



# Gastroenterologisen leikkauspotilaan ohjaamisen toteutuminen postoperatiivisessa vaiheessa nopean toipumisen mallissa

## Kirjallisuuskatsaus

Mirella Jurvanen

Pinja Kastepohja

Opinnäytetyö, AMK

Joulukuu 2024

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma (AMK)

Jurvanen, Mirella & Kastepohja, Pinja

**Gastroenterologisen leikkauspotilaan ohjaamisen toteutuminen postoperatiivisessa vaiheessa nopean toipumisen mallissa**

**Kirjallisuuskatsaus**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Joulukuu 2024, 44 sivua.

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

### **Tiivistelmä**

Gastroenterologisten leikkauspotilaiden postoperatiivinen hoito sairaalassa on lyhentynyt ja näin ollen kotiutus nopeutunut nopean toipumisen mallin käyttöönoton myötä. Tämä korostaa etenkin postoperatiivisen ohjaamisen merkitystä potilaan hoidossa. Ohjaus pitää sisällään muun muassa tietoa ravitsemuksesta, lääkehoidosta, haavanhoidosta ja liikunnasta. Nopean toipumisen mallissa sairaanhoitajan ja potilaan välinen yhteistyö painottuu, sillä potilaan kotiutuessa vastuu hoidosta jää potilaalle itselleen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muodossa ohjaamisen toteutusta aikuisen paksu- ja peräsuolikirurgisen potilaan hoidon postoperatiivisessa vaiheessa. Tavoitteena oli parantaa potilasohjauksen laatua selvittämällä kyseisen potilasryhmän postoperatiivisessa hoidossa erityisesti huomioitavia tekijöitä ja niiden onnistumista. Tavoitteena oli myös lisätä henkilökunnan tietoisuutta paksu- ja peräsuolikirurgisten potilaiden hoitoon liittyvistä erityispiirteistä.

Tutkimuksessa käytetyt tietokannat olivat CINAHL, Medline, ProQuest ja ScienceDirect, joista tehdyistä hauista valittiin neljä tutkimusta Medlinesta ja seitsemän ProQuestista. Näiden hakujen ulkopuolelta valittiin kaksi tutkimusta ProQuestista ja yksi PubMedista, jotka vastasivat myös tutkimuskysymyksiin. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että postoperatiivisessa hoidossa tulisi kiinnittää huomiota tiedon antamiseen, yksilöllisiin tarpeisiin, vuorovaikutustilanteisiin, omahoidon ohjaamiseen sekä jatkohoitoon ja seurantaan. Tulosten perusteella havaittiin myös eroja edellä mainittujen osa-alueiden toteutumisesta potilaan hoidossa.

Johtopäätöksenä kävi ilmi, että ohjaus ei kaikilta osin ole riittävää. Tähän vaikuttaa muun muassa kiire ja lisäksi Enhanced Recovery After Surgery -malliin liittyvä epätietoisuus. Kun potilaat eivät tiedä mitä heiltä odotetaan ja miksi, on heidän hankalampi sitoutua hoitoonsa. Yhteydenottamisen tulisi olla selkeämpää, sillä potilaiden hoitoajan sairaalassa ollessa lyhyt, kotona tapahtuvan hoidon merkitys toipumiselle kasvaa. Jatkotutkimusehdotuksena on aiheen tutkiminen Suomessa, sillä hoitotieteellisiä tutkimuksia juuri paksu- ja peräsuolikirurgisten potilaiden hoitoon liittyen oli vain lähinnä englanniksi ulkomailla tehtynä. Lisäksi olisi hyvä tutkia sairaanhoitajien saamaa perehdytystä nopean toipumisen mallin potilaiden hoitoon.

### **Avainsanat (asiasanat)**

ERAS, sairaanhoitaja, gastroenterologinen, ohjaaminen, leikkaus, postoperatiivinen, kotiutus

### **Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)**

-

**Jurvanen, Mirella & Kastepohja, Pinja**

**Implementation of gastroenterological surgery patient counselling in postoperative phase in a rapid recovery model**

**Literature review**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, December 2024, 44 pages.

Degree Programme in Nursing. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

### **Abstract**

The time for postoperative care of gastroenterological patients has been shortened and discharging the patient is happening faster due to the implementation of rapid recovery models. In patient care this puts the emphasis on the patient counselling that happens postoperatively. Postoperative patient counselling includes various topics, for instance nutrition, medication, wound care and exercising. In the rapid recovery models the cooperation with patients and nurses is essential because as the patient is being discharged, they will have more responsibility of their own care.

The purpose for this bachelor's thesis was to investigate postoperative patient counselling of adult colorectal patients under rapid recovery model. The goal was to improve the quality of patient counselling of this patient group by considering the factors that specifically need to be taken into consideration. Goal was to also increase the knowledge of healthcare personnel about the specific aspects that need to be considered when caring for colorectal surgery patient postoperatively. The thesis was carried out as a descriptive literature review.

Research databases that were used were CINAHL, Medline, ProQuest and ScienceDirect. Of these, four research articles were selected from Medline and seven from ProQuest. In addition, two research articles were chosen from ProQuest and one from Pubmed that answered the research questions. Based on the results, it was found that patient education, individual needs, interaction, self-care instructions and follow-up care should be highlighted in the postoperative care.

In conclusion, patient counselling needs more polishing. For example, the unclarity regarding ERAS, Enhanced Recovery After Surgery, and haste experienced by the healthcare workers takes its toll on the counselling. When the patients are not aware of what is expected of them and why, it makes it harder for them to commit to their care. Means for contacting healthcare providers after the patient has been discharged should be made clearer. Further research could focus on investigating the issue in Finland and looking into what kind of knowledge the nurses gain during their training period.

### **Keywords/tags (subjects)**

ERAS, nurse, gastroenterological, patient education, surgery, postoperative, discharging a patient

### **Miscellaneous (Confidential information)**

-

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Nopean toipumisen malli gastroenterologisen potilaan hoidossa</b> .....	<b>4</b>
2.1	Gastroenterologinen kirurgia.....	4
2.2	Nopean toipumisen malli .....	6
2.3	Kotiutus nopean toipumisen mallissa .....	8
<b>3</b>	<b>Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys</b> .....	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Toteutus</b> .....	<b>12</b>
4.1	Menetelmä .....	12
4.2	Aineiston keruu .....	12
4.3	Aineiston analyysi.....	14
<b>5</b>	<b>Tutkimuksen tulokset</b> .....	<b>16</b>
5.1	Tiedonsaanti postoperatiivisessa vaiheessa .....	18
5.2	Vuorovaikutustilanteet .....	21
5.3	Yksilölliset tarpeet.....	22
5.4	Kotona tapahtuvan omahoidon toteutuminen.....	23
5.5	Jatkohoito ja seuranta.....	23
<b>6</b>	<b>Pohdinta</b> .....	<b>25</b>
6.1	Tulosten tarkastelu.....	25
6.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	27
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	29
	<b>Lähteet</b> .....	<b>32</b>
	<b>Liitteet</b> .....	<b>36</b>
	Liite 1. Tiedonhaku taulukoituna .....	36
	Liite 2. Tutkimukset taulukoituna .....	37

## Kuviot

	Kuvio 1. Ruoansulatuskanavan rakenne ja toiminta (2023) Terveyskylä .....	4
--	---	---

**Taulukot**

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit.....	13
Taulukko 2. Aineiston luokittelun ja pelkistykseen esimerkki .....	15
Taulukko 3. Aineiston ala-, ylä ja pääluokat .....	17

# 1 Johdanto

Perioperatiivinen hoito koki muutoksen juuri ennen 2000-luvun alkua. Kehitettiin uusia menetelmiä, joiden avulla leikkauksesta toipuminen sujuvoitui, mikä puolestaan lyhensi potilaan sairaalajakson pituutta. Myös komplikaatioiden määrä laski. Uudet menetelmät levisivät kirurgian eri erikoisalueille. (Hiltunen & Savikko 2018.) Perioperatiivinen hoito on yhä muutoksessa. Uusien menetelmien käyttöönottoa on ajanut eteenpäin sairaansijojen vähyys, mikä johtuu sairaanhoidon rahankäytön kiristymisestä. Tämä on kuitenkin ohjannut menetelmiä potilaskeskeisiksi, joissa keskiössä ovat etenkin potilaan saaman hoidon laadun ja turvallisuuden kasvattaminen. (Ruohoaho 2016.)

Myös teknologia ja leikkaustekniikat ovat kehittyneet viime vuosien aikana (Sallinen & Salminen 2019). Gastroenterologisen kirurgian potilaiden lukumäärä ja toimenpiteiden moninaisuus ovat kirurgian erikoisalojen kärkipäässä. Useissa länsimaissa gastroenterologista kirurgiaa onkin jaettu useampaan pienempään erikoisalaan aihealueen laajuuden ja vaativuuden vuoksi. (Louhimo, Puolakkainen & Sallinen 2019.) Koska kotiuttaminen tapahtuu yhä nopeammin, potilaita on ohjattava jo leikkausta edeltävästi, jotta varmistutaan siitä, että potilailta ei jää puuttumaan tärkeää tukea ja tietoa. Ohjaus onkin tärkeä osa hoitotyötä ja lyhyt sairaalassaoloaika asettaa sille haasteita. Ohjauksessa tulisi huomioida niin fyysinen kuin psyykinen valmistautuminen leikkaukseen. Ohjauksella on myös merkitystä esimerkiksi kivun- ja haavanhoitoon, jatkohoitoon ja kuntoutumiseen ja omahoitoon. (Elo, Kääriäinen & Lehtonen 2017.)

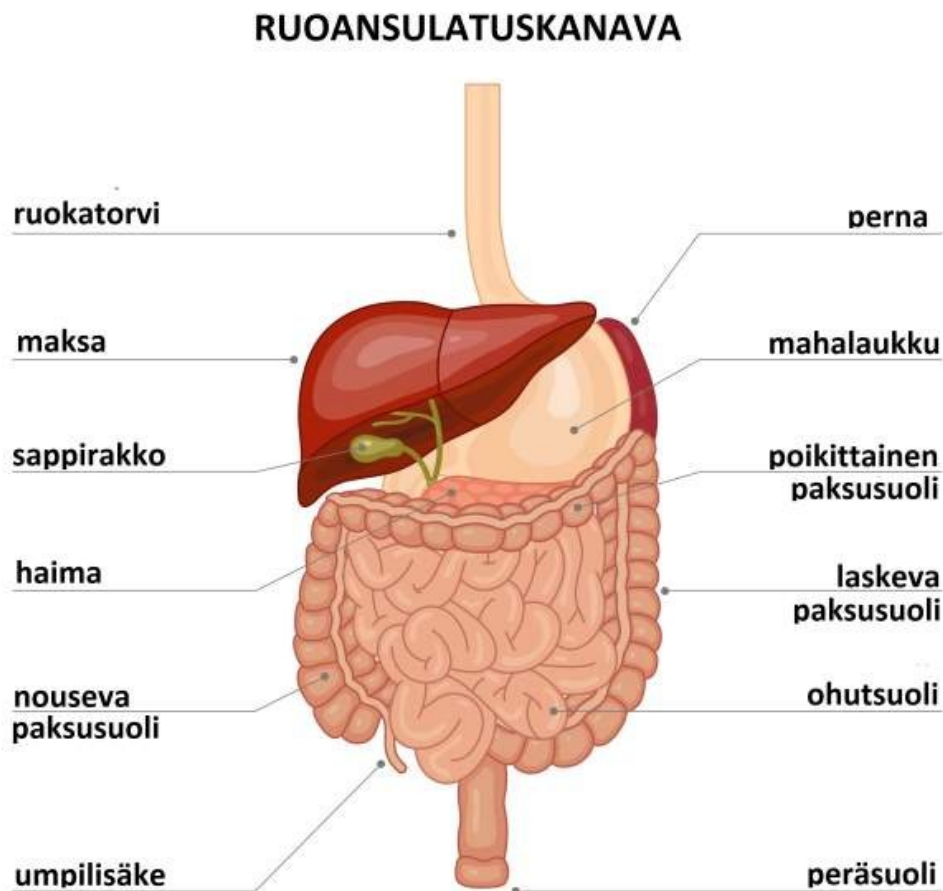
Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kirjallisuuskatsauksen avulla aikuisen gastroenterologisen leikkauspotilaan kotiuttamisen ohjausta nopean toipumisen mallissa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota hoitohenkilökunnan ammattilaiset voivat hyödyntää työssään gastroenterologisen kirurgian potilaiden parissa. Koska nopean toipumisen mallin käyttäminen on yleistynyt vuosien varrella myös gastroenterologisen kirurgian toimenpiteissä, on onnistuneen ja tehokkaan hoidon kannalta keskeistä, että potilasta hoitava henkilökunta on perehtynyt aiheeseen liittyvään tutkimustietoon sujuvan kotiuttamisen ja toipumisen takaamiseksi.

## 2 Nopean toipumisen malli gastroenterologisen potilaan hoidossa

### 2.1 Gastroenterologinen kirurgia

Gastroenterologia on oppi vatsan alueen sairauksista ja niiden hoidosta konservatiivisilla menetelmillä. Ruokatorvi, mahalaukku, ohutsuoli, paksusuoli, peräsuoli, haima, sappirakko, sappitiehyet ja maksa ovat elimiä, jotka kuuluvat gastroenterologiaan (kuvio 1). (What is a gastroenterologist? n.d.) Gastroenterologinen kirurgia tarkoittaa vatsan alueen sairauksien hoitoa, joka koostuu sekä konservatiivisesta että operatiivisesta hoidosta. Gastroenterokirurginen hoito voi olla niin nopeita ja yksinkertaisia kuin vaativampia ja pidempiä toimenpiteitä. Moni toimenpide on luonteeltaan päivystyksellinen. (Sallinen & Salminen 2019.)

Kuvio 1. Ruoansulatuskanavan rakenne ja toiminta (2023) Terveyskylä



Gastroenterologisen kirurgian aiheen laajuuden vuoksi tässä opinnäytetyössä keskitytään käsittelemään paksu- ja peräsuolen kirurgiaa tarvitsevia sairauksia. Paksu- ja peräsuolen kirurgiaa tarvitsevia sairauksia ovat muun muassa syöpä paksu- tai peräsuolella, divertikuliitti, paksusuolen kiertymä ja pseudo-obstruktio ja peräsuolen prolapsi ja tuppeuma (Kirurgia 2018).

Syövässä elimistön omat solut alkavat hallitsemattomasti kasvaa ja muuttuvat pahanlaatuisiksi (Ivaska, Mustjoki & Ristimäki 2023). Syöpäriskiinkin vaikuttavat perimän ja iän lisäksi elintavat sekä ympäristötekijät. Elintavat ovat kuitenkin ympäristötekijöitä huomattavampi tekijä syövän syntymisessä. Syövän hoitomuoto riippuu monesta tekijästä kuten potilaan iästä ja kunnosta, syöpätaudista ja sen tyypistä sekä siitä, miten syöpä on levinnyt. (Syövän hoito 2023.) Syövän hoidossa kirurgiaan päädytään etenkin, kun kyseessä on kiinteä syöpäkasvain (Puolakkainen 2023a). Kuitenkin kirurginen hoito suunnitellaan potilaskohtaisesti (Puolakkainen 2023b).

Suolistosyöpä on pitkään hyvin vähäoireinen tai jopa oireeton. Oireita voivat olla muutokset suolen toiminnassa, uutena oireena ilmenevä ripuli tai ummetus, tunne suolen epätäydellisestä tyhjenemisestä tai jopa suolitukos. Kasvain vuotaa herkästi verta, mikä voi värjätä ulosteen tummaksi tai aiheuttaa jopa kirkasta verenvuotoa ulosteen mukana. Tämä voi kehittää pitkittyneenä anemiamia. Suolistosyövän yleisoireita voi esiintyä ajoittain kuten painon putoamista, ruokahalun vähentymistä ja kipua vatsan alueella. Etäpesäkkeistä aiheutuvat oireet riippuvat etäpesäkkeiden sijainnista. (Österlund 2023.) Jos paksusuolen syöpä on paikallinen, on ensimmäisenä hoitomuotona leikkaus. Riippuu monesta tekijästä, kuinka iso osa paksusuolesta poistetaan. Tietyissä tapauksissa potilaille joudutaan tekemään avanne. (Scheinin 2018.) Peräsuolen syövän hoidossa käytetään usein sädehoitoa ennen leikkausta. Suhteellisen pienien kasvaimien kohdalla leikkaus pystytään toteuttamaan nopealla aikataululla, kun taas laajemmalle levinneessä tapauksessa joudutaan odottamaan ensin kasvaimen pienenemistä ja ennusteen paranemista hoidoilla ennen sen leikkaamista. (Österlund 2023.)

Divertikkelit ovat suolessa sijaitsevia pieniä pullistumia. Divertikuloosiksi sanotaan sitä tilaa, kun divertikkeleitä on muodostunut suoleen useita. Divertikuliitti on divertikuloosin tulehdustila, jossa oireena voi olla kuumetta ja vasemman alavatsan kipua. (Tunturi 2022.) Jos divertikuliitti on hyvin komplisoitunut, tarvitaan leikkaushoitoa ja jopa avanteen tekoa (Sallinen 2018).

Suolen kiertymässä osa suolta on suoliliepeen varassa kiertynyt itsensä ympärille. Tästä aiheutuu useasti suolitukos joko osittaisena tai täydellisenä. Paksusuolen tukoksista yleisimpiä ovat sigmasuolen ja umpisuolen tukokset. (Leppäniemi & Salminen 2018a.) Sigmasuolen kiertymässä käytetään leikkaushoitoa, kun kyseessä on kuolio tai perforaatio, tukosta ei muulla hoidolla saada hoidettua tai tukoksen uusiutumista halutaan ehkäistä tukoksen poiston jälkeen. Vaikeimmissa tapauksissa avanteen teko voi olla myös välttämätön. (Leppäniemi & Salminen 2018c.) Umpisuolen kiertymässä leikkausta pidetään ensisijaisena hoitovaihtoehtona ja potilaan tilan ollessa hyvin huono voidaan joutua tekemään myös avanne (Leppäniemi & Salminen 2018d). Paksusuolen pseudo-obstruktiossa paksusuoli on huomattavasti laajentunut ilman tukosta. Siinä leikkaushoitoa tarvitaan silloin, kun on epäily kuoliosta tai perforaatiosta tai konservatiivinen hoito ei tehoa. (Leppäniemi & Salminen 2018b.)

Peräsuolen prolapsissa peräsuoli tulee ulos peräaukosta, ja puolestaan pesäsuolen tuppeumassa peräsuoli työntyy itsensä sisään. (Kairaluoma 2018a). Peräsuolen prolapsille on olemassa useita eri leikkausmahdollisuuksia (Kairaluoma 2018b). Peräsuolen tuppeumaan liittyy useimmiten muitakin lantionpohjan laskeumia, joten leikkaukset suunnitellaan niin, että kaikki laskeumat saadaan hoidettua (Kairaluoma 2018c).

## **2.2 Nopean toipumisen malli**

Kirurginen hoito on kehittynyt viimevuosien aikana. Tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet kehitti gastroenterologisille leikkauspotilaille nopean toipumisen hoitomallin, jossa sekä potilasta hoitava tiimi ja potilas toimivat yhteistyössä potilaan leikkauksesta toipumisen hyväksi. Edellytyksenä nopealle kotiutumiselle on hyvä moniammatillinen yhteistyö, hyvä potilasohjaus ja neuvonta. (Aho-  
nen, Blek-Vehkaluoto, Buure, Ekola, Partamies & Sulosaari 2020, 121.) Nopean toipumisen mallista on käytetty erilaisia termejä kuten optimoidun toipumisen malli, fast track tai ERAS (enhanced recovery after surgery) (Mallat & Mosorin 2023). Fast track -kirurgiaa pidettiin aiemmin kansainvälisenä nimityksenä hoitomuodolle, mutta nykyään käytetään useammin termiä ERAS. Suomessa on puhuttu aiemmin nopeutetun hoidon mallista, mutta optimoidun toipumisen ohjelma on vakiintunut ajan myötä. (Hiltunen & Savikko 2018.)

Menetelmien tavoitteina ovat muun muassa suolilaman ehkäisy, infektioiden ennaltaehkäisy, kateetrien ja drenien käytön minimointi, kirurgisen trauman minimointi, varhainen ekstubaatio ja

mobilisoituminen, tromboosien ehkäisy, kivun hoito, pahoinvoinnin esto sekä turhien nenämahaletkujen ja virtsakatetriin käytön välttäminen. (Mallat & Mosorin 2023.) Perioperatiivisen leikkauspotilaan hoitopolun optimoimisella pyritään vaikuttamaan potilaan toipumiseen mahdollisimman hyvin. Nopeutetun toipumisen malleilla on paljon etuja, kuten komplikaatioiden väheneminen, nopeampi toipuminen ja kotiutuminen varhain. (Kössi, Savikko & Scheinin 2016.)

Nopean toipumisen malli perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön, sekä potilaan kattavaan informoimiseen leikkausta edeltävästi ja sen jälkeen. Hoitoprotokollassa potilaan sitoutuminen omaan hoitoonsa on avainasemassa. (Kössi ym. 2016.) Menetelmän toteutuminen vaatii potilaan ja häntä hoitavan henkilökunnan yhteistyötä sekä vuoropuhelua, perustelua ja toistoa (Hiltunen & Savikko 2018). Potilaan ohjaus sisältää tietoa potilaan sairaudesta, toimenpiteestä ja mahdollisista toimenpiteeseen liittyvistä komplikaatiosta. Informaatio ja ohjaus tulee antaa myös kirjallisena. Lisäksi potilasta tulee jo ennen toimenpidettä informoida omasta osuudestaan toipumisensa eteen. (Hyöty 2019.)

Nopean toipumisen malliin soveltuvat leikkaustavoiksi laparoskopia ja pienet viillot, jolloin voidaan minimoida leikkaustraumoja. Laparoskooppinen kirurgia ei aiheuta suurta stressivastetta ja auttaa suolen toiminnan nopeampaa käynnistymistä. Anestesia-aineena käytetään lyhytvaikutteisia, pahoinvointia ehkäiseviä lääkkeitä. Lisäksi deksametasonia käytetään pahoinvoinnin ja tulehdusvasteen estoon. Katetreja ja dreenejä käytetään vain välttämättömissä tilanteissa ja ne poistetaan mahdollisimman nopeasti tilanteen salliessa. (Ahonen & muut 2020, 121.)

Leikkauskipuun on usein käytetty opioideja. Opioidit lamaavat suolta, joten niiden käyttöä on pyritty minimoimaan nopean toipumisen mallissa. Vatsan alueen leikkauksien jälkeen suolen toiminta usein häiriintyy hetkellisesti, mutta pitkittyessään se hidastaa leikkauksesta toipumista. Kipua hoidetaan usein erilaisin paikallispuudutuksin, epiduraali- tai haavakatetrikivunhoidolla, jota tehostetaan varhain aloitettavalla kipulääkityksellä. Kipulääkityksen pohjana on tulehduskipuläkkeet ja parasetamoli. Leikkausalueelle kohdennettu epiduraalinen kivunhoito on tehokas kivunlievitys menetelmä, jolloin opioidien tarve parhaimmillaan on minimaalinen. (Kössi ym. 2016.)

Opioidien käytön minimoimisen lisäksi suolilamaa voidaan torjua muun muassa normaalin suolen motiliteetin tukemisella. Liikuntaa, laksatiiveja ja purukumia voidaan hyödyntää soveltaen. Suolen

toiminnan normalisoitumiselle on eduksi lyhyt paasto ja suolen tyhjennyksen tekeminen vain tarvittaessa. Lisäksi yli- ja alinesteytystä tulee välttää. (Mallat & Mosorin 2023.) Tutkimuksissa on todettu fast track -kirurgian lyhentäneen suolistokirurgisten potilaiden sairaalassaoloaikaa. Nopean toipumisen mallilla on pystytty nopeuttamaan potilaiden suoliston toiminnan normalisoitumista leikkauksen jälkeen. Paaston välttäminen ja enteraalisen ravitsemuksen aloittaminen varhain ovat auttaneet ehkäisemään kataboliaa ja väsymystä sekä olleet eduksi suolen toipumiselle. (Ahonen & muut 2020, 122.)

### **2.3 Kotiutus nopean toipumisen mallissa**

Sairaalajaksot ovat lyhentyneet. Potilas pääsee kotiutumaan avokirurgisten toimenpiteiden jälkeen 3–5 päivän kuluttua ja laparoskooppisten leikkauksien jälkeen 2–4 päivän kuluttua. Kotiutuskriteerit ovat kuitenkin samat kuin aikaisemmin. Kriteereinä ovat syömisen ja liikkumisen onnistuminen, vatsan toimivuus sekä kivun ja pahoinvoinnin hallinta. (Kössi ym. 2016.)

Syömisen ja juomisen onnistuminen ovat osa kotiutuskriteereitä. Potilaan on pystyttävä syömään, eikä pahoinvointia tule olla. (Kössi ym. 2016.) Potilasta aletaan nesteyttämään jo leikkauspäivänä, jolloin hän saa nauttia 400 ml nestettä suun kautta. Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä potilas saa suun kautta nesteitä 1500 ml ja tarvittaessa suonensisäisesti lisäksi 1500 ml. Toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä potilas voi jo syödä ja juoda normaalisti tavallista ruokaa ja juomaa. Lisäksi potilaan suolen tulee toimia ja virtsaamisen on onnistuttava spontaanisti. Mikäli potilaalla on ollut kestopatetri niin se poistetaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Ahonen ym. 2020 121–122.) Suolen toiminnan osoitukseksi riittää ilman purkautuminen suoletta (Kössi ym. 2016).

Liikkumisen on onnistuttava niin, että potilas pärjää kotona (Kössi ym. 2016). Nopean toipumisen mallissa tavoitteena on, että potilaat olisivat liikkeellä jo leikkauspäivänä. Sairaanhoidajan tulee avustaa potilaat liikkeelle mahdollisimman nopeasti leikkauksen jälkeen. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä potilaan olisi hyvä pystyä olemaan jalkeilla tai istumaan yhteensä kahdeksan tunnin ajan. Toisena postoperatiivisena päivänä potilaan tulisi olla liikkeellä yhteensä kahdeksan tuntia. Kotiutuskriteerinä on potilaan omatoimisen liikkumisen onnistuminen. (Ahonen ym. 2020, 122.)

Varhainen liikkeellä olo auttaa myös kivun hallinnassa (Ruohoaho 2016). Epiduraalista kivunhoitoa jatketaan kahden vuorokauden ajan leikkauksesta tai potilaalle voidaan ohjata PCA-kipupumpun käyttö (Ahonen ym. 2020, 121). Kotiutuminen on mahdollista kuitenkin vasta sitten, kun potilas pärjää suun kautta otettavalla kipulääkityksellä (Kössi ym. 2016).

Kotiutuessa hoitohenkilöstö antaa potilaalle kotihoito-ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti. Ohjeiden lisäksi potilaalle tulee antaa hoitopaikan yhteystiedot, joihin olla yhteydessä tarvittaessa. Ohjaus pitää sisällään ohjeet ravitsemuksesta, liikunnasta, haavanhoidosta, ompeleiden poistosta ja lääkehoidosta. Apuvälineiden ja kotiavun tarve kartoitetaan. (Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla 2022.) Näiden lisäksi ohjataan tarkkailemaan komplikaatioita ja annetaan toimintaohjeet sitä varten. Mikäli potilaalla on käytössä keskushermostoon vaikuttava kipulääkitys, potilasta tulee informoida moottoriajoneuvon ja riskialttiiden koneiden käytössä. (Heikkinen 2024.)

Varhainen ravitsemuksen aloitus on todettu olevan turvallista suolileikatuilla potilailla ja yleensä potilas voi syödä normaalisti jo leikkauksen jälkeisenä päivänä (Hyöty 2019). Avanneleikatun ruokavalio voi olla samanlaista kuin ennen leikkausta, välttäen vain oireita aiheuttavia ruoka-aineita. Täydennysravintovalmisteiden käyttö sopeutumisvaiheessa voi tulla kyseeseen. Leikkauksen jälkeen oireita aiheuttavia ruoka-aineita voi uudelleen kokeilla sopeutumisvaiheen jälkeen. (Lausmaa, Marttinen & Smidtslund-Rastas 2021.)

Avanepotilaat voivat aloittaa urheilemisen kahden kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tällöin on kuitenkin vielä syytä välttää raskaampia liikuntamuotoja. Avanepotilaalle hyviä liikuntamuotoja ovat muun muassa pyöräily, hiihto, kävely ja voimistelu. (Ahonen ym. 2020, 536.)

Potilas saa osastolta mukaansa haavan hoito-ohjeet. Haavan sidokset voidaan yleensä poistaa vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Potilaan ei tule mennä uimaan, saunaan tai kylpyyn ennen mahdollisten ompeleiden tai hakasten poistoa. Suihkuun saa mennä vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Suihkun jälkeen haava taputellaan kuivaksi ja hankausta tulee välttää. (Leikkaushaavan hoito 2022.) Lisäksi Tunturin (2024) mukaan haava-alueella tulee välttää venytystä ja painetta. Ompeleet tai hakaset poistetaan usein 5–14 vuorokauden kuluttua leikkauksesta riippuen siitä, missä haava sijaitsee. (Tunturi 2024.) Sairaanhoidajan käsikirjassa mainitaan, että ajankohtaan vaikuttaa sijainnin lisäksi käytetty ompelutekniikka, sekä haavan paraneminen. Kasvojen alueen ompeleiden

poisto on 5–7 vuorokauden kuluttua leikkauksesta ja muualta kehosta ompeleet voidaan poistaa yhdestä kahteen viikkoon niiden laitosta. (Ompeleiden ja haavahakasten poisto 2022.) Haavan omahoidossa tärkeää tarkkailla haavan kuntoa sekä mahdollisia infektion merkkejä, kuten kuume, laaja punoitus, turvotuksen lisääntyminen tai kuume. (Leikkaushaavan hoito 2022.)

### 3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa paksu- ja peräsuolikirurgisen leikkauspotilaan postoperatiivisen hoidon ja kotiutuksen ohjaamisen toteutumista nopean toipumisen mallissa. Tavoitteena on lisätä hoitohenkilöstön tietoisuutta paksu- ja peräsuolikirurgisen leikkauspotilaan postoperatiivisen hoidon ja kotiutuksen erityispiirteistä nopean toipumisen mallissa. Tavoitteena oli löytää sekä nopean toipumisen malliin liittyvät kehittämistarpeet, että jo toimivat menetelmät, jolloin ne voitaisiin huomioida paremmin potilaan hoidossa ja ohjaamisessa. Tavoitteena on näin ollen parantaa potilasohjauksen ja hoidon laatua. Tuloksia voidaan hyödyntää gastroenterologisen kirurgian yksiköissä, sekä mahdollisesti myös muissa kirurgian yksiköissä soveltuvien osien. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä keskeiset tekijät tulisi ottaa huomioon paksu- ja peräsuolikirurgisten potilaiden postoperatiivisessa ohjauksessa nopean toipumisen mallissa?
2. Mitkä keskeiset tekijät tulisi huomioida paksu- ja peräsuolikirurgisen potilaan kotiuttamisen ohjauksessa nopean toipumisen mallissa?

## 4 Toteutus

### 4.1 Menetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaukset jaetaan karkeasti meta-analyyseihiin sekä systemaattisiin ja kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin (Ahonen, Jääskeläinen, Kangasniemi, Liikanen, Pietilä & Utriainen 2013). Kaikkiin kirjallisuuskatsauksiin kuuluu samat tyypilliset osat katsaustyyppistä riippumatta. Kirjallisuuskatsaukseen kuuluu kirjallisuuden haku, kriittinen arviointi, aineiston perusteella tehty synteesi ja analyysi (SALSA; Search, Appraisal, Synthesis ja Analysis). Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus tarkastelee aiheeseen liittyvää jo tutkittua tietoa, sen laajuutta ja määrää. (Axelin, Stolt & Suhonen 2016, 8–9.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään löytämään uusi tai erilainen näkökulma jo tutkitun tiedon avulla. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus metodina tarkastelee aiheesta vallitsevaa keskustelua, minkä avulla saadaan tietoa esimerkiksi mahdollisista ristiriidoista ja nähdään aiheeseen liittyvän teorian kehityssuuntia. (Ahonen ym. 2013.) Opinnäytetyössämme tavoitteena oli löytää uutta näkökulmaa jo tutkitun tiedon pohjalta ja täten saada arvokasta tietoa hoidon laadun parantamiseksi.

### 4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksessa aineiston keruu tehdään kirjallisuushakuna ja aineiston valintana. Tähän vaiheeseen luetaan mukaan varsinainen kirjallisuuden haku, sekä luotettavan ja sopivan aineiston valinta. Hakuprosessissa ja tutkimuksia valittaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että haetut tutkimukset vastaavat tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsausta tehdessä, aineistoina tulisi käyttää alkuperäistutkimuksia. Tiedonhakuja voidaan tehdä sähköisistä tietokannoista, mutta on hyvä käyttää manuaalista hakua. Tutkimuksia haettaessa, tulee määritellä soveltuvat hakusanat ja muodostaa niistä hakulausekkeet. Hakusanat voivat muodostua niistä keskeisistä käsitteistä, jotka tutkija itse määrittelee. Hakuprosessiin kuuluu lisäksi mukaanotto- ja poissulkukriteerien määrittely. Mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen on olennaista, jotta vältetään virheellisiltä ja puutteellisilta katsauksilta. Tutkijan on tehtävä tarkat muistiinpanot kriteereistä. Hakuprosessi onkin luotettavuuden kannalta olennaisin vaihe, joten hyvin tehty suunnitelma edesauttaa luotettavan ja hyvän haun onnistumista. (Hamari & Niela-Vilén 2016, 25–27.)

Tutkimukset, jotka valikoituivat opinnäytetyöhön, olivat hoitotieteellisiä tai osittain hoitotieteellisiä. Mukaanottokriteereinä olivat muun muassa, että tutkimus on vertaisarvioitu, vastaa tutkimuskysymykseen ja on julkaistu vuosina 2014–2024. Opinnäytetyöhön valikoituivat vain ne tutkimukset, jotka koskivat kokonaan tai osittain aikuisia paksu- ja peräsuolikirurgisia potilaita tai olivat muuten yleistettävissä kyseessä olevaan potilasryhmään ja joiden hoito toteutettiin nopeutetun toipumisen mallin mukaan. Lisäksi mukaanottokriteereinä olivat englannin- ja suomenkieliset tutkimukset, mutta suomenkielisistä tutkimuksista ei löytynyt sopivia. Tutkimukset olivat, joko sairaanhoitajan tai potilaan näkökulmasta. Kokonaisuudessaan lääketieteelliset tutkimukset poissuljettiin. Lisäksi joissakin tutkimuksissa oli epäselvä rakenne tai kieli vaikeasti ymmärrettävää, jolloin ne jätettiin pois opinnäytetyöstä, jotta välttyttäisiin väärinymmärryksiltä. Tutkimukset, joissa ei puhuttu nopean toipumisen malleista poissuljettiin. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit taulukoitiin selvyuden havainnollistamisen tueksi (Taulukko 1).

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimus koskee aikuispotilaita</li> <li>• Hoitotieteelliset artikkelit</li> <li>• Vertaisarvioidut artikkelit</li> <li>• Julkaisuvuosi 2014–2024</li> <li>• Tutkimus koskee kokonaan tai osittain paksu- ja peräsuolikirurgisia potilaita</li> <li>• Suomenkielinen tai englanninkielinen tutkimus</li> <li>• Tutkimus koskee nopean toipumisen malleja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimus koskee lapsia ja nuoria tai lapsia ja aikuisia</li> <li>• Täysin lääketieteelliset tutkimukset</li> <li>• Tutkimuksen julkaisusta yli kymmenen vuotta</li> <li>• Tutkimus ei ole vertaisarvioitu</li> <li>• Ei vastaa tutkimuskysymykseen tai vastaa vain puutteellisesti</li> <li>• Tutkimus oli epäselvä rakenteeltaan tai kieleltään</li> </ul>

Tiedonhankinta tapahtui Janet Finnasta löytyvistä tietokannoista. Käytetyt tietokannat olivat ProQuest, Medline, PubMed, CINAHL ja ScienceDirect. Kuitenkaan ScienceDirectistä ei löytynyt sopivia tutkimuksia opinnäytetyötä varten ja CINAHLista löytyneet tutkimukset oli jo valittu toisista tietokannoista. Hakusanoina käytettiin gastroenterologiseen kirurgiaan, kotiutumiseen ja nopean toipumisen malleihin liittyviä sanoja. Haut tehtiin käyttämällä hakusanoja seuraavasti: "fast track recovery" OR "enhanced recovery after surgery" OR "fast track", AND "colorectal surgery" AND

"nurs\* sekä (eras or enhanced recovery after surgery ) AND recovery AND colorectal sekä (patient experience) AND (discharge process) AND abstract(enhanced recovery after surgery) AND colon AND nurse AND intervention sekä eras, colorectal, recovery, discharge sekä "fast track recovery" OR "enhanced recovery after surgery" OR "fast track" AND "discharg\*" AND "nurs\*". Ensin saadut hakutulokset karsittiin otsikkojen perusteella, minkä jälkeen abstraktin täyttäessä mukaanottokriteerit, tutkimuksiin perehdyttiin syvällisemmin. Lopullisia valittuja tutkimuksia hauista oli yksitoista. Lisäksi opinnäytetyöhön valikoitui kolme mukaanottokriteerit täyttävää tutkimusta hakujen ulkopuolelta: kaksi ProQuestista ja yksi PubMedista.

### 4.3 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoidaan jo tutkimuksen arviointivaiheessa. Analyysimenetelmä riippuu katsaustyyppistä. Analyysin ja synteessin tekemisen tarkoituksena on jäsenellä ja yhteen vetää valittujen tutkimusten tuloksia. Analyysiä tehdessä tutkija etsii tutkimuksista yhtäläisyyksiä ja ristiriitoja sekä järjestellee ja luokittelee niistä kokonaisuuksia. Synteesi muodostuu, kun tutkija tulkitsee ja raportoi tulokset ymmärrystä lisääväksi kokonaisuudeksi. (Hamari & Niela-Vilén 2016, 30.)

Hamari & Niela-Vilén (2016), kuvaavat analyysin tekemisen jakautuvan kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa esitellään tutkimuksen tärkeä sisältö, jossa kuvataan tutkimuksen perustietoja. Tutkimuksen aihe vaatii hyvää perehtymistä ja aineiston uudelleen lukemista. Analyysivaiheessa on myös huomioitava laatu, etenkin huomiota on kiinnitettävä niihin ristiriitatilanteisiin, joissa tutkimusten tulokset eroavat toisistaan. Analyysissä tehtävästä yhteenvedon tarkoituksena on luoda kokonaiskuva ja hyvä ymmärrys aiheesta. Analyysin toisessa vaiheessa muodostetaan kategorioita yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien avulla. Alkuperäistutkimuksissa erityistä huomiota kiinnitetään tulososaan ja johtopäätöksiin. Tutkimustulokset ryhmitellään ja niitä vertaillaan keskenään. Ryhmittely ja vertailu tapahtuu pienissä osissa ja tätä toistetaan aina uudestaan ja uudestaan. Kolmannessa vaiheessa tutkimuksista luodaan yleisempi kuva ja esitellään myös ristiriitaisuudet. Synteesi muodostuu, kun vertailun myötä löytyneistä eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä syntyy kokonaisuus. (Hamari & Niela-Vilén 2016, 30–31.) Kirjallisuuskatsauksen analysointityyppi on sisällönanalyysi riippumatta siitä, onko katsaustyyppi määrällinen tai laadullinen. Tietoa jäsenellään taulukoin tai kuvioin. (Vilka 2023.)

Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Aineistoon perehdyttiin ensin perusteellisesti ennen sen varsinaista analysointia. Löydetyt tutkimukset jaettiin tutkijoiden kesken, minkä jälkeen tutkimukset käytiin läpi. Tutkimuksista tehtiin muistiinpanoja, jotka käytiin läpi tutkijoiden kesken perehtymisen jälkeen, jolloin muodostui kokonaiskuva siitä, minkälaisia tuloksia oli löydetty. Luokittelua tehtiin yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien perusteella. Löydetyt tulokset kirjattiin ylös ja yhdisteltiin samankaltaisuuksien perusteella. Taulukossa 2 on esimerkki aineiston pelkistämisestä, sekä luokittelusta.

Taulukko 2. Aineiston luokittelun ja pelkistykseen esimerkki

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Suomenkielinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
Participants did not know how to contact when in need of help.	Osallistujat eivät tiedeneet miten ottaa yhteyttä, kun tarvitsivat apua.	Yhteydenotto koettiin epäselväksi avunsaamisen suhteen.	Epäselvyydet yhteydenotamisessa	Kotiutumisen jälkeinen seuranta ja yhteydenotto	Jatkohoito ja seuranta
To be able to influence both the content and quantity of the information was also important.	Oli tärkeää, että pystyttiin vaikuttamaan sekä tiedon sisältöön että laatuun.	Tiedon laatuun vaikuttaminen oli tärkeää. Tiedon sisältöön vaikuttaminen oli tärkeää.	Tiedon yksilölliset tarpeet	Tiedon määrä ja laatu	Tiedonsaanti postoperatiivisessa vaiheessa

Ensiksi syntyivät alaluokat, joiden yhdistely tapahtui samankaltaisuuksien perusteella. Alaluokkien samankaltaisuuksien perusteella syntyi yläluokat ja niin edelleen pääloukat. Ryhmittelyvaihe toistui aina uudelleen ja uudelleen siihen asti, kunnes saimme aikaan lopulliset luokat.

## 5 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuskysymykset koskivat ohjaamisen toteutumista paksu- ja peräsuolikirurgisen potilaan postoperatiivisessa vaiheessa niin yleisesti ottaen kuin kotiutumiseen liittyen. Keskeisistä huomioitava tekijöistä muodostuivat pääluokat. Pääluokkia syntyi yhteensä viisi: Tiedonsaanti postoperatiivisessa vaiheessa, vuorovaikutustilanteet, yksilölliset tarpeet, kotona tapahtuvan omahoidon huomioiminen ja jatkohoito ja seuranta. Tarkempi luokittelu näkyy seuraavalla sivulla taulukossa 3.

Taulukko 3. Aineiston ala-, ylä ja pääluokat

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ravitsemuksen ohjaus	Ohjaus postoperatiivisessa vaiheessa	Tiedonsaanti postoperatiivisessa vaiheessa
Kivun hoito		
Toimintakyky ja mobilisaatio		
Odotukset		
Avanne		
ERAS-malli	Tiedon määrä ja laatu	
Tietoon liittyvä epävarmuus		
Tiedon yksilölliset tarpeet		
Tiedon välitys		
Vaikutukset kommunikaatioon	Hoitohenkilöstön kiireisyys	
Vaikutukset kohtaamiseen		
Hoidon ajankohta ja jatkuvuus		
Yhteistyö potilaan kanssa	Yhteistyö	
Ammattilaisten välisen viestinnän vaikutus		
Toipumisen ja palautumisen haasteet	Potilaan kokemukset	Yksilölliset tarpeet
Sairaalaympäristö		
Sairaalaruokailu		
Vuorovaikutustilanteet		
Kysymysten huomioiminen	Kokonaisvaltainen huomiointi	
Oireiden huomioiminen		
Yksilöllisyyden huomioiminen		
Potilaan vastuu	Potilaan oman roolin merkitys itsehoidossaan	Kotona tapahtuvan omahoiton huomioiminen
Hoitohenkilökunnan osuus roolin ottamisessa		
Vastuun ottamisen vaikutus		
Kirjalliset materiaalit	Itsehoidon ohjaus	
Ohjauksen sisältö		
Seurannan laatu	Kotiutumisen jälkeinen seuranta ja yhteydenotto	Jatkohoito ja seuranta
Epäselvyydet yhteydenotomisessa		
Seurantasoiot		
Potilaan näkemys	Kotiutumispäätöksen ristiriitaisuus	
Keskustelumahdollisuus		
Tyytyväisyys saatuun tietoon	Kotona toipuminen	
Potilaiden tietämys		
Normaaliin palaaminen		
Perheenjäsenten rooli		

## 5.1 Tiedonsaanti postoperatiivisessa vaiheessa

Leikkauksen jälkeisestä ravitsemuksesta koettiin, ettei tietoa ollut saatu riittävästi. Potilaat kaipasivat luotettavaa lähdettä, mutta eivät olleet varmoja, keneltä tietoa tulisi saada ravitsemukseen liittyen. Kuitenkin moni potilaista oli tietoisia siitä, että saisivat syödä normaalisti niin pian kuin mahdollista. Potilaiden ruokailuun vaikutti kuitenkin pahoinvointi tai sen pelko. Osa myös halusi lepuuttaa ruuansulatusjärjestelmää ja osalla taas ruokahalu oli vähentynyt sairaalassa olon vuoksi johtuvasta passiivisuudesta. Yleisesti potilaat kuitenkin olivat halukkaita jatkamaan ruokailua normaalisti ja ottamaan vastuuta siitä. (Short, Atkinson, Ness, Thomas, Burden & Sutton 2016.)

Samuelssonin ja muiden tutkimuksessa kävi ilmi, että ravitsemusohjeita ei sovellettu yksilöllisesti. Potilaat eivät kokeneet saavansa riittävästi neuvoja pahoinvoinnin, ruokahaluttomuuden, väsymyksen ja kivun torjumiseksi. Lisäksi he kokivat, että ruuan laatu oli huono, mikä esti osaltaan heidän toipumistaan. (Samuelsson, Egenvall, Klarin, Lökk, Gunnarsson & Iwarzon 2018.) Tietoa siitä, mitä ruokaa sukulaiset voisivat tuoda potilaalle, olisi kaivattu (Gillis, Gill, Marlett, MacKean, Germann, Gilmour, Nelson, Wasylak, Nguyen, Araujo, Zelinsky & Gramlich 2017). Hoitohenkilökunnan perustelu koettiin tärkeäksi esimerkiksi ravinnejuomien suhteen, sillä potilaat kokivat pre- ja postoperatiivisesti nautittavien ravinnejuomien maun haasteeksi (Herbert, Sutton, Burden, Lewis, Thomas, Ness & Atkinson 2017).

Wennströmin, Johanssonin, Kalabicin, E-Son Loftin, Skullmanin ja Berghin (2020) tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat kokivat kokonaisvaltaista huonovointisuutta. Yksi huonovointisuuden elementeistä oli kipu, jonka hoidon koettiin olevan vaihtelevaa eri sairaanhoitajien toimesta. Lisäksi potilaat kokivat joutuneensa odottamaan pitkiä aikoja ennen kuin saivat helpotusta kipuunsa. (Wennström ym. 2020.) Kivun hoito koettiin riittämättömäksi. Muiden kuin huumaavien kipulääkkeiden määräämiseen ja PCA-kipupumpun käytön optimoimiseen ja ajoitukseen ei ollut yhtenäistä lähestymistapaa. (Gramlich, Sheppard, Wasylak, Gilmour, Ljungqvist, Basualdo-Hammond & Nelson 2017.) Toisaalta taas Gillis ja muut (2017) tuovat ilmi tutkimuksessaan, että potilaat kertoivat saaneensa tarkoituksen mukaista kivunhoitoa, mutta olivat kuitenkin yllättyneitä kivun kovasta tuesta. He kokivat, ettei kivun vahvuudesta ollut informoitu tarpeeksi ennen leikkausta. Potilaat, joilla oli PCA-kipupumppu, olivat tyytyväisempiä kivun hoitoon kuin ne, joiden kivunlievitys oli sairaanhoitajien varassa. Jotkut potilaat eivät uskaltaneet alkaa nukkumaan, sillä pelkäsivät sairaanhoitajan unohtavan tuoda kipulääkkeen ajallaan. (Gillis ym. 2017.)

Tieto siitä, miksi toimintakyvyn mahdollisimman nopea palauttaminen aiemmalle tasolle on tärkeää, koettiin tärkeäksi tekijäksi toipumisen esteiden ylittämisen kannalta (Samuelsson ym. 2018). Epävarmuutta liikkeellelähdössä leikkauksen jälkeen koettiin sekä koetun kivun että ERAS-protokollaan liittyvien väärinymmärrysten vuoksi. Potilaat olivat tutumpia perinteisemmän toipumismallin kanssa, jossa liikkumisen sijaan korostettiin lepoa leikkauksen jälkeen. (Wang, Hu, Liu, Liu, Chen, Cao, Zhang, Li & Hu 2023.) Hoitajat toivoivat apua potilaiden mobilisoinnissa, sillä he kokivat sen haasteelliseksi. Potilaat halusivat olla aktiivisia toimijoita hoidossaan. (Gramlich ym. 2017, Samuelsson ym. 2018.) Potilaan mobilisaation tavoitteiden saavuttaminen yksilöllisesti tulisi myös ottaa huomioon. Kaikki potilaat eivät kykene täyttämään kaikkia ERAS-tavoitteita. (Herbert ym. 2017.)

Jonesin, Musselmanin, Pearsallin, McKenziin, Huangin ja McLeodin (2017) tutkimuksessa potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa avanneohjaukseen, mutta osalle potilaista oli epäselvää, mikä on epänormaalia, sekä mitä odottaa leikkauksen jälkeen. Heillä oli toisistaan eroavaa tietoa mahdollisista komplikaatioista. Yksi potilas koki saaneensa paljon tietoa avanteen, ihon ja laitteen käytöstä mutta enemmän tietoa olisi kaivannut siitä, mikä on normaalia ulostetta tai mahdollisesta kuivumisesta. Lisäksi ohjausta välineiden käyttöön toivottiin enemmän. Kotiuduttuaan suuri osa koki ongelmia avanteen kanssa. Myös emotionaalista tukea kaivattiin sekä parempi mahdollisuus saada yhteyttä avannehoitajaan. (Jones ym. 2017.) Avannepotilaat kokivat omahoidon hallinnan yhdeksi ahdistusta aiheuttavaksi tekijäksi (Ruel, Garcia & Arbour 2020).

Lisäksi ravitseminen uuden avanteen kanssa koettiin myös haastavaksi. Yksi osallistuja oli jopa yrittänyt vähentää ruokailua, jottei avannepussia ei tarvitsisi tyhjätä niin usein. Osalle oli epäselvää, mitä he sietäisivät parhaiten ja mitkä taas vaikeuttaisivat ulosteen ulostuloa tai aiheuttaisivat tukoksia. (Short ym. 2016.)

Kaikille potilaille ei ollut selitetty mikä ERAS on tai ovatko he osa sitä (Wang ym. 2023). ERAS-protokollan hyvänä puolena pidettiin lyhyttä sairaalassaoloaikaan arkeen palaamisen nopeutukseksi sekä sitä, että oli selkeä lista asioista, mitä tulee tehdä tai minkä tulee toteutua (Bernard & Foss 2014). Potilaat toivoivat, että heidän mielipiteensä otettaisiin huomioon ERAS-polkunsa suunnittelussa, jotta heidän hoitosuunnitelmastaan tulisi tehokkaampi ja yksilöidympi (Wang ym. 2023). Tieto ERAS-mallista vaikuttaa lisäävästi potilaan omahoidon toteutumiseen kotona (Ruel

ym. 2020). Potilaat halusivat tietää ERAS-protokollasta (Gramlich ym. 2017, Gillis ym. 2017). Lisäksi tietoa kaivattiin myös siitä, miksi siihen sitoutuminen on heidän toipumisensa edistämiseksi tärkeää (Gramlich ym. 2017). Hoitohenkilökunnan mukaan ERAS-prosessin onnistuminen vaatii potilaiden sitoutumisen ja aktiivisen roolin ottamisen toipumisensa edellytykseksi. Hoitohenkilökunnan tulee rohkaista potilaita ottamaan aktiivista roolia omassa hoidossaan. Kasvokkain tapahtuvan ohjauksen koetaan edistävän potilaiden sitoutumista hoitoon. (Herbert ym. 2017.) Kun potilaat ymmärtävät mistä ERAS-protokollassa on kysymys ja näin ollen pystyvät olemaan aktiivisia toimijoita hoidossaan, edistää se toipumista kotona sekä tuo varmuutta kotiutumiseen. Potilaan parempi tietämys ERAS-protokollasta edistää sen seuraamista. (Gillis ym. 2017.) Herbertin ja muiden (2017) tutkimuksessa, ERAS-päiväkirjat koettiin olevan apuna potilaan kouluttamisessa, rohkaisemisessa ja motivoinnissa, mutta niiden haittapuolena koettiin se, että osa potilaista koki lannistumisen tunnetta, jos ei saavuttanut tavoitteitaan (Herbert ym. 2017).

Sekä leikkausta edeltävästi että leikkauksen jälkeen ERAS-prosessiin liittyvän tiedon määrä ja laatu vaihteli huomattavasti ja kaikki potilaat eivät kokeneet saaneensa riittävästi tietoa (Bernard & Foss 2014). Myös tiedon ymmärtäminen koettiin vaikeaksi (Bernard & Foss 2014, Wang ym. 2023). Potilaille ei myöskään ollut yhteistä näkemystä siitä, kuinka paljon tietoa he tarvitsisivat (Bernard & Foss 2014). Puutteellinen tieto sairaudesta aiheutti epävarmuutta ja ahdistusta potilaille. Esille nousi myös se, että postoperatiivisesta toipumisesta ei kerrottu riittävästi. Lisäksi potilaat kokivat, ettei heidän kysymyksiinsä vastattu ajallaan, minkä vuoksi joutuivat kotiutuessaan olemaan yhteydessä tuntemattomaan tahoon. (Wang ym. 2023.) Tiedon haluttiin olevan yksilöityä potilaan tarpeisiin nähden (Ruel ym. 2020). Riittävä tiedon saanti auttoi potilaita suunnittelemaan kuntoutustaan ja se lisäsi muun muassa potilaiden turvallisuuden ja hallinnan tunnetta. Jotkut kokivat saadun tiedon puutteelliseksi tai saivat ristiriidassa olevaa tietoa. (Wennström ym. 2020.) Se, miten tieto haluttiin vastaanottaa, riippui potilaasta. Toiset suosivat tiedon saantia pienissä osissa ja toiset puolestaan halusivat saada tiedon mahdollisimman aikaisin. (Lithner, Klefgard, Johansson & Andersson 2015.)

Potilaat kaipasivat tiedon ymmärtämisen tueksi kuvia ja aikajanoja toipumiseen liittyen. Vanhentunut, ristiriitainen ja hämmentävä tieto koettiin haasteina sekä tiedon löytyminen useilta eri sivustoilta. Haasteina tiedon välityksessä koettiin korkea ikä sekä kognitioon ja kieleen liittyvät haasteet. (Gramlich ym. 2017.) Potilaat toivoivat, että tiedonanto tapahtuisi sekä suullisesti että

kirjallisesti. He toivoivat myös voivansa esittää kysymyksiä. (Lithner ym. 2015.) Potilaiden tietämys mahdollisista komplikaatioista vaihteli, vaikka he kokivatkin olevansa tyytyväisiä saamaansa tietoon aiheesta (Jones ym. 2017). Potilaat kokivat tärkeäksi fyysisen kunnon parantamiseen liittyvän tiedon. Potilaat kuvasivat, että tietoa oli vaikea sisäistää, mutta samalla halusivat saada kaiken saatavilla olevan tiedon. Tiedon puutteesta seurasi pelkoa. (Lithner ym. 2015.) Potilaiden kokemus oli, että ohjeita pyydettiin seuraamaan ilman tarkempaa selitystä (Wang ym. 2023).

## 5.2 Vuorovaikutustilanteet

Hoitohenkilöstö koettiin kiireiseksi ja tämä nosti potilaan kynnystä kysyä mielessään olevia kysymyksiä (Samuelsson ym. 2018, Wang ym. 2023). Kommunikaatio tapahtui nopeatempoisesti ja potilaat eivät kokeneet pysyvänsä mukana. Tämä hankaloitti potilaan tiedon saantia. Usein myös tilanne, jossa tietoa annettiin, oli lääkärintkierto, joten potilaat kokivat, ettei ylimääräistä aikaa ollut. (Samuelsson ym. 2018.) Myös Petersson, Hellström, Assarsson ja Schildmeijer (2022) toivat esille lääkärintkiertojen kiireisyyden niin potilaan kuin hoitohenkilökunnan kannalta. Lisäksi hoitohenkilöstö koki kiireisyyden tekijäksi sille, ettei potilasta ole aikaa kohdata. (Petersson ym. 2022.) Hoitohenkilökunta saattoi myös tulla paikalle epäedulliseen ajankohtaan potilaan kannalta kiireen takia. Myös hoidon jatkuvuuden koettiin kärsivän. (Wang ym. 2023.)

Kommunikaation koettiin kulkevan vain yksisuuntaisesti hoitohenkilökunnalta potilaalle (Samuelsson ym. 2018, Wang ym. 2023). Potilaiden omaa näkemystä hoidosta ei otettu huomioon. (Wang ym. 2023.) Tehokas kommunikaatio henkilökunnan välillä parantaa myös tiedonantoa potilaalle sekä tiedonkulkua henkilökunnan jäsenten välillä. Myös tiimityön merkitys koettiin olennaiseksi. Henkilökunnan tulisi panostaa eri moniammatillisiin suhteisiin töissä, sillä tämä auttaa varmistamaan sujuvaa tiedonkulkua (Cohen & Goobermann-Hill 2019.) Hoitohenkilökunnan sitoutuminen hoitoon sai potilaan tuntemaan olonsa kuulluksi ja nähdyksi (Wennström ym. 2020). Potilaat toivat esille myös havainneensa, että vuoronvaihdon yhteydessä tieto ei välity sujuvasti ammattilaiselta toiselle (Gillis ym. 2017). Potilaat pelkäsivät, että heille ei kerrota kaikkea tärkeää tietoa ja siksi analysoivat tarkasti muun muassa äänenpainoja ja ilmeitä (Lithner ym. 2015).

### 5.3 Yksilölliset tarpeet

Samuelssonin ja muiden mukaan iäkkäät potilaat kokivat epämukavuutta ja haavoittuvuutta johtuen oman tilanteensa hallinnan puutteesta sekä siitä, että sairaalaympäristö oli äänekäs ja stressaava. Sairaanhoidajien hoitotoimista koettiin häiriötä etenkin yöaikaan. Merkittävänä toipumisen esteenä koettiin unen puute. Lyhyenä aikana tapahtuva toipuminen koettiin erittäin haastavaksi tai jopa epärealistiseksi johtuen useilla potilaista ilmenevästä heikkoudesta ja väsymyksestä. Sairaalaruoan laatua ei koettu hyväksi, ja tämän koettiin vaikuttavan heikentävästi palautumiseen ja painon kertymiseen. (Samuelsson ym. 2018.) Potilaan aloitteellisuus omaan hoitoonsa liittyen kärsi kommunikaatio-ongelmien takia (Wang ym. 2023). Potilaat kokivat, etteivät saaneet sanottua haluamiansa asioita tai pidettyä puoliaan. Koettua stressiä helpottivat muun muassa liikunta ja mindfulness. (Gramlich ym. 2017.) Myös toimeen tuleminen sairaanhoidajien kanssa riippui sairaanhoidajasta. Jotkut välittivät ja tukivat enemmän kuin toiset. (Gillis ym. 2017.) Potilaat saavat enemmän tukea hoitonsa alussa, mutta kun he pystyvät itsenäisemmin huolehtimaan itsestään heidän saamansa henkinen tuki vähenee (Petersson ym. 2022).

Potilaat kokivat, että heidän kysymyksensä kotiutumisen jälkeisestä ajasta eivät tulleet vastatuiksi ja kokivat huolta ja pärjäämättömyyttä yksin kotona olemiseen liittyen. Potilaat kokivat tarpeelliseksi puhua eksistentiaalisista aiheista, mutta kokivat tämän ottamisen puheeksi henkilökunnan kanssa vaikeaksi, sillä he kokivat henkilökunnan stressaantuneeksi. Sen sijaan he puhuivat samassa tilanteessa olevien huonekavereidensa kanssa (Samuelsson ym. 2018). Lievienkin oireiden toivottiin tulevan huomioiduiksi (Wang ym. 2023). Oireiden huomiotta jättäminen aiheutti pettymystä sekä tunnetta siitä, että hoitohenkilökunta ei suhtaudu potilaaseen vakavasti (Wang ym. 2023, Wennström ym. 2020). Ammattilaisiin luottamisen heikkenemistä ja epävarmuutta potilaissa aiheutti se, jos oireisiin ei puututtu riittävällä tasolla. Potilaat toivoivat tulevansa kohdelluksi kyvykkinä yksilöinä. (Wang ym. 2023.) Kokeilussa oli päiväkirja, johon potilaat pystyivät kirjoittamaan muistiin muun muassa liikkuvuudesta ja virtsanmäärästä. Suurin osa potilaista ei kokenut tätä hyödyllisenä välineenä toipumisensa kannalta. Potilaat kokevat myös, että hoitajat yrittävät vain noudata ERAS-protokollaa orjallisesti, vaikka potilaan vointi vaatisi yksilöllistä hoitoa mallista poiketen. Työntekijöissäkin nousi esille samoja ajatuksia yksilöllisen hoidon jäämisestä liikaa taustalle (Gillis ym. 2017.) Potilaat kokivat välillä paineita kotiutua, mutta toisaalta he pitivät tärkeänä kotona tapahtuvaa toipumista (Ruel ym. 2020).

## 5.4 Kotona tapahtuvan omahoidon toteutuminen

Potilaita tulee rohkaista ottamaan vastuuta omasta toipumisestaan (Petersson ym. 2022, Bernard ym. 2014) Hoitohenkilökunta kokee tärkeäksi potilaan aktiivisen roolin omassa hoidossaan jo sairaalassaoloaikana, jotta kotiutuessaan potilaat selviytyisivät mahdollisimman hyvin itsehoidostaan kotona. Hoitohenkilökunnan rooli onkin motivoida, tukea ja opettaa potilaita heidän itsehoidossaan. Hankaluus syntyy siinä, kun potilas ei ota vastuuta toipumisensa edistämiseksi. Potilaiden omatoimisuus lisää potilaiden omaa itseluottamusta. (Petersson ym. 2022.) Toisaalta ERAS-protokollan mukana tuleva aikainen vastuunotto voi lisätä ahdistusta potilaissa (Bernard & Foss 2014). Ne potilaat, jotka ottavat vastuuta omasta toipumisestaan pystyvät olemaan omatoimisempia varhaisemmassa vaiheessa. Kun potilas pystyy ottamaan vastuuta omasta toipumisestaan, kokee hän helpotuksen tunnetta. Toisaalta, jos toipumisessa on haasteita niin epävarmuuden tunne lisääntyy. (Ruel ym. 2020.)

Itsehoidossa tiedon tarve keskittyi haavan hoitoon, suoliston toimintaan, painon putoamiseen ja päivittäisiin toimintoihin. Kirjallisia ohjeita olisi kaivattu enemmän tai niiden olisi pitänyt olla selvempiä. Potilaat toivoivat, että olisivat saaneet enemmän ohjeistusta pitkäaikaisiin ongelmiin, kuten ripuliin ja ravitsemukseen. (Samuelson ym. 2018.) Kirjallisten materiaalien toivottiin olevan yksinkertaisempia ja potilaat olisivat halunneet saada enemmän tietoa, milloin pyytää pahoinvointilääkkeitä, ravintolisistä, liikunnasta, suolentoiminnasta sekä siitä mitä tapahtuu, mikäli ohjeita jätetään noudattamatta. (Gramlich ym. 2017.) Tieto siitä, kuinka kauan toipuminen kestää ja milloin potilaat pystyvät palaamaan normaaliin koettiin vajavaiseksi kotiutusohjauksessa. Lisäksi potilaat olisivat halunneet saada enemmän tietoa ruokailusta, juomisesta, kuinka leikkaus voi vaikuttaa suolen toimintaan ja painoon sekä haavanhoitoon ja ompeleiden poistoon liittyen. (Lithner ym. 2015.)

## 5.5 Jatkohoito ja seuranta.

Samuelssonin ja muiden (2018) tutkimuksessa, oli haastateltu 16:sta ikääntynyttä paksu- ja peräsuolikirurgista potilasta, joista suurin osa koki ongelmia kotiutumisen jälkeen painon laskun ja ravitsemuksen kanssa. Osa potilaista oli kuitenkin tyytyväisiä leikkauksen jälkeisen seurannan laatuun, kun taas osa koki sen riittämättömäksi. Ne potilaat, jotka olivat saaneet apua ravitsemuksen

ohjaajalta, kokivat kiitollisuutta ja helpottuneisuutta siitä, että joku seuraa heidän ravitsemuksen onnistumistaan. (Samuelsson ym. 2018.)

Kotiutumisen jälkeen tapahtuvasta seurannan vastuunjakautumisesta on epäselvyyttä. (Samuelsson ym. 2018.) Bernardin ja muiden (2014) tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät potilaat aina tienneet kehen olla yhteydessä, jos vointi on huono. Lisäksi potilaat kokivat, että yhteydenotto oli vaikeaa ongelmatilanteissa. ERAS-protokolla kuvattiin toimivaksi sairaalan sisällä, mutta kotiutumisen jälkeen hankala saada apua. (Bernard & Foss 2014.) Jonesin ja muiden (2017) tutkimuksessa useat olivat saaneet yhteystiedon jonnekin, minne olla yhteydessä mahdollisen komplikaation sattuessa. Osa potilaista oli kehoitettu olemaan yhteydessä päivystykseen, osaa kirurginsa toimistoon tai kirurgiseen sairaanhoitajaan. Tutkimuksessa yksi potilas ei ollut saanut kenenkään ammattilaisen yhteystietoja. Osa olisi arvostanut yhteystietoa, joka ohjaisi potilaita oikean avun piiriin. (Jones ym. 2017.) Potilaat kokivat, että hoidon saaminen oli vaikeampaa kotiutumisen jälkeen ja se koettiin haasteeksi omahoidon kannalta. Seurantasoirot hoidon erivaiheissa olisivat olleet potilaiden mielestä tarpeellisia. (Wang ym. 2023.) Myös Sierin, Godinan, Tweedin, Daherin ja Stootin (2024) tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät kaikki olleet saaneet seurantasoirotta, mutta he, jotka saivat, olivat tyytyväisiä siihen (Sier ym. 2024). Toisaalta osa potilaista myös vältteli kontaktin ottamista, sillä he ajattelivat, etteivät halua häiritä hoitohenkilöstöä. (Ruel ym. 2020.) Seurantasoirotto koettiin tärkeäksi, sillä se toi potilaille turvallisuuden tunnetta (Wennström ym. 2020). Tärkeäksi koettiin myös saada yhteystiedot sekä kirurgiselle, että onkologiselle puolelle (Lithner ym. 2015).

Potilaiden kotiuttamispäätöksissä koettiin ristiriitaa, sillä vaikka potilaiden kotiutumiskriteerit täyttyivät, eivät he kokeneet olevansa valmiita kotiutumaan. Tämä aiheutti potilaissa ahdistusta. (Wang ym. 2023.) Peterssonin ja muiden (2022) tutkimuksessa todettiin, että potilaalla ja lääkäriellä saattoi olla eri näkemys kotiutumisesta, vaikka potilaat täyttäisivätkin kriteerit, eivät he välttämättä olleet henkisesti valmiita kotiutumaan. (Petersson ym. 2022.) Toisaalta Sierin ja muiden (2024) tutkimuksessa taas kävi ilmi, että useimmat olivat samaa mieltä kotiutumisen kanssa. Ne, jotka eivät olleet valmiita kotiutumaan, kokivat että heillä on mahdollisuus keskustella asiasta. Tutkimuksessa kuitenkin kotiutumiskriteerit olivat potilaille selvät. Hoitajan tulee antaa omahoidon ohjeistusta ennen kotiutusta. (Sier ym. 2024.) Myös Short ja muut (2016) tuovat tutkimuksessaan ilmi, että potilaat ymmärsivät kotiutumisen tärkeyden toipumisestaan ajatellen, mutta osa potilaista oli silti huolissaan leikkauksen jälkeen tulevista elämäntapamuutoksista. Potilaat toivoivat olon

normalisoitumista, minkä vuoksi he osallistuivat omaan toipumiseensa edistääkseen aiempaa kotiutumista. Lisäksi vaikka potilaat kokivat ruokahaluttomuutta tai muita haasteita kuten pahoinvointia, varhainen kotiin pääsy toimi motivaattorina ruokailun aloittamiseksi leikkauksen jälkeen. (Short ym. 2016.)

Moni potilas koki saaneensa hyvää ohjausta kotiutukseen liittyen mutta osa potilasta kuitenkin kertoi saaneensa riittämätöntä tietoa liittyen muun muassa peräsuolen verenvuotoon, suoliston liikkeisiin ja ruokavalioon. Nämä aiheuttivat potilaissa ahdistusta sekä se että he saivat sekavaa tietoa ja neuvoa eri palveluntarjoajilta. (Gillis ym. 2017.) Potilaat kaipasivat kotiin tukea ja kokivat tärkeänä, että kotona on joku auttamassa tarvittaessa. He kokivat muun muassa huonovointisuutta ja väsymystä kotiutumisen jälkeen, sekä heillä oli vaikeuksia päästä takaisin normaaliin. Potilaat tarvitsivat paljon läheistensä tukea kotona. (Bernard & Foss 2014.) Perheenjäseniin tukeutuminen voi aiheuttaa myös ristiriitaisia suhteita läheisiinsä roolin muuttuessa perheen sisällä. Osa potilaista ei myöskään halunnut vaivata perheenjäseniään, koska kokivat että ongelmat päivittäisissä toimissa heikensi perhesuhteitaan. (Ruel ym. 2020.) Lisäksi potilaat kokivat, etteivät heidän perheenjäsenensä kykene huolehtimaan heistä tarpeeksi hyvin, eivätkä he pysty ohjeistamaan ammattilaisten tavoin potilasta tämän ongelmissaan. (Wang ym. 2023.) Osa potilaista olisi toivonut vaihtoehtoista tahoja, johon olla yhteydessä ongelmien sattuessa. Yksimielisyyttä koettiin siinä, että joko ammattilainen tai kokenut vapaaehtoinen potilas olisi hyvä olla potilaita varten, joiden toipuminen tapahtuu kotona. (Gillis ym. 2017.)

## **6 Pohdinta**

### **6.1 Tulosten tarkastelu**

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitohenkilökunnalle paksu- ja peräsuolikirurgisen leikkauspotilaan postoperatiivisen hoidon ja kotiutuksen erityispiirteistä niillä potilailla, joiden hoito toteutettiin nopean toipumisen mallin mukaisesti. Huomioimalla nämä piirteet, ohjausta ja hoitoa voitaisiin pyrkiä optimoimaan paremmin potilaiden tarpeita vastaamaan. Tutkimustuloksissa korostuivat tiedon puute tai sen huono laatu, vuorovaikutustilanteet, yksilölliset tarpeet, omahoidon onnistuminen sekä jatkohoito ja seuranta.

Teoriaperustan mukaan nopean toipumisen mallin toteutumisessa avainasemassa onnistumisen kannalta on moniammatillinen yhteistyö sekä potilaan ohjaus. (Ahonen ym. 2020, 121, Kössi ym. 2016). Tiedon saantiin ja ohjaukseen liittyvät tulokset olivat ristiriitaisia, esimerkiksi Jonesin ja muiden (2017) tutkimuksessa oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaan ohjaukseen, mutta koettiin kuitenkin epäselvyyttä siinä, mitkä oireet olivat epänormaaleja ja mitä odottaa leikkauksen jälkeen (Jones ym. 2017). Toisaalta taas Wennström ja muut (2020) tuovat ilmi, että tiedon saanti koettiin osittain puutteelliseksi tai ristiriitaiseksi (Wennström ym. 2020). Lisäksi esimerkiksi ravitsemuksesta saatu ohjaus koettiin riittämättömäksi (Short ym. 2016, Samuelsson ym. 2018).

Tutkimuksissa kävi ilmi, etteivät potilaat olleet aina edes tietoisia kuuluvansa ERAS-protokollan mukaiseen hoitolinjaan (Wang ym. 2023). Omahoidon onnistuminen vaatii tiedon siitä mistä ERAS-protokollassa on kyse (Ruel ym. 2020). Potilaiden ymmärtäessä mistä kyseessä olevasta mallissa on kyse, motivaatio omaan osallisuuteen hoidossa kasvaa, jolloin myös kotona pärjääminen on parempaa (Gills ym. 2017). Myös teoriaperustassa kerrotaan potilaan oman sitoutumisen omaan hoitoonsa olevan avainasemassa hoidon onnistumisen kannalta (Kössi ym. 2016). Lisäksi hoitohenkilöstön kiireisyys vaikutti potilaan tiedon saantiin negatiivisesti (Samuelsson ym. 2018).

Teoriaperusta puhuu sen puolesta, että nopean toipumisen mallin toteutuminen vaatii potilaan ja hoitohenkilöstön välistä yhteistyötä sekä perustelua ja toistoa (Hiltunen & Savikko 2018). Kuitenkin tutkimustuloksissa jotkin potilaat kokivat kommunikaation olevan yksisuuntaista hoitohenkilökunnalta potilaalle (Samuelsson ym. 2018, Wang ym. 2023). Tutkimustuloksissa potilaiden halukkuus osallistua omaan hoitoonsa tai ottaa vastuuta vaihteli. Esimerkiksi Gramlichin ja muiden (2017) sekä Samuelssonin ja muiden (2018) tutkimuksen mukaan potilaat halusivat olla aktiivisia toimijoita omassa hoidossaan (Gramlich ym. 2017, Samuelsson ym. 2018). Toisaalta kävi myös ilmi, etteivät potilaat olleet aina valmiita ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. (Petersson ym. 2022.) Kuitenkin ne potilaat, jotka ottivat vastuuta omasta hoidostaan, selvisivät paremmin omahoidostaan (Ruel ym. 2020).

Nopean toipumisen mallissa kotiutuskaiteerit ovat samat kuin aiemmin, mutta sairaalajaksoit ovat lyhentyneet. Lisäksi nopea toipuminen, komplikaatioiden väheneminen ja varhainen kotiutuminen kuitenkin koetaan olevan eduksi. (Kössi ym. 2016.) Osa potilaista koki ahdistusta, sillä vaikka kaiteerit täyttyivät, eivät he olleet henkisesti valmiita kotiutumaan (Wang ym. 2023, Petersson ym.

2022). Potilaat kokivat, että hoitohenkilökunnan mukaan heidän tulisi noudattaa ohjeita orjallisesti, vaikka heidän tilansa vaatisi ohjeiden yksilöllistämistä (Gills ym. 2017). Osa potilaista koki myös nopean toipumisen olevan haastavaa ja epärealistista liittyen potilaiden huonoon vointiin (Samuelsson ym. 2018). Toisaalta taas Sierin ja muiden (2024) tutkimuksessa useimmat olivat samaa mieltä kotiutumispäätöksestä. (Sier ym. 2024). Teoriaperustassa mainitaan, että ohjeistus tulee antaa suullisen ohjeistuksen lisäksi myös kirjallisena (Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla 2022). Tutkimustulokset tukevat myös tätä. Samuelsson ja muut (2018) tuovat tutkimuksessaan esille, että potilaat olisivat kaivanneet enemmän kirjallisia ohjeita, sekä annettujen ohjeiden olisi pitänyt olla selkeämpiä (Samuelsson ym. 2018).

Teoriaperustan mukaan potilaan sairaalassaoloaika on lyhentynyt, vaikka kotiutuskriteerit ovat samat kuin aiemmin. Lisäksi komplikaatiot ovat vähentyneet. (Kössi ym. 2016.) Näin ollen potilaiden siis ajatellaan pärjäävän kotona paremmin itsekseen. Toipuminen ei ollut kuitenkaan kaikille itsestään selvää. Samuelssonin ja muiden (2018) tutkimuksen mukaan kotiutumisen jälkeen potilaat kokivat painon laskua ja ongelmia ravitsemuksen suhteen (Samuelsson ym. 2018). Myös Bernardin ja Fossin (2014) tutkimuksesta käy ilmi, että potilaat kokivat huonovointisuutta ja palaaminen normaaliin oli hankalaa (Bernard & Foss 2014). Teoriaperustassa mainitaan, että potilaita tulee ohjata tarkkailemaan komplikaatioita ja heille tulee antaa toimintaohjeet niiden varalle (Heikkinen 2014). Myös yhteystiedot hoitopaikkaan tulee antaa (Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla 2022). Tämä kuitenkin osittain toteutuu huonosti tutkimusten mukaan. Bernardin ja Fossin (2014) tutkimuksen mukaan osalle oli epäselvää kehen olla yhteydessä ongelmatilanteissa (Bernard & Foss 2014). Toisaalta potilaat olivat saaneet myös toisistaan eriäviä yhteystietoja ja yksi ei ollut saanut yhteystietoja mihinkään tahoon (Jones ym. 2017).

## 6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys tutkimuksen tekemisessä antaa perustan tieteelliselle tutkimukselle. Eettisiä perusvaatimuksia tutkimustyössä on useita. Tutkijan tulee toimia rehellisesti, perehtyä hyvin tutkimaansa aihealueeseen ja olla kiinnostunut hankkimaan uutta tietoa siitä. Lisäksi varmistua siitä, että hänen tekemästään tutkimuksensa kunnioittaa ihmisarvoa yleisellä ja moraalisisella tasolla, edistää omalla toiminnallaan mahdollisuutta tehdä tutkimusta, kunnioittaa toisia tutkijoita, ei aiheuta liian suurta vahinkoa ja osaltaan huolehtii siitä, että eettiset vaatimukset toteutuvat tieteellisen informaation hyödyntämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018.) Tärkeää on antaa muille tutkijoille

heille kuuluva arvostus ja tunnustus työstään hyödyntäessään tutkimustuloksia esimerkiksi huolehtimalla viittausten käytön oikeellisuudesta. Eettisen kestävyiden toteutumisesta täytyy huolehtia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmissä. (Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) 2023.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa olennaista on, että sen tekijä tunnistaa omat henkilökohtaiset näkemyksensä aiheesta, jotka vaikuttavat tapaan, jolla hän lähestyy aihetta, kuten esimerkiksi tutkimuskysymyksiä asetellun. Kun tekijä on tietoinen omasta henkilökohtaisesta näkemyksestään, hän osaa ottaa paremmin huomioon sen vaikutuksen työhönsä ja myös tutkimuksensa tuloksiin. Tässä auttaa läpinäkyvyys koko kirjoitusprosessin läpi. Tärkeää on kiinnittää huomiota etenkin kirjoittajan käyttämiin perusteisiin aineistoa valittaessa. Perusteet tulisi olla selkeästi eriteltynä, jotta luotettavuus säilyy. Tulosten esittämisessä huomiota tulisi kiinnittää siihen, että tukevatko saadut tulokset toisiaan vai onko niissä jopa ristiriitoja. Toisistaan paljon eriävät tutkimustulokset heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta voi heikentää myös se, jos tutkimuksessa ei oteta huomioon sitä, minkä aiheiden tutkimukseen tehty tutkimus antaa aihetta tutkia jatkossa. (Ahonen ym. 2013.)

Laadullisen tutkimuksen yksi luotettavuutta heikentävistä tekijöistä on se, että tutkija saattaa tehdä tutkimusta yksin, mikä heikentää hänen kykyään olla objektiivinen tekemäänsä tutkimusta kohtaan. Luotettavuuteen vaikuttaa myös vahvasti se, että tutkimuksen tulokset sekä rajoitukset ja vahvuudet esitetään tutkimuksessa lukijalle ymmärrettävällä tavalla ja avoimesti. Myös tutkimuksessa aineistossa käytetyt kategoriat tulisi valita huolellisesti, että ne kattavat varmasti koko käytetyn aineiston riittävässä määrin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018.)

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan yllä mainittuja menetelmiä. Tutkijoita oli kaksi ja aineistoa käytiin läpi sekä itsenäisesti että yhdessä. Aineiston ja löydösten esittämisen apuna käytettiin taulukoita ja kuvioita selkeyden varmistamiseksi. Aineiston valinnan teon vaiheet eriteltiin huolellisesti ja tutkimuksiin ja muihin lähteisiin viitattaessa käytettiin asianmukaisia lähdeviitteitä. Aiheeseen perehdyttiin syvällisesti ja käytetty aineisto valittiin huolellisesti. Kaikki käytetyt tutkimukset olivat englanninkielisiä. Koska Englanti ei ole tämän opinnäytetyön tekijöiden äidinkieli, on virheellisiä käännöksiä voinut tapahtua. Tutkimuksissa tuli vastaan myös ilmaisia, joille suomenkielisen vastikkeen löytäminen oli hankalaa esimerkiksi Suomen terveydenhuollon järjestelmän erojen vuoksi.

Osa valituista tutkimuksista ei käsittele pääasiallisesti paksu- ja peräsuolikirurgisia potilaita, vaan tämä potilasryhmä on ollut joku yksi tutkituista potilasryhmistä tai tutkimus on ollut yleisesti nopean toipumismallin potilaista. Osa valituista tutkimuksista tuli tulokseksi useammassakin haussa. Pääasiassa on pyritty hyödyntämään sekä sairaanhoitajan että potilaan näkökulmaa hoitoon liittyen. Kuitenkaan kaikissa tutkimuksissa ei ole käsitelty vain sairaanhoitajan osuutta potilaan hoidossa, vaan myös muiden terveydenhuollon alan ammattilaisten kuten lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan. Tämä on ollut välillä selvästi erotettavissa tutkimusten tuloksista. Kuitenkin toisinaan terveydenhuollon ammattilaisista puhutaan yhtenä ryhmänä, eikä tällöin käy ilmi, kuinka suuri osa heistä on ollut sairaanhoitajia. Siitä huolimatta näidenkin tutkimusten tulokset tuovat arvokasta ja sovellettaessa olevaa tietoa valittuihin tutkimuskysymyksiin.

Iso osa käytetyistä tutkimuksista oli kirjallisuuskatsauksia, joita pidetään vähemmän luotettavimpina kuin esimerkiksi tutkimuksia, joissa on käytetty haastattelua yhtenä menetelmänä. Lisäksi osassa kirjallisuuskatsauksista niiden tutkimusmateriaalina olleita kirjallisuuskatsauksia ei ole luokiteltu hyvälaatuisiksi. Yhdessä kirjallisuuskatsauksessa oli käytetty osittain samoja lähteitä mitä tässä opinnäytetyössä on käytetty. Osa tutkimuksista on valittu hakujen ulkopuolelta. Näin ollen on mahdollista, että tämä ohjaa osaltaan saatuja tutkimustuloksia. Osa käytetyistä tutkimuksista oli saanut rahoitusta. Osa saaduista tuloksista oli ristiriidassa keskenään.

### **6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa paksu- ja peräsuolikirurgisten leikkauspotilaiden postoperatiivisen hoidon ohjaamisen toteutumista nopean toipumisen mallissa. Tutkimustulosten perusteella ensimmäisenä johtopäätöksenä voidaan ajatella ohjauksen olevan osin riittämätöntä. Riittämätön potilasohjaus puolestaan heikentää potilaan kykyä selviytyä omahoidostaan. Ohjauksen sisältöä tarkentamalla ja ohjaukseen panostamalla entistä enemmän voitaisiin välttyä potilaiden epävarmuuden tunteelta, jolloin kotona toipuminen olisi potilaalle mahdollisimman helppoa. Lisäksi välttyttäisiin ylimääräisiltä yhteydenotoilta, mikä puolestaan keventäisi myös terveydenhuollon työkuormaa. Potilaiden ohjaus vaatii hoitohenkilökunnalta aikaa ja resursseja.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että hoitohenkilöstön kiireisyys vaikuttaa omalta osaltaan myös potilasohjaukseen. Potilasohjauksen kannalta olisi tärkeää, että potilaalle annettaisiin aikaa

myös itse kysyä kysymyksiä sekä on hyvä varmistua siitä, että potilas ymmärtää ohjeet, jotta toipuminen sujuisi mahdollisimman hyvin kotona. Kiireisyys voi omalta osaltaan olla vaikuttamassa siihen, ettei potilaalle anneta mahdollisuutta olla osallisena oman hoitonsa suunnittelussa. Toisaalta taas potilaan oma osallisuus hoidossa voisi vähentää hoitohenkilöstön kuormaa ja potilaan motivaatio omaa toipumista kohtaan voisi kasvaa. Hyvä omahoito vaatii sen, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjeet ja osaa noudattaa niitä. Potilaan motivointiin ja neuvontaan panostaminen on sekä potilaan että hoitohenkilökunnan eduksi. Tällöin voidaan välttyä turhilta vastaanotto- tai päivystyskäynneiltä sekä soitoilta. Varhainen vastuu ja huono ohjeistus yhdistettynä voi lisätä potilaan omaa epävarmuuden tunnetta, jolloin potilas ei välttämättä uskalla ottaa vastuuta omasta toipumisestaan.

Tutkimuksissa kävi ilmi, että osalla potilaista ei ollut tarpeeksi tietoa ERAS-protokollasta, joten hoitohenkilökunnan on tärkeää informoida potilasta ERAS-protokollasta tai muusta nopean toipumisen mallista ja sen hyödyistä, jolloin potilaan sitoutuminen hoitoonsa voisi helpottaa. Protokollan ohjeiden noudattamisen onnistumisen kannalta potilaille on syytä selvittää hoidon tavoitteet, sekä miksi asioita tehdään niin kuin tehdään. Johtopäätöksenä voisi ajatella, että ERAS-protokollasta on ohjeistettava tarkemmin, jotta potilailla olisi parempi ymmärrys siitä, mitä heiltä odotetaan ja miksi. Onkin siis selvää, että potilaan ollessa tietoinen ERAS-protokollasta ja siihen kuuluvista elementeistä, on potilaan helpompi noudattaa saamiaan ohjeita ja potilas pystyy paremmin olla osallisena oman hoitonsa suunnittelussa sekä ottamaan vastuuta. Sairaanhoidajan rooli potilaan motivoimisessa on tärkeä.

ERAS-protokollan noudattamista tulisi suhteuttaa siten, että potilaiden yksilölliset tarpeet tulee huomioiduksi. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että tämänhetkinen protokolla keskittyy pitkälti kotiutuskriteerien täyttymiseen, jolloin potilaita ei huomioida yksilöllisesti. Hoitohenkilöstön tulisi huomioida tarkemmin potilaan taustat ja voimavarat, jotta potilaat selviytyisivät paremmin kotona toipumisesta. Potilaat ovat eri ikäisiä ja tulevat eritaustoista, jolloin on selvä, ettei ohjeiden orjallinen noudattaminen välttämättä onnistu ja näin ollen hoitoa tulee tarkastella yksilöllisestä näkökulmasta. Tulosten perusteella voidaan siis päätellä, että potilaan fyysisten kriteerien täytyminen huomioidaan, mutta henkinen valmius jätetään vähemmälle huomioidulle.

Viimeisenä johtopäätöksenä tuomme esiin, että yhteydenottamista postoperatiivisesti tulisi selkeyttää. Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, ettei yhteydenottaminen postoperatiivisesti ole tällä hetkellä tarpeeksi selkeää. ERAS-protokollan mukaisesti menevät potilaat kotiutuvat varhain, jolloin potilaat joutuvat ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. On tärkeää, että potilailla olisi selvää se, kehen olla yhteydessä mahdollisten ongelmien tai kysymysten ilmaantuessa. Mikäli yhdistetään ohjauksen riittämättömyys ja yhteydenoton epäselvyys, syntyy tästä helposti ongelmaa potilaan toipumisen onnistumisen kannalta.

Löysimme nopean toipumisen malleista vain ulkomaisia tutkimuksia, joten voisi olla aiheellista tutkia niiden toteutumista myös Suomessa. Tällöin saataisiin tietoa siitä, kuinka hyvin olemassa olevat tutkimustulokset ovat sovellettavissa ja onko maiden välillä eroavaisuuksia. Lisäksi, koska ohjauksen monella osa-alueella koettiin olevan epäselvyyksiä, voisi olla hyvä tutkia sitä, miten sairaanhoitajien perehdytys nopean toipumisen malleihin toteutuu tällä hetkellä. Esimerkiksi kuinka paljon tähän käytetään resursseja ja onko perehdytys tasalaatuista muun muassa eri sairaanhoitopiirien välillä.

## Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Buure, T., Ekola, S., Partamies, S. & Sulosaari, V. 2020. 121-120, 536. Kliininen hoitotyö. 8.–9. p. Helsinki: Sanoma Pro.

Ahonen, S-M., Jääskeläinen, P., Kangasniemi, M., Liikanen, E., Pietilä, A-M. & Utriainen, K. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede*. 25 (4) 293. Viitattu 2.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.

Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja*. Turun yliopisto. 2. p. 2-9. Turku: Juvenes Print.

Bernard, H. & Foss, M. 2014. Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). *British journal of nursing*. Vol 23, No 2. Viitattu 25.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, Medline.

Cohen, R. & Gooberman-Hill, R. 2019. Staff experiences of enhanced recovery after surgery: systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*; London. 9, 2, 1-11. Viitattu 24.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

Gillis, C., Gill, M., Marlett, N., MacKean, G., Germann, K., Gilmour, L., Nelson, G., Wasylak, T., Nguyen, S., Araujo, E. Zelinsky, S. & Gramlich, L. 2017. Patients as partners in Enhanced Recovery After Surgery: A qualitative patient-led study. *BMJ Open*; London. 7, 6, 1-10. Viitattu 24.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

Gramlich, L., Sheppard, C., Wasylak, T., Gilmour, L., Ljungqvist, O., Basualdo-Hammond, C. & Nelson, G. 2017. Implementation of Enhanced Recovery After Surgery: a strategy to transform surgical care across a health system. *Implementation Science*; London. 12, 67, 1-17. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

Elo, S., Kääriäinen, M. & Lehtonen, K. 2017. Suolistosyöpöpotilaan preoperatiivinen ohjaus: ammattilaisen näkökulma. *Hoitotiede* 2017 29 (4). Viitattu 16.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.

Hamari, L. & Niela-Vilén, H. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja*. Turun yliopisto. 2. p. 25-27, 30-31. Turku: Juvenes Print.

Heikkinen, K. 2024. Leikkauspotilaan ohjauksen sisältö. *Anestesiakäsikirja*. Viitattu 22.5.2024. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.

Herbert, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A. & Atkinson, C. 2017. Healthcare professionals views of the enhanced recovery after surgery programme: a qualitative investigation. *BMC Health Services Research*. 17, 617. Viitattu 24.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

Hiltunen, A-M. & Savikko, J. 2018. Henkilöstön motivointi optimoi toipumista leikkauksesta. *Kustannus Oy Duodecim*. Viitattu 21.2.2024. <https://helda.helsinki.fi/ser-ver/api/core/bitstreams/9274531c-20b1-42ca-b568-02b374c21ddd/content>.

Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). 2023. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Viitattu 24.2.2024. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>.

Hyöty, M. 2019. ERAS-elementit. Hoitotyön tietokanta. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.3.2024. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.

Ivaska, J., Mustjoki, S. & Ristimäki, A. 2023. Syövän synty, kasvu, leviäminen ja syyt, ydinasiat. Syöpäsairaudet. Duodecim. Viitattu 1.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Jones, D., Musselman, R., Pearsall, E., McKenzie, M., Huang, H. & McLeod, R. 2017. Ready to go home? Patients' experiences of the discharge process in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for colorectal surgery. J Gastrointest Surg. 21:1865-1878. Viitattu 25.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

Kairaluoma, M. 2018a. Peräsuolen prolapsi ja tuppeuma. Kirurgia. Duodecim. Viitattu 14.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Kairaluoma, M. 2018b. Peräsuolen prolapsin hoito. Kirurgia. Duodecim. Viitattu 14.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Kairaluoma, M. 2018c. Peräsuolen tuppeuman hoito. Kirurgia. Duodecim. Viitattu 14.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kirurgia. 2018. Duodecim. Toim. Kuokkanen, H., Leppäniemi, A. & Salminen, P. Viitattu 14.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Kössi, J., Savikko, J. & Scheinin, T. 2016. Optimoidun toipumisen ohjelmat vatsaelinkirurgiassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 13.3.2024. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo13324>.

Lausmaa, M., Marttinen, K. & Smidtslund-Rastas, A-C. 2021. Avannepotilaan hoito. Hoitotyön toiminnot. Viitattu 20.11.2024. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.

Leikkaushaavan hoito. 2022. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 22.5.2023. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.

Leppäniemi, A. & Salminen, P. 2018a. Paksusuolen kiertymät ja pseudo-obstruktio. Kirurgia. Duodecim. Viitattu 14.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Leppäniemi, A. & Salminen, P. 2018b. Paksusuolen pseudo-obstruktio. Kirurgia. Duodecim. Viitattu 14.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Leppäniemi, A. & Salminen, P. 2018c. Sigmasuolen kiertymä. Kirurgia. Duodecim. Viitattu 14.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Leppäniemi, A. & Salminen, P. 2018d. Umpisuolen (caecum) kiertymä. Kirurgia. Duodecim. Viitattu 14.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Lithner, M., Klefgard, R., Johansson, J. & Andersson, E. 2015. The significance of information after discharge for colorectal cancer surgery—a qualitative study. BMC Nursing. 14, 1-8. Viitattu 26.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

Louhimo, J., Puolakkainen, P. & Sallinen, V. 2019. Onko gastroenterologinen kirurgia liian laajaerikoisala? Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.2.2024. <https://helda.helsinki.fi/ser-ver/api/core/bitstreams/ba4181de-839a-4697-a756-5d2c1c3d9bb9/content>.

Mallat, N. & Mosorin, M. 2023. Kuntoutumista edistävä työote (ERAS) perioperatiivisessa hoidossa. Anestesiakäsikirja. Viitattu 9.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.

Ompeloiden ja haavahakasten poisto. 2022. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 22.5.2024. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.

Petersson, Å., Hellström, A., Assarsson, J. & Schildmeijer, K. 2022. Following a standardised pathway: Healthcare professionals' perspectives on person-centred care within ERAS for patients with colorectal cancer. Journal of clinical nursing. 2023-07, Vol.32 (13-14), p. 4070-4080. Viitattu 23.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, Medline.

Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. 2022. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 19.3.2024. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.

Puolakkainen, P. 2023a. Kirurginen hoito, ydinasiat. Syöpäsairaudet. Duodecim. Viitattu 1.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Puolakkainen, P. 2023b. Syöpäkirurginen hoito. Syöpäsairaudet. Duodecim. Viitattu 1.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Ruel, M-C., Garcia, M-P. & Arbour, C. 2020. Transition from hospital to home after elective colorectal surgery performed in an enhanced recovery program: An integrative review. Nursing open. 2021;8:1550-1570. Viitattu 24.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, Medline.

Ruoansulatuskanavan rakenne ja toiminta. 2023. Terveyskylä. <https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lasten-sairauksista/vatsaoireet-ja-ruoansulatuskanavan-sairaudet/ruoansulatuskanavan-rakenne-ja-toiminta>.

Ruohoaho, U-M. 2016. Nopean toipumisen mallin leikkaustoiminnassa – LYHKI, HERKO, SEUKO? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 2.4.2024. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo13196>.

Sallinen, V. 2018. Akuutin divertikuliitin luokittelu ja hoito. Kirurgia. Duodecim. Viitattu 14.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Sallinen, V. & Salminen, P. 2019. Gastroenterologinen kirurgia – kandin tietolaatikko. Aikakauskirja Duodecim. 135 (16). Viitattu 24.2.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15069>.

Samuelsson, K., Egenvall, M., Klarin, I., Lökk, J., Gunnarsson, U. & Iwarzon, M. 2018. The older patient's experience of the healthcare chain and information when undergoing colorectal cancer surgery according to the enhanced recovery after surgery concept. Journal of clinical nursing. 1580–1588. Viitattu 23.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, Medline.

Scheinin, T. 2018. Paksusuolen syövän hoito. Kirurgia. Duodecim. Viitattu 14.4.2024. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Short, V., Atkinson, C., Ness, A. R., Thomas, S. Burden, S. & Sutton, E. 2016. Patient experiences of perioperative nutrition within an Enhanced Recovery After Surgery programme for colorectal surgery: a qualitative study. Colorectal Dis. 18, 2, 74-80. Viitattu 24.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Sier, M., Godina, E., Tweed, T., Daher, I. & Stoot, J. 2024. Views and experiences of healthcare professionals and patients on the implementation of a 23-hour accelerated enhanced recovery programme: a mixed-method study. BMC Health Services Research. 24:330. Viitattu 25.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

Syövän hoito. 2023. Kansantaudit. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.4.2024. <https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/syopa/syovan-hoito>.

Tunturi, S. 2024. Ommellun haavan hoito kotona ja haavatulehdus. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01126>.

Tunturi, S. 2022. Suolen umpipussitauti (divertikuloosi ja divertikuliitti). Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 14.4.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00094>.

Vilkkä, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Helsinki: Art House. Viitattu 23.2.2024. <https://janet.finna.fi>, Ellibslibrary.

Wang, D., Hu, Y., Liu, K., Liu, Z., Chen, X., Cao, L., Zhang, W., Li, K. & Hu, J. 2023. Issues in patients' experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS) : a systematic review of qualitative evidence. BMJ open 2023-02. Vol. 13 (2). P.e068910-e068910. Viitattu 24.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

Wennström, B., Johansson, A., Kalabic, S., E-Son Loft, A-L., Skullman, S. & Bergh, I. 2020. Patient experience of health and care when undergoing colorectal surgery within the ERAS program. Perioperative Medicine; London. 9, 15, 1-12. Viitattu 24.10.2024. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest.

What is a Gastroenterologist? N.d. American College of Gastroenterology. Viitattu 16.2.2024. <https://gi.org/patients/gi-health-and-disease/what-is-a-gastroenterologist/>.

Österlund, P. 2023. Suolistosyöpä (ohutsuolen, paksusuolen ja peräsuolen syöpä). Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 14.4.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01087>.

## Liitteet

### Liite 1. Tiedonhaku taulukoituna

Tietokanta ja tiedon haun päivämäärä	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin (eli tiivistelmän) perusteella valitut	Lopullisia valittuja artikkeleita
<b>Medline</b> <b>16.4.2024</b>	"fast track recovery" OR "enhanced recovery after surgery" OR "fast track" AND "colorectal surgery" AND "nurs*"	Peer reviewed, Linked full text, 2014-2023	7	6	5	3
<b>Cinahl</b> <b>17.4.2024</b>	(eras or enhanced recovery after surgery) AND recovery AND colorectal	Peer reviewed, full text, 2014-2024, in English	47	25	13	0
<b>Proquest</b> <b>28.5.2024</b>	(patient experience) AND (discharge process) AND abstract(enhanced recovery after surgery) AND colon AND nurse AND intervention	Peer reviewed, full text, last ten years, English	81	24	12	7
<b>ScienceDirect</b> <b>3.5.2024</b>	eras, colorectal, recovery, discharge	2014-2024, English, review articles, research article	45	27	10	0
<b>Medline</b> <b>16.4.2024</b>	"fast track recovery" OR "enhanced recovery after surgery" OR "fast track" AND "discharg*" AND "nurs*"	Linked full text, peer reviewed, 2014-2024	31	5	4	1

## Liite 2. Tutkimukset taulukoituna

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET
Bernard, H. & Foss, M. 2014. Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). British journal of nursing. Vol 23, No 2. Iso-Britannia.	Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ERAS-protokollan mukaisesti hoidettujen potilaiden kokemuksia.	Tutkimuksessa lähetettiin informaatilappuja ja kutsuja paksu- ja peräsuolikirurgisella osastolla olleille potilaille. Vastanneille soitettiin ja kutsuttiin haastateluun. Neljää potilasta haastateltiin tutkimukseen.	Laadullinen semi-strukturoitu haastattelu	Osallistujat kertoivat useista hyvistä ERAS-kokemuksistaan, mutta tuloksissa korostui kotiutumisen jälkeisen tuen parantaminen.
Cohen, R. & Goberman-Hill, R. 2019. Staff experiences of enhanced recovery after surgery: systematic review of qualitative studies. BMJ Open; London. 9, 2, 1-11. Yhdistynyt kuningaskunta.	Terveystieteiden ammattilaisten ERAS-mallista olevien kokemusten ja näkemysten selvittämien.	8 laadullista tutkimusta, joissa pääpaino terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmassa. Kuudesta maasta ja neljää eri erikoisalaa koskien.	Laadullisten tutkimusten systemaattinen katsaus	Tutkimuksesta nousi esille viisi pääteemaa: kommunikaatio ja yhteistyö, muutosvastaisuus, protokollaan perustavan hoidon rooli ja merkittävyys, tieto ja odotukset.

<p>Gillis, C., Gill, M., Marlett, N., MacKean, G., Germann, K., Gilmour, L., Nelson, G., Wasylak, T., Nguyen, S., Araujo, E. Zelinsky, S. &amp; Gramlich, L. 2017. Patients as partners in Enhanced Recovery After Surgery: A qualitative patient-led study. <i>BMJ Open</i>; London. 7, 6, 1-10. Kanada.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa ERAS-mallin mukaan leikatuista paksu- ja peräsuolikirurgisista potilaista, jotta potilaan sitoutumista ERAS-malliin voidaan edistää.</p>	<p>27 paksu- ja peräsuolen leikkauksessa ollutta potilasta, joiden leikkauksesta enintään 12 kuukautta.</p>	<p>Laadullinen potilasjohtoinen tutkimus</p>	<p>Tutkimuksessa havaittiin viisi tärkeää kohtaa, joilla potilaan sitoutumista ERAS-malliin voidaan edistää: Protokollien ja niiden tarkoituksen perusteellinen avaaminen; potilaiden psyykkisen, fyysisen ja emotionaalisen valmistautumisen tukeminen laajentamalla ERAS-ohjenuoria preoperatiiviseen vaiheeseen; ERAS-ohjenuorien tekeminen kotona toipumiseen; vertaistukiohjelman järjestäminen ja yksilöllisyyden huomioiminen osana ERAS-mallia.</p>
<p>Gramlich, L., Sheppard, C., Wasylak, T., Gilmour, L., Ljungqvist, O., Basualdo-Hammond, C. &amp; Nelson, G. 2017. Implementation of Enhanced Recovery After Surgery: a strategy to transform surgical care across a health system. <i>Implementation Science</i>; London. 12, 67, 1-17. Kanada.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Theoretic Domains Framework -mallin vaikutusta leikkaushoitoon ja analysoida ERASin toteutumista eri paikoissa.</p>	<p>189 dokumenttia, joissa oli 2188 sisäeroittokriteerit täyttävää lainausta, jotka analysoitiin.</p>	<p>Laadullinen ja määrällinen tutkimus</p>	<p>ERASin näyttöön perustuvien ohjeiden noudattaminen oli 40 prosenttia. Esteiksi ja helpottaviksi tekijöiksi löytyi tutkimuksessa potilaat, kliininen käytäntö, yksittäinen palveluntarjoaja, organisaatio ja ulkoinen ympäristö.</p>

<p>Herbert, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A. &amp; Atkinson, C. 2017. Healthcare professionals views of the enhanced recovery after surgery programme: a qualitative investigation. BMC Health Services Research. 17, 617. Iso-Britannia.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin ERAS-protokollan noudattamisen onnistumisen edesauttavia tekijöitä sekä haasteita kolmella eri erikoisalalla: paksu- ja peräsuolikirurgia, pään ja kaulan alueen kirurgia sekä rintakehän alueen kirurgia.</p>	<p>Tutkimuksessa oli haastateltu 26 terveydenhuollon ammattilaista.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Edesauttaviksi tekijöiksi tunnistettiin muun muassa henkilökunnan koulutus, potilaan koulutus ja sitouttaminen sekä johtajuus. Haasteina puolestaan pidettiin potilaiden siirtymistä osastoille, jossa ei toimittu ERASin mukaan, potilaan yksilöllisen tilan huomiointi hoidossa ja erilaiset kulttuurit eri osastoilla.</p>
<p>Jones, D., Musselman, R., Pearsall, E., McKenzie, M., Huang, H. &amp; McLeod, R. 2017. Ready ro go home? Patients' experiences of the discharge process in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for colorectal surgery. J Gastrointest Surg. 21:1865-1878. Kanada.</p>	<p>Tutkimuksessa arvioidaan potilaiden tyytyväisyyttä, kotiutustarpeita ja jatkohuolia ERAS-protokollassa.</p>	<p>490 ERAS-protokollan mukaan menevää paksu- ja peräsuolikirurgista potilasta haastateltiin joista 219 vastasi.</p>	<p>Määrällinen tutkimus. Toimitettiin kyselytutkimuksena potilaille sähköpostitse kotiutuksen jälkeen.</p>	<p>93% olivat tyytyväisiä kotiutumiseen liittyvään tietoon ja 90% koki olevansa valmiita kotiutumaan. 86% potilaista näkivät heidän kirurginsa kuuden viikon sisällä ja olivat tyytyväisiä jatkohoitosuunnitelmaan. Osa potilaista kuitenkin koki saaneensa huonoa tietoa leikkauksen jälkeen esimerkiksi siitä, kuinka selvittää ongelmien kanssa. Avannepotilaat halusivat enemmän tietoa siitä mitä odottaa leikkauksen jälkeen ja mikä on normaalia.</p>

<p>Lithner, M., Klef-gard, R., Johansson, J. &amp; Andersson, E. 2015. The significance of information after discharge for colorectal cancer surgery—a qualitative study. BMC Nursing. 14, 1-8. Ruotsi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa paksu- ja peräsuolikirurgisten potilaiden tiedon tarvetta ja kokemusta saadusta tiedosta.</p>	<p>Haastateltu 16 paksu- ja peräsuolileikkauksesta kotiutunutta potilasta Ruotsista, yhteensä 31 haastattelua.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Potilaat kokivat olonsa ahdistuneiksi joutuessaan odottamaan tietoa pitkiäkin aikoja. Heidän kehoon ja jaksamisessaan tapahtui muutoksia, jotka vaikuttivat heidän kykynsä hallita elämäänsä. Potilaat halusivat olla osallisia omassa hoidossaan, jotta saisivat hallinnan tunnetta elämästään.</p>
<p>Petersson, Å., Hellström, A., Assarsson, J. &amp; Schildmeijer, K. 2022. Following a standardised pathway: Healthcare professionals' perspectives on person-centred care within ERAS for patients with colorectal cancer. Journal of clinical nursing. 2023-07, Vol.32 (13-14), p. 4070-4080. Ruotsi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esiin näkemyksiä, joita terveydenhuollon henkilöstöllä on yksilökeskeisestä paksu- ja peräsuolikirurgisen potilaan hoidosta ERAS-protokollan sisällä.</p>	<p>Tutkimuksessa oli 4 ryhmää, joita haasteltiin. Ryhmiin kuului 22 terveydenhuollon ammattihenkilöä, joilla oli 1-29 vuotta työkokemusta paksu- ja peräsuolikirurgisten potilaiden kanssa. Osallistujista 15 oli sairaanhoitajia, 5 oli apulaishoitajia ja 2 kuntoutushoitajaa.</p>	<p>Laadullinen perinteinen sisällönanalyysi</p>	<p>Päätuloksina saatiin kolme teemaa, jotka olivat terveydenhuollon viitekehys, erilaisuuden kohtaaminen ja vuorovaikutus potilaan kanssa sairauden ulkopuolella.</p>

<p>Ruel, M-C., Garcia, M-P. &amp; Arbour, C. 2020. Transition from hospital to home after elective colorectal surgery performed in an enhanced recovery program: An integrative review. Nursing open. 2021;8:1550-1570. Kanada.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia ERAS-protokollan mukaista sairaalasta kotiin siirtymistä paksu- ja peräsuolikirurgisen leikkauksen jälkeen.</p>	<p>Tutkimukseen oli valittu 44 artikkelia. Sähköisiä tietokantoja käytettiin.</p>	<p>Integratiivinen katsaus</p>	<p>Tuloksista kävi ilmi, että siirtymä on monimuotoinen, mutta kokonaisvaltainen ymmärrys voi olla avuksi sairaanhoitajille tunnistaa omaa rooliaan kotona tapahtuvan hoidon optimoimiseksi.</p>
<p>Samuelsson, K., Egenvall, M., Klarin, I., Löck, J., Gunnarsson, U. &amp; Iwarzon, M. 2018. The older patient's experience of the healthcare chain and information when undergoing colorectal cancer surgery according to the enhanced recovery after surgery concept. Journal of clinical nursing.1580–1588. Ruotsi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ikääntyneiden paksu- ja peräsuolikirurgisten syöpäpotilaiden kokemuksia terveydenhuollon hoitoketjusta ja informaatiosta ennen ja jälkeen leikkauksen.</p>	<p>16 yli 75 v. potilasta, joille oli tehty elekttiivinen paksu- ja peräsuolikirurgisen syövän leikkaus 2013-2014.</p>	<p>Laadullinen kuvaileva tutkimus, joka toteutettiin semi-strukturoidulla haastattelulla.</p>	<p>Päätulokset jaettiin leikkauksen edeltävään, sairaalassaoloaikaan ja kotiutumisen jälkeisiin tuloksiin. Leikkauksen edeltävässä hoidossa koettiin ongelmalliseksi tiedon ja avun puute. Sairaalassaoloajasta nousi ilmi kielteinen käsitys sairaalaympäristöstä, tuen tarve, sekä ahdistus tulevaisuudesta. Kotiutumisen jälkeen: kuntoutus koettiin puutteelliseksi, ravitsemusvaikeuksien ilmeneminen, vastuunjaon epäselvyys ja omahoidon ohjauksen ymmärtämättömyys.</p>

<p>Short, V., Atkinson, C., Ness, A. R., Thomas, S. Burden, S: &amp; Sutton, E. 2016. Patient experiences of perioperative nutrition within an Enhanced Recovery After Surgery programme for colorectal surgery: a qualitative study. <i>Colorectal Dis.</i> 18, 2, 74-80. Iso-Britannia.</p>	<p>Tutkimuksessa oli tavoitteena löytää esteitä tai helpottavia tekijöitä ravitsemuksen toteuttamiseen ERAS-protokollassa.</p>	<p>Tutkimuksessa oli haastateltu 16 paksu- ja peräsuolikirurgisessa leikkauksessa käynyttä potilasta ennen kuin he kotiutuvat sairaalasta.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Haasteina koettiin tiedon toistuvuus, ristiriitaisuus ja epäspesifisyys. Myös sairaalaympäristö, avanteen hoito, pahoinvointi ja oksentaminen sekä huonot kokemukset ravinnestjuomista. Helpottavina tekijöinä koettiin vuorovaikutus henkilökunnan kanssa, ruokaan liittyvä valinta ja motivaatio päästä sairaalasta kotiin.</p>
<p>Sier, M., Godina, E., Tweed, T., Daher, I. &amp; Stoot, J. 2024. Views and experiences of healthcare professionals and patients on the implementation of a 23-hour accelerated enhanced recovery programme: a mixed-method study. <i>BMC Health Services Research.</i> 24:330. Alankomaat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli ymmärtää sekä terveydenhuollon ammattilaisten että potilaiden näkemyksiä accelerated enhanced recovery after surgery-protokollasta.</p>	<p>Haastateltu kolmeatoista terveydenhuollon ammattilaista, joista suurin osa lääkäreitä sekä yhtätoista paksusuoli-leikattua potilasta.</p>	<p>Mixed method study, yhdistelmä laadullista ja määrällistä tutkimusta</p>	<p>Terveydenhuollon ammattilaiset tukevat CHASE protokollaa. Useimmat potilaat pitivät ajatuksesta aikaisesta kotiutumisesta ja olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Toisaalta potilaat kokivat saavansa eriävää tietoa eri terveydenhuollon ammattilaisilta tai tietoa oli liian laajasti.</p>

<p>Wang, D., Hu, Y., Liu, K., Liu, Z., Chen, X., Cao, L., Zhang, W., Li, K. &amp; Hu, J. 2023. Issues in patients' experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS) : a systematic review of qualitative evidence. BMJ open 2023-02. Vol. 13 (2). P.e068910-e068910. Kiina.</p>	<p>Selvittää ERAS-protokollan mukaan menevien potilaiden kokemuksia ja tunnistaa ongelmia, jotka liittyvät ERAS-protokollan toteuttamiseen.</p>	<p>Neljä tietokantaa käytettiin, joista löytyi 31 tutkimusta, joissa oli yhteensä 1069 ERAS-protokollan mukaan menevää kirurgista potilasta.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Tuloksissa nousi esille rakenteisiin, prosessiin ja tuloksiin liittyviä teemoja. Rakenteisiin liittyivät olivat hoitohenkilöstön avun ajantasaisuus, perhehoidon ammattimaisuus, ERAS-protokollan väärin ymmärtäminen. Prosessiin liittyvissä tuloksissa kävi ilmi seuraavaa: potilaat kaipaavat tarkkaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisilta, kommunikaatio ammattilaisten kanssa, henkilökohtaisen hoitosuunnitelman laatimisen tärkeys ja jatkuvia seurantapalveluja kaivattiin. Tuloksiin liittyvä teema oli, että potilaat halusivat parantaa vaikeita leikkauksen jälkeisiä oireita.</p>
--	---	--	---	--

<p>Wennström, B., Johansson, A., Kalabic, S., E-Son Loft, A-L., Skullman, S. &amp; Bergh, I. 2020. Patient experience of health and care when undergoing colorectal surgery within the ERAS program. Perioperative Medicine; London. 9, 15, 1-12. Ruotsi.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata paksu- ja peräsuolikirurgisessa leikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia terveydestä ERAS-mallissa sairaalassaolon aikana ja kahden viikon sisällä kotiutumisesta.</p>	<p>ERAS-HEALTH-kyselylomake ja puheluhaastattelu. 80 potilasta aikaväliltä lokakuu 2016 – kesäkuu 2018.</p>	<p>Laadullinen ja määrällinen tutkimus</p>	<p>Pääasiassa potilailla oli positiivinen kokemus ja he kotiutuivat hyvillä mielin. Hankalimmaksi oireeksi koettiin leikkauksen jälkeinen väsymys. Tietoa haluttiin enemmän sekä parempaa kivun hoitoa ja ruoan ja parempaa ympäristön huomioimista.</p>
---	--	---	--	--