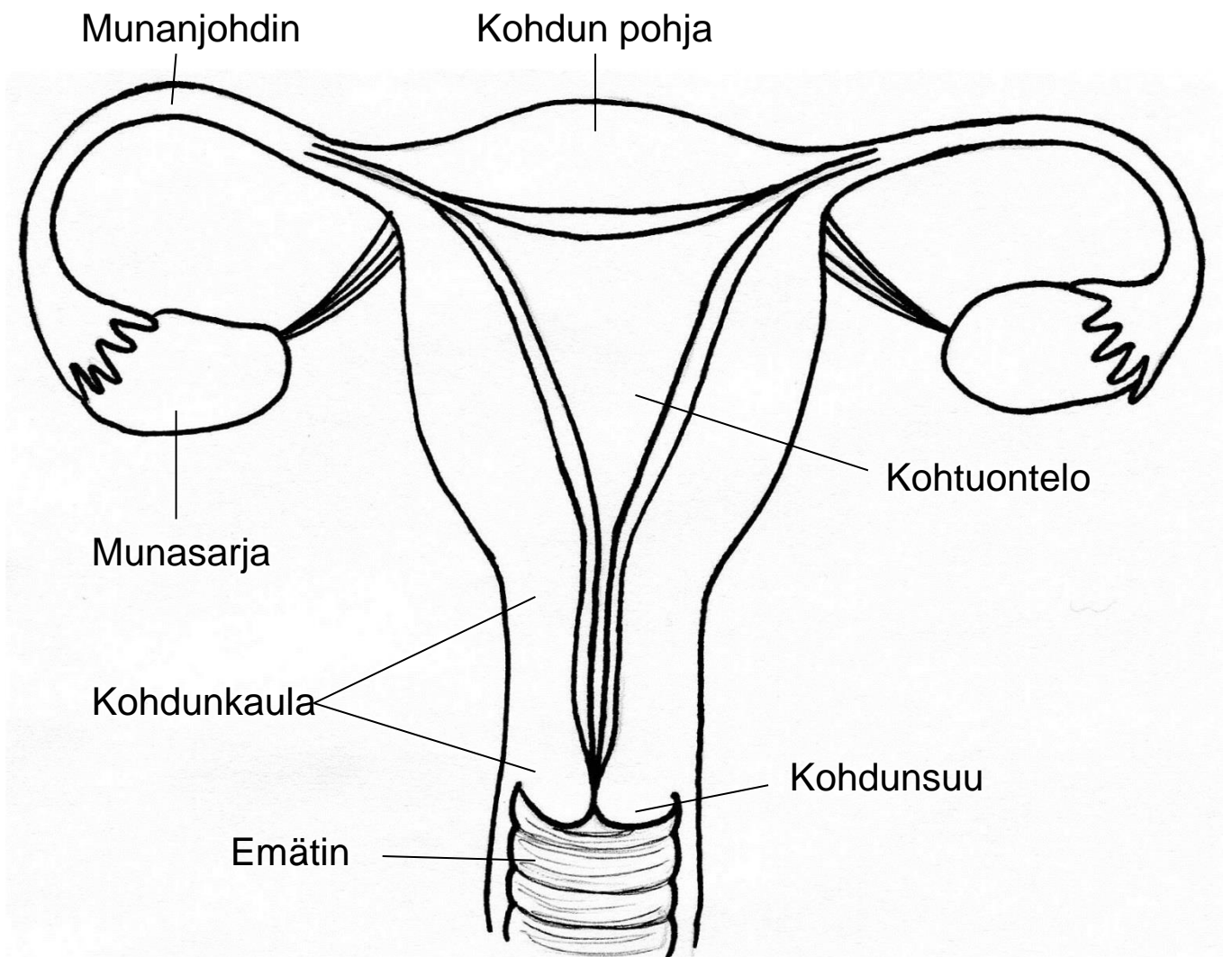
Tervetuloa!

Tämän oppaan tarkoituksena on vastata yleisimpiin kysymyksiin koskien kohdunpoistoa toimenpiteenä, leikkaukseen valmistautumista sekä toipumista osastolla ja kotona. Oppaaseen on kerätty myös tietoa kohdunpoiston vaikutuksista seksuaalisuuteen, parisuhteeseen, naiseuteen ja minäkuvaan.

Jos sinulla on kysyttävää toimenpiteestä, hoitohenkilökunta vastaa kysymyksiisi ja keskustele kanssasi. Opasta voi hyödyntää myös leikkaukseen tulevan kumppani tai omainen.

Naisen synnytyselimet

Kohtu on suunnilleen naisen nyrkin kokoinen ja painaa keskimäärin noin 100 grammaa.



Kohdunpoisto

Kohdunpoistoja tehdään Suomessa vuosittain noin 6000. Kohdunpoiston tavallisimmat syyt ovat: kohdun lihaksen hyvänlaatuiset lihaskasvaimet eli myoomat, synnytyselinten laskeumat, lantion alueen krooninen kipu, vuotohäiriöt, endometrioosi* ja pahanlaatuiset kasvaimet.

Kohdunpoiston jälkeen ei esiinny kuukautisvuotoa eikä raskaudenehkäisyyttä ole tarvetta. Mikäli munasarjoja ei poisteta, hormonitoiminta jatkuu normaalisti. Kohdunpoisto voidaan tehdä emättimen kautta, vatsaontelon tähystyksessä tai avoleikkauksena. Osa kohdunpoistoista voidaan tehdä päiväkirurgisesti, jolloin kotiutuminen tapahtuu leikkauspäivänä päiväkirurgian yksiköstä.

Vaginaalinen kohdunpoisto

Kohtu poistetaan emättimen kautta. Leikkaushaava ja itsestään sulavat ompeleet tulevat emättimen pohjaan. Vaginaalinen kohdunpoisto tehdään pääsääntöisesti selkäydin- eli spinaalipuudutuksessa tai tarvittaessa nukutuksessa. Kotiutua voit yleensä noin 1 - 2 vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Jos leikkaus tehdään päiväkirurgisesti, kotiutuminen tapahtuu leikkauspäivänä.

Laparoskooppinen kohdunpoisto

Laparoskooppisessa kohdunpoistossa vatsaonteloon viedään instrumentit ja tähystin vatsan iholle tulevien pienten viiltojen kautta. Vatsaonteloon johdetaan hiilidioksidikaasua näkyyden aikaansaamiseksi. Kohtu irrotellaan kannattimistaan ja poistetaan yleensä emättimen kautta. Vatsan ihon haavoille tulee sulamattomat tai itsestään sulavat ompeleet. Emättimen pohjan leikkaushaavaan tulee itsestään sulavat ompeleet. Laparoskopia tehdään nukutuksessa. Tähystysleikkauksen jälkeen voi kotiutua yleensä leikkausta seuraavana päivänä.

* endometrioosi = kohdun limakalvon kaltaista kudosta esiintyy kohdun lihaseinämässä, ulkopinnalla, kannatinkudoksissa, munasarjoissa tai vatsakalvon pinnalla.

Kohdunpoisto laparotomiassa

Laparotomiassa eli avoleikkauksessa leikkaushaava tulee joko pystyyn tai poikittain vatsalle ja vatsanpeitteet avataan. Avoleikkaus tehdään aina nukutuksessa. Avoleikkauksen jälkeen sairaalassaoloaika on yksilöllinen, useimmiten 3 - 5 päivää.

Ennen leikkausta

Ennen leikkausta on hyvä huolehtia fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista. Hyvä fyysinen kunto ja henkinen tasapaino auttavat kestämaan leikkauksen rasitukset ja toipumaan leikkauksesta mahdollisimman hyvin. Lisäksi kannattaa kiinnittää huomiota terveelliseen ja monipuoliseen ruokavalioon. Tupakointi on hyvä lopettaa vähintään kaksi viikkoa ennen leikkausta.

Turvallisuutesi vuoksi mahalaukun tulee olla tyhjä ennen nukutusta tai puudutusta, joten ole syömättä tai juomatta 8 tuntia ennen leikkausta. Leikkausalueen ihon on oltava ehjä. Käy suihkussa joko leikkausta edeltävänä iltana tai leikkausaamuna, hiukset tulee pestä ja napa puhdistaa.

Yskä, nuha tai muu äkillinen sairaus voi olla esteenä hoidolle. Jos sairastut juuri ennen toimenpidettä, pyydämme sinua ottamaan yhteyttä arkipäivänä Preoperatiivisen yksikön numeroon (014) 269 5959 klo 6:45–9:00.

Ennen sairaalaan tuloa saat kutsukirjeen sekä yksityiskohtaisemman valmistautumisohjeen tulevaan leikkaukseen. **Noin 1 - 2 viikkoa ennen leikkausta tulet käymään sairaanhoitajan ja tarvittaessa myös lääkärin vastaanotolla Preoperatiivisessa yksikössä, missä käydään läpi tarkemmin leikkaukseen liittyvät valmistautumisohjeet.**

Leikkauspäivänä sairaalassa

Leikkauspäivän aamuna tulet ilmoittautumisen kautta Preoperatiiviseen yksikköön, missä hoitaja haastattelee sinut. Esilääkityksen saatuasi sinut viedään leikkaussaliin. Leikkauksen jälkeen sinut siirretään heräämöö, missä voitiasi seurataan muutaman tunnin ajan. Leikkaukseen liittyy aina asianmukainen kipu- ja pahoinvointilääkitys, joka jatkuu heräämössä ja vuodeosastolla. Heräämöstä siirryt hoitajan kanssa vuodeosastolle. Mikäli sinulle on suunniteltu päiväkirurginen kohdunpoisto, kotiutuminen tapahtuu päiväkirurgisesta yksiköstä.

Vuodeosastolla leikkauksen jälkeen

Leikkauksessa sinulle saatetaan laittaa virtsakatetri, jonka tehtävänä on huolehtia rakon tyhjentymisestä leikkauksen aikana. Katetri poistetaan yleensä leikkausta seuraavana aamuna, minkä jälkeen virtsaamisen onnistumista seurataan osastolla ennen kotiutusta. Leikkauksessa sinulle on saatettu laittaa myös emätintamponi, joka saattaa aiheuttaa paineen tunnetta ja kipua. Emätintamponi auttaa tyrehdyttämään leikkauksen jälkivuotoa. Tamponi poistetaan joko leikkauspäivänä tai viimeistään sitä seuraavana aamuna.

Vuodeosastolla kipua ja pahoinvointia hoidetaan tarvittavin lääkkein. Kerrothan hoitajallesi oireistasi.

Liikkumisen voit aloittaa jo leikkauspäivänä omien voimien mukaisesti, lepoa unohtamatta. Liikkeelläolo edistää toipumista, suolen toiminnan palautumista ja vähentää veritulppariskiä.

Tähystystoimenpiteen jälkeen sinulla voi ensimmäisinä päivinä esiintyä hartiapistosta, vatsakipua sekä turvotusta alavatsalla. Tuntemukset johtuvat yleensä tähystyskaasusta ja saattavat kestää muutamia päiviä ja kipuun voi tarvittaessa ottaa kipulääkettä.

Kivun hoito

Leikkauksen jälkeen kipu on voimakkaimmillaan yleensä ensimmäisen vuorokauden aikana. Käytä säännöllisesti sinulle määrättyjä kipulääkkeitä. Lääkitys toimii parhaiten, jos se otetaan ajoissa, ennen kuin kipu yltyy voimakkaaksi.

Avoleikkauksena tehdyn kohdunpoiston jälkeen kipua voidaan hoitaa kipuepiduraalilla. Leikkaussalissa selästä laitetaan epiduraalitilaan ohut letku, jonka kautta kipulääkettä annostellaan.

Haavanhoito ja hygienia

Tulehdusten ennaltaehkäisemiseksi on tärkeää huolehtia hygieniasta. Haavateipin tai sidoksen saat poistaa vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Haavaa tulee suihkuttaa päivittäin ja se tulee kuivata huolellisesti painelemalla. Emättimessä olevat ompeleet sulavat itsestään. Vatsanpeitehaavoilla on joko sulamattomat tai itsestään sulavat ompeleet. Ennen kotiutumista sinulle kerrotaan, tarvitseeko ompeleita poistaa, sekä missä ja milloin ompeleet poistetaan.

Niukkaa jälkivuotoa, kirvelyä ja pientä kipua voi esiintyä muutaman viikon ajan. Alapesu ilman saippuaa on hyvä tehdä aina siteen vaihdon yhteydessä. Saunoa voit viikon kuluttua leikkauksesta tai kun sulamattomat ompeleet on poistettu.

Tulehdusriskin vuoksi vältä jälkivuodon ajan tamponin tai kuukupin käyttöä, ammekylpyjä ja uimista. Yhdyntä on kielletty leikkauksen jälkeen neljän viikon ajan.

Jos munasarjat poistetaan

Munasarjojen poisto saattaa aiheuttaa tai pahentaa vaihdevuosisoireita. Tavallisia vaihdevuosisoireita ovat:

- kuumat aallot
- unihäiriöt
- mielialamuutokset
- limakalvojen oheneminen ja kuivuminen
- hikoilu

Limakalvo-oireet voivat aiheuttaa epämukavuuden lisäksi myös kipua yhdynnän aikana.

Emättimen limakalvojen kuivuuteen voit käyttää paikallishoitona estrogeeniä sisältäviä voiteita, jotka vahvistavat limakalvoja ja palauttavat kosteutta. Lääkäri voi kirjoittaa sinulle reseptin estrogeenivalmisteesta. Limakalvoille voit käyttää myös ilman reseptiä apteekista saatavia öljyjä tai voiteita (Ceridal®, Vagisan®). Voiteita voit käyttää aikaisintaan kahden viikon kuluttua leikkauksesta.

Liukuvoiteita ja Ceridal® -öljyä voit käyttää seksuaalisen kanssakäymisen helpottamiseksi. Liukuvoiteita ja öljyjä saa päivittäistavarakaupoista tai apteekista ilman reseptiä.

Ravitsemus

Monipuolinen ruokavalio edistää toipumista. Ummetuksen ehkäisemiseksi kannattaa huolehtia riittävästä kuidun saannista syömällä monipuolisesti kasviksia, luumuja ja juomalla riittävästi vettä noin 1–1,5 litraa päivässä. Suolen toimintaa voit tilapäisesti tehostaa suun kautta otettavilla, ilman reseptiä apteekista saatavilla vatsanpehmitteillä (esim. Aqiogur®, Agiolax®, Laxoberon®, Movicol®, Pegorion®).

Liikunta ja lepo

Sairausloman aikana tulee välttää kovaa fyysistä rasitusta, äkillisiä liikkeitä, nostamista ja kurkottelua. Liikuntaa voit harrastaa vointisi mukaan. Kevyet arkiaskareet ja ulkoilu edistävät toipumista. Riittävä lepo on myös toipumisen kannalta olennaista. Tavallisiin arkirutiineihin voit palata vähitellen sairausloman viimeisellä viikolla.

Päiväkirurgisesta toimenpiteestä kotiutuessasi sinulla tulee olla aikuinen henkilö saattajana kotimatalla ja läsnä kanssasi kotona seuraavan vuorokauden ajan. Leikkauksen jälkeen saat ajaa autoa vasta, kun leikkauksesta on kulunut vuorokausi.

Lantiopohjanlihakset

Kohdunpoisto muuttaa lantion anatomiaa jonkin verran. Lantiopohjanlihasten harjoittelulla voit itse ennaltaehkäistä virtsan- ja ulosteenkarkailua. Tarkemmat harjoitteluohjeet saa hoitajalta.

Milloin pitää ottaa yhteyttä sairaalaan?

Kohdunpoistoleikkauksissa yleisimpiä komplikaatioita ovat tulehdukset (virtsatietulehdus ja haavatulehdus) ja verenvuodot.

Ota yhteyttä sairaalaan jos sinulla on seuraavia oireita:

- Kuume (yli 38 astetta)
- Voimakas alavatsakipu
- Polte tai kirvely virtsatessa tai jos virtsaus ei onnistu normaalisti
- Runsastunut vuoto tai jos vuoto muuttuu pahanhajuiseksi
- Yleisvointisi huononeminen

Jos sinulle ilmaantuu yksi tai useampi näistä oireista, ota yhteys ensisijaisesti virka-aikana Naistentautien poliklinikalle ja muina aikoina Naistentautien vuodeosastolle.

Jälkitarkastus

Kotiutuessasi lääkäri kertoo, tarvitsetko jälkitarkastusta.

Leikkausnäytteiden tulokset

Otetuista näytteistä saat tuloksen kirjeitse kotiisi muutaman viikon kuluessa.

Kohdunpoiston vaikutukset seksuaalisuuteen

Hyvänlaatuisista syistä tehdyllä kohdunpoistolla ei yleensä ole vaikutusta naisen seksuaalisuuden osa-alueisiin kuten naisen minäkuvaan, parisuhteeseen ja seksielämään.

*Rantanen, K. & Hurskainen, R. 2006. Kohdunpoiston vaikutus naisen seksuaalisuuteen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 122, 2122–2128.

Minäkuva ja naiseuden kokemus

On täysin luonnollista, että kohdunpoistoleikkauksen aiheuttamat kehon muutokset ja arvet saattavat aiheuttaa monenlaisia tunteita ja kysymyksiä naiseuden ja minäkuvan suhteen. Käsitys itsestä vaikuttaa kohdunpoiston aiheuttamaan menetyksen tunteeseen. Lisäksi äitiyteen, ulkonäköön ja lisääntymiskykyyn liittyvät tekijät voivat vaikuttaa kokemukseen kohdunpoistosta. Kohdunpoisto voi herättää kaikenlaisia tunteita ja sinulla on lupa kokea ne kaikki. On kuitenkin todettu, että useimmat naiset kokevat minäkuvan ja naiseuden pysyneen ennallaan tai jopa parantuneen.

Parisuhde

Puhumisen tärkeyttä ei voi liikaa korostaa, sillä on tutkittu, että kumppanilla voi olla harhaanjohtavia uskomuksia kohdun tarpeellisuudesta seksielämässä. On tärkeää puhua kumppanin kanssa kohdunpoistoon liittyvistä tuntemuksista. Tämän oppaan voit antaa luettavaksi myös kumppanillesi.

Yhdyntä

Kohdunpoisto ei vaikuta heikentävästi seksuaaliseen nautintoon, orgasmien määrään tai laatuun, emättimen kostumiseen tai tyytyväisyyteen omaa seksuaalisuutta kohtaan. Elämänlaatu voi jopa parantua vaivojen, vuotojen, sekä raskaudenehkäisyn tarpeen poistuksessa. Myös mahdolliset yhdyntäkivut voivat helpottua. Yhdyntää voit halutessasi kokeilla aikaisintaan noin neljän viikon kuluttua leikkauksesta haavojen parannuttua.

Ethän mieli yksin

Jos kohdunpoisto herättää sinussa tunteita ja ajatuksia, on niistä hyvä keskustella sekä hoitohenkilökunnan että mahdollisen kumppanin kanssa. Joskus on hyvin vaikea kertoa miltä itsestä todella tuntuu. Esimerkiksi tämän potilasohjeen avulla voit ottaa asian puheeksi kumppanisi kanssa. Ota rohkeasti puheeksi, jos haluat kysyä ja keskustella hyvinvointiisi liittyvistä asioista hoitohenkilökunnan kanssa.

Naistentautien poliklinikalla on mahdollisuus myös keskusteluun seksuaalineuvojan kanssa yksin, tai yhdessä kumppanin kanssa. Älä arkaile pyytää aikaa seksuaalineuvojalle. Seksuaalineuvojan kanssa voit keskustella mistä tahansa seksuaalisuuteen, sukupuoleen, seksiin, seksuaaliterveyteen tai parisuhteeseen liittyvistä kysymyksistä. Seksuaalineuvojan kanssa käydyt keskustelut ovat aina luottamuksellisia. Vastaanottokäynnin hinta asiakkaalle on poliklinikkakäynnin hinta. Käyntikertojen määrä voidaan sopia jokaisen asiakkaan kanssa yksilöllisesti (1–5 kertaa).

Hyödyllisiä tiedonlähteitä

Väestöliitto on sosiaali- ja terveysalalla toimiva asiantuntijajärjestö, jonka internet-sivuilta voit halutessasi lukea lisätietoa seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä.

<http://www.vaestoliitto.fi/>

- Seksuaalisuus, Tietoa seksuaalisuudesta, Aikuiset, Anatomia ja fysiologia, Naisen seksuaalianatomia, Lantionpohjalihakset, **Lantionpohjalihasten harjoituksia.**

Yhteystiedot

Keski-Suomen keskussairaala

Keskussairaalan tie 19

40620 Jyväskylä

Vuodeosasto:

p. 014 269 1014 tai 014 269 1714

Soittaa voi 24h/vrk

Keskussairaalan päärakennus, 2.kerros

Naistentautien poliklinikka ja seksuaalineuvonta:

p. 014 269 1423 (puhelimeen voi jättää myös soittopyynnön)

Yhteydenotot virka-aikaan soittoaikoina:

Ma - To klo 8:30–9:00 ja 13–14:30

Pe klo 8:00–9:00

Keskussairaalan päärakennus, 2.kerros

Kannen kuva: © Johanna Mäki

Anatomian kuva: © Vilma Porvari

Tekijät:

kätilöopiskelijat Johanna Mäki & Vilma Porvari

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Tammikuu 2015

Hyväksynyt:

Oyl Mika Helste