

Katariina Huhtala, Katja Miettunen & Lotta Vuokila

TÄHTÄIMESSÄ TULEVAISUUS

Gynekologisen leikkauspotilaan hoitoprosessin kehittäminen

TÄHTÄIMESSÄ TULEVAISUUS

Gynekologisen leikkauspotilaan hoitoprosessin kehittäminen

Katariina Huhtala
Katja Miettunen
Lotta Vuokila
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen
ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijät: Katariina Huhtala, Katja Miettunen & Lotta Vuokila

Opinnäytetyön nimi: TÄHTÄIMESSÄ TULEVAISUUS – Gynekologisen leikkauspotilaan hoitoprosessin kehittäminen

Työn ohjaajat: Yliopettaja TtT Pirkko Sandelin & Yliopettaja TtT Liisa Kiviniemi

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2016

Sivumäärä: 75 sivua + 4 liitesivua

Maamme sosiaali- ja terveydenhuolto on jatkuvan haasteen, kehittämisen ja johtamisen muutosten keskellä, niin myös gynekologisen toimenpidepotilaan hoitoprosessi. Onnistunut muutos vaatii järjestelmä-, potilas- ja työntekijälähtöisen kehittämisen yhdistämistä. Potilaslähtöisyyden tulee olla sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen keskiössä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia gynekologisen toimenpiteen pre-, intra, ja post-operatiivisista vaiheista sekä eri vaiheita koskevasta potilasohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista tietoa gynekologisen toimenpidepotilaan perioperatiivisen prosessin kehittämiseksi. Aihe lähtee käytännön tarpeesta ja on työelämälähtöinen. Opinnäytetyö toteutettiin Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien vastuualueella.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin gynekologises-sa toimenpiteessä (keisarinleikkaus, laparoskopia, laparotomia ja alatieleikkaus) olleilta potilailta puhelimitse tehdyllä teemahaastattelulla. Haastateltavia oli kolmekymmentä (30) ja heille jokaiselle tehtiin yksilöhaastattelu, joka nauhoitettiin. Aineisto litteroitiin ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimukseen osallistuneet kokivat saaneensa pääosin hyvää ja ammattitaitoista hoitoa koko sairaalassaoloajan, niin poliklinikalla, kuin vuode- ja leikkausosastollakin. Hoitohenkilökunta koettiin ystävällisenä ja potilasta hyvin huomioivana. Suulliseen ja kirjalliseen ohjaukseen oltiin tyytyväisiä ja ne tukivat toisiaan. Hyvä ohjaus toimenpiteen jälkeisestä ajasta valmisti potilaita paremmin tulevaan ja aktivoi heitä toipumaan nopeammin. Sairaalaan tulo toimenpidepäivän aamuna ja nopean toipumisen- malli toimenpiteen jälkeen koettiin hyvänä asiana.

Tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat, että ohjausta olisi syytä kehittää. Erityisesti he kaipaivat konkreettisia kirjallisia ohjeita toimenpiteen jälkeiseen aikaan; kivunhoitoon, haavanhoitoon, liikkumiseen, ravitsemukseen. Sairaanhoidopiiriin internetsivuille toivottiin enemmän materiaalia toipumisesta ja toimenpiteen vaikutuksesta potilaan hyvinvointiin. Keisarinleikkattujen äitien kohdalla kivunhoidossa ja sen ohjauksessa on tulosten mukaan parannettavaa.

Asiasanat: Kokemus, potilasohjaus, perioperatiivinen hoitotyö

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

Authors: Katariina Huhtala, Katja Miettunen & Lotta Vuokila
Title of thesis: STRIVE FOR FUTURE – Development of gyno surgical patient care process
Supervisors: Principal lecturer PhD Pirkko Sandelin & Principal lecturer PhD Liisa Kiviniemi
Term and year when the thesis was submitted: Spring 2016
Number of pages: 75 pages + 4 appendix pages

Social and Health care in Finland is in the middle of constant challenge, including development and management changes, which also effects the gynecological patient care process. Successful change requires a system-, patient- and employee basis development integration. Patient-centered approach should be in the center of reforming social and health services.

The purpose of this study was to describe patients' experiences of gynecological pre-, intra- and postoperative stages, as well as patient counselling in different operative stages. The aim of the study was to produce experiential knowledge to help developing the gynecological perioperative process. The subject for the study is work oriented and meets the needs in practice. The study was conducted in maternity and pediatrics division of the Oulu University Hospital.

The qualitative research method was used and the data was collected by telephone interviews from the patients, who had been in gynecological operation (cesarean section, laparoscopy, laparotomy and vaginal operation). In total thirty individual interviews was done by phone and recorded. The data were transcribed and analyzed by using content analysis.

The interviewees were satisfied with the professional care they received during their hospital admission, at the outpatient clinic and the operating room. The medical staff was experienced as a friendly and patient observing. Patients were satisfied with the verbal and written information they received and the information types were found to be supporting each other. Good pre-operative patient counselling of post-operative time prepared patients better for the future and activated them for the faster recovery. Arriving to the hospital in the morning of the surgical day and fast track –nursing model after the operation were seen “as a good things”.

Patients participating the study felt that patient guidance needs development. Post-operation instructions, pain management, wound care, mobility and nutrition were brought up as matters of development. Interviewees also hoped more material was found at the hospital internet pages of recovery time and the impacts of the operations for the patient's well-being. Results also showed that caesarian section mothers pain management and its education needs to be improved.

Keywords: Experience, patient education, peri-operative nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	GYNEKOLOGINEN POTILAS TULEVAISUUDEN SAIRAALASSA.....	9
2.1	Tulevaisuuden sairaala – Lasten ja naistensairaala	9
2.2	Gynekologisen potilaan ohjaus perioperatiivisen prosessin eri vaiheissa.....	10
2.2.1	Yleisimmät gynekologiset leikkaukset	13
2.2.2	Leikkauspotilaan prosessi ja leikkausmenetelmät.....	15
2.3	Nopean toipumisen malli – Fast track.....	17
2.4	Aiempiä tutkimuksia aiheesta.....	18
3	TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	21
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
4.1	Tutkimusmenetelmä ja haastateltavat.....	22
4.2	Aineistonkeruu ja aineiston analyysi	24
4.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	26
5	TUTKIMUSTULOKSET	28
5.1	Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisesta vaiheesta	30
5.2	Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisen vaiheen ohjauksesta	34
5.3	Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisesta vaiheesta.....	38
5.4	Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisen vaiheen ohjauksesta	41
5.5	Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisesta vaiheesta.....	42
5.6	Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisen vaiheen ohjauksesta	47
6	POHDINTA	56
6.1	Johtopäätökset ja tulosten tarkastelua.....	57
6.2	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua.....	61
6.3	Tutkimuksen eettisyyden tarkastelua	63
6.4	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimushaasteet	65
	LÄHTEET.....	69
	LIITTEET	76

1 JOHDANTO

Maamme sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on kaventaa kansalaisten hyvinvointi- ja terveyseroja, sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakkaat huomioiden. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja halutaan vahvistaa ja luoda sujuvat palvelu- ja hoitoketjut. Tämä mahdollistaa palvelujen toteutuksen uusilla tavoilla vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Sote – uudistus 2014, viitattu 13.1.2015.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) puolestaan on sosiaali- ja terveysministeriössä pääohjelma, jonka avulla johdetaan ja uudistetaan maamme sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Sen tavoitteena on kaventaa kansalaisten hyvinvointi- ja terveyseroja, sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakkaat huomioiden, palveluiden painopisteitä siirtämällä kansalaisten terveysongelmia ennaltaehkäisyyn, hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2014, viitattu 13.1.2015.) Potilaslähtöisyyden tulee olla sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen keskiössä. Onnistunut muutos vaatii järjestelmä-, potilas- ja työntekijälähtöisen kehittämisen yhdistämistä. Potilaslähtöisyyden pelätään usein lisäävän kustannuksia ja ruuhkauttavan toimintoja. Käytännön kokemukset ovat yleensä kuitenkin päinvastaisia. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44–45.)

Lasten ja naisten sairaala – hanke (LANA) on yhtenä osana Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) uudistamishanketta, tulevaisuuden sairaala 2030. Uudessa LANA - sairaalassa tul- laan yhdistämään tulosalueen toimintoja, esimerkiksi poliklinikat, sekä vuode- ja leikkausosastot yhdistyvät. Tästä johtuen lasten ja naisten tulosalueen organisaatio ja palveluprosesseja on kehitettävä. Kehittämistyötä varten on perustettu erilaisia työryhmiä, esimerkkinä leikkaus ja päiväkirurgista toimintaa kehittävä työryhmä. Työryhmien tarkoituksena on suunnitella lasten ja naisten sairaalan tiloja sekä toimintoja. Uuden sairaalan hoitoprosessien ja tilasuunnittelun näkökulma on potilaslähtöinen; sen tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta ja yksinkertaistaa potilaan hoitopolkuja. Hyvin toteutettujen suunnitelmien avulla hoitoprosessien sujuvuus ja tilaratkaisujen toimivuus paranee ja tilat riittävät kasvaviin potilasmääriin. (Ojala 2012, 6–7, viitattu 22.1.2015.)

Kärsämänoja (2009, 4) on tutkimuksessaan todennut, että potilaan hoitoon ja hoitotyön tehokkuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat saumaton palveluketju, selkeä johtamisjärjestelmä, potilaan sujuva

hoitoprosessi, tarkoituksenmukaiset tilat ja välineet sekä tehokkaasti toimiva henkilökunta ja moniammatillinen yhteistyö. Tehokkuuden johtaminen vaatii tiivistä moniammatillista yhteistyötä organisaatioiden sisällä ja eri palveluiden tuottajien välillä. (Kärsämänoja 2009, 4.) Suomessa tehdään vuosittain n. 50 % operatiivisten erikoisalojen kiireettömistä toimenpiteistä päiväkirurgisesti, eli potilaat saapuvat toimenpiteeseen leikkauspäivänä ja kotiutuvat saman päivän aikana. Sujuva päiväkirurgia edellyttää hyvin hiottuja potilasprosesseja. Jokainen tulosalue valitsee toimintatapsansa yksikkökohtaisesti. Avainasemassa ovat toimenpide- ja potilasvalinnat, kirurgiset ja anestesiologiset hoitokäytännöt sekä päiväkirurgisen toiminnan seuranta ja kehittäminen. (Mattila & Hynynen 2012, 128, viitattu 23.1.2015.)

Keränen, Keränen ja Wäänänen (2006, 3603–3606) ovat vertailleet Leiko-prosessia (Leikkaukseen suoraan kotoa) ja perinteistä preoperatiivista prosessia henkilökunnan näkökulmasta. Tutkimustuloksen mukaan Leiko-prosessi sitoo sairaalan henkilökunnan aikaresursseja 73 % vähemmän, kuin vuodeosaston toiminta. Potilaiden tullessa sairaalaan Leiko-yksikön kautta voidaan hoitohenkilökunnan resursseja käyttää paremmin kuin, jos potilaat tulisivat vuodeosastojen kautta. Vuodeosastolla henkilökunta voi sen sijaan käyttää resurssinsa postoperatiivisten potilaiden hoitoon, kun leikkaukseen tulevat potilaat eivät kuormita vuodeosaston hoitohenkilökunnan toimintaa. Lisäksi Leiko-prosessin etuna on potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon ja prosessin selkeys. Artikkelin kirjoittajien mukaan Leiko-toiminta sopii kaikille erikoisaloille ja kaikkiin sairaaloihin. Asia on hyvä huomioida sairaaloiden saneeraus- ja uudistusrakentamisen yhteydessä.

Kääriäisen (2007, 19–35) mukaan potilaan ohjauksen olennainen osa on kaikkien terveydenhuoltosektorilla toimivien ammatillista toimintaa, ohjaus kuuluu ammatilliseen perusosaamiseen. Erikoissairaanhoidossa ohjaus on tärkeä osa potilaiden hoitoprosessia. Ajantasaiseen ja tutkittuun tietoon perustuvan ohjauksen tavoite on, että potilas saa riittävästi ohjausta ja pystyy toimimaan saamaansa ohjauksen mukaan. Ohjausmateriaali on potilaan ohjauksessa tärkeä tiedonlähde, mutta se ei kuitenkaan aina perustu potilaiden näkökulmaan asiasta. Laadukas kirjallinen ohjausmateriaali on sanastoltaan selkeä, sisällöltään potilaiden tarpeita vastaava ja ajantasaiseen tutkittuun tietoon perustuva.

Opinnäytetyön aiheeksi olemme valinneet gynekologisen leikkauspotilaan hoitoprosessin kehittämisen. Aihe lähtee käytännön tarpeesta ja on työelämälähtöinen. Tällä hetkellä haasteeksi koetaan puutteelliset toimitilat, jonka vuoksi leikkauspotilaan prosessi on monimutkainen ja proses-

siin linkittyy useita henkilökunta resursseja. Opinnäytetyö on rajattu kuvaamaan gynekologisen leikkauspotilaan hoitoprosessia. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää hoitoprosessien kehittämisessä, hyödyntäen gynekologisten toimenpidepotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja ohjauksesta. Tällä tavoin pystytään huomioimaan potilaiden tarpeita paremmin ja kehittämään ohjausta uudessa lasten ja naisten sairaalassa heidän tarpeitaan vastaaviksi.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia gynekologisen toimenpiteen pre-, intra- ja post-operatiivisistä vaiheista sekä eri vaiheita koskevasta potilasohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kokemuksellista tietoa gynekologisen leikkauspotilaan perioperatiivisen prosessin kehittämiseksi.

Tutkimustehtävät ovat:

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen pre-operatiivisesta vaiheesta?

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen pre-operatiiviseen vaiheeseen liittyvästä ohjauksesta?

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen intra-operatiivisesta vaiheesta?

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen intra-operatiiviseen vaiheeseen liittyvästä ohjauksesta?

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen post-operatiivisesta vaiheesta?

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen post-operatiiviseen vaiheeseen liittyvästä ohjauksesta?

2 GYNEKOLOGINEN POTILAS TULEVAISUUDEN SAIRAALASSA

Uusi terveydenhuoltolaki lisää asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia, asiakas voi valita vapaammin hoitopaikkansa. Lain mukaan hoitotakuu erikoissairaanhoidossa täsmentyy. Hoidontarpeen arvioinnin edellyttämät erikoislääkärin arviot tai erityiset kuvantamis- tai laboratoriotutkimukset on toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaalaan. Hoito on edelleen saatava kuuden kuukauden kuluessa hoitopäätöksestä. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 432/2010, viitattu 13.1.2015.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (PPSHP) on Suomen pohjoisin ja pinta-alaltaan laajin Suomen viidestä sairaanhoitopiiristä. PPSHP alueella asuu yli 400 000 henkilöä ja koko Pohjois-Suomen kattavalla erityisvastuualueella noin 740 000 henkilöä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on kolme sairaalaa: Oulun yliopistollinen sairaala (OYS), Oulaskankaan sairaala ja Visalan sairaala. OYS huolehtii koko Pohjois-Suomen erikoissairaanhoidosta ja siellä työskentelee noin 6800 ammattilaista eri ammattiryhmistä. (Tulevaisuuden sairaala – OYS 2030, 4, viitattu 14.1.2015.)

2.1 Tulevaisuuden sairaala – Lasten ja naistensairaala

Oulun yliopistollinen sairaala, joka on koko Pohjois-Suomen vaativan erikoissairaanhoidon keskus, on suunniteltu ja rakennettu 1960–70 – luvulla. Tällä hetkellä rakennus vaatii mittavan peruskorjauksen ja uudisrakentamisen toimiakseen. Mitä paremmin sairaala toimii, sitä paremmin ja kustannustehokkaammin potilaita voidaan hoitaa. Alueemme erikoissairaanhoidon kysyntä tulee tulevaisuudessa kasvamaan merkittävästi ja hoitomenetelmät, sekä lääketieteen teknologia kehittyvät jatkuvasti ja sairaalan tilojen tulee olla nykyaikaiset ja muuntautumiskykyiset. Erikoissairaanhoidon tuottavuuden ja vaikuttavuuden kehittäminen ovat avainasemassa korkeatasoisen hoidon ja potilasturvallisuuden lisäksi. Lisäksi asiakkaan ja potilaan palveluprosesseja sekä niihin liittyvää teknologiaa tulee käyttää aiempaa laajemmin. Tulevaisuuden sairaala 2030 – ohjelman ensimmäisenä vaiheena käynnistyy uuden lasten ja naisten sairaalan hanke. (Tulevaisuuden sairaala – OYS 2030, 2, viitattu 14.1.2015.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia - Tavoitteena terveyttä 2010-2015, asettaa kaikil-

le organisaatioille tavoitteet, joita ovat tuottavuus-, tehokkuus- ja tuloksellisuustavoite. Uutta LANA-sairaala suunnitella ei ole tuottavaa, tehokasta, eikä tuloksellista viedä nykyisiä toimintoja sellaisenaan uuteen sairaalaan. Sen sijaan potilaiden hoitoprosesseja on syytä tarkastella uudesta näkökulmasta ja tehdä tuottava, tehokas ja tulokellinen hoitoprosessi gynekologiselle leikkauspotilaalle. Innovatiivisuudella tarkoitetaan ominaisuutta, kykyä ja halua luoda käyttöön innovaatioita ja mahdollistaa tietynlainen uudistamisvalmius. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia - Tavoitteena terveyttä 2010-2015, 2, viitattu 12.1.2015.)

Sairaalan peruskorjaus- ja uudistamistarpeen takia vuoden 2012 kesäkuussa sairaanhoitopiiri käynnisti valtuuston päätöksellä Tulevaisuuden sairaala 2030 – ohjelman. Ohjelmassa sairaalan tilat ja toiminnot nykyaikaistetaan tulevaisuutta ajatellen. Rakennushankkeen lisäksi toimintaa arvioidaan uudelleen. Yleinen suuntaus sairaaloiden uudistamisella on siirtää hoitoa erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta avohoitoon. Toimintatapamuutosten tavoitteena ovat mm. potilaiden lyhyemmät hoitoajat ja oikein käytetyt hoitajaresurssit. Tulevaisuudessa hoitoajat tulevat olemaan lyhyemmät, sairaalassa on vähemmän potilaspaikkoja, tästä johtuen tilojen tulee olla sitäkin toiminnallisempia ja tehokkaampia. Potilaat osallistuvat aiempaa enemmän oman hoitonsa suunnitteluun, jolloin kustannustehokkuus ja hoito ovat aiempaa potilaslähtoisempää. Organisaatio, joka toimii potilaslähtöisesti, parantaa hoidon laatua, lyhentää hoidon sisäisiä viiveitä ja tehostaa resurssien joustavaa käyttöä, sekä työkuormituksen hallintaa. (Tulevaisuuden sairaala – OYS 2030, 5–7, viitattu 14.1.2015.)

Tulevaisuuden sairaala 2030 - ohjelman aloittamista lasten ja naisten sairaalasta puolsi se, että hanke edistää perhekeskeistä hoitomallia ja mahdollistaa päivystysasetuksen vaatiman synnytysten keskittämisen. Hanke yhdistää pieniä, osittain hajallaan olevia yksiköitä ja tekee niistä toimivan kokonaisuuden. Se mahdollistaa polikliinisen ja päiväkirurgisen toiminnan kehittämisen sekä vapauttaa väistötilat sairaalan keskeiseltä paikalta muille toimintoille. (Tulevaisuuden sairaala – OYS 2030, 8–11, viitattu 14.1.2015.)

2.2 Gynekologisen potilaan ohjaus perioperatiivisen prosessin eri vaiheissa

Potilasohjaus on kuulunut jo 1800-luvulla hoitohenkilöstön tehtäviin. Se nähdään osana potilaan perustarpeiden hoitoa. Nykyisin sen katsotaan olevan osa laadukasta ja asiantuntevaa hoitoa. Ohjauksella voidaan mm. tukea potilasta toipumaan ja kuntoutumaan leikkauksesta. Hoitoaikojen

lyhentyessä ja muuttuessa aiempaa enemmän avopainotteiseksi potilaan ohjauksen tärkeys ja merkitys korostuvat. Toisaalta hoitohenkilökunnan määrän väheneminen tuo omat lisähaasteensa ohjaukseen, koska hoitohenkilökunnalla ei ole aikaa riittävään potilasohjaukseen. Näin ollen, jää potilaalle entistä enempi vastuuta omasta hoidostaan. Jokainen potilas tulee huomioida yksilönä ohjauksessa. Pääasiassa potilaat saavat ohjausta, sekä suullista, että kirjallisesti hoitoonsa liittyen, muita ohjauskeinoja ovat esimerkiksi videot. (Kääriäinen 2007, 19–21.)

Ohjauksen tavoitteena on edistää potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Sen tulisi tapahtua vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja se etenee sanattoman ja sanallisen viestinnän avulla. Ohjauksessa olisi tärkeää huomioida ohjattavan taustatekijät, sekä hänen kyky vastaanottaa tietoa. Jos ohjattava on motivoitunut tilanteeseen ja ottamaan vastaan tietoa, on ohjaushetki usein helpompi. Hyvässä ohjauksessa ohjattavan yksilöllisyyttä kunnioitetaan. Potilaan ohjaukseen ja erityisesti vastaanottavaisuuteen vaikuttavat niin psyykkiset, fyysiset kuin sosiaaliset tekijät. Ympäristötekijät voivat joko tukea tai heikentää ohjaustilannetta. Merkittävintä on tila, jossa ohjausta annetaan. Paras olisi tila, jossa voidaan ilman häiriötekijöitä antaa ohjaus. Kiireellä on suuri merkitys ohjaustilanteeseen ja vuorovaikutuksen laatuun. Mikäli potilas aistii hoitajan kiireen ei hän välttämättä avaa keskustelua ja hänelle voi syntyä tunne, että häntä ei kunnioiteta. Onnistunut ohjaus tapahtuu kiireettömästi, rauhallisessa ympäristössä, jossa ohjaaja on asettunut ohjattavan kanssa samalle tasolle. Ohjaukselle tulisi asettaa tavoitteet yhdessä ohjattavan kanssa. Ohjauksen onnistumiseksi olisi erittäin tärkeää arvioida ohjausta koko ohjausprosessin ajan. Positiivisen palautteen antaminen ohjattavalle on tärkeä osa motivointia. Hoitajan tulisi arvioida aika-ajoin myös omia ohjaustaitojaan. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors 2007, 24–45.)

Tavoitteellinen ja onnistunut potilasohjaus edellyttää hoitohenkilökunnalta hyviä tietoja ohjausta koskevista sisällöistä ja menetelmistä, sekä vuorovaikutustaitoja. Lait ja asetukset tuovat ohjaukselle sekä pohjan, että veloitteen. Potilaalla on lakisääteinen oikeus saada riittävästi tietoa hoitoonsa liittyen. Lain mukaan hoitotyössä sitoudutaan huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. Potilaan ohjaus toteutetaan potilaan suostumuksella ja hänen kanssaan yhteisymmärryksessä. Usein potilaan omaiset ovat osa potilasohjausta. Terveystieteiden eettiset periaatteet tuovat potilasohjaukselle omat piirteensä. Eettisiä periaatteita on kuusi ja ne ovat: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Terveystieteiden eettiset periaatteet määrittävät myös ohjauksen perustaa ja

lisäävät ymmärrystä eettisesti oikeasta tavasta toimia ohjaustilanteessa. Potilaan näkemys ja kokemus velvoittavat hoitajaa toimimaan potilaan parhaaksi. Potilasohjauksen tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen. 2014, 6–8; Lipponen 2014, viitattu 26.2.2015.)

Potilasohjauksessa on tärkeää huomioida potilaslähtöisyys ja tunneulottuvuudet. Tunneulottuvuus on yksi ohjaussuhdetta ylläpitävistä tekijöistä. Myönteinen palaute ohjattavalle ja tunne, että hänen ongelmistaan ja tunteistaan ollaan kiinnostuneita luo arvostuksen ja turvallisuuden tunteen, mikä edistää ohjauksen ymmärrettävyyttä. Huono ohjaus voi tuhota hyvänkin hoitotuloksen. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008:45, 121–123.) Ihmiset ovat halukkaita hakemaan tietoa itsenäisesti hoitoon liittyvistä asioista. Internet on helppo ja nopea tiedonhakuväline, se tuo hoitotyöhönkin paljon mahdollisuuksia, mutta samalla myös vaatimuksia. Usein potilaiden on vaikea tietää, onko löydetty tieto tutkittua ja laadukasta. Sairaanhoidopiiriin ja potilasjärjestöjen sivuilla on hyvää ja selkeää tietoa terveyteen ja terveydentilan muutoksiin liittyvistä asioista. Usein sivuilta löytyy myös yhteystiedot, josta voi tarvittaessa tarkentaa asioita. Lähdetietojen esittäminen perustelee tietoa. Internetissä olevan runsaan tiedon vuoksi tiedonhaun rajaaminen voi olla haasteellista. (Kyngäs, ym. 2007, 61.)

PPSHP laatu- ja potilasturvallisuus perustuu toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin ja strategiaan. Taustalla on Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen (OYS-erva) yhteiset strategiset painotukset sekä kansallinen (osin myös EU:n) terveydenhuollon toimintaan liittyvä ohjeistus. PPSHP laatu ja potilasturvallisuus ovat keskiössä. Ne ovat myös osa eettisyyttä. Laadun eri ulottuvuudet potilaskeskeisyys, osaaminen ja turvallisuus ovat läsnä kaikessa toiminnassa ja kaikilla vastuualueilla. Potilasturvallisuuden laadusta päävastuun kantavat sairaanhoidopiiriin johto sekä tulosalueenjohtaja ja ylihoitaja. Tietysti myös jokainen työntekijä kantaa oman vastuunsa. Potilastyötä tekevillä henkilöillä on suurin vastuu eettisyyden ja oikeudenmukaisuuden toteutumisesta. Lasten ja naisten tulosalueen potilasturvallisuussuunnitelmassa on mainittu selkeästi eettiset periaatteet joita ovat potilaan kunnioittaminen, hyvä hoito, osaamisen arvostaminen sekä vastuullisuus. Hyvä ohjaus taas on potilasturvallisuutta ja siksi laadukas potilasohjaus on tae potilaan turvallisuudelle ja hyvinvoinnille. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiriin strategia - Tavoitteena terveyttä 2010-2015, 2, viitattu 9.6.2015.)

2.2.1 Yleisimmät gynekologiset leikkaukset

Tilastojen mukaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa gynekologisten päivystys ajalla tehtävien toimenpiteiden määrä on selvässä nousussa. Vuonna 2014 naistentautien leikkausosastolla tehtiin 2275 toimenpidettä, joista 45.3 % (1030) oli päivystystoimenpiteitä. Keisarinleikkauksia vuonna 2014 tehtiin 718. Gynekologisella vuodeosastolla hoidettiin 1569 potilasta vuonna 2014, heistä päiväkirurgisia potilaita oli 269. Naistentautien poliklinikalla ennen toimenpidettä potilaan tutkimuksen tekevä gynekologi päättää onko potilas päiväkirurginen vai ei. Vuonna 2014 robottiauvusteisia kohdunpoistoja tehtiin 34 potilaalle. Vuonna 2014 uusia gynekologista syöpää sairastavien läheteitä tuli 176 Oulun yliopistolliseen sairaalaan. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014, viitattu 10.3.2015).

Kohdunpoisto eli hysterektomia on yleisin gynekologinen toimenpide. Suomessa tehdään vuosittain noin 7 000 kohdunpoistoa. Yleisimpiä kohdunpoiston syitä ovat kohdun lihaskasvaimet ja vuotohäiriöt. Muita syitä ovat endometrioosi, laskeumat, lantion krooniset kivut ja pahanlaatuiset kasvaimet. Kohdunpoisto voidaan tehdä kolmella eri tavalla; vaginaalisesti emättimen kautta, laparoskooppisesti, eli tähystysmenetelmällä tai laparotomiassa, eli avoleikkauksena vatsanpeitteiden aukaisulla. Leikkaustavan valinta riippuu kohdun koosta, liikkuvuudesta, laskeumasta, pahanlaatuisuudesta ja mahdollisista lisätoimenpiteistä esimerkiksi sivuelimiin. (Heinonen 2008, 282.)

Viidennekselle naisista ilmaantuu laskeumia. Laskeumat syntyvät, kun lantionpohjan sidekudos- ja lihasrakenne heikentyy ja niiden kannattava tuki pettää. Niitä voi esiintyä kohdun-, virtsarakon- sekä peräsuolenlaskeumina. Laskeuman leikkaushoito tulee kyseeseen, mikäli laskeuma aiheuttaa selviä oireita, kuten virtsaamishäiriöitä, suolentoiminnan häiriöitä tai kipuja. Yleensä laskeumaleikkaukset tehdään emättimen kautta puudutuksessa tai yleisanestesiassa. Laskeumaleikkauksia voidaan tehdä myös laparoskooppisesti eli tähystysmenetelmää apuna käyttäen. Laskeuman uusiutuessa voidaan laittaa erilaisia verkkoja tukemaan heikentyneitä kudoksia. (Ihme & Rainto 2014, 180; Nieminen 2009, viitattu 3.2.2015.)

Yksi tavallisimmista gynekologisista toimenpiteistä on hysteroskopia, joka tarkoittaa kohtuontelon tähystystä. Hysteroskopiolla voidaan selvittää erilaisten vuotohäiriöiden syitä ja esimerkiksi kohdun limakalvopolyypit soveltuvat hoidettaviksi kohtuontelon tähystyksessä. Hysteroskopia voi-

daan tehdä paikallispuudutuksessa tai yleisanestesiassa. (Heinonen 2008, 290.) Puolestaan kaavintoja voidaan tehdä vuotohäiriöiden selvittämiseksi tai hoitamiseksi. Kaavintoja tehdään myös epätäydellisen keskenmenon ja raskaudenkeskeytyksen yhteydessä tai synnytyksen jälkeen istukanosien tai sikiökalvojen poistamiseksi. Toimenpide tehdään kevyessä yleisanestesiassa kaapimien tai tyhjiöimun avulla. (Ihme & Rainto 2014, 98–99.)

Lisäksi yhtenä yleisempänä toimenpiteenä gynekologiassa pidetään diagnostista laparoskopiaa. Laparoskopialla tarkoitetaan vatsaontelon tähystystä. Tällä toimenpiteellä voidaan selvittää erilaisten kiputilojen syitä, esimerkiksi endometrioosi, lapsettomuus, epäselvä raskauden paikka, genitaalisanomaliat ja akuutti vatsa – erotusdiagnostiikka. Diagnostiseen tähystykseen liitetään tarvittaessa hoidollisia toimenpiteitä. (Heinonen 2008, 288–290.)

Gynekologista syöpää sairastavan potilaan pääsääntöinen hoitomuoto on kirurginen eli leikkaushoito. Potilaan ikä ja kasvaimen koko ratkaisevat toimenpiteen laajuuden. Usein toimenpiteet ovat laajoja ja toipuminen on potilaalle hyvin haastavaa sekä toimenpiteeseen voi liittyä monenlaisia komplikaatioita. Haasteita lisäävät yhä iäkkäämmät potilaat ja heidän perussairaudet. Gynekologista syöpää sairastavan potilaan hoito on moniammatillista ja vaatii erikoisasiantuntijuutta. Tästä syystä gynekologista syöpää sairastavat leikkauspotilaat tulevat sairaalaan jo leikkausta edeltävänä päivänä, jotta kaikki mahdollinen valmistelu saadaan tehtyä. (Leminen & Lehtovirta 2008, 241–249.)

Suomessa noin 16 % lapsista syntyy keisarileikkauksella. Keisarileikkausten osuus kaikista synnytyksistä on viime vuosien aikana tasaisesti noussut niin Suomessa kuin kaikkialla maailmassa. Noin puolet keisarileikkauksista on ennalta suunniteltuja eli elektiivisiä, muissa leikkauspäätös tehdään päivystyksellisesti. Suunniteltujen keisarileikkausten syyt ovat useimmiten virhetarjonnat, aiempi keisarileikkaus, varhainen pre-eklampsia eli raskausmyrkytys tai muut äidin sairaudet sekä pelko alatiesynnytystä kohtaan. Keisarileikkaus tehdään yleensä spinaali- ja/tai epiduraalipuudutuksessa ja vain poikkeustapauksissa yleisanestesiassa. (Uotila & Tuimala 2008, 493.)

Vuonna 2013 Oulun yliopistollisessa sairaalassa oli synnytyksiä 4400 kappaletta. Synnytykseen liittyvä toimenpide tehtiin 865 synnyttäjälle. Synnytyksistä 18 % (700) oli keisarinleikkauksia (Sektio). Näistä keisarinleikkauksista 8 % (300) oli ennalta suunniteltuja. Kiireellisiä keisarinleikkauksia oli 8 % (300) ja hätäsektioita oli 2 % (100). Kiireellinen sektio tehdään mahdollisimman pian vauvan ja äidin voinnin turvaamiseksi. Hätäsektiossa vauvan tulisi olla maailmassa 10 minuutin sisäl-

lä keisarinleikkauksen päätöksen tekemisestä. Hätäsektiossa synnyttävä äiti nukutetaan toimenpiteen ajaksi. Synnytykseen liittyviä leikkaussali olosuhteita tarvitsevia toimenpiteitä ovat runsas verenvuoto, III ja IV asteen repeämät välilihan alueella sekä istukan käsiniirrotus. Vuonna 2013, päädyttiin istukan käsiniirrotukseen 55 kertaa eli 1.3 % synnyttäjistä. (Ojala 2014, 28.) Vuonna 2013 synnyttäjistä 41 prosenttia oli ensisynnyttäjiä. Ensisynnyttäjien keski-ikä on hieman noussut, vuonna 2013 se oli 28,5 vuotta. Kaikista synnyttäjistä yli 35-vuotiaita oli 20 prosenttia. Alle 20-vuotiaiden osuus kaikista synnyttäjistä on sen sijaan vähentynyt ja oli kaksi prosenttia vuonna 2013. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – Perinataalilasto 2013, viitattu 9.2.2015.)

2.2.2 Leikkauspotilaan prosessi ja leikkausmenetelmät

Perioperatiivinen hoitotyö jakautuu pre-, intra- ja postoperatiiviseen vaiheeseen (kuvio 1). Preoperatiivinen eli toimenpidettä edeltävä vaihe alkaa, kun leikkauspäätös potilaasta on tehty ja käsittää sekä potilaan, että hoitohenkilökunnan valmistautumista tulevaan toimenpiteeseen. Potilaat saavat ennakkoon ohjeet leikkausvalmisteluista. Hoitohenkilöstö selvittää ennakkotiedot potilaasta, varaa tarvittavat tutkimukset ja mahdollisen tapaamisen ennen toimenpidettä. Moniammatillisuus näkyy hoidon suunnittelussa, tarvittaessa voidaan konsultoida eri ammattikunnan edustajia toimenpiteeseen tulevan potilaan leikkaus- ja anestesia-aiheita koskien. Kun potilas siirtyy leikkausosastolle, preoperatiivinen vaihe päättyy. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20.)

Intraoperatiivinen vaihe alkaa potilaan tullessa leikkausosastolle, jossa hän saa tarvitsemansa kirurgisen hoidon. Hoito on tarkkaan suunniteltua moniammatillista hoitotyötä ottaen huomioon potilaan perus- ja erityistarpeet. Hoitoon osallistuu monia ammattiryhmiä yhteistyössä, välillisesti esimerkiksi hoitotyön johto, välinehuolto, siivous- ja huoltotyö ja välittömästi anestesia- ja kirurgit ja toimenpiteeseen osallistuvat sairaanhoitajat sekä lääkintävahtimestari. Intraoperatiiviseen hoitoon sisältyy kaikki, mitä potilaalle tehdään leikkaussalissa, aina leikkausvalmisteluista kirjaamiseen ja potilaan tukemiseen. Jokaisessa leikkauksessa noudatetaan Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä leikkaustiimin tarkistuslistaa. Tarkistuslistan avulla varmistetaan potilasturvallisuus. Vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on tärkeä turvallisuudentunteen ja onnistuneen hoitokokemuksen saamiseksi. Intraoperatiivinen vaihe loppuu potilaan siirtyessä valvontayksikköön, heräämöönsä. (Lukkari ym. 2007, 20–21.)

Postoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas siirtyy valvontayksikköön, jossa potilasta seurataan anestesiasta ja toimenpiteestä toipumisesta. Vointia verrataan toimenpiteen edeltävään ja toimenpi-

teen aikaiseen vaiheeseen. Tavoitteena on potilaan elintoimintojen vakiinnuttaminen siten, että hänet voidaan siirtää jatkohoitoon joko vuodeosastolle tai päiväkirurgisena potilaana kotiin. Postoperatiivinen vaihe loppuu toimenpiteestä seuraavaan päivään. (Lukkari ym. 2007, 21–22.) Tässä tutkimuksessa postoperatiivisella vaiheella tarkoitamme leikkauksen jälkeistä aikaa potilaan kotiutumiseen saakka.

Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien leikkausosastolla on useita leikkaustapoja: mini-invasiiviset tähytysmenetelmät, tavallinen ja robottiaavusteinen laparoskopia sekä vaginaaliset- ja avoleikkaukset. Päiväkirurgisissa toimenpiteissä kotiutus on jo leikkauspäivänä seurannan jälkeen ja muissakin yleensä muutaman päivän sairaalassa toipumisen jälkeen. Naistentautien leikkausosastolla leikataan vuosittain n. 8,2 % potilaista päiväkirurgisesti, sen lisäksi useat potilaat kotiutuvat jo leikkauspäivän iltana. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014, viitattu 10.3.2015). Edellä mainittu luku on hyvin pieni vertailtaessa muita maamme yliopistosairaaloita. Nykyisissä leikkausosaston tiloissa päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessia ei voida sujuvasti järjestää.



KUVIO 1. Gynekologisen toimenpidepotilaan hoitoprosessi

2.3 Nopean toipumisen malli – Fast track

Fast track-hoitomallilla tarkoitetaan suunniteltua eli elektiivistä nopean toipumisen mallia kirurgiassa. Hoitomallin perustana on hyvä potilaan ohjaaminen ennen ja jälkeen toimenpiteen. (Kellokumpu 2012, 128, viitattu 19.1.2015.) Hyvällä ohjauksella ja neuvonnalla potilas saadaan toimenpiteen jälkeen paremmin aktivoitua liikkeelle. Tärkeä osa fast track-hoitomallia on oikeanlaisen anestesian valitseminen, hyvä kivunhoito sekä pahoinvoinnin ehkäiseminen. Nopean toipumisen hoitomallilla halutaan säilyttää fysiologinen tasapaino, jossa koko hoitotiimi pyrkii yhteistyössä potilaan kanssa hoidon, anestesian, leikkauksen, nestehoidon, kivunhoidon ja kuntoutuksen optimointiin, jotta vältetään suolilamaa ja nopeutetaan toipumista. Fast track-hoitomallin toteutuminen on moniammatillista yhteistyötä anestesia- ja gynekologin, sairaanhoitajan, kättilön sekä mahdollisesti myös fysioterapeuttien kanssa. (Kehlet & Wilmore 2008, 189–190.)

Fast track-hoitomallia on tutkittu maailmalla sekä Suomessa. Tutkimustulokset ovat olleet myönteisiä. Suomessa on tehty useita tutkimuksia, jotka painottuvat potilas oppaisiin ja potilaan hoitopolkuun. Kellokumpu on väitöskirjassaan tutkinut fast track-hoitomallin taloudellista hyötyä. Potilaiden sairaalassa oloaikaa tulisi saada lyhyemmäksi, näin nopean toipumisen malli on tarpeellinen ottaa käyttöön. Tulevaisuuden sairaaloissa vuodeosastopaikat vähenevät entisestään. Potilaan osallistuminen hoitoonsa on entistä tärkeämpää ja se on tulevaisuuden suunta. Lisäksi kansantaloudellisesti on kannattavaa, että potilaat toipuvat nopeasti ja näin erikoissairaanhoidon kustannukset laskevat. Gynekologisten leikkauspotilaiden määrä ei tulevaisuudessa vähene, vaan ihmisten eliniän noustessa potilaat ovat entistä monisairaampia ja iäkkäämpiä. (Kellokumpu 2012, 128, viitattu 19.1.2015.)

Borendal (2011, 9–18) tutkimuksessaan vertaili avoleikkauksella leikattujen kohdunpoistopotilaiden toipumista. Erityisesti hän oli kiinnostunut anestesia- ja kivunhoidon vaikutuksesta toipumiseen. Tutkimuksen kaikille potilaille toteutettiin fast track-hoitomallia. Potilaat jaettiin tutkimuksessa kahteen ryhmään, puolet tutkittavien joukosta saivat yleisanestesian ja toinen tutkittavien joukko saivat spinaalipuudutuksen yleisanestesian lisäksi. Tutkimus toteutettiin viidessä Ruotsalaisessa sairaalassa. Tutkimuksessa vertailtiin myös sairaalahoidon pituutta, leikkauksen jälkeisiä oireita, toipumisen pituutta, elämänlaadun paranemista, sairauslomien pituutta sekä terveystaloustieteellistä näkökulmaa. Spinaalipuudutuksen saaneet potilaat kotiutuivat sairaalasta nopeammin. Tutkijan mukaan fast track-hoitomalli edisti molemmissa ryhmissä nopeampaa toipumista ja kotiutu-

mista, koska potilaat olivat ennalta tietoisia asioista jotka edistävät toipumista esimerkiksi liikkumisen ja ravitsemuksen merkitys. Tutkimustuloksissa todettiin, että elämänlaatuun vaikuttavien tekijöiden eroavuuksia ei ollut tutkimusryhmien välillä. Sairausloman pituus oli lyhyempi niillä potilailla, jotka saivat spinaalipuudutuksen leikkauksessa. Terveystaloustieteellisestä näkökulmasta katsottuna spinaalipuudutus yhdistettynä nukutukseen on kannattavampaa, koska potilaat toipuvat nopeammin ja elämänlaatu parani. Spinaalipuudutukseen liittyvät haittavaikutukset pahoinvointi, kutina ja väsymys vaikuttavat toipumiseen negatiivisesti. Tutkijan mukaan fast track-hoitomallin toteuttaminen gynekologien kohdunpoistopotilaan hoidossa on ensiarvoisen tärkeää.

Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien vastuualueella on käytössä Fast track-potilasohje. Keisarinleikkauspotilaiden kohdalla Fast track-hoitomalli ei ole vielä käytössä. Jokainen leikkauksen tuleva potilas saa potilasohjeen ja suullisen ohjauksen haastattelun yhteydessä. Fast track-potilasohjeessa on tuotu esille miten potilaan tulee valmistautua toimenpiteeseen, siinä korostetaan huolellista valmistautumista. Ohjeessa on erillinen maininta toimenpidettä edeltävästä päivästä ja sen toiminnoista esimerkiksi ravitsemus ja ravinnotta olo. Toimenpidepäivän ohjelma on kirjoitettu ohjeeseen. Fast track-potilasohjeessa kerrotaan ensimmäisen ja toisen toimenpiteen jälkeisen päivän toiminnot, esimerkiksi kivunhoito ja ravitsemus, sekä kotiutuskriteerit. Ohjeen loppuun on koottu kotiutumiseen liittyviä tärkeitä asioita sekä osaston yhteystiedot, mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä ennen ja jälkeen leikkauksen. (Vuokila & Pesonen 2014, 1–3.)

Terveyden ja hyvinvointilaitoksen (2009) mukaan potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus ja estetään potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että hän saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla, ja että hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on: hoitoa, josta ei koidu vaaraa potilaalle; hoitoyksikön periaatteita, käytäntöjä ja prosesseja, joilla riskejä ja vaaratilanteita ennakoidaan ja estetään; inhimillisten virheiden ehkäisyä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009, viitattu 9.6.2015.)

2.4 Aiempia tutkimuksia aiheesta

Mattilan ja Hynysen (2012, 128) mukaan päiväkirurgia on turvallista, tehokasta ja laadukasta. Päiväkirurgisesti hoidetut potilaat ovat pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä hoitoonsa. Komplikaatiot ovat hyvin harvinaisia ja vain harvoin joudutaan palaamaan sairaalaan kotiutumisen jälkeen. Tä-

mä edellyttää hoitavalta henkilökunnalta hyviä ohjaustaitoja, sekä potilaan hyvää ohjaamista ennen toimenpidettä sekä sen jälkeen. Näin varmistetaan potilaan turvallinen kotiutuminen ja kotona selviytyminen.

Laisin (2012, 17–55) väitöskirjan tavoitteena oli selvittää LEIKO-toiminnan prosessia ja tarkemmin sen vaikutuksia terveyteen perustuvan elämänlaatuun. LEIKO-toiminnalla tarkoitetaan toimintamallia missä potilas tulee leikkaukseen kotoa toimenpidepäivän aamuna. Tutkimuksissa etsittiin vastauksia kysymyksiin, voiko LEIKO-toiminnalla vähentää kustannuksia leikkaukseen liittyvässä hoidossa ja ovatko siihen liittyvät potilasriskit suurempia kuin perinteisessä "osastolle ennen leikkausta" -toiminnassa. Laisin mukaan LEIKO:n vaikutukset ovat hyviä niin potilasturvallisuuden, kuin kustannustehokkuudenkin näkökulmasta. LEIKO-toiminnan avulla potilaiden sairaalassaoloaika on lyhentynyt ja Laisi on pystynyt laskemaan tietyn leikkauksen kustannukset perinteisen ja LEIKO-menettelyn suhteen. LEIKO:n avulla säästetään potilasta kohden useita satoja euroja.

Laisin (2012, 35–45) mukaan LEIKO:n vaikutukset ovat hyviä niin potilasturvallisuuden kuin kustannustehokkuudenkin näkökulmasta. Hänen potilasaineistonsa on laaja-alainen, kattaen hyvin monta kirurgian erikoisalaa. LEIKO:n tuottamissa säästöissä huomioon ei ole kuitenkaan otettu potilaille mahdollisesti kertyviä omia kustannuksia, kuten hotelliyöpymisiä, omaisen tuen määrää rahassa mitattuna, sairauslomien kustannuksia. Kuitenkin kustannuksia pystytään Laisin kehittämällä toiminnalla karsimaan yhteiskunnalta ja sitä tämänhetkinen valtion ja koko maailman talustilanne vaatii. Säästöjä on saatava joka paikasta, jokaiselta elämän osa-alueelta. LEIKO-toiminnalla ja siitä saatujen säästöjen kustannuksella ei kuitenkaan tarvinnut tinkiä laadukkaasta leikkaushoidosta. Potilaan terveyteen perustuvan elämänlaadun havaittiin itseasiassa kasvavan muutamalla osa-alueella. Yleisesti ottaen sairaalassaolo on epämiellyttävä kokemus ja menetelmällä saatiin potilaiden sairaalapäiviä vähennettyä, tämä vaikuttanee myös positiivisesti kokemukseen terveydestä ja omasta toimintakyvystä, ollen siten tyytyväisyyttä lisäävä tekijä. Laisin kehittämässä LEIKO-toiminnassa myös preoperatiivinen anestesia-arvio jätettiin useimmilta pois tai siirrettiin pienemmässä määrin perusterveydenhuollossa tehtäväksi. Tämä asia säästää myös paljon yliopistosairaaloiden yhteiskunnalle kalliita resursseja.

Vatanen (2008, 89–92) on tehnyt väitöskirjansa kohdunpoistopotilaan hoitoprosessin kustannustehokkuuden parantamisesta. Hän toteaa tutkimuksessaan leikkausta edeltävän preoperatiivisen käynnin tarpeelliseksi taloudellisesta näkökulmasta. Jos leikkaus päätetään perua leikkausta edeltävällä tutkimuskäynnillä, jää henkilökunnalle enemmän aikaa löytää jonossa oleva uusi lei-

kattava. Tämä johtaa siihen, että käyttämätön saliaika vähenee viimehetken peruutusten vähenyessä. Merkittävimmät kustannussäästöt saadaan siitä, kuinka monta päivää potilas on hoidossa vuodeosastolla. Leikkaustavalla on suuri merkitys, eikä siihen voida lääketieteellisistä syistä aina vaikuttaa. Mahdollisuuksien mukaan tähän pitäisi kuitenkin pyrkiä. Lyhyet hoitajaksot mahdollistavat vuodepaikkojen vapautumisen ja useampien potilaiden hoitamisen. Tällä on suuri merkitys esimerkiksi hoitotakuun kannalta.

Tialan (2013, 15–17) tutkimuksen mukaan potilasohjausta pidetään tärkeänä ja leikkaushoitoon liittyvä ohjaus aloitetaan jo aikaisemmin. Potilasohjaus painottuu etukäteisohjaukseen. Leikkauksen jälkeinen potilasohjaus koetaan nykyisin kannustavammaksi aikaisempaan potilasohjaukseen verrattuna, eli siinä aktivoidaan potilas mukaan kuntoutukseen. Etukäteen annetun potilasohjauksen myötä potilaista on tullut aktiivisempia. Nopeutetun hoidon mallin myötä mobilisaation merkitys on korostunut. Potilaatkin ovat entistä aktiivisempia ylös nousemisen ja liikkumisen suhteen. Liikkeelle lähteminen aloitetaan jo heräämövaiheessa ja tämä auttaa potilaan jatkohoidossa osastolla. Myös ennen leikkausta saatu etukäteisohjaus helpottaa mobilisointia (liikkeellelähtöä) ja motivoi potilaita liikkumaan aktiivisemmin.

Kivunhoidon merkitys korostuu Tialan (2013, 19–20) tutkimuksessa, sillä kivunhoidon seuranta on aiempaa aktiivisempaa. Erilaisten kipumittareiden käyttö on yleistynyt kivunhoidon arvioinnissa ja vaikutusten seurannassa. Sairaanhoidajien tulee olla aktiivisia lääkityksen sivu- ja haittavaikutusten seuraamisessa, sillä liian voimakas kipulääkitys väsyttää ja siten hidastaa kuntoutumista. Liian pieni kipulääkitys puolestaan ei mahdollista tehokasta kuntoutumista. Ruokailun ja ravinnon merkitys on nopean toipumisen mallin myötä korostunut. Suolen normaalia toimintaa ylläpidetään koko hoidon ajan, tai ainakin palautetaan normaaliksi mahdollisimman pian. Varhainen liikkeelle lähteminen, runsas liikkuminen leikkauksen jälkeen, sekä suolen toimintaa tukevat lääkkeet edesauttavat suolen normaalia toimintaa. Lisäksi purukumien pureskelu lisää suolen normaalia liikettä. Kokonaisuudessaan nopean toipumisen mallin mukainen hoito ei voi toimia, ellei koko hoitohenkilökunnalla ole yhteinen päämäärä. Kaikkien hoitoon osallistuvien hoitohenkilöiden tulee olla sitoutuneita mallin mukaiseen hoitoon.

3 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia gynekologisen toimenpiteen pre-, intra- ja post-operatiivisista vaiheista sekä eri vaiheita koskevasta potilasohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kokemuksellista tietoa gynekologisen leikkauspotilaan perioperatiivisen prosessin kehittämiseksi.

Tutkimustehtävät ovat:

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen pre-operatiivisesta vaiheesta?

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen pre-operatiiviseen vaiheeseen liittyvästä ohjauksesta?

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen intra-operatiivisesta vaiheesta?

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen intra-operatiiviseen vaiheeseen liittyvästä ohjauksesta?

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen post-operatiivisesta vaiheesta?

Millaisia kokemuksia potilaalla on gynekologisen toimenpiteen post-operatiiviseen vaiheeseen liittyvästä ohjauksesta?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Teimme opinnäytetyönä kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan todellisen elämän kuvaamista ja pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Siinä on tarkoituksena pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160–164.) Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista tietoa gynekologisen leikkauspotilaan perioperatiivisen prosessin kehittämiseksi. Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua (liite 4).

4.1 Tutkimusmenetelmä ja haastateltavat

Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä ovat luonnollisuus, persoonakohtaisuus, yksilöllisyys, eteenpäinpyrkivä, kapea-alaisuus, induktiivisuus ja tutkimusasetelmien joustavuus. Hoitotyössä ja terveydenhuollossa tarvitaan eri tavoin koostettua tietoa terveyden ja sairauden kokemuksista, hoitokokemuksista ja ihmisten niille antamista merkityksistä. Lisäksi korostetaan potilas- tai asiakaslähtöisyyttä ja sen tavoittamista tutkimuksin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66, 74.)

Tutkimuksessamme haastateltavina olivat Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien leikkausosaston potilaat, jotka tulivat suunnitellusti toimenpiteeseen osastoilta 11 (prenataaliosasto), 13 (lapsivuodeosasto) ja 15 (naistentautien vuodeosasto). Tutkimukseen pyydettiin sattumanvaraisesti kolmekymmentä (30) potilasta, jotka olivat kotiutumassa osastolta toimenpiteen jälkeen. Kaikki pyydetyt potilaat olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Vastuualueen leikkauspotilaan prosessia on uudistettu viimeisen vuoden aikana, erityisesti nopean toipumisen näkökulmasta. Päädyimme laadulliseen tutkimukseen, koska toiminnan kehittämisen kannalta potilailta saatu tieto prosessin toimivuudesta ja siihen liittyvästä ohjauksesta on tärkeää.

Haastateltavat pyydettiin tietyistä potilasryhmistä syyskuu - marraskuu 2015 aikana. Potilasryhmät muodostuivat tehdyn gynekologisen toimenpiteen mukaan, joita olivat keisarinleikkaus, gynekologinen avoleikkaus (ei keisarinleikkaus), gynekologinen laparoskopia ja gynekologinen ala-

tieleikkaus. Haastateltavat saivat saatekirjeen (liite 1), taustatietolomakkeen (liite 2) sekä suostumuslomakkeen (liite 3) henkilökohtaisesti tutkijoilta. Tutkimukseen suostuessaan haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen ja palauttivat henkilökohtaisesti tutkijoille. Haastateltavat numeroitiin heidän anonyymiteetti säilyttäen, jotta tarvittaessa tutkijoina pystyimme helposti palaamaan alkuperäiseen aineistoon. Tämän jälkeen sovittiin haastateltavien kanssa puhelinaika, jolloin haastattelu toteutettiin. Esitetasimme laitteet, että haastattelutilanne puhelimesta onnistuu ja nauhoitusvälineet toimivat. Yksi haastateltavista ei vastannut sovittuna aikana puhelimeen ja häntä yritettiin tavoitella uudestaan, onnistumatta, joten hänen tilalleen valittiin uusi haastateltava.



KUVIO 2. Tutkimusprosessi

4.2 Aineistonkeruu ja aineiston analyysi

Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua (liite 4). Teemahaastattelussa keskitytään kohdennettuihin teemoihin, joista keskustellaan. Keskustelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa ja teema-alueet on kaikille samat. Haastattelussa etsitään vastauksia tutkimustehtäviin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Tässä tutkimuksessa teemahaastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna, koska on kysymys haastateltavien henkilökohtaisesta kokemuksesta, eikä voida olettaa, että potilas on halukas keskustelemaan tutkimusaiheesta ryhmässä.

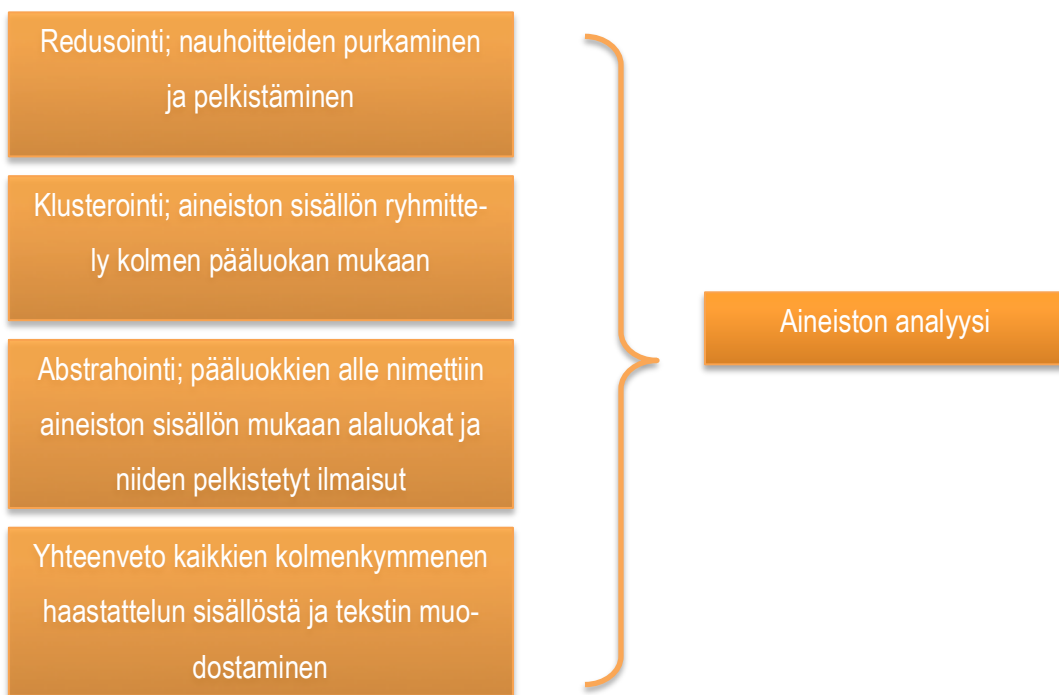
Teemahaastattelu sopi tähän tutkimukseen haastattelutyyppiksi, se antoi mahdollisuuden kertoa omin sanoin gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksista. Haastattelun aikana oli myös mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä. Haastateltavat jaettiin tutkijoiden kesken, jokainen haastatteli kymmenen (10) potilasta. Tutkittava aihe oli haastateltaville tuttu, koska kotiutumisesta on kulunut vähän aikaa (1-3 viikkoa toimenpiteestä) ja kokemus on muistissa. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella. Haastattelu materiaalia muodostui 793 minuuttia. Teemahaastattelussa etukäteen valitut teemat perustuivat tutkimuksen tietoperustaan, niihin asioihin, mitä ilmiöstä jo tiedettiin (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48). Tämän tutkimuksen haastattelun teemat olivat: toimenpiteeseen valmistautuminen, sairaalassa olo sekä kotiutus (liite 4).

Sisällönanalyysi on yksi laadullisten aineistojen analyysimenetelmä. Tavoitteena on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–166.) Tuomen & Sarajärven (2002, 93) mukaan sisällön analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysia on kahdenlaista, aineistolähtöistä eli induktiivista tai teorialähtöistä eli deduktiivista analyysia. Induktiivisessa sisällönanalyysissa luokitellaan analyysiyksiköt aineistolähtöisesti ja edetään aineiston ehdoilla. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 138–148; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.) Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysia, koska haluttiin korostaa yksilön kokemusta.

Aineiston analyysi aloitettiin litteroimalla, eli kirjoittamalla haastattelunauhojen materiaali tekstiksi. Aukikirjoitettua aineistoa tuli 105 sivua. Nauhoitettu materiaali kirjoitettiin sanasta sanaan, auki kirjoitettua tekstiä kutsutaan raaka-aineistoksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163.)

Induktiivinen sisällönanalyysi eteni kolmivaiheisesti. Vaiheisiin kuului pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Aineiston pelkistämässä karsittiin epäolennaiset asiat pois, jolloin aineiston informaatio tiivistettiin ja pilkottiin osiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111; Kananen 2014, 99–100.)

Analyysiyksiköt nousivat aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti ja ne olivat sanoja, lauseita tai asiakokonaisuuksia. Liian laaja analyysiyksikköjen määrä voi saada monia eri merkityksiä ja sitä voi olla vaikea hallita. Liian kapea analyysiyksikkö taas voi aiheuttaa sirpaloitumista. (Elo ym. 2014, 5.) Graneheimin ja Lundmanin (2004, 106–107) mukaan seuraava askel on tiivistää eli pelkistää analyysiyksiköt. Tiivistäminen referoi tekstiä, mutta säilytti silti sen tarkoituksen. Tiivistettyjä analyysiyksiköitä kutsutaan koodeiksi, joilla on samaa tarkoittava merkitys. Seuraavaksi koodeista luotiin kategoriat eli ryhmitettiin asiat, joilla oli yhteisiä ominaisuuksia. Kategorian tulee olla kattava ja toisensa poissulkeva, eikä mitään tarkoitukseen liittyvää tietoa tule hylätä sopivan kategorian puuttuessa. Tiedon ei tule tippua kahden kategorian väliin tai sopia useampaan kuin yhteen kategoriaan. Alakategorioita yhdistettiin ja niistä muodostui yläkategorioita. Lopputuloksena muodostuivat pääkategoriat. Koko aineisto luettiin koodaus ja kategorisointi vaiheessa viiteen kertaan läpi.



KUVIO 3. Tutkimusaineiston sisällönanalyysi

4.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta tulee tarkastella jokaisessa analyysin vaiheessa, valmistelussa, organisoinnissa ja tulosten raportoinnissa. Yhdessä näiden vaiheiden tulisi antaa lukijalle selvä osoitus tutkimuksen luotettavuudesta. Elo ym. (2014, 1) kokosivat tarkastuslistan tutkijoille, jotka haluavat kehittää luotettavuutta. Artikkelissaan he selkeyttävät, miten sisällönanalyysi tulee raportoida pätevällä ja ymmärrettävällä tavalla. Vaikka laadullinen sisällönanalyysi on yleisesti käytössä hoitotieteen tutkimuksissa, sen käytön luotettavuutta ei ole systemaattisesti arvioitu. Yleensä tutkimuksen jotkut näkökohdat voidaan helposti kuvailla, mutta riippuvat osaksi myös tutkijan oivalluksesta tai intuitiosta ja se voi olla vaikea kuvailla muille. Luotettavuuden kannalta on tärkeää raportoida, miten tulokset on luotu. Lukijan on voitava selkeästi seurata analyysin ja tulosten johtopäätöksiä.

Suomessa on sitouduttu kansainväliseen tutkimuseetiikan ohjeistukseen Helsingin julistukseen (1964). Julistus on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarkoituksiin, mutta sitä voidaan hyvin käyttää myös eettisenä ohjeena hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Julistuksen tutkimustyön perusteluja ovat esimerkiksi; lääketieteen edistymiselle on välttämätöntä, että myös ihmisiä tutkitaan, tutkittavan hyvinvointi on aina tieteen ja yhteiskunnan etua tärkeämpi, tutkimuksen eettiset normit edistävät yksilön kunnioittamista ja varjelevat terveyttä ja oikeuksia. Julistuksessa annetaan myös ohjeita potilaiden turvallisuuden ja oikeuksien turvaamiseksi; yksityisyys, luottamuksellisuus, sekä tutkittavan fyysinen ja psyykinen koskemattomuus on turvattava kaikin mahdollisin varotoimin, jokaiselle tutkittavalle on riittävän tarkoin selostettava tutkimuksen tavoite, menetelmät, rahoituslähteet, tutkijan yhteydet laitoksiin jne., tutkittavalle on kerrottava mahdollisuudesta olla osallistumatta tutkimukseen ja mahdollisuudesta perua suostumuksensa milloin tahansa, tutkijan tulee saada tutkittavan vapaasta tahdosta antama suostumus mieluiten kirjallisena tai muulla tavoin ilmaistuna. Suomessa tutkimuseetiikkaa ohjeistavat terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) ja valtakunnallinen sosiaali ja terveystieteiden eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2015, viitattu 23.3.2015. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 213–227; Lääkäriliitto 2015, viitattu 23.3.2015.)

Sisällönanalyysin luotettavuus varmistetaan parhaalla aineistonkeruu metodilla, jotta tutkimuskysymyksiin saadaan vastaus. Jos induktiivista sisällönanalyysia käytetään, on tärkeää, että kerätty aineisto on niin epämuodollista kuin mahdollista. Haastateltavan johdattelemista tulee välttää ja esitestaushaastattelut voivatkin olla avuksi. Hyvä ja sopiva otoskoko, eli haastateltavien määrä

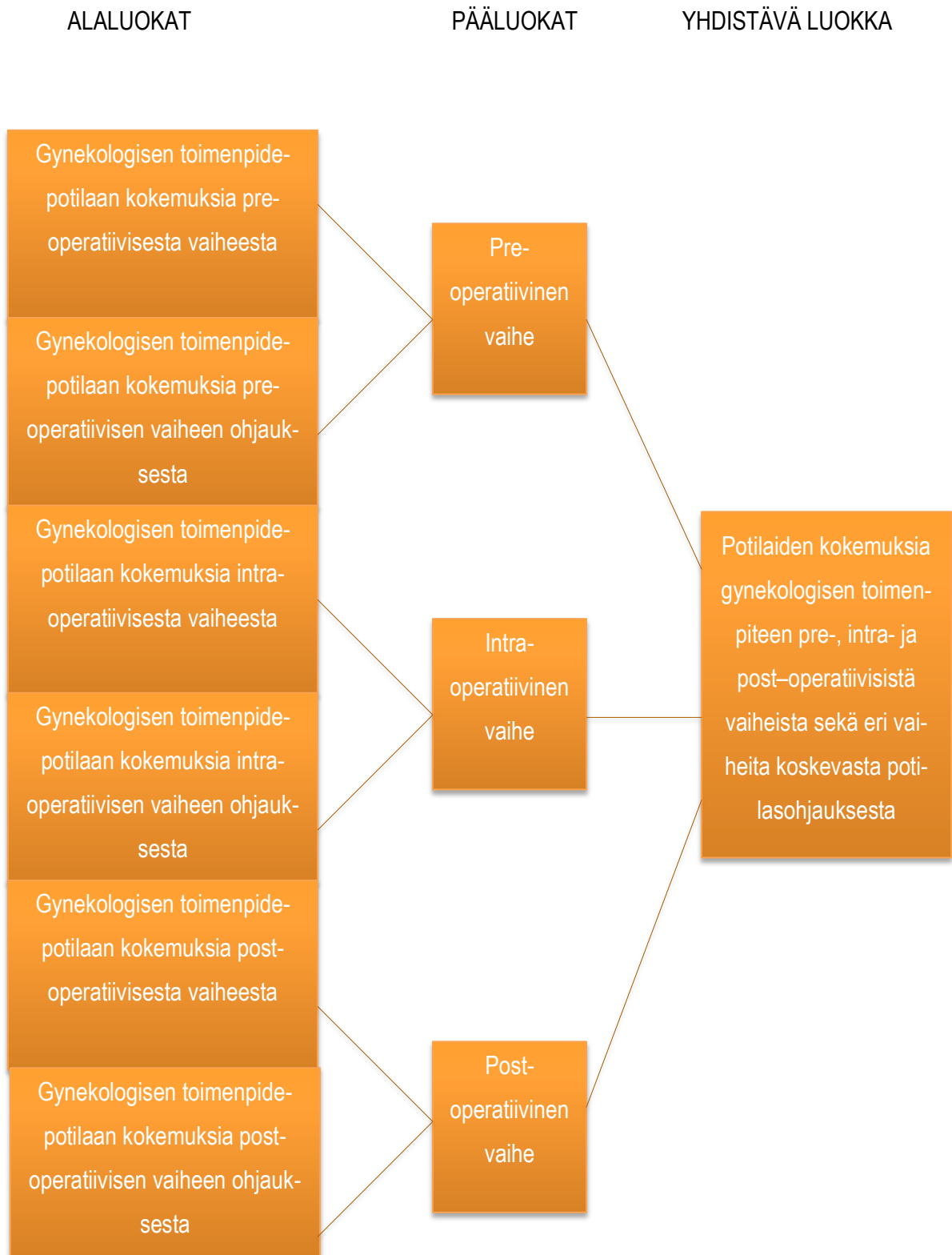
riippuu tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimuskysymyksistä ja aineiston runsaudesta. (Elo ym. 2014, 3–5.)

Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu, aiheen merkitystä on pohdittava yhteiskunnallisesti. Hyödyllisyys on tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksena. Hyöty ei välttämättä kohdistu tutkittaviin henkilöihin, vaan vasta tulevaisuudessa uusiin potilaisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Itsemääräämisoikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 §, viitattu 23.3.2015) on yksi tutkimukseen suostumisen lähtökohta. Velvollisuuden tunne ei saa olla syynä tutkimukseen osallistumisena, vaan sen on oltava aidosti vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistujan on tiedettävä täysin mikä on tutkimuksen luonne. Haastattelusta kerätty materiaali käsitellään luottamuksellisesti ja ne ovat vain tutkijoiden käytettävissä opinnäytetyön tekemistä varten. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei tule esille missään tutkimuksen vaiheessa. Nämä tiedot on kerrottava saatekirjeessä ja vasta sitten tutkittava voi allekirjoittaa suostumuksensa tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–220.) Tutkimuksen saatekirjeessä (liite 1) on kerrottu nämä edellä mainitut asiat ja tieto siitä, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Potilaille on mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan ja keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla muodostettiin kolme pääluokkaa, jotka nimettiin seuraavasti: Gynekologisen toimenpidepotilaan pre-operatiivinen vaihe, Gynekologisen toimenpidepotilaan intra-operatiivinen vaihe ja Gynekologisen toimenpidepotilaan post-operatiivinen vaihe.

Ensimmäiseen pääluokkaan kuuluu kaksi alaluokkaa, jotka ovat nimetty Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisesta vaiheesta ja Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisen vaiheen ohjauksesta. Toiseen pääluokkaan kuuluu kaksi alaluokkaa, jotka ovat nimetty Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisesta vaiheesta ja Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisen vaiheen ohjauksesta. Kolmanteen pääluokkaan kuuluu kaksi alaluokkaa, jotka ovat nimetty Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisesta vaiheesta ja Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisen vaiheen ohjauksesta (kuvio 4).



KUVIO 4. Potilaiden kokemuksia gynekologisen toimenpiteen pre-, intra- ja post-operatiivisistä vaiheista sekä eri vaiheita koskevasta potilasohjauksesta.

5.1 Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisesta vaiheesta

Tutkimuksen ensimmäisenä tehtävänä oli selvittää gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisesta vaiheesta. Aineiston analyysissä kokemukset on luokiteltu haastatteluissa esille tulleiden kokemusten mukaan. Määritelty alaluokka on gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisesta vaiheesta. Taulukossa kuvataan alaluokkaan kuuluvat pelkistetyt ilmaisut. Taulukossa 1 on kuvattu gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisesta vaiheesta, jotka nousivat esiin aineiston analyysissä.

TAULUKKO 1. Alaluokan gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisesta vaiheesta pelkistetyt ilmaisut

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka
Ystävällinen ja ammattitaitoinen hoitohenkilökunta	GYNEKOLOGISEN TOIMENPIDEPOTILAAN KOKEMUKSIA PRE-OPERATIIVISESTA VAIHEESTA
Turvallisuuden tunne	
Ristiriita hoidon toteutumisesta	
Hoidon jatkuvuus	
Potilaan yksilöllinen huomioiminen ja huomioimattomuus	
Potilaan osallistaminen omaan hoitoonsa	

Potilaat kertoivat kokemuksia toimenpiteeseen valmistautumisesta ja sen vaiheista. Potilaat kertoivat avoimesti kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. He kokivat, että **hoitohenkilökunta oli ystävällistä** poliklinikoilla, sekä vuodeosastolla. Turvallisuuden tunnetta lisäsi kokemus heidän hyvästä **ammattitaidosta**. Potilaiden mukaan heitä huomioitiin yksilöllisesti. Hoitohenkilökunta koettiin ystävälliseksi, ammattitaitoiseksi, inhimilliseksi ja empaattiseksi. Haastateltavien mukaan hoitohenkilökunnan käyttäytyminen on muuttunut aiempaa inhimillisemmäksi ja potilaiden kohtelu on nykypäivänä parempaa.

Ja tuota en halua mitenkään makeilla, mutta voin kertoa, että nykypäivänä hoitohenkilökunta on aivan erinomaisen ihanaa väkeä, että ne pitää niinkö sen potilaan, et se on ihminen se potilaskin.

Mutta muistan että minulle jäi hyvä mieli ja semmoinen olo, että tulen olemaan osaavissa käsissä.

Potilaat kokivat olonsa pääosin turvalliseksi sairaalassa. **Turvallisuuden tunne** nousi haastatte- luissa tärkeäksi osaksi toimenpiteeseen valmistautumista. Luottamusta tulevaa toimenpidettä kohtaan lisäsi hoitohenkilökunnan ammattitaito ja potilaan huomioiminen. Tieto ja ymmärrys tule- vasta toimenpiteestä vaikuttivat paljon turvallisuuden tunteen tulemiseen. Toimenpidelääkärin tapaaminen ennen toimenpidettä vahvisti turvallisuuden tunnetta. Turvattomuuden tunteeseen vaikutti eniten epätietoisuus tulevan leikkauksen laajuudesta.

Siinä sai niinku itsekin paremman tiedon mistä on kysymys, oikein hyvä oli. Kohdun mallikappaleesta oli helppo ymmärtää mitä tapahtuu.

Minulta kysyttiin siinä kun tulin, että millä mielellä sinä tänne tuut? Minä sanoin, että minulla ei oo mitään. Ihan luottavaisella mielellä. Minulla ei ollu mitään pel- koa eikä jännitystä, kun olen nähnyt, että siellä ollaan parhaissa käsissä ja huo- lehtivat hyvin.

Menin kuitenkin sinne leikkaukseen, että en tiennyt, jotenkin ajaudu sinne leik- kaukseen.

Se mua ihmetytti, että tapasin lääkärin vasta leikkaussalissa. Kun sitä kysyin, et- tä milloin tapaan lääkärin, niin mulle sanottiin, että leikkaussalissa. Niin se tuntu, että no hupsista. Että toivottavasti ne nyt tietää, mitä tekee.

Hoitohenkilökunnan välillä oli ollut **ristiriita hoidon toteutumisesta**, sen kuuleminen aiheutti potilaille ikävän ja epämiellyttävän tunteen. Kysymys oli ollut sairaalan sisäisistä hoitokäytännöis- tä. Potilas ja puoliso huomioitiin tilanteessa huonosti. Eräässä tapauksessa vauvan huonon en- nusteiden takia pariskunnalle oli alettu puhua kontrollikäynnillä keskeytyksestä varoittamatta ja vanhempien mielestä hyvin heikoin perustein.

Avoimesti keskusteli meidän läsnäollessa, sen minä koin niinkö tosi ikävänä ja semmosena, että minä en olisi niin kuin halunnut kuulla niitä.

Useimmat potilaista tapasivat poliklinikalla toimenpiteen tekevän lääkärin, minkä he kokivat hyväksi asiaksi. Kaikki haastatellut eivät kuitenkaan kokeneet samaa. Potilaat kokivat haasteelliseksi, että lääkäri vaihtui ja joutui alusta asti kertomaan asiat. Saman lääkärin vastaanotto lisäisi potilaan mielestä turvallisuutta. Potilaiden mielestä **hoidon jatkuvuus** on tärkeä asia.

Sitten minusta oli tosi ihana, että se leikkaava lääkäri, joka oli siellä poliklinikalla, oli sama kuin leikkaava lääkäri ja hän kävi katsomassa minua sitten varta vasten vielä silloin tiistaina, kun minä lähdin kotiin.

Ehkä enempi kaikkein häiritsevin asia oli kokonaisuudessaan se, että aina on eri lääkäri hoitamassa. Siellä äitiyspoliklinikallakin oli aina eri lääkäri, jos sattui niin että oli sama tyyppi kuin edellisellä kerralla, niin se oli kiva. Se olis kyllä kiva, että olisi enemmän jatkuvuutta, eikä aina tarttis kaikkia aloittaa alusta ja olisi kai se turvallisuuttakin.

Potilaat kokivat ennen toimenpidettä tapahtuneen poliklinikkakäynnin monella tavalla. Toiset kokivat, että heidät **huomioitiin** hyvin, toiset puolestaan kokivat, ettei heitä huomioitu yksilöllisesti. Joidenkin mielestä käynti poliklinikalla oli liian lähellä toimenpidettä eli ei ollut tarpeeksi aikaa valmistautua tulevaan toimenpiteeseen. Erityisesti potilaiden joiden tuli tehdä päätöksiä omasta hoidostaan poliklinikkakäynnin ja toimenpiteen välinen aika oli liian lyhyt. Osa potilaista koki, että poliklinikalla on ns. tietotulva. Myöhemmin tulee kysymyksiä mieleen. Potilaiden mielestä olisi tärkeää huomioida potilaan taustat ja aikaisemmat kokemukset toimenpiteistä. Ennen toimenpidettä osa potilaista tapasi leikkaavan lääkärin, jolloin sai selkoa toimenpiteen kulusta, tämä oli koettu todella positiivisena asiana.

Ylipäättään se, että jotenkin minä koin, että ei missään vaiheessa niin kuin potilaalle ole liikaa sitä informointia siitä mitä tapahtuu ja miksi toimitaan näin ja jotenkin semmoinen pienikin tieto helpottaa sitä hommaa. Ihan sama mitä se tieto sitten onkaan, kyllä minä ymmärrän senkin että nämä on rutiinotoimenpiteitä teille, mutta kuitenkin pitäisi muistaa, että nämä on potilaalle aina ainutlaatuisia juttuja. Pitäisi aina muistaa huomioida ja se, että ihmiset tulee eri lähtökohdista. Tietenkin mulla on taustalla omakohtainen kokemus, joka auttoi suhtautumiseen koko leikkausta kohtaan, että kun minulla on aiemminkin poistettu myoomia avoleikkauksena, niin tavallaan tiesi jo vähän, että mitä on tulossa. Mutta jos minä ajattelen sillalaila, että jos minä olisin ihan ensi kertalaisena sinne mennyt, niin tilanne olisi vielä vähän niin kuin erilaisempi ja se kokemus olisi vielä hankalampi ehkä.

Tuota minä koin että siihen ei ollut kauheasti aikaa. Just sen takia, että se lääkärin käynti oli edellisenä päivänä. Minulla oli niin kuin 16 tuntia aikaa tehdä päätös. Oli aika isoja päätöksiä. Minimissään ylimääräinen vuorokausi. Se olisi antanut edes vähän aikaa, olisin voinut jutella siitä ihmisten kanssa. Ehkä viikko olisi ollut paras.

Sovittiin se leikkauspäivä ja sitten menin hoitajan juttusille. Niin tuntui, että niin kuin pää pyörällä. Ja sitten tuli vähän liikaakin asiaa sillain, että en pystynyt sulattamaan sitä.

Ennen toimenpidettä osastolla potilaat kokivat tullessa hyvin **huomioiduksi**. Heille tarjottiin hyvin keskustelua vaikka he eivät välttämättä sitä itse kyenneet ottamaan vastaan. Toimenpidelääkärin käynti ennen toimenpidettä koettiin hyväksi. Siitä tuli potilaille hyvä fiilis kun tiesi kuka toimenpiteen tekee. Kaikki haastatelluista eivät saaneet tietää kaikkia vastauksia ennen toimenpidettä ja tästä syystä kokivat, ettei heidän toiveita huomioitu riittävästi. Valmisteluissa vuodeosastolla potilaat kokivat yksilöllistä huomioimista ja huolenpitoa.

Kyllä minusta olisi ollut siinä mielessä. Mutta minä en varmaan ollut vastaanottavainen. Minä olen semmoinen, että minä torjun kaikki tällaiset ikävät asiat. Minä luulen että siellä olisi voinut keskustella. Multa kysyttiin monta kertaa. Mutta minä en tajunnut/ymmärtänyt keskustella.

Sen minä kirjasinkin ylös, että oli kiva kun se lääkäri joka leikkasi, kävi ennakoon sanomassa, että tämän näköinen ihminen minä olen ja sinulle tehdään sellainen ja sellainen leikkaus.

Kuitenkin se, että huomioivat heti, että kun mulla meinaa alkaa päänsärky. Sainoin, että päätä särkee, niin laitettiin se tippa, että ei tulisi siitä niin migreeniä.

Potilaan **valmistautuminen** toimenpiteeseen koettiin selkeäksi. Hyvä kirjallinen materiaali tuki potilaan valmistautumista toimenpiteeseen. Haastatellut potilaat kertoivat, että he lukivat kirjalliset ohjeet tarkoin. He olivat hyvin kiinnostuneita miten he voivat itse vaikuttaa asioihin ja edistää omaa toipumista toimenpiteestä.

Papereita ei sen kummemmin käyty läpi, sanottiin vaan, että lue ne ja valmistaudu niiden mukaan.

Sitten se oli kiva, että pääsi sinne leikkaussaliin asti kävelemällä, että ei menty millään sängyllä.

5.2 Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisen vaiheen ohjauksesta

Tutkimuksen toisena tehtävänä oli selvittää gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisen vaiheen ohjauksesta. Aineiston analyysissä kokemukset on luokiteltu haastatteluisissa esille tulleiden kokemusten mukaan. Määritelty alaluokka on Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisen vaiheen ohjauksesta. Taulukossa kuvataan alaluokkaan kuuluvat pelkistetyt ilmaisut. Taulukossa 2 on kuvattu gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisen vaiheen ohjauksesta, jotka nousivat esiin aineiston analyysistä.

TAULUKKO 2. Alaluokan Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisen vaiheen ohjauksesta

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka
Hyvä pre-operatiivinen suullinen ja kirjallinen ohjaus Puutteellinen pre-operatiivinen suullinen ja kirjallinen ohjaus Internetin ohjeet ja ystävien vertaistuki	GYNEKOLOGISEN TOIMENPIDEPOTILAAN KOKEMUKSIA PRE-OPERATIIVISEN VAIHEEN OHJAUKSESTA

Haastatteluissa yksi aihe-alueemme oli millaisia kokemuksia potilailla oli gynekologisen toimenpiteen pre-operatiivisen vaiheen ohjauksesta. Tutkimuksen haastatellut naiset kokivat, että **ennen toimenpidettä tapahtunut suullinen ohjaus oli hyvää, selkeää ja määrätietoista** niin poliklinikoilla kuin osastoillakin. He kertoivat, että niin hoitajan kuin lääkärinkin ohjauksessa käytiin läpi hyvin monenlaisia asioita. Usein lääkäri havainnollisti tulevan toimenpiteen esim. piirtämällä. Se auttoi potilaita ymmärtämään paremmin tulevaa toimenpidettä, tiesi mitä tulee tapahtumaan. Lääkärit kertoivat potilaille hyvin avoimesti toimenpiteeseen liittyvät riskit. Anestesia­lääkärin tapaaminen helpotti potilaiden suhtautumista tulevaan puudutukseen tai nukutukseen.

Kätilön haastattelussa potilaiden taustatietoasiat (esim. lääkitys/allergiat) selvitettiin tarkoin. Potilaat saivat myös tarkkaa tietoa sairaalaan saapumisesta toimenpidepäivänä sekä alustavaa tietoa toipumisesta niin sairaalassa kuin kotonakin. Haastateltujen mielestä toimenpiteestä toipumisesta oli hyvä tietää etukäteen ja näin ollen pystyi kotona järjestelemään asioita paremmin. Erityisesti nopean toipumisen -mallista potilaat saivat hyvää etukäteisohjausta, mikä helpotti toimenpiteestä toipumista ja edisti nopeaa liikkeelle lähtemistä toimenpiteen jälkeen. Useat potilaat kokivat, että kätilön haastattelu lääkärikäynnin jälkeen on hyvä, koska siellä on helppo kysyä. Moni haastatelluista kaipasi, että ohjausta ja neuvontaa olisi voinut olla vielä enempi. Erityisesti myöhemmin heränneet kysymykset ja ajatukset tulevasta toimenpiteestä hämmensivät potilaita, eikä heillä ollut aina tarkkaa käsitystä mihin ottaa yhteyttä mieltä askarruttavista asioista.

Ja se ensimmäinen käynti, minkä minä kävin niin se oli minusta tosi hyvä ja siellä oli siis semmoinen lääkäri, joka kerto niin kuin tosi yksityiskohtaisesti, että mitä siinä sitten tapahtuu ja miten se homma etenee ja sitten kun isä oli siinä käynnillä mukana. Niin myös hänen osuutta ja tavallaan, että, mikä se hänen rooli siinä leikkauksessa on niin se oli minusta tosi hyvä.

Justiin näitä miten haavaa hoidetaan ja näitä kipujuttuja käytiin läpi. Minusta se on hyvä ja ihan tarpeellinen varsinkin näin ekakertalaista ajatellen vois olla vähän seikkaperäimminkin mitä oli. Minusta se oli hyvä.

Tuo on hyvä, että voi tulla vasta leikkauspäivän aamuna sairaalaan. Mahdollisimman pian tietenkin kotiin.

Useimmat potilaat saivat naistentautien poliklinikalta mukaansa kirjallista materiaalia, jossa oli toimenpiteeseen valmistautumisesta ja ohjeita siihen liittyen. Osa haastatelluista sai toimenpiteeseen liittyvän valmistelukirjeen jo ennen poliklinikka käyntiä, joka oli varsinainen toimenpiteen suunnittelukäynti. Ennen toimenpidettä saadun **kirjallisen ohjeen haastatellut naiset kokivat tärkeäksi ja selkeäksi** tiedoksi. Keisarinleikkaukseen liittyvän kirjallisen ohjeen saivat kaikki äitiyspoliklinikka käyneet potilaat. Monet haastatelluista kertoivat, että oli hyvä kun ohjeessa oli toimenpiteen jälkeiseen aikaan ja toipumiseen liittyvää tietoa myös. Kirjallinen ohje tuki poliklinikalla saatua suullista ohjausta. Useampi kertoi, että poliklinikalta lähtiessä huolestutti mitä muistaa vielä kun toimenpideaika on. Kirjallisen materiaalin avulla heille muistui asiat helposti mieleen. Ohjeen myötä oli helppo tehdä toimenpiteeseen kuuluvat valmistelut ja ottaa mukaan sairaalaan

tarvittavat asiat. Kotona potilaat saivat perehtyä vielä rauhassa tulevaan toimenpiteeseen ja sen valmistautumiseen.

Ohjeet olivat minun mielestä selkeät ja löytyivät paperista lukemalla. Ei tarvinnut erikseen soittaa mitä tämä tarkoittaa. Suullinen ohjaus oli myös ok.

Sain sen, että pitää harjoitella sitä sängystä nousemista ja semmoista, että oikeastaan kaikki semmoinen tuli, mitä pitikin. Ei ollut mitään, tuota ja kuitenkin antoivat sen lapunkin, jossa oli kirjallisena ne ohjeet.

Eli annettiin hyvät ohjeet, sekä suulliset että kirjalliset ohjeet sitten mukaan, koskien sitä keisarisleikkausta ja kaikkea siihen liittyvää. Ihan kyllä jäi semmoinen hyvä fiilis ja hyvin tuli tietoa. Tuntui ainakin silloin, että oli riittävän informatiivista se ohjaus ja niin kuin ymmärrettävästi kerrottu ne asiat.

Pääosin ennen leikkausta tapahtunut ohjaus oli hyvää, kuitenkin **osalle potilaista jäi epäselviä asioita**. Haastatellut kokivat epäselvänä mihin soittaa, kun tuli kysymyksiä toimenpiteeseen liittyen. Potilaille jäi päätettäväksi myös toimenpiteeseen liittyviä asioita. He kokivat, että päätöksen tekeminen oli haasteellista, koska potilaat ei tienneet kaikkea seuraamuksia, mitä toimenpiteestä voi olla. Yleisgynekologisten potilaiden poliklinikakäyntiaika voi olla kolmekin kuukautta ennen toimenpidettä. He kertoivat, että tänä aikana kokivat jäävänsä asioiden kanssa yksin. Toimenpiteen odotusaikana potilaat olisivat halunneet olla tarkalleen tietoisia mihin ottaa yhteyttä, jos tulee jotain ongelmaa asian suhteen. Poliklinikalla tulovaiheessa pissanäytteiden kanssa on ollut epäselvyyttä ja näytteitä meni hukkaan. Haastatellut kertovat, että ohjeessa ei lukenut selvästi minne pissanäyte tulee viedä. Gynekologista syöpää sairastavilla oli epätietoisuutta miksi toimenpideaika venyi, se aiheutti heille suurta huolta.

Ja lääkäri kysy multa, että, saako multa poistaa toisenkin munasarjan. Niin. Ja tuota minä annoin siihen luvan. Mutta, mutta sitten jälkeinpäin minä rupesin miettimään, että tuota kun se oli vähän lyhyt keskustelu näin isosta asiasta. Että eipä siinä kauheasti riskeistä puhuttu. Tai sitten, että mitä siitä seuraa, jos, jos sitten tällaiseen operaatioon menee. Että sitten jäin pohdiskelemaan niitä yksin.

Mutta sitten jälkeinpäin mulla tuli mieleen, että oisin voinut kysyä vaikka mitä. Ja

sitten tuli semmoinen olo, että keltä minä nyt kysyn, kun ne puoltoista kuukautta odottelin tuossa leikkausta ja mietin itsekseni näitä juttuja, että. Että nythän minulla niitä kysymyksiä olisi. Että minä koin, että jäin vähän yksin sitten siinä puoleksitoista kuukaudeksi.

Ja se oli se tyly viesti, että sen kun vain kärsit sen kuukauden kotona! Ja sitten just se-se, että milloin niin, kun sitten taas ei pärjää kotona sitä aikaa, että milloin sinä olet oikeasti niin kipeä, et sinä voit lähteä sinne päivystykseen sitten, että tehdään sitten päivystysleikkaus. Se oli niin kun se, harmitutti siinä monta päivää, kun oli tosi kipeä ja vuoti paljon.

Minä annoin sen näytteen sitten siellä laboratoriossa, niin siellä hoitaja sano, että ei ole pyydetty virtsakoetta, että he eivät ota sitä. Sitten se sanoi, että voit sinä jättää sen tähän niin me laitetaan se pois. No sitten minä menin sinne poliklinikalle, niin siellä ensimmäisenä kysyttiin se virtsakoe. Minä sitten selvitin sen tilanteen. Sitten ne sano, että kun sinä olet pari tuntia tässä niin otetaan uusi näyte.

Gynekologiset toimenpidepotilaat saivat naistentautien poliklinikalta mukaansa peräruiskeen ja siihen liittyvän ohjauksen. Peräruiske on osa toimenpiteeseen valmistautumista. Useimmat potilaista kokivat peräruiskeen laitton erityisen haasteellisena kirjallisesta ja suullisesta ohjauksesta huolimatta. Monet haastatelluista kertoivat, että heidän henkilökohtaiset fyysiset rajoitteet hankaloittivat peräruiskeen laittoa. Osa pyysi puolisoaan avustamaan peräruiskeen laitossa.

Ei kai siinä muuta ollut, kun se peräruiske mikä sieltä annettiin, niin oli niin hankalassa purkissa, että sitä ei saanut laitettua. Mulla oli naapuri petissä rouva, jolla oli sama ongelma ollut. Se oli semmoinen viis senttinen halkaisijaltaan ja semmoinen haitari yläosa, niin ei sitä yhdellä kädellä mitenkään pysty tuota, missään asennossa laittamaan.

Internetistä haettiin vastauksia kysymyksiin ja tukea valmistautumiseen, monet kertoivat vierailleensa keskustelupalstoilla ja sairaanhoitopiirin sivulla. Haastatellut potilaat ymmärsivät hyvin internetin keskustelupalstoilla olevat vaarat ja kertoivat lukeneensa sivuja kriittisesti. Moni olisi toivonut sairaanhoitopiirin sivuille lisää tietoa toimenpiteestä ja toipumisesta. Useat kertoivat

vierailleensa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sivulla ennen toimenpidettä. Myös muiden sairaanhoitopiirien sivuilla oli käyty katsomassa vastaaviin toimenpiteisiin liittyviä ohjeita.

Minä luin sen netistä ja tutkiskelin vielä. Nehän ehtii unohtua, mutta nyt kun tuli uudelleen ajankohtaiseksi niin mä luin ne uudelleen ja menin nettiin ja luin sieltä millainen osasto on ja miten siellä toimitaan. Tosiaan kävin sen läpi niinkun itse. Minulle oli selkeää. Sairaalan sivuilta, OYS:n sivuilta katsoin.

Ja sitten myöskin menin, menin netin keskustelupalstalle. Ei olisi kannattanut, koska siellä ne kaikkia kauhukertomukset on. Ja tuota kaikki ne riskit mitä voi olla. Niin mulla tuli semmoinenkin vaihe, että rupesin jo miettimään, että peräännytkö minä koko hommasta ja mitenhän tässä nyt...onko järkevää.

Haastatteluun osallistuneet naiset kertoivat, että he saivat tietoa tulevaan toimenpiteeseen liittyen perheen jäseniltä, sukulaisilta, ystäviltä ja internetistä. Moni potilaista yllättyi kun lähipiiristä löytyi naisia, joille oli tehty sama toimenpide, näin he saivat vertaistukea.

Yllätyin, löytyi aika paljon tuttavien kenelle se toimenpide oli tehty ihan vast'ikäänkin. Sai sellaista vertaistukea.

5.3 Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisesta vaiheesta

Tutkimuksen kolmantena tehtävänä oli selvittää gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisesta vaiheesta. Aineiston analyysissä kokemukset on luokiteltu haastatteluissa esille tulleiden kokemusten mukaan. Määritelty alaluokka on Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisesta vaiheesta. Taulukossa kuvataan alaluokkaan kuuluvat pelkistetyt ilmaisut. Taulukossa 3 on kuvattu gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisesta vaiheesta, jotka nousivat esiin aineiston analyysistä.

TAULUKKO 3. Alaluokan Gynekologisen toimenpidetilaan kokemuksia intra-operatiivisesta vaiheesta

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka
Ystävällinen ja ammattitaitoinen hoitohenkilökunta Turvallisuuden tunne Potilaan yksilöllinen huomioiminen ja huomioimattomuus	GYNEKOLOGISEN TOIMENPIDEPOTILAAN KOKEMUKSIA INTRA-OPERATIIVISESTA VAIHEESTA

Potilaiden kokemukset toimenpiteen intra-operatiivisesta vaiheesta olivat hyviä. Leikkaussalissa henkilökunta oli **ystävällistä** ja **ammattitaitoista**. Siellä kerrottiin koko ajan, että mitä tehdään, se koettiin mukavana. Itse leikkauksesta potilaalle oli jäänyt miellyttävä tunne. Leikkaussalihenkilökunta oli empaattista ja huomioi potilaat yksilöllisesti, se oli potilaille tärkeää.

Tuota hyvin oli ystävällistä porukkaa siellä.

Se on aina tosi tärkeää, että siellä ollaan ihmisiä ihmiselle, eikä tunnu, että ollaan "liukuhinna-meiningillä" ja ajatellaan, että tämä leikkaus muiden joukossa, vaan otetaan huomioon se leikattava potilas ja mennään sen mukaan.

Hyvin asiantuntevia ja silleen tunsi olevansa hyvissä käsissä kyllä siellä kaikissa vaiheissa.

Haastatellut kokivat, että leikkaussalin rauhallinen ja toisaalta reipas tunnelma toivat **turvallisuuden tunnetta**. Hoitohenkilökunta oli asiantuntevaa, kannustavaa ja rauhoittavaa. Potilaat kokivat, että heistä huolehdittiin hyvin, vaikka kovasti pelottikin. Leikkaussalissa oli paljon hoitajia ja kaikki esittelivät itsensä ja kertoivat tekemisistään ja missä roolissa ovat. Hoitajille uskalsi kertoa omista peloista ja niihin sai tukea. Informointi toimenpiteeseen liittyvistä asioista toi turvallisuuden tunnetta. Keisarinleikkauksessa olleet potilaat tunsivat olonsa turvalliseksi, kun tukihenkilö sai olla vieressä. Tukihenkilön läsnäolon koettiin myös kipua lievittäväksi ja jännitystä poistavana asiana. Myös henkilökunnan juttelu omista asioista toi turvallisuuden tunnetta, kun ajateltiin, että kun juttelevat omiaan, on se hyvä merkki. Turvallisuuden tunnetta toi myös se, kun vauvan syntymän jälkeen kättilö kävi kertomassa vauvan voinnista ja apgar-pisteistä.

Rauhoittelivat ja tällä tavalla oli, oli kyllä semmionen varma ja luottavainen tunne siinä itsellä vaikka olo ei koko aika hyvä ollutkaan.

Se oli tosi hyvä, että se mies sai olla siinä mukana koko ajan ja siinä niinkun koin että se oli tosi iso apu niin kun itsellekin..

Oli tosi kiva, että siinä välillä kävi kätilö muutaman kerran kertomassa, mikä tilanne on ja vauvan voinnista ja pisteistä ja muista ja tiesi sitten, että kaikki on niin kuin kunnossa.

Uskalsi sanoa, että jännittää vähän kaikki, katetrin laitto ja tipan laitto, että niin kuin uskalsi sitten kertoa niistä ja siihen sai niin kuin sellaista lohdutusta, että kylä se siitä. Että niin kuin siellä vaan oli niin reipas tunnelma.

Pääosin potilaat oli **huomioitu** leikkaussalissa hyvin. Potilailta kysyttiin toimenpiteeseen liittyviä tietoja, osa heistä koki positiivisena ja osa koki sen hämmentävänä. **Epämiellyttäväksi** oli koettu hoitohenkilökunnan jutustelun omasta elämästään toimenpiteen aikana, hän olisi mieluummin kuunnellut vaikka musiikkia maatessaan leikkauspöydällä. Eräs potilas oli pyytänyt, että leikkausvalmistelujen aikana ei kerrottaisi mitä tullaan tekemään, esimerkiksi pistämään, mutta tätä ei oltu huomioitu. Leikkaussalissa potilaita ei informoitu toimenpiteen aloittamisen viivästymisestä, heille ei kerrottu miksi ja ketä odotellaan. Tämän odotteluajan potilaat kokivat pitkäksi.

Siinä odoteltiin vaan jotain, enkä minä potilaana tullut tietämään miksi me odotetaan tai ketä me odotetaan ja se tuntu aika pitkältä se aika. Ja siinä oli myös paljon semmoista aikaa, ettei siinä tapahtunut mitään, siinä vaan istuttiin ja odotettiin ilmeisesti niitä lääkäreiden tuloa. Siinä jotenkin tuntu niinkö itsestä tosi pitkälle se aika.

Mää vaan väkiselläkin kuuntelin toisten tarinoita ja itsellä oli vaan se olo, että pitkää se haava äkkiä umpeen, että minä haluan niin kuin päästä jo pois...

5.4 Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisen vaiheen ohjauksesta

Tutkimuksen neljäntenä tehtävänä oli selvittää gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisen vaiheen ohjauksesta. Aineiston analyysissa kokemukset on luokiteltu haastatteluissa esille tulleiden kokemusten mukaan. Määritelty alaluokka on Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia pre-operatiivisesta ohjauksesta. Taulukossa kuvataan alaluokkaan kuuluvat pelkistetyt ilmaisut. Taulukossa 4 on kuvattu gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisen vaiheen ohjauksesta, jotka nousivat esiin aineiston analyysistä.

TAULUKKO 4. Alaluokan Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia intra-operatiivisen vaiheen ohjauksesta

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka
Informaatio toimenpiteen aikana Epätietoisuus toimenpiteen vaiheista	GYNEKOLOGISEN TOIMENPIDEPOTILAAN KOKEMUKSIA INTRA-OPERATIIVISEN VAIHEEN OHJAUKSESTA

Haastatteluun osallistuneet potilaat kokivat miellyttävänä, että leikkaussalissa valmisteluja tehtäessä heille **kerrottiin** koko ajan mitä tehdään ja se rauhoitti tilannetta. Osa haastatteluista potilaista oli hereillä toimenpiteen aikana ja he kokivat toimenpiteen aikana toimenpiteestä kerrotut asiat tuovan turvallisuutta. Kun toimenpiteen luonne on muuttunut intra-operatiivisen vaiheen aikana, on potilasta **informoitu** hyvin omasta tilasta ja vauvan voinnista, sekä ohjattu hyvin anestesian muutoksesta.

Että vaikka siinä leikkauksessakin on monta ihmistä häärimässä, niin kaikki esitäytyy ja sitten kaikki kertoo, että mitä on tekemässä, niin kuin missäkin vaiheessa ja sitten se, että mikä kenenkin rooli on, kaikki se mitä nyt tekivätkin, niin ne kertoi, että mitä nyt tapahtuu.

Kaikki potilaat eivät saaneet tietoa toimenpiteen aikaisista tapahtumista. Tämä koettiin **epämiellyttävänä** asiana. Haastatteluissa kävi ilmi, että potilaalle kerrottiin toimenpiteen kulusta vain jos itse kysyi. Keisarinleikkauspotilaiden kohdalla haavan ompeluvaihe tuntui epämiellyttävältä, koska siinä oltiin niin pitkään yksin.

Minä välillä itekin sitten kysyin, kun tunsin vaan, että jotain tehdään, mutta kukaan ei sanonut että mitä siellä niin kuin tapahtuu.

5.5 Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisesta vaiheesta

Tutkimuksen viidentenä tehtävänä oli selvittää gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisesta vaiheesta. Aineiston analyysissä kokemukset on luokiteltu haastatteluissa esille tulleiden kokemusten mukaan. Määritelty alaluokka on Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisesta vaiheesta. Taulukossa kuvataan alaluokkaan kuuluvat pelkistetyt ilmaisut. Taulukossa 5 on kuvattu gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisesta vaiheesta, jotka nousivat esiin aineiston analyysistä.

TAULUKKO 5. Alaluokan Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisesta vaiheesta

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka
Ystävällinen ja ammattitaitoinen hoitohenkilökunta	GYNEKOLOGISEN TOIMENPIDEPOTILAAN KOKEMUKSIA POST-OPERATIIVISESTA VAIHEESTA
Epäasiallinen hoitohenkilökunta	
Potilaan yksilöllinen huomioiminen ja huomioimattomuus	
Potilaan osallistaminen omaan hoitoonsa	
Turvallisuuden tunne	

Haastatellut potilaat kokivat, että heräämössä oli tiheästi kysytty vointia. Keisarinleikkauksessa olleet kokivat ihanaksi sen, että vauvat tuotiin heräämööseen. Myös hoitajan innostus vauvasta oli koettu hauskana. Heräämössä pidettiin hyvää huolta, kipua hoidettiin hyvin, eikä heräämössä tarvinnut olla yksin. Puhuttelu omalla etunimellä koettiin positiivisena asiana. **Hoitohenkilökunta oli avuliasta ja ystävällistä.** Potilaat kokivat miellyttävänä asiana sen, että he pääsivät nousemaan ylös sängystä jo heräämössä, minkä vuoksi aika heräämössä ei tuntunut mahdottoman pitkältä.

Oli tosi hyvä, että pääsi jo siellä heräämössä istumaan ja seisomaan.

Musta oli niin hauska siellä heräämössä, kun siellä oli se minun hoitaja... niin sekin oli aivan mielissään minun kanssa siitä vauvasta ja se räpsi minulle ihan hirveästi kuvia.

Sieltä heräämöstä muistan, että oli ihana, ihana hoitaja siinäkin, joka kävi pitämässä huolta.

No heräämössä oli kyllä tosi ystävällinen henkilökunta, se täytyy mainita tässä erikseen, siellä heräämössä, se jäi kyllä mieleen.

Vuodeosaston rauhallinen tunnelma koettiin hyväksi asiaksi. Keisarinleikkauspotilaille perhehuone vuodeosastolla oli ollut ihana kokemus. Muutoinkin osastojen hoivaa ja huolenpitoa kiiteltiin kovasti. Hoitajat olivat empaattisia, lempeitä ja kivoja ja heiltä uskalsi kysyä asioista. Soittokelloon vastattiin nopeasti ja ruokakin tuotiin tarvittaessa huoneeseen. **Hoitajat huolehtivat hyvin ja olivat rohkaisevia**, täydensivät toinen toisiaan. Hoitotyönopiskelijat koettiin ”ylimääräisenä” hyvänä, jotka kävivät vielä tarkistamassa vointia. Lääkärit keskustelivat potilaiden kanssa ja potilaat toivoivat enemmän rauhallista tilaa keskustelulle. Haastatteluun osallistuneet naiset kokivat, että sairaalassa ruoka oli hyvää, mutta toisaalta toivottiin enemmän kasvispainotteista ruokaa, mm. salaatteja.

Jäi tosi hyvä fiilis ite leikkauksesta ja siitä synnärillä oloajasta.

Ja sitten minusta oli ihana, että oli niin, niin kun lämpimiä ja empaattisia, hoivavia hoitajia ja kätilöitä ja ylipäätänsä, ketä ikinä siinä olikin hoitamassa minua. Se oli jotenkin niin uskomattoman tärkeä asia, kun itse on kuitenkin niin haavoittuvainen. Erityiskiitokset siitä.

Varsinkin siellä osastolla 13, oikein mahtavasti käytännönläheistä ohjausta, oikein ammattimaista ja taidolla tekivät sitä työtä.

Mutta sinällään osastolla 15 oli minun mielestä niin kuin, kun sanotaan ett' kotonakin, että sinne. Hyvä paikka, omistautuneet työlle, parhaat hoitajat sairaalassa.

Me (potilaat) ollaan inhimillisiä sairaalassa nykypäivänä.

Nopeaa ja tehokasta hoitoa.

Potilaat kertoivat epäonnistuneen kivunhoidon ja hoitajien kommunikoinnin huonontaneen sairaalakokemusta. Vuodeosastolla osa **hoitohenkilökunnasta oli koettu liian tunkeilevina**. Kätilön **tietämättömyys** potilaan tilasta ja sen esille tuominen koettiin huonona asiana, se aiheutti potilaalle epätietoisuutta, onko oma hoitotapa ollut hyvä vai huono asia. Yöllä paikalle tullut lääkäri oli ollut töykeä ja tiuskiva. Veripaikkaa laitettaessa heräämön hoitaja oli ollut äksy, eikä ollut kertonut mitä tekee.

Se vihaisesti tokaisi, että ei saa koskea sinne, vaikka ei se ollut kertaakaan sanonut, että ei saa koskea tuohon paikkaan. Se oli kyllä sellaista, jotenkin tosi ärsyttävää kohtelua.

Minulle iski suorastaan paniikki, että minä olen niitten armoilla, et minä olen niin kuin, se vaan oli niin kuin, liikuntakyvyttömänä, kovissa kivuissa ja semmoinen olo, että nuo ei halua, eikä auta minua, että eikö minulle ole oikeasti mitään mahdollisuutta helpottaa tätä minun kipua. Se oli jotenkin semmoinen aika yllättävä ja pelottavakin kokemus.

Potilaat toivoivat osastolla **selkeyttä** siihen, kuka hoitajista on perehtynyt potilaan asioihin, jotta tietäisi kenelle voi minkäkin asian esittää. Kotiuttamisen jälkeen potilaat kokivat, että eivät saaneet enää hoitohenkilökunnan huomiota. Potilaat peräänkuuluttivat osastojen ja hoitohenkilökunnan välisiä **yhteisiä hoitolinjoja**.

Niin sitä, että jos sinne tuleekin joku kätilö, jonka huoneeseen, alueeseen mä en kuulu, niin se käyttäytyy minua kohtaan tylästi. Et se sanoo, että no kun minä olen tässä nyt vaan käymässä, että minä en oo oikeasti sinun hoitaja. Niin minun pitää pahoitella sitä, että anteeksi.

Niin sitten tuli just eri hoitaja, joka oli joku sijainen. Niin, se tuli sinne ihan ihmeissään, että hän tuli toiselta osastola ja kertoisitteko, että hän ei olo ehtinyt teidän papereihin perehtyä ollenkaan, että kertokaapa mikä teidän tilanne niinkö on. Niin se oli sitten se tilanne, kun mulla meni totaalaisesti hermot ja meillä oli niin

kuin puhe, että me päästään nyt kotiin ja, että jos se sokeri on niinkö ok ja se ei tiennyt asiasta mitään. Ei kait meiltä voinut olettaa, että me yönsekään tuonne lähetään.

Potilaat kokivat, että hoitajat ajattelivat asioita **potilaan näkökulmasta** pienissäkin asioissa. Kipua varmisteltiin monessa eri tilanteessa. Haastatellut kertoivat, että sängystä nousua ja istumista oli kokeiltu heti, kun potilaan vointi sen salli. Vuodeosastolla hoitohenkilökunta oli **tukena heikkona hetkenä ja tukivat toipumisessa**. Potilaat kokivat, että oli mukavaa, kun osastolla sai liikua vapaasti, eikä ”paimennettu”.

*Se oli inhottava, raju kokemus.... mutta hyvin se meni, kun hoitaja oli siinä tuke-
massa. Siis sillä lailla, että ei minun tarvinnut yksin siinä kärsiä.*

*Tuntui, että ne kyllä todella rohkaisi minua yksilöllisesti ja tuki, sekä halusi että
minä paranen.*

Keisarinleikkauksessa olleet äidit toivoivat, että vauva olisi **käynyt heräämössä** toisenkin kerran. Osalle potilaista heräämökokemus oli ollut huono, kipujen ja pahoinvoinnin vuoksi. **Sairaalaympäristö koettiin rauhattomana**, josta puuttui yksityisyys. Osa haastatelluista koki, että kipua ei aina huomioitu, esimerkiksi kipupumppu oli poistettu liian aikaisin tai sen toimivuutta ei tarkistettu ja näin ollen potilas oli kipeä usean päivän ajan. Haastateltavat pohtivat hoitohenkilökunnan **henkilökohtaisia asenteita** kipulääkitykseen. Eräs potilas oli odotellut veripaikkaa kaksi päivää ja siksi sairaalakokemus oli huono, koska oli koko ajan kipeä, eikä pystynyt osallistumaan vauvan hoitoon. Kätilöt suhtautuivat eri tavalla imetykseen ja potilaat eivät kokeneet kaikkea siihen liittyvää kohtelua hyvänä. Potilaat toivoivat, ettei lääketieteen terminologiaa käytettäisi, vaan puhuttaisiin niin, että potilaskin ymmärtää. Kätilöiltä toivottiin myös sellaista aikaa, että vain juteltaisiin tavallisia asioita, eikä pelkästään keskityttäisi fyysiseen vointiin.

Laskin vain minuutteja, milloin pystyn saaman uuden kipulääkeannoksen.

Istuin yksin siinä ja siis itkin vaan ja ajattelin, että nyt minä en selviä tämän kivun kanssa.

Tietysti, jos on hoitajilla enemmän aikaa vielä, tuota tavallaan käyttää sitä aikaa siihen juttelemiseen tai semmoiseen, ihan vaan siihen, että on sen potilaan kanssa.

Potilaat kokivat hoitohenkilökunnan **kiireen hoitotilanteissa huonoksi asiaksi**. Lääkärit selittivät asiat hyvin ”mekaanisesti”, eivätkä kokonaisvaltaisesti. Keisarinleikkauksessa olleet potilaat pitivät negatiivisena asiana sitä, että heitä ei otettu mukaan lapsen hoitoon, mm. tuttipullosta syöttämiseen. Keisarinleikkauspotilaat olisivat halunneet kotiutua aikaisemmin, kun kokivat pärjäävänsä kipulääkkeillä. Hoitajat olivat tuoneet myös vääriä kotihoito-ohjeita ja siihen toivottiin tarkkaavaisuutta. **Ohjauksen ajaksi potilaat toivoivat rauhallista tilannetta**. Potilaat kokivat negatiivisena, että siviilisäätyä ja ohjauksen oikea-aikaisuutta ei otettu huomioon.

Seksusaalineuvonta on tarpeellinen, mutta mää koen, että en saanut siitä mitään irti, koska se tulee siinä käytävällä yks kaks.

Että se on toisaalta tympeää sillin, et kaikkien kuullen kerrotaan asiat.

Poliklinikalla potilailta kysytyt asiat eivät olleetkaan välittyneet osastolle, vaan ne kysyttiin uudelleen. **Tiedonkulku** kättilöiden välillä **ei aina toiminut**. Potilaat kokivat, että lastenosaston ja lapsivuodeosaston **vastakkaiset näkemykset** lypsämisen suhteen ovat tuottaneet harmitusta äidille.

Vieti niin kuin pois se lypsykone tai se sähköinen laite ja sanottiin, että yöt on nukkumista varten. Eikä siihen auttanut sekään, että vaikka yritin kertoa saamistani ohjeista.

Potilaat kokivat, että osastolla oli **mukava tunnelma ja vastaanotto toivat turvallisuuden tunnetta**. Heräämössä ja osastolla aina käytiin kysymässä vointia. Hoitohenkilökunta esitteli itsensä ja he olivat ammattitaitoisia. Osastolla kättilöt olivat koko ajan saatavilla ja vauvoista pidettiin huolta. Potilaat kokivat olevansa hyvissä käsissä ja tämä **lisäsi turvallisuuden tunnetta**. Kättilöiden potilaille antama **aika, hyvä hoito ja ohjaus ovat tuoneet turvallisuuden tunnetta**. Heräämössä turvallisuuden tunnetta lisäsi se, että äiti tiesi vauvan olevan isän kanssa. Kotiutuessa turvallisuuden tunnetta oli tuonut puhelinnumero, johon sai soittaa, jos kotona ongelmia ilmeni.

Se riittää, että hoitohenkilökunta tietää mitä pitää tehdä.

Turvattomuuden tunne tuli siitä, kun potilas koki, etteivät asiat ole hoitohenkilökunnalla hallinnassa esim. lääkehoidon suhteen.

Mikään ei ole hirveämpää, kuin olla potilaana ja tulee tunne, että täällä ei ole homma hanskassa. Se aiheuttaa aina sellaisen ikävän tunteen.

Osa potilaista koki suuren potilashuoneen **rauhattomaksi** mikä aiheutti **turvattomuuden tunteita**. Epätietoisuus voinnista aiheutti pelkoa, kun potilasta ei avustettu seisomaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tässä tilanteessa potilaan informointi olisi auttanut.

Tosiaan erityisesti yöllä kun oli rauhatonta, pystyi nukkumaan vaan sellaista päät-käunta. Huoneessa koko ajan tuli ja meni joku... Tuntui, että ollaan vähän niin kuin liukuhihnalla siellä.

5.6 Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisen vaiheen ohjauksesta

Tutkimuksen kuudentena tehtävänä oli selvittää gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisen vaiheen ohjauksesta. Aineiston analyysissa kokemukset on luokiteltu haastatteluissa esille tulleiden kokemusten mukaan. Määritelty alaluokka on gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia post-operatiivisen vaiheen ohjauksesta. Taulukossa kuvataan alaluokkaan kuuluvat pelkistetyt ilmaisut. Taulukossa 6 on kuvattu gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia postoperatiivisen vaiheen ohjauksesta, jotka nousivat esiin aineiston analyysistä.

TAULUKKO 6. Alaluokan Gynekologisen toimenpidepotilaan kokemuksia postoperatiivisen vaiheen ohjauksesta

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka
Hyvä post-operatiivinen suullinen ja kirjallinen ohjaus Puutteellinen post-operatiivinen suullinen ja kirjallinen ohjaus Potilaan informointi tehdystä toimenpiteestä Pre- ja post-operatiivisten ohjeiden ristiriitaisuus	GYNEKOLOGISEN TOIMENPIDEPOTILAAN KOKEMUKSIA POST-OPERATIIVISEN VAIHEEN OHJAUKSESTA

Suurin osa haastatteluun osallistuneista potilaista kokivat **post-operatiivisen vaiheen ohjauksen hyvänä ja riittävänä**. Lisäksi hoitotyön opiskelijoiden apu ohjauksessa koettiin hyväksi, erityisesti imetysohjauksessa opiskelijoilla oli aikaa. Lääkäreiltä potilaat saivat paljon tietoa toimenpiteen jälkeen ja he kertoivat myös jatkohoitosuunnitelman. Useat potilaista kokivat, että ohjaus oli riittävää, eikä mitään jäänyt tietämättä. Osa potilaista koki, että pyydettyä hoitohenkilökunnalta sai ohjausta ja toimintaa perusteltiin.

Aina kun pyysi, niin kyllä silloin sai ohjausta.

Hyvä post-operatiivinen ohjaus koettiin edistävän toipumista. Varhainen mobilisaatio edisti potilaiden nopeaa kotiutumista. Potilaat kokivat, että heitä ohjattiin liikkumaan heti voinnin sallies-
sa ja he saivat siihen apua tarvittaessa. Hoitohenkilökunta koettiin ammattitaitoisina ohjaajina ja heillä oli näkemyksiä oikeaoppisesta liikkumisesta. Potilaiden mukaan heitä ohjattiin sängystä nousemisessa ja liikkeelle lähtemisessä niin, ettei se tuottaisi kipuja ja kävely tapahtuisi mahdollisimman oikeassa asennossa. Heräämöhoidon aikana osa potilaista oli saanut puhalluspallon ja siellä ohjattiin sitä käyttämään.

Tuntu kyllä, että se varhainen ylösnouseminen edisti minun toipumista. Heräämössä sai jo nousta ja samana iltana pääsi jo kävelemään ja sai miehenkin kanssa kahdestaan kävellä.

Näytettiin, kuinka siihen puhalluspulloon voi sitten puhallella ja keuhkotkin alkaa toimimaan paremmin.

Haastatellut potilaat kokivat **post-operatiivisen vaiheen suullisen kotihoito-ohjeen riittäväksi**, kerrottiin miten haavaa hoidetaan, milloin tikit poistetaan ja miten jatkohoito sekä jälkitarkastukseen liittyvät asiat hoidetaan. Potilaiden mukaan hyvä kotihoito-ohjaus motivoi heitä kotiutumaan aikaisemmin ja lisäsi luottamusta kotona selviämiseen. Lisäksi hyvä suullinen kotihoito-ohjaus sisälsi perusteellisen kertauksen kivunhoidosta ja mahdollisesta muusta lääkehoidosta kotona. Hyvä suullinen ohjaus koettiin täydentävän kirjallista kotihoito-ohjausta.

Kerrottiin kyllä suullisesti sen haavan puhdistamisesta ja justiinsa niinkö ne, että miten sitä hoidetaan ja milloin tikin poistot ja näin.

Kaiken kaikkiaan jäi semmoinen olo, että kyllähän tässä kotona pärjää ja tietää, että mihin, kenen puoleen kääntyä sitten, jos tulee jotain.

Olisin voinut olla vielä seuraavankin yön siellä sairaalassa, ihan varmuuden vuoksi, mutta heillä oli tämmöinen "nopean" kotiutumisen periaate ja hyvin olen pärjännyt kotonakin näillä ohjeilla.

Suurin osa gynekologisista toimenpidepotilaista saivat post-operatiivisen vaiheen kirjalliset kotihoito-ohjeet. **Potilaat kokivat kirjalliset ohjeet tärkeiksi** ja ne tukivat suullista post-operatiivisen vaiheen ohjausta. Suullinen ohjaus mahdollisti potilaiden kysymykset ja tarkennukset, tästä syystä kirjallisten kotihoito-ohjeiden läpikäyminen koettiin tärkeäksi. Potilaat kokivat, että kirjalliset ohjeet ovat hyvät ja niihin voi jälkikäteen palata. Puolestaan osa potilaista koki, että kirjallisia kotihoito-ohjeita oli paljon, mutta näkivät ne kuitenkin kattavina. Kotihoito-ohjeissa oli sairaalan yhteystiedot, johon voi kotiutumisen jälkeen tarvittaessa olla yhteydessä. Osalle potilaista kotihoito-ohjeet oli lähetetty jälkikäteen kotiin. Yksityiskohtaisemmat ohjeelliset esimerkiksi "Nainen ja seksuaalisuus" sekä "Syöpäpotilaan hoitopolku" koettiin erittäin tärkeiksi. Imetysohjaus kirjallisesa muodossa nähtiin hyväksi, koska siihen pystyi kotona vielä palaamaan.

Ne kirjalliset ohjeet ovat hyvät, kun sitten voi palata niihin, jos mieltii jotain, niin katsoo vielä sieltä, näinhän se olikin.

Minusta on hyvä lukea kirjalliset kotihoito-ohjeet, se jää päähän paremmin. Jos joku sanoo, niin se ei välttämättä tartu.

Haastatellut kertoivat saaneensa **huonoa ohjausta** esimerkiksi osaston vaihdoksesta. Heräämössä oli kerrottu vain, että osasto vaihtuu, mutta ei kerrottu syytä vaihdokselle. Väsyneenä potilas ei ollut jaksanut itse tiedustella asiasta, vaan vain hyväksynyt asian. Keisarinleikkauksessa olleiden äitien **informointi heräämöhoidon aikana koettiin puutteelliseksi**. Heräämössä olleet äidit olisivat toivoneet enemmän suullista ohjausta heräämöhoidon pituudesta, niistä ehdoista, mitkä määrittelevät osastolle siirtymisen, ja he olisivat halunneet tietää vauvan voinnista. Haastateluissa nousi esille isien huomioiminen äidin heräämöhoidon aikana. Lähinnä koskien sitä, että miten äiti jakslee ja milloin hän siirtyy mahdollisesti vuodeosastolle hoidettavaksi.

Semmoinen, että käytäs kertomassa, että miten vauvat voivat ja, joku vois kertoa, että kauanko suunnilleen tässä nyt kestää ja väliaikatietoja.

Haastateltavat kertoivat avoimesti **puutteellisesta post-operatiivisesta suullisesta ohjauksesta**. Erityisesti ensisynnyttäjät olisivat toivoneet perusteellisempaa ohjausta vauvan hoidosta ja imetyksestä. Haastatellut äidit kertoivat, että hämmästyttä aiheutti vastasyntyneen verensokeriseurannan eriävät käytännöt. Äidit kokivat, että jos heille olisi annettu selkeät ohjeet verensokeriseurannasta ja imetysajoista, niin he olisivat voineet osallistua vastasyntyneen hoitoon enemmän. Osa äideistä koki, että imetykseen ja lapsen ravitsemukseen liittyvä ohjaus oli puutteellista. Vastasyntyneiden imetykseen liittyvät asiat mietityttivät sekä sairaalassa ollessa, että kotioloissa.

Jotenkin olisi ehkä odottanut semmoista informaatiota siitä vauvan hoidosta, kun se kuitenkin ensimmäinen oli.

Se just, että jos minä olisin alusta asti tiennyt, mikä toimintalinja on, niin minä olisin voinut toimia niin. Mutta, kun itselle on kaikki niin uutta ja outoa, että en minä niinkö voi ymmärtää sitä, esimerkiksi, että kuinka monta millia tuon ikäinen lapsi tarvii, että sillä on maha täynnä.

Suullinen kotihoito-ohjaus oli kyllä melko minimaalinen - toisaalta oli turvaton olo, kun ei välttämättä tiennyt, mikä kuuluu asiaan ja mikä ei.

Osa potilaista koki **toimenpiteen jälkeisen kivunhoidon ohjauksen puutteellisena**. Kipu mietitytti potilaita paljon, mikä on normaalia ja kuinka kipeä pitää olla, että saa lisää lääkettä. Kivunhoi-

toon toivottiin enemmän ohjausta, joka olisi lisännyt potilaan ymmärrystä kivusta ja siitä, mikä kuuluu asiaan ja on normaalia. Epiduraalikatetrin poiston jälkeen esiintyvä spinaalipäänsärky lisäsi potilaalle huolia, kun hoitohenkilökunta ei perustellut potilaalle, mistä kaikki johtuu ja miten se hoidetaan. Lisäksi keisarinleikkauspotilaiden kotiutumishetkellä kivunhoidon ohjaus koettiin puutteellisena. Potilaat kyselivät itse minkälaisia ja minkä vahvuisia kipulääkkeitä heidän tulee kotona käyttää ja kuinka kauan.

Osaston puolesta ei siihen kivun hoitoon kyllä ohjausta annettu.

Haastateltujen äitien **suullinen kotihoito-ohjaus koettiin minimaalisena**. Ohjauksessa osittain oletettiin, että äidin aiempi kokemus on muistissa ja todettiin, että "tämän sinä jo varmasti muistatkin". Todellisuudessa aiemmasta kokemuksesta saattoi olla aikaa ja äidit kokivat ohjauksen puutteelliseksi, kun asioista ei kerrottu ja ohjattu perusteellisesti. Toisaalta äidit kokivat turvattuutta, kun eivät tieneet, että mikä kuuluu äidin voinnissa asiaan ja mikä ei. Äidit odottivat tarkempia ohjeita kotiin oman liikkumisen suhteen. Jatkohoitoon liittyvät asiat korostuivat, milloin otetaan yhteys neuvolaan ja miten jälkitarkastus, tuleeko siitä aika lääkärille.

Ei kai siinä mitään ohjausta ollut. Annettiin semmoinen pikkunen lappu, vaan jossa oli, että suihkutella ja taputella haava-alueet kuivaksi.

Meille ei kyllä sanottu ollenkaan, että milloin neuvolaan pitää mennä.. Itse ajattelin, että voin sinne soittaa ja tänään olenkin varannut ajan terveydenhoitajalle.

Haastateltavat kertoivat, että **ohjaaminen sairaalassa oli hyvin kiireistä**, sanotaan vain muutamalla sanalla. Osa potilaista koki, ettei siinä mitään varsinaista ohjausta annettu, annettiin vaan pikkuinen lappu, jossa luki haavanhoito-ohjeet. Kuitenkin haavanhoito-ohjeen jälkeenkin osalle potilaista oli epäselvää, riittääkö pelkkä vesi haavan pesuun vai pitääkö käyttää pesuaineita. Suullisessa ohjauksessa potilaille epäselväksi jäivät lääke- ja jatkohoitoon liittyvät asiat. Miten lääkehoitoa on syytä jatkaa kotona ja millä annoksella, tieto sähköisistä resepteistä ja erityisesti verenhennuslääkkeen käytöstä ja sen tarpeellisuudesta. Jatkohoidon osalta potilaalle jäi epäselväksi, tuleeko vastaukset kirjeellä kotiin vai onko hänelle varattu aika lääkärille, johon tulee kuulemaan vastaukset ja jatkohoidon. Lisäksi ummetukseen ja vatsantoimintaan liittyvät asiat nukutuksen jälkeen, jäivät vaille ohjausta. Erilaiset ravitsemus ohjeet olisivat helpottaneet kotona

ummetuksen hoitamista. Suullisessa postoperatiivisessa ohjeistuksessa on hyvä korostaa leppäämisen tärkeyttä. Potilaiden mukaan ohjauksessa korostettiin paljon normaaliin elämään palaamista, mutta heidän mukaan on muistettava myös levätä ja antaa aikaa parantumiselle.

Siinä tilanteessa kaipaisi, että fysioterapeutti kävisi potilaan luona kertomassa tiettyjä faktoja ja mitä pitää varoa ja mitä voi tehdä. Siinä olisi fysioterapeutin mentävä paikka ihan selkeästi.

Eilen vasta kuulin, että minulla oli sähköinen resepti kipulääkkeille.

Niin ei minulle määrätty edes, tai kehoitettu syömään rautaa, vaikka minulla meni veret huonoksi. Minä olen vaan itse nyt sitten ruvennut syömään sitä rautaa ja yrittänyt ruokavalioon katella hyvin rautapitoisia aineita.

Haastateltavat kertoivat avoimesti **puutteellisesta post-operatiivisesta kirjallisesta ohjauksesta**. Kaikki potilaat eivät saaneet kirjallista ohjetta kotiin lainkaan. Erityisesti keisarinleikatut äidit korostivat kirjallisten ohjeiden tärkeyttä. Heidän mielestä kirjallisissa ohjeissa on parannettavaa ja osittain puuttuvaakin tietoa. Kirjallisissa ohjeissa puutteiksi nähtiin vastasyntyneen navanhoito, erityisesti, miltä navan kuuluu näyttää, kun napa irtoaa ja miten sen jälkihoito. Toiseksi nousi esiin äidin jälkivuoto ja kuinka kauan sen kuuluu kestää. Kolmanneksi kirjallisista ohjeista puuttui kokonaisuudessa maininta sulavista ompeleista, miten niiden kanssa toimitaan mm. saunominen. Haastateltavien toiveena olisi saada kirjallinen ohje keisarinleikkaukseen liittyen, heidän mukansa nykyinen ohje käsittää enemmänkin lapsen saamiseen ja synnytykseen liittyviä asioita. He odottivat konkreettisia ohjeita jatko- ja kotihoitoon, sängystä ylös nousemiseen, haavan tukemiseen ja liikkumiseen. Fysioterapia ohjeet puuttuvat täysin. Haastatellut olisivat toivoneet liikkeelle lähdön ohjaukseen yksinkertaisia ohjeita ja ohjeiden toistamista.

Muistin virkistämiseksi, kirjalliset ohjeet olisivat olleet kivat.

Sitten niinkö nämä sängystä nousut ja tyynyllä avustamiset, tällöiset, niistä olisi ollut hyvä olla kirjallinen ohje.

Kirjalliset kotihoito-ohjeet olivat jotenkin sellaiset yleisen tason ohjeet, ehkä siihen lapsen saantiin ja synnytykseen, mutta ei niin kuin siihen sektioon liittyvää ohjausta.

Keisarinleikatut äidit kokivat **post-operatiivisen vaiheen kotihoito-ohjauksen olemattomaksi**. Kirjallisissa ohjeissa luki hyvin tietoa, mutta osa potilaista toivoi hetkeä, missä ohjeet olisi käyty suullisesti läpi. Kivunhoitoon he odottivat ohjetta, jossa lukee kivusta ja sen hoitamisesta kotona sekä konkreettista annostusta kipulääkkeistä, mitä ja miten niitä käytetään. Haastateltavat olisivat toivoneet fysioterapiaosuuteen kirjallista ohjetta, missä olisi kerrottu erilaisista liikkeistä, mitä voi ja kannattaa tehdä. Potilaan omaehtoiseen liikkumiseen kannustettiin, joka paikassa ja kerrottiin sen tärkeydestä, heidän mukaan konkreettisiin ohjeisiin kannattaisi panostaa.

Kysyin itse kipulääkityksestä. Sitten se kätilö selitti, että he ei enää reseptillä määrää kipulääkkeitä, vaan sano, että mitä voin kipuun ottaa. Sitten voit itse katsoa, että milloin vois ajatella, että vähentää kipulääkkeitä.

Että pitää kuunnella sinun omaa kehoa, että jos niinkö lukee niitä ohjeita sillä lailla suoraan, niin tuntee hirveää syyllisyyttä, just niinkö on, ei olekaan, eikä urheile, eikä liiku. Ja sitten se, että mitä kaikkea voikaan tehdä.

Keisarinleikkauksen yhteydessä tehdyn kohdunpoistoon liittyen olisi kaivattu yksityiskohtaisempaa tietoa, erityisesti kohdunpoiston vaikutuksesta naiseuteen. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat nousivat erityisesti kohdunpoisto potilaiden kohdalla. Toisaalta haastateltavat kokivat, **etteivät suullinen ja kirjallinen post-operatiivinen ohjaus kulkeneet käsi kädessä**. Preoperatiivisessa vaiheessa potilaille annettu Fast track- ohje valmisti potilaita post-operatiiviseen vaiheeseen. Osa haastateltavista koki, ettei post-operatiivisessa vaiheessa toteutettu kaikkia Fast track asioista, esimerkkinä varhainen mobilisaatio ja hengitysharjoitukset heräämössä. Haastateltavien mukaan kirjalliset kotihoito-ohjeet saisivat olla kattavammat. Näin tiedon lähde olisi luotettava. Ohjeet koetaan osittain raskaaksi luettavaksi.

Sitten, sitä on miettinyt seksuaalisuuttakin, että siitäkään ei oikeastaan mainittu sanallakaan, eikä myöskään siitä lue näissä kirjallisissa ohjeissakaan. (kohtu poistettu sektorin yhteydessä)

*Että mulla oli vähän semmoinen pelko, että olenko minä nyt liian huonossa ha-
pessa, kun minua ei nyt ole nostettukaan eilen pystyyn.*

Haastateltavien mukaan koettiin erittäin **tärkeäksi tietoa tehdystä toimenpiteestä**. Tieto toimen-
piteen kulusta lisäsi turvallisuuden tunnetta. Leikkauskertomus annettiin useimmille potilaista,
mutta erityisen tärkeänä koettiin se, että leikkauskertomus käytiin läpi suullisesti. Leikkauskerto-
muksen ammatillinen kieli ei kerro potilaille kaikkea. Toimenpiteen jälkeen jäi epäselvyys, onko
vatsalihaksia leikattu toimenpiteen aikana. Osalle syöpäpotilaista hyvät uutiset käytiin kertomassa
jo heräämössä. Haastatellut potilaat olisivat halunneet valmistautua lääkärin käyntiin osastolla.
Näin voisi valmistautua vähän paremmin ja laittaa kysymyksiä muistiin, mitä haluaa kysyä.

Sain niinkö sitä tietoa, mitä mää kaipasinkin.

*Itse siitä leikkauksesta oli mukava, että lääkäri kävi siinä ja kerto, että kaikki meni
suunnitelmien mukaan ja tosi hyvin.*

*Lääkärinä odotin silleen, että toivottavasti saan puhua ja sitten se tulikin ja kävi
kotiutusohjeita minun kanssa.*

Haastateltavat hakivat **postoperatiivisen ohjauksen lisäksi tietoa ystäviltään ja tuttaviltaan**
sekä internetistä. Internetin tiedon lähteinä olivat Google tai muiden sairaanhoitopiirien ohjeistuk-
set. Asiat mihin haastateltavat hakivat tietoa, olivat vastasyntyneen navanhoito, lypsetyn rinta-
maidon säilyvyys huoneenlämmössä ja jääkaapissa, sulavien ompeleiden kanssa saunominen,
vertaistuki, fysioterapiaan ja seksuaalisuuteen liittyvät ohjeet, lepoon ja liikkumiseen liittyvät oh-
jeet, yleisvointiin, erityisesti alilämpöön ja hemoglobiiniin liittyvät asiat. Haastateltavat kokivat, että
internetin tiedonlähteisiin tulee suhtautua kriittisesti. Tästä syystä haastateltavat toivoivat sairaan-
hoitopiirin ohjeiden laajentamista sairaanhoitopiirin internet sivuille, jolloin tiedonlähde on varmas-
ti luotettava.

*Kirjallisessa ohjeessa sanotaan, että saa mennä saunaan ompeleiden poiston
jälkeen, mutta kun minullahan on itsestään sulavat ompeleet ja niitä ei poisteta,
niin se jäi vähän niin kuin auki.*

Jos olisi yksityiskohtaisempaan tietoa sairaalan sivuilla, niin ei tulisi tarvetta läheteä katseleen muita keskustelufoorumeja, jos se löytyy sieltä asiasivulta ja kun tietää, että se on sairaalan sivu, voit luottaa siihen.

Haastateltavat toivat esille pre- ja post-operatiivisen ohjauksen tärkeyden. Suurin osa haastateltavista **valmistautui perusteellisesti** toimenpiteeseen lukemalla ohjeistukset. Ohjaus auttoi haastateltavia selviytymään toimenpiteestä ja sen jälkeisestä toipumisajasta sairaalassa.

Minä olen hartaasti ja pitkään valmistautunut leikkaukseen. Uutta tosiaan oli niissä valmistautumispapereissa.

Haastateltavien mukaan **pre- ja post-operatiivisen vaiheen ohjeissa oli ristiriitaisuutta**. Pre-operatiivisessa ohjeessa ohjataan olemaan ravinnotta, mutta sitten kuitenkin pyydettiin juomaan energijuoma. Ohjeessa sanotaan, että osastolla lyhennetään tarvittaessa ihokarvoja. Osastolle mennessä hoitohenkilökunta oli kysynyt, että oliko potilas lyhentänyt ihokarvat. Potilaita hämmensi, kun ohjeessa sanotaan toista, mitä sairaalassa kysytään. Ohjeessa sanotaan purukumin pureskelemisestä ennen ja jälkeen leikkauksen, kuitenkin siitä ei puhuttu sanallakaan koko sairaalassa olon aikana.

Ja sitten hoitaja kysy, että oletko raakannut karvat? Mää sanoin, että olisin minä raakannut, jos olisin sen tiennyt, että ne voi raakata.

Et siinä oli vähän ehkä semmoisia, ei niin ajan tasalla olevia ohjeita minun mielestä.

6 POHDINTA

Terveydenhuolto on jatkuvan haasteen, kehittämisen ja johtamisen muutosten keskellä, niin myös gynekologisen toimenpidepotilaan hoitoprosessi. Torkin (2012, 1–3, viitattu 21.2.2016) tutkimuksessa todetaan, että toimenpideprosessi ei ole standardiprosessi, koska se tapahtuu erilaisten ihmisten ja tiimien toimesta. Potilaat siinä prosessissa ovat myös erilaisia, jolloin vaihtelun ohella prosessissa esiintyy myös poikkeamia. Hänen mukaansa aikaa voidaan käyttää terveydenhuollossa prosessin mittarina. Julkisen sektorin uudistuksia tuottavat poliittiset ja hallinnolliset mekanismit vaikuttavat toiminnan kehittämisen suuntaan ja sisältöön. Uudistusaineina aikaansaavat toimintaympäristön muutos, asiakkailta tulevat aloitteet, sekä toimialan omat sisäiset tekijät. Potentiaali innovaatioiden syntymiselle syntyy usein silloin, kun toimialalla tunnistetaan jokin uhka, tarve tai mahdollisuus.

Tämän tutkimusprosessin aikana Tulevaisuuden sairaala OYS 2030 – ohjelmakokonaisuus on edennyt. Se ei ole pelkästään rakennushanke, vaan mittava investointi, jolla on pitkäkantoiset taloudelliset vaikutukset koko sairaanhoitopiirille. Uuteen rakennukseen siirtyminen mahdollistaa perusteellisen toiminnallisten muutosten toteuttamisen, joiden suunnittelu toteutetaan samanaikaisesti tilasuunnittelun kanssa. Lasten- ja naisten sairaalan hankesuunnitelma on valmistunut marraskuussa 2014 ja se hyväksyttiin sairaanhoitopiirin valtuustossa. Hankesuunnitelmassa on kuvattu lasten- ja naistentautien erikoisaloille kohdistuvat tulevaisuuden muutostarpeet, sekä niistä aiheutuvat toiminnalliset uudistukset. Valtuusto on hyväksynyt lasten ja naisten sairaalan rakentamisen Alli-vaihtoehdon joulukuussa 2015. Lasten ja naisten rakennustöiden aloitus on arvioitu alkavan kevään 2017 aikana ja uuden lasten ja naisten sairaalan olevan käytössä keväällä 2019. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015, viitattu 7.3.2016).

Vuonna 2015 naistentautien leikkausosastolla tehtiin 2105 toimenpidettä, joista 793 oli päivystystoimenpiteitä. Sektioita vuonna 2015 tehtiin 705 sekä hätätoimenpiteitä 104. Gynekologisella vuodeosastolla hoidettiin 145 päiväkirurgista potilasta. Vuonna 2015 robottivusteisia kohdunpoistoja tehtiin 32 potilaalle. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015, viitattu 14.3.2016)

6.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelua

Ohjaus on osa laadukasta ja turvallista hoitoa, jota sairaanhoitopiiri on velvollinen tarjoamaan potilailleen. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin laatu- ja potilasturvallisuus perustuu toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin ja strategiaan. Taustalla on Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen (OYS-erva) yhteiset strategiset painotukset sekä kansallinen (osin myös EU:n) terveydenhuollon toimintaan liittyvä ohjeistus. Kokonaisuudessa strategisena päämääränä on yhteistyöllä ja kumppanuudella edistää alueen terveydenhuollon palveluverkoston laatua, tehoa ja vaikuttavuutta, mitä myös tämä tutkimus edesauttaa. Strategioiden perustana olevat arvot ja periaatteet ovat pyrkimyksenä laadun, vaikuttavuuden ja tuottavuuden kehittämiseen. Strategioissa arvot ja periaatteet ovat selkeästi kirjattu. Kokonaisuutena PPSHP laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmassa on kirjattu laatutyön tavoitteet perustellusti. Laatu nähdään yhteisenä asiana, jonka keskiössä on potilasturvallisuus ja sitä edesauttaa laadukas potilasohjaus. Tämän tutkimuksen pohjalta potilasturvallisuus on tärkeä osa laadun kehittämistä. Laadun eri ulottuvuudet ovat läsnä kaikessa toiminnassa ja kaikkien vastuulla. Kokonaisvastuu toiminnan laadusta ja potilasturvallisuutta huomioivista käytännöistä on organisaation johdolla. PPSHP laatujärjestelmässä sovelletaan ISO 9001 ja ISO 9004 standardeja. (Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2014.)

Tutkimukseen osallistuneista kaksikymmentäkolme (23) potilasta tuli sairaalaan toimenpidepäivän aamuna, seitsemän (7) potilaista saapui sairaalaan toimenpidettä edeltävänä päivänä. Potilaiden matka kotoa sairaalaan vaihteli muutamasta kilometristä neljänsataan (400) kilometriin. Haastatelluista kymmenelle (10) tehtiin keisarinleikkaus, kuudelletoista (16) tehtiin kohdunpoisto, joko avoleikkauksena, laparoskooppisesti tai vaginaalisesti (osalle potilaista tehtiin samassa yhteydessä myös munasarjojen ja/tai imusolmukkeiden poisto, sekä laskeuman korjaus), kahdelle (2) tehtiin laskeumaleikkaus, kahdelle (2) tehtiin laparoskopia. Suurin osa haastatelluista oli nukutettuna toimenpiteen ajan, jolloin intraoperatiivinen ohjaus oli vähäisempää. Keisarinleikkauksessa olleet äidit olivat puudutettuina, jolloin intraoperatiivisen vaiheen ohjaus korostui ja äidit kokivat sen erittäin tärkeäksi. Keisarinleikatut äidit kotiutuivat keskimäärin neljäntenä (4) toimenpiteen jälkeisenä päivänä ja muut toimenpidepotilaat kotiutuivat keskimäärin toisena (2) toimenpiteen jälkeisenä päivänä.

Haastatteluissa ilmeni, että potilaat olivat tyytyväisiä, kun he saivat tulla sairaalaan vasta toimenpidepäivän aamuna. Toimenpidettä edeltävä käynti poliklinikalla on hyvä asia, se lyhentää poti-

laan hoitojaksoa. Tämä lisää potilaiden tyytyväisyyttä, kun kotona saa olla mahdollisimman pitkään. Toimenpidettä edeltävällä käynnillä on potilaalle myös henkinen vaikutus, se saattaa vähentää jännitystä. Ennen toimenpidettä oleva poliklinikka käynti johtaa myös kustannussäästöihin, koska näin voidaan varmistaa, että toimenpiteeseen liittyvät asiat (taustatiedot, lääkitykset, verikokeet yms.) ovat kunnossa. (Vatanen 2008, 89–90.)

Ennen toimenpidettä poliklinikalla ja osastolla potilasta hoitanut hoitohenkilökunta koettiin ystävälliseksi ja ammattitaitoiseksi. Turvallisuuden tunteeseen vaikuttivat potilaan yksilöllinen huomioiminen, hoitohenkilökunnan ammattitaito ja saman lääkärin vastaanotto, sekä toimenpidelääkärin tapaaminen ennen toimenpidettä. Rinnekarin (2007, 89–96) mukaan potilaan yksityisyyden säilyttäminen liittyy vahvasti hallinnan tunteen säilyttämiseen. Mikäli yksityisyys huomioidaan tai jätetään huomioimatta, voi sillä olla moninaisia vaikutuksia potilaan hyvinvointiin. Intuitio ja tunneäly, sekä sanallinen ja sanaton viestintä ohjaavat hoitohenkilökuntaa huomioimaan potilasta yksilöllisesti. Tietysti eri yksiköiden toimintatapa on tärkeässä yhteydessä edellä mainittuihin. Tässä tutkimuksessa haastatellut kertoivat turvattomuuden tuntua aiheuttavan eniten epätietoisuus ja huoli tulevasta. Hoidon jatkuvuus nousi tutkimuksessa tärkeäksi asiaksi.

Potilaan tilan huomioiminen koettiin tärkeäksi asiaksi. Keskusteluapua tarjottiin hyvin. Poliklinikka käynnin ja toimenpideajan väliin jäi joidenkin mielestä liian vähän aikaa. Osa koki myös että poliklinikka käynnillä oli ns. tietotulva eli asiaa tuli paljon. Suullinen ohjaus koettiin hyväksi, selkeäksi ja määrätietoiseksi. Kirjallinen ohje tuki suullista ohjausta, eivätkä asiat jääneet vain muistin vaaraan. Haastatellut olivat kiinnostuneita toimenpiteen jälkeisestä ajasta ja toipumisesta jo ennen toimenpidettä. Potilaiden taustat ja kokemukset aikaisemmista toimenpiteistä olisi tärkeä huomioida poliklinikka käynnillä. Tässä tutkimuksessa saadut johtopäätökset preoperatiivisesta ohjauksesta olivat samansuuntaisia, mitä aikaisemmin myös Tiala (2013) ja Grahn (2014) ovat tutkimuksissaan todenneet.

Intraoperatiivisessa vaiheessa potilailla oli lähes pelkästään hyviä kokemuksia. Potilaat pitivät hyvänä asiana hoitohenkilökunnan huomaavaisuutta leikkausosastolla. Haastateltavat kokivat tulleen huomioiduksi myös heidän pelkojensa osalta. Henkilökunta oli ystävällistä ja ammattitaitoista ja potilasta informoitiin tapahtuvista asioista. Leikkaussalin tarkistuslistan käyttö toi potilaille turvallisuuden tunnetta, kun vielä ennen leikkausta heiltä itseltään varmistettiin, että miksi ovat leikattavana ja mitä ollaan tekemässä. Negatiivisia kokemuksia toivat informaation puute ja liiallinen informaatio, kun potilas oli erikseen kieltänyt kertomasta tapahtumista sekä odottelu, johon

potilas ei tiennyt syytä.

Kaukavuori (2012, 44–49, 63) tutki gastroenterologisia potilaita Leinosen ja Leino-Kilven kehittämällä Hyvä perioperatiivinen hoito – mittarilla, joka on tarkoitettu mittaamaan hoidon laatua potilaiden arvioimana leikkausosastolla ja heräämössä. Kaukavuoren tutkimuksessa potilaiden mielestä leikkausosastolla oloaikana oli parasta mm. henkilökunnan kyselyt voinnista ja toiveista, sekä leikkauspelon huomioon ottaminen. Kaukavuori tutkimuksessaan toteaa, että leikkaussalin ilmapiiri oli leppoisaa ja rentouttavaa, sekä potilaan olo turvallinen. Potilaat kokivat, että heitä oli rohkaistettu ja tuettu henkisesti leikkausosastolla ollessa. Kaukavuoren tutkimuksessa muutama potilas oli kokenut häiritseväksi henkilökunnan keskinäisen keskustelun. Myös tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan keskinäinen keskustelu toimenpiteen aikana häiritsi osaa haastateltavista.

Kaukavuoren (2012, 43–49) tutkimuksessa toimenpiteistä 67 % oli tehty nukutuksessa ja 33 % puudutuksessa. Suhdeluku anestesioiden välillä on lähes samat kuin tässä tutkimuksessa. Kaukavuoren mukaan puudutuksessa leikatut potilaat olivat arvioineet fyysisen hoidon, tiedon saamisen, kunnioituksen, hoidon etenemisen, henkilökunnan ominaisuudet, ilmapiirin ja omatoimisuuden tukemisen paremmaksi kuin nukutetut. Tämä johtunee siitä, että hereillä olevat potilaat huomioivat paremmin saamansa hoidon. Tässä tutkimuksessa vastaavaa ei tullut esille.

Haastateltavien kokemukset postoperatiivisesta vaiheesta olivat pääsääntöisesti hyvät. Hoitohenkilökunta koettiin ystävällisenä ja ammattitaitoisena. Potilaan tila huomioitiin ja hänet osallistettiin omaan hoitoonsa. Osa haastateltavista koki, että hoitohenkilökunta käyttäytyi epäasiallisesti eikä heitä huomioitu riittävästi. Turvallisuuden tunne nousi esille myös postoperatiivisessa vaiheessa. Keisarinleikkauksessa olleiden äitien kohdalla kivunhoito oli riittämätöntä, mikä aiheutti heille turvattomuuden tunnetta. Hoitotyön suosituksessa Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen (2013, 3–9) toteaa, että aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeinen kivunhoito on epätasalaatuista. Potilaat kokevat, että heidän kipunsa ei aina tule hoidetuksi parhaalla mahdollisella tavalla. Suosituksen mukaan potilasohjaus, joka sisältää tietoa kivusta, kivunhallintakeinoista sekä rentouttavista hengitysharjoituksista voi vähentää potilaan kipua ja ahdistusta sekä lisätä potilaan itsepsytyvyyttä sairaalassaolon aikana.

Tässä tutkimuksessa postoperatiivisen vaiheen ohjauksessa korostuivat sekä suullisen, että kirjallisen ohjauksen tärkeys. Suullinen ohjaus tuki kirjallisia ohjeita. Useimmat potilaista kokivat turvalliseksi sen, että tiesi mihin olla yhteydessä, jos kotiutumisen jälkeen tulee ongelmia. Monet

potilaista olivat saaneet tietoa epäselviin asioihin ystäviltä tai internetistä. Suurin osa potilaista sai kirjalliset kotihoito-ohjeet, mutta he olisivat kaivanneet hoitohenkilökunnalta apua niiden läpikäymiseen. Palokosken (2007, 46–50) tutkimuksen mukaan potilaiden yleisimmät ongelmat olivat kipuun ja haavanhoitoon liittyvät kysymykset, lisäksi potilaat ilmoittivat yhteydenottojen syiksi sairasloman pituuden, sekä fysioterapia ohjeiden puutteellisuuden. Myös liikkumiseen liittyvistä rajoituksista leikkauksen jälkeen potilaat olisivat kaivanneet enemmän tietoa, joka nousi tässä tutkimuksessa esille. Palokosken tutkimuksessa hoitohenkilökunnalta toivottiin enemmän aikaa ohjaukseen, myös tässä tutkimuksessa oli samansuuntainen toivomus, erityisesti keisarinleikkauksesta toipuvien äitien kohdalla. Meille tutkijoille hämmentävää oli, että potilaat kokivat saaneensa puutteellista kirjallista ohjausta sellaisista asioista, joihin tiedämme vastuualueellamme olevan selkeät kirjalliset ohjeet. Kirjallinen kotihoito-ohjaus on ensisijaisen tärkeää kaikille leikatuille potilaille, koska se jää dokumentiksi kotiin. Vieraasta paikasta, jännityksestä ja mahdollisesti lääkityksestäkin johtuen potilaat eivät pysty muistamaan kaikkea suullisesti saamaansa ohjausta. Kuten tässä tutkimuksessa tuli ilmi, kaipasivat potilaat tietoa mm. haavanhoitoon ja liikkumiseen liittyen. Näitä kirjallisia ohjeita tulee vastuualueellamme kehittää.

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella haastateltaville jäi avoimia kysymyksiä esimerkiksi haavan- ja kivunhoitoon ohjauksesta huolimatta. Epätietoisuus nähtiin hidastavana tekijänä toimenpiteestä toipumiseen. Palokosken (2007, 51–52) mukaan potilasohjaus nähdään tärkeänä osana potilaan kotona selviytymistä. Ne potilaat, jotka kokivat saaneensa hyvin tietoa ja ohjausta, kokivat selviytyneensä hyvin toimenpiteen jälkeisestä hoidostaan. Lisäksi potilaat kokivat selviytyneensä jokapäiväisissä toiminnoissaan paremmin, kun he olivat saaneet riittävästi tietoa hoidostaan.

Haastateltavat toivat tutkimuksessa esiin nopean toipumisen -mallin (Fast track). Se koettiin hyvänä asiana ja nopeutti toipumista. Etukäteisohjaus valmisti potilaita varhaiseen liikkumiseen ja ravitsemukseen, joka edesauttoi toipumista. Osa keisarinleikkauspotilaista olisi ollut valmiita lähtemään kotiin jo aikaisemmin sairaalasta, kun huomasivat toipumisen alkaneen hyvin ja pärjäävänsä suun kautta otettavien kipulääkkeiden voimin. Vatanen (2008, 84, viitattu 20.2.2016) tutkimuksessaan toteaa, että merkittävimmät kustannussäästöt tulevat siitä, kuinka monta päivää potilas on hoidossa vuodeosastolla. Leikkaustavalla on suuri merkitys, eikä siihen voida lääketieteellisistä syistä aina vaikuttaa, mutta siihen pitäisi pyrkiä mahdollisuuksien mukaan. Lyhyet hoitajaksot mahdollistavat vuodepaikkojen vapautumisen ja useampien potilaiden hoitamisen.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua

Tutkimustoiminnassa pyritään luonnollisesti välttämään virheitä, siksi jokaisen yksittäisen tutkimuksen luotettavuutta on hyvä arvioida. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi on haasteellista koska, luotettavuustarkastelua on hyvin monenlaista ja eri asioihin painottuvia, siihen ei ole olemassa mitään yksiselitteisiä ohjeita. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta esiin nousevat kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Tutkimuksen objektiivisuutta pohdittaessa on syytä erottaa toisistaan havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–135, 140.) Tässä tutkimuksessa luotettavuutta on tarkasteltu jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Aineiston tallentamisessa, analysoinnissa ja raportoinnissa on pyritty tarkkuuteen ja huolellisuuteen.

Tutkimus on kuin kristalliin katsomista. Mitä me näemme kun katsomme kristallipalaa, riippuu siitä kuinka me katsomme sitä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisen vaiheista ja miten tutkijat ovat päätyneet saatuihin tuloksiin. Lukijalle olisi hyvä kertoa luokittelun syntyminen alkujuuret ja luokittelujen perusteet. Tulosten tulkinnaissa tutkijan tulisi pystyä arvioimaan tuloksia ja saattaa ne teoreettisen tarkastelun tasoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on tärkeää pohtia koko tutkimusprosessia ja kuinka totuudenmukaista sekä todenperäistä tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Luotettavuuden arviointi on osa tutkimustoimintaa, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä ovat: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten luotettavuutta, joka pystytään osoittamaan tutkimuksessa. Vahvistettavuus on tutkimusprosessiin liittyvä ja se edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Siirrettävyys on tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. Tutkimukseen osallistuja ja ympäristö kuvataan selvästi, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.) Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 186–189) mukaan reliabiliteetti voi määräytyä myös niin, että kaksi tai useampi arvioija päätyy keskustelemalla yksimielisyyteen luokituksista. Näin ollen tätä tutkimusta tehdessä voidaan olettaa olevan hyvä luotettavuus, koska tutkimusryhmämme kolme tutkijaa olemme päässeet yhteisymmärrykseen tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Validiteetin

kannalta kaikki käytettävissä oleva aineisto on otettu mukaan ja litteroitu sanasta sanaan. Tässä tutkimuksessa haastateltavien anonymiteetti säilytettiin koko tutkimuksen ajan. Potilaiden kokemukset tutkittavasta ilmiöstä on pyritty tuomaan julki mahdollisimman totuudenmukaisesti.

Kokemus on välitön osa ihmisen arkielämää ja todellisuutta. Tutkittavasta kokemuksesta käytetään ilmausta elävä kokemus. Kokemus on aina todellinen vaikka kohde olisikin epäselvä. Elävä kokemus voi olla tietoa, tunnetta, intuitiota ja uskoa sekä niiden yhdistämistä. Kokemuksen tutkijan on tärkeää huomioida millaisista todellisista elämäntilanteista ne muodostuvat. Tutkijan on hyvä pohtia miten hyvin tutkittavana oleva kokemus tavoitetaan sellaisenaan kuin se tutkimuskysymysten kannalta todellisuudessa on olemassa. Tutkimuskohde on haastateltavan elävä kokemus ja tutkijalle näyttäytyvä aihe on heidän kuvauksensa siitä. Tutkijan ymmärtämisen kohteena oleva aihe saa herkästi monia muotoja koska kokemuksen voi kertoa ja kuvata hyvin monin tavoin. Onnistuneen kokemuksen tutkimuksen ytimenä on, että tutkija ajattelee itsensä samanlaisiksi kokevaksi ihmiseksi kuin tutkimansa henkilö ja ymmärtää, että tutkittavan kokema ominaislaatu on tutkimuksellisen ymmärtämisen edellytys. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Perttula 2009, 116–117, 136–137, 143.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta olisi hyvä tarkastella tutkimusprosessin eri vaiheissa. Arviointikohteita ovat: tutkittavan ilmiön tunnistaminen ja selkä nimeäminen, tutkimuksen merkityksen perustaminen sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti, tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien nimeäminen, aineiston keruun kuvaus, aineiston analyysi, tutkimustulosten raportointi. (Kylmä & Juvakka 2007, 130–133.) Tämä tutkimus on työelämälähtöinen ja tutkimus nimettiin selkeästi tutkittavan ilmiön mukaan. Tutkittavan ilmiön tutkiminen tapahtui tutkimusympäristössä, joka oli meille tutkijoina tuttu, tämä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimussuunnitelman alkuvaiheessa määrittelimme tutkimuksen kvantitatiiviseksi eli määrälliseksi tutkimukseksi. Perehtyessämme kokemuksen tutkimiseen päädyimme vaihtamaan tutkimusmetodin kvalitatiiviseen eli laadulliseen tutkimukseen. Laadullisen tutkimuksen mukaan määrittelimme tutkimustehtävät, mielestämme tehtävät olivat riittävän väljät ja ne mahdollistivat avoimeen keskusteluun haastatellutilanteessa.

Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin puhelimitse tehdyillä yksilö teemahaastatteluilla, jotka nauhoitettiin. Tutkijoina haastattelimme kukin kymmenen (10) potilasta. Esitestasimme puhelimit ja nauhurit kahdessa (2) ensimmäisessä haastattelussa, näin halusimme varmistaa laitteiden toimivuuden. Haastattelut onnistuivat hyvin, eikä teknisiä ongelmia ilmennyt. Aineisto analysoitiin

aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tämä menetelmä voidaan tiivistää kolmeen vaiheeseen: redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Tuomi & Sarajärven (2009, 108–109) mukaan sisällönanalyysi on menetelmä, jolla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Niissä pyritään kuvaamaan ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa, antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta tutkittavasta ilmiöstä.

6.3 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelua

Eettisyys on tärkeä osa tutkimuksen tekemistä. Tutkimusaiheen valinta on itsessään jo eettinen kysymys. Epäonnistunut eettinen pohdinta voi viedä tutkimukselta pohjan. Tutkimuksen eettiset haasteet koskevat koko tutkimusprosessia aina sen suunnittelemisesta tulosten julkaisemiseen asti. Tutkimuksen tulee aina perustua hyvää tietopohjaan, pelkkä uteliaisuus aiheesta ei riitä. Eettiseen pohdintaan kuuluu hyvin tärkeänä osana tutkimusongelmien pohjana olevien arvojen ja luotettavan tiedon merkityksen pohtiminen yhteiskunnan ja oman tieteenalan kannalta. Terveystutkimuksen eettisyydessä tulisi huomioida tutkimukseen osallistuvien ihmisten haavoittuvuus ja tutkittavan ilmiön arkaluontoisuus. Hyvin monet tutkimusaiheet ovat erittäin sensitiivisiä, eli hienotunteisia. Tutkija ja tutkimukseen osallistuja voivat olla hyvin eri mieltä sensitiivisyydestä. Tutkimusmenetelmää tulee arvioida tutkimusetiikan näkökulmasta. On selvitetävää, voidaanko haluttu tieto saavuttaa valituilla menetelmillä ja ovat menetelmät eettisesti oikeutettuja. (Kylmä & Juvakka 2007, 137, 144–146.) Tutkimuksen tekemisessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja terveydenhuollon eettisiä periaatteita.

Lehtomaa (2009, 167) korostaa fenomenologisen kokemuksen tutkimisessa tutkimusasenteen omaksumista. Tässä tutkimuksessa meillä tutkijoina oli pyrittävä näkemään haastateltavien kokemukset uutena ja ihmeellisenä asiana. Haastattelijoina meidän tuli ohjailta haastateltavia tutkittavan ilmiön äärelle. Toisaalta tutkittaessa kokemusta, oli haastateltavien annettava kuvata kokemuksiaan yksilö- ja yksityiskohtaisesti. Teemahaastattelu eteni haastateltavan ehdoilla ja meillä haastattelijoilla oli mahdollisuus ohjailta haastateltavaa kuvamaan kokemuksiaan.

Tässä tutkimuksessa korostuvat tutkimusetiikan periaatteet. Periaatteet ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2007, 147). Tutkimussuunnitelmavaiheessa pohdimme eettisen toimikunnan lausunnon tarvetta. Tutkimuksessa selvitettiin kokemusta, joka osittain voi käsitellä arkaluontoisia asioi-

ta. Pyysimme PPSHP tutkimuspalvelupäälliköltä vastauksen eettisen toimikunnan tarpeesta. Tässä tutkimuksessa tutkimusasetelma oli sen laatuinen, ettei eettisen toimikunnan lausuntoa ollut tarpeen hakea. Pohdimme myös sitä, miten tutkimuksen tekijöinä turvaamme tutkimukseen suostuvan aseman. Tästä syystä teimme tietoon perustuvan suostumuslomakkeen (liite 3), jonka haastateltavat lukivat ja allekirjoittivat ennen tutkimukseen osallistumista. Lomakkeessa oli kerrottu tutkimuksesta ja sen kulusta ja siinä oli tutkijoiden yhteystiedot, jolloin tutkittavilla oli mahdollisuus saada tutkimuksesta lisätietoja.

Kylmä & Juvakan (2007,153) mukaan yhteisöllä on merkitystä, sitä tarpeellisempaa on pohtia, mikä tieto on raportoinnin kannalta oleellista ja mikä on tutkimuksen tekijöiden rooli. Tutkimuksen tekijöiden velvoitteisiin kuuluu tutkimuksen toimijana olevan yhteisön kunnioitus ja suojeleminen. Tässä tutkimuksessa tutkijoina työskentelemme naistentautien vastuualueen palveluksessa, jossa tämä tutkimus on toteutettu. Mielestämme on rikkaus tutkimuksen aihealueen tuntemiseen, joka mahdollistaa aiheeseen syvälliseen paneutumiseen. Haastattelut olivat luottamuksellisia ja aineiston analyysiprosessissa oli suojeltava haastateltavina olleita potilaita. Tästä syystä ääninauhoitteet ja puhtaaksikirjoitetut haastattelut numeroitiin, eikä käytetty haastateltavina olleiden potilaiden nimiä. Haastateltavien yksityisyys suojattiin, eikä heidän tietojaan käytetty mihinkään muuhun tarkoitukseen. Haastattelut analysoitiin anonymiteettiä säilyttäen. Kaikki haastatteluihin liittyvät alkuperäiset tiedot ovat olleet vain tutkijoiden käytössä ja analysoinnin jälkeen haastattelumateriaali hävitetään tietosuojalain mukaisesti.

Meille tutkijoille tutkimusprosessi on ollut mielenkiintoinen ja mukaansa tempaava. Tutkimusprosessin onnistumisesta suuri kiitos kuuluu tutkimukseen osallistuneille potilaille, sekä tulosalueellemme josta saimme tutkimuksemme aiheen. Kiitos kuuluu myös työyksiköllemme ja vastuualueellemme, josta olemme saaneet tukea prosessin aikana. Haluamme kiittää myös yliopettaja Pirkko Sandelinia hyvästä ohjauksesta ja opeista. Olemme oppineet paljon laadullisesta tutkimuksesta ja sen tekemisestä. Opinnäytetyön prosessin alussa perehdyimme myös määrälliseen tutkimukseen. Tutkimus on edennyt suunnitelman mukaan. Yhteistyö tutkijoiden kesken on ollut erittäin hyvää ja työtä on tehty hyvässä hengessä. Yhteisen ajan löytäminenkin on ollut kohtalaita helppoa. Erityisen paljon olemme saaneet toisiltamme tukea heikkoina hetkinä. Välillä työn ja perhe-elämän sekä vapaajan yhdistäminen on ollut haasteellista. Erityiset kiitokset läheisillemme, jotka ovat meitä ymmärtäneet ja tukeneet tämän tutkimusprosessin aikana. Opinnäytetyö prosessi on edennyt ja sen mukana on kasvanut myös pieni Leevi-poika. Hän on hymyllään hurmannut meitä ja antanut meille voimia tutkimuksen tekemiseen.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Haastatellut toivoivat sairaanhoitopiiriin omille internet-sivuille tarkempaa tietoa leikkauksista ja ohjeista niihin liittyen. Heikkinen (2011, 73-76) on väitöskirjassaan tutkinut internet-pohjaista potilasohjausta ortopedisten potilaiden ohjauksessa ja suosittelee myös sairaaloille omia ohjauksen suunnattuja internet-sivuja. Suuri osa ihmisistä käyttää internetiä ja sen käyttö kasvaa koko ajan. Tietoa etsitään internetistä kaikenlaisiin asioihin. Heikkisen tutkimus osoitti, että internet-ohjaus on mahdollinen menetelmä potilasohjauksessa. Sillä ei tule korvata kasvotusten annettavaa ohjausta, mutta se on verrattavissa siihen ja antaa valinnanvapautta potilaille ohjauksessa ajan, tiheyden ja syvyyden/etenemisen suhteen. Se myös vähentää hoitajien aikaa potilasohjauksessa noin puolella ja potilaat hyväksyivät sen hyvin. Heikkisen mukaan ilman internet-sivujen kehittämistä menetetään mahdollisuus tukea potilaiden mahdollisuutta tiedolliseen voimaantumiseen ja ottamista heitä aktiivisiksi osallisiksi omaan hoitoonsa.

Suomessakin osa sairaaloista on laittanut internet-sivuilleen tarkkoja ohjeita erilaisiin leikkauksiin ja niistä toipumiseen liittyen. Tästä pitäisi myös PPSHP:n ottaa mallia ja laajentaa omia sivujaan, jotta potilailla olisi mahdollisuus tutustua ja tarkastaa asioita omaan hoitoonsa liittyen. Tällöin potilaita osallistettaisiin omaan hoitoonsa, joka aiempien tutkimusten mukaan lisää potilastyytyväisyyttä. Erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto tarvitsevat entistä tiiviimpää yhteistyötä. Hoitoaikojen lyhentyessä on haasteena palveluketjujen yhteneväisyys koko sairaanhoitopiirissä. Tästä syystä on tärkeää, että potilasohjeet löytyisivät internetistä ja olisivat kaikkien tarvitsevien nähtävillä. Lipponen (2014, 25-61) totesi tutkimuksessaan, että organisaatioiden ja ammattiryhmien välistä kehittämistä tarvitaan ja hoitohenkilökunta toivoo enemmän yhteistyötä organisaatioiden välillä. Osaamisen yhdistäminen tuottaa laadukasta toimintaa. Laisin (2012) kehittämässä LEIKO-toiminnassa myös preoperatiivinen anestesia-arvio jätettiin useimmilta pois tai siirrettiin pienemmässä määrin perusterveydenhuollossa tehtäväksi. Tämä säästäisi paljon yliopistosairaaloiden yhteiskunnalle kalliita resursseja. Etenkin keisarinleikkauspotilaiden suhteen osan leikkauksista edeltävästä ja sen jälkeisestä hoidosta voisi tehdä perusterveydenhuollossa, koska kyseessä on kuitenkin fertiili-ikäiset, periaatteessa terveet, nuoret naiset.

Terveysthuollon potilasmäärät kasvavat ja resurssit ovat rajalliset. Laisi (2012) on työssään onnistunut toteamaan LEIKO:n vaikutukset hyväksi niin potilasturvallisuuden kuin kustannustehokkuudenkin näkökulmasta. LEIKO-toiminnan avulla potilaiden sairaalassaoloaika on lyhentynyt ja Laisi on pystynyt laskemaan tietyn leikkauksen kustannukset perinteisen ja LEIKO-menetelmän

suhteen. LEIKO:n avulla säästetään potilasta kohden useita satoja euroja. Huomioon ei ole toki otettu potilaille mahdollisesti kertyviä omia kustannuksia, kuten hotelli yöpymisiä, omaisen tuen määrää rahassa mitattuna, sairauslomien kustannuksia. Kuitenkin kustannuksia pystytään Laisin kehittämällä toiminnalla karsimaan yhteiskunnalta ja sitä tämänhetkinen valtion taloustilanne vaatii. Säästöjä on saatava joka paikasta, jokaiselta elämän osa-alueelta. LEIKO-toiminnalla ja siitä saatujen säästöjen kustannuksella ei kuitenkaan tarvinnut tinkiä laadukkaasta leikkaushoidosta. Potilaan terveyteen perustuvan elämänlaadun havaittiin itseasiassa kasvavan muutamalla osa-alueella. Yleisesti ottaen sairaalassaolo on kurjaa ja menetelmällä saatiin potilaiden sairaalapäiviä vähennettyä, tämä vaikuttanee myös positiivisesti kokemukseen terveydestä ja omasta toimintakyvystä, ollen siten tyytyväisyyttä lisäävä tekijä. Yliopistosairaaloiden resurssit ovat yhteiskunnalle kalliita ja Laisin tutkimuksessa säästöjä tehtiin jättämällä osalta potilaista preoperatiivinen anestesia-arvio kokonaan pois tai siirrettiin se perusterveydenhuollon tehtäväksi. Tätä voisi jatkossa harkita myös meidän vastuualueella kustannusten säästämiseksi.

Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että keisarinleikkauksesta toipuvat äidit toivoivat enemmän aikaa ja tukea imetykseen. Kuten Joanna Briggs Instituten suosituksessa imetysohjauksesta sanotaan, on Suomen osalta tärkeä kiinnittää huomiota hoidon jatkuvuuteen ja omahoitajuuden toteuttamiseen, koska hoitoajat synnytyksen jälkeen ovat lyhentyneet. Samoin tulisi turvata hoitohenkilökunnan riittävyys ja mahdollistettava imetysohjaukseen tarvittava aika. (Joanna Briggs Institute, 2010.) Nykyisillä resursseilla on kuitenkin vaikea löytää enemmän aikaa perustavalle ohjaukselle, koska hoitoajat ovat lyhentyneet ja tulevat lyhenemään vielä entisestään. Haastatteluissa kävi ilmi, että keisarinleikatut äidit haluaisivat kotiutua sairaasta nykyistä nopeammin, joten heille tulisi ottaa käyttöön nopean toipumisenmalli. Tätä varten keisarinleikkaukseen tuleville potilaille tulisi laatia oma fast track-potilasohje.

Naistentautien vastuualueella on kehitetty päiväkirurgisten potilaiden hoitotyötä. Vuoden 2016 tammikuussa naistentautien poliklinikalla tehtiin tila- ja henkilökuntamuutoksia. Päiväkirurgisiin toimenpiteisiin tulevat potilaat kulkevat naistentautien poliklinikan kautta koko päiväkirurgisen prosessin. Jatkotutkimushaasteena voisi tehdä laadullista tutkimusta potilaiden selviytymisestä päiväkirurgisen prosessin aikana ja sen jälkeen (Koskela, sähköpostikeskustelu 7.3.2016).

Haastattelun yhteydessä kysimme potilaiden mielipiteitä toimenpiteen jälkeisestä sairaalasta soitetavasta voinnin seuranta puhelusta. Potilaat kokisivat puhelun hyvänä asiana. Monien mielestä se toisi turvallisuuden tunnetta ja varmuutta toipumiseen. Moni haastatelluista kertoi, että

itse ei välttämättä herkästi tule otettua yhteyttä sairaalan vaikka mielessä olisikin epäselviä asioita. Puhelussa potilaat halusivat keskustella seuraavista asioista: vauvanhoitoon (painonnousu, keskisuus) ja imetykseen liittyvät asiat, toimenpiteestä toipumiseen liittyvät epäselvät asiat, henkinen tuki, kivunhoito, haavanhoito, hakasten ja ompeloiden poisto, haavainfektio, suolentoiminta, liikuntaan, liikkumiseen ja saunomiseen liittyvät asiat, syöpädiagnoosin jälkeinen keskusteluapu, hemoglobiniin ja laboratorio kokeisiin liittyvät asiat, verenohennuslääkitykseen liittyvistä asioista sekä välitön palaute sairaalalle toimenpiteeseen liittyen. Haastattelun lopuksi potilaat saivat kertoa vapaasti kehittämissuhteita hoitotyön käytäntöön. Haastateltavat toivat kehittämissuhteita monipuolisesti ja ne on koottu alla olevaan taulukkoon (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Haastatteluun osallistuneiden kehittämisehdotuksia hoitotyön käytäntöön

Vastuualueella kehitettäviä asioita	Yksikkö
Hoitosuunnitelman joustavuus – tukihenkilö mukaan vauvan hoitoon Fysioterapia ohjeet keisarinleikatulle Yhtenäiset imetys- ja vauvanhoito ohjeet Vierihoidon toteutuminen Yksityiskohtaisemmat kotihoito-ohjeet keisarin- leikatulle Potilaskohtainen post-operatiivinen ohjaus – Keisarinleikkauksen yhteydessä kohdunpoisto Keisarinleikkauspotilaiden seksuaalisuus ohje Fast Track ohje keisarinleikatulle Ruokailuun valinnan mahdollisuuksia	OSASTOT
Vierihoidon toteutuminen heräämössä Tukihenkilö mukana heräämössä Isän informointi, äidin ollessa heräämössä	HERÄÄMÖ
Tulosalueen internet sivut päivitettävä – toivotaan toimenpidekohtaisia ohjeita Chat palvelu – mistä voisi kysyä Vaihtuva taidenäyttely – edistää toipumista Tekstiviestipalvelu omaisille – potilaan hoidon vaiheista	KOKO VASTUUALUE

LÄHTEET

Julkaistut lähteet:

Borendal, W.N. 2011. Fast track abdominal hysterectomy. Linköping University Medical Dissertation, No.1251. Linköping, Sweden: Printed by LiU-Tryck.

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. Sage open 2014 4: DOI: 10.1177/2158244014522633.

Grahn, K. 2014. Asiakas arvioijana terveydenhuollossa. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteenlaitos. Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma. Viitattu 1.2.2016. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44516/URN:NBN:fi:jyu-201410313152.pdf?sequence=1>.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today 24.

Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering internet-based education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Turun yliopisto. Department of nursing science. Väitöskirja. Turku: Painosalama Oy. Viitattu 11.2.2016. <http://www.doria.fi/handle/10024/70744>.

Heinonen, P. 2008. Tärkeimmät gynekologiset leikkaukset. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppi-la (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. Porvoo: Bookwell Oy.

Joanna Briggs Institute. 2010. Naisten kokemuksia ja odotuksia imetystuesta. Best Practice 14(7). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Hakulinen-Viitanen Tuovi, Koskinen Katja. Viitattu 21.2.2016, <http://www.hotus.fi/jbi-fi/suomenkieliset-jbi-suositukset>

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

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

Kaukavuori, S. 2012. Perioperatiivisen hoidon laatu – gastroenterologisten kirurgisten potilaiden arvioimana. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta/Hoitotieteen laitos. Pro Gradu. Viitattu 21.2.2016, http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120730/.

Kehlet, H. & Wilmore, D. W. 2008. Evidence-Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery. *Annals of Surgery*. Volume 248, Number 2, August 2008.

Kellokumpu, I. 2012. Nopeutetun hoidon malli – kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. Viitattu 19.1.2015,
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10403

Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen lääkärilehti* 36/2006 vsk 61. 3603-3606.

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus? *Tutkiva hoitotyö* 2013/11, 44-45. Helsinki: Fioca Oy.

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

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa

hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23 (2), 138-148.

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

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede-lehti*, nro 1, 3-11.

Kärsämänoja, T. 2009. Kohti tehokkaampaa hoitotyötä: Johtamisen haaste. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro Gradu.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2014. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO) – a preoperative process. Helsinki: Helsingin yliopisto, Department of Surgery. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Viitattu 23.3.2015, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lehtomaa, M. 2009. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: Haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (Toim.) Kokemuksen tutkimus. Tampere: Juvenes Print.

Leminen, A. & Lehtovirta, P. 2008. Munasarja- ja munanjohdinkasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Terveystieteen laitos. hoitotiede. Väitöskirja. Tampere: Juvenes Print.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauss-lehti* 2008: 45., 121-123.

Lipponen, K., Kyngäs.H. & Kääriäinen, M. 2014. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Viitattu 26.2.2015, http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Lääkäriliitto 2015. SuomennoS Maailman lääkäriiiton (WMA) yleiskokouksen julistuksesta Helsingissä 1964. Viitattu 23.3.2015, <http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>.

Mattila, K. & Hynnen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. Duodecim 2012;128 (14):1423-4. Viitattu 23.1.2015, http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto.jsessionid=AD12735F56326ABA6E755840A6BCEBBA?p_auth=gf5t4KqB&p_p_id=59_INSTANCE_abc1&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_59_INSTANCE_abc1_struts_action=%2Fpolls_display%2Fvote_question

Nieminen, K. 2009. Gynekologiset laskeumat. Lääkärin käsikirja. Viitattu 3.2.2015, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00140

Ojala, K. 2014. Uusi lasten ja naisten sairaala, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Hanke-suunnitelma.

Ojala, K. 2012. Nykytilojen ja -toimintojen selvitys, alustava toiminnallinen suunnitelma. Viitattu 22.1.2015, http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/30471_valtuusto_17062013_tulevaisuuden_sairaala_uusi_lasten_ja_naisten_sairaala.pdf

Palokoski, M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro gradu. Tampereen yliopisto.

Perttula, J. 2009. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteentooria. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (Toim.) Kokemuksen tutkiminen. Tampere: Juvenes Print.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015. Viitattu 7.3.2016, <http://213.139.160.193/KTweb/>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia – Tavoitteena terveyttä 2010-2015, 2. Viitattu 12.1.2015,

https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/18664_PPSPH_strategia_2010-15.pdf

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014. Tilastotiedot. Sisäinen lähde. Viitattu 10.3.2015, <https://www.ppsHP.fi/ammattilaiset>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015. Tilastotiedot. Sisäinen lähde. Viitattu 14.3.2016, <https://www.ppsHP.fi/ammattilaiset>

Rinnekarri, S. 2007. Potilaan yksityisyyden huomioiminen osastohoidon aikana. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Pro gradu.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hotus: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 19.2.2016, http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö, Sote – uudistus 2014. Viitattu 13.1.2015, http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma - Kaste 2014. Viitattu 13.1.2015, http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 432/2010. Viitattu 13.1.2015, <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1548738>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – Perinataalitalasto 2013. Viitattu 9.2.2015, <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitalasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely, opas. Viitattu 9.6.2015, <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on->

potilasturvallisuus

Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2015. Viitattu 23.2.2016, <http://www.tenk.fi/>

Tiala, T. 2013. Nopeutetun hoidon mallit sairaanhoitajien kokemana. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos, hoitotiede. Pro Gradu.

Torkki, P. 2012. Käypä prosessi - mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. Aalto-yliopisto. Department of Industrial Engineering and Management. Väitöskirja. Viitattu 21.2.2016, <http://lib.tkk.fi/Diss/2012/isbn9789526047348/isbn9789526047348.pdf>

Tulevaisuuden sairaala – OYS 2030. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 14.1.2015, http://www.esitteemme.fi/oys_tulevaisuuden_sairaala_2030/WebView/

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

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Uotila, J. & Tuimala, R. 2008. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Valtakunnallinen sosiaali ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2015. Viitattu 23.2.2016, <http://www.etene.fi/fi>

Vatanen, M. 2008. Kohdunpoistopotilaan hoitoprosessin kustannustehokkuuden parantaminen. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja, 120/2008. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 20.2.2016, <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B0C1203B6-6D0F-4F8B-AE9D-1FF5709B132E%7D/15331>

Julkaisemattomat lähteet:

Koskela, A. 2016. Osastonhoitaja, Naistentautien poliklinikka, Oulun yliopistollinen sairaala. Säh-

köpostikeskustelu 7.3.2016. Tekijöiden hallussa.

Vuokila, L & Pesonen, P. 2014. Potilaan kotihoito-ohje. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

SAATEKIRJE

Hyvä tutkimukseen osallistuja!

Olemme kaksi kättilöä ja sairaanhoitaja Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) Synnytysten ja naistentautien tulosalueelta. Opiskelemme Oulun ammattikorkeakoulussa, sosiaali- ja terveysalan yksikön, ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja teemme teemahaastattelun osana opinnäytetyötä. Tutkimuksen aiheena on gynekologisen leikkauspotilaan hoitoprosessin kehittäminen. Tutkimukseen on anottu asianmukainen tutkimuslupa.

Teemahaastattelut tehdään syksyn 2015 aikana OYS:n Naistentautien leikkausosastolla potilaina olleille. Osallistumalla haastatteluun, annatte arvokasta tietoa saamastanne hoidosta ja ohjauksesta. Näin voitte osaltanne olla vaikuttamassa hoidon ja ohjauksen laadun kehittämiseen. Haastattelun lopussa on tilaa vapaalle palautteelle, johon voitte antaa kaikenlaista palautetta hoitoon liittyen. Haastattelut suoritetaan puhelimitse ja nauhoitetaan teidän suostumuksellanne.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelusta kerätty materiaali käsitellään luottamuksellisesti ja ne ovat vain tutkijoiden käytettävissä opinnäytetyön tekemistä varten. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei tule esille missään tutkimuksen vaiheessa.

Arvokkaasta avusta kiittäen sekä hyvää jatkoa toivottaen

Huhtala Katariina

Miettunen Katja

Vuokila Lotta

TAUSTATIETOLOMAKE

1. Kuinka pitkä matka teillä on kotoa Oulun yliopistolliseen sairaalaan?

2. Minkälainen leikkaus teille tehtiin?

3. Olitteko leikkauksen aikana puudutettuna vai nukutettuna?

4. Tulitteko sairaalaan leikkauspäivän aamuna?

HAASTATELTAVAN SUOSTUMUSLOMAKE

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata gynekologisen leikkauspotilaan kokemuksia hoitoprosessista ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Olen lukenut tutkimusta koskevan tiedotteen ja saanut mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja keskustella niistä. Tunnen saaneeni riittävästi tietoa oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja siihen osallistumisesta.

Tiedän, että minulla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja myöhemmin halutessani myös syytä ilmoittamatta peruuttaa suostumukseni. Tiedän, että minusta kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Paikka ja aika _____

Haastateltavan
allekirjoitus ja nimen selvennys _____

Haastateltavan
puhelinnumero _____

Haastattelijan
allekirjoitus ja nimen selvennys _____

Haastattelijan
puhelinnumero _____

Tätä suostumusasiakirjaa on tehty kaksi (2 kpl), joista toinen annetaan tutkittavalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. LEIKKAUKSEEN VALMISTAUTUMINEN

Millaisena koitte leikkaukseen valmistautumisen?

Millaista ohjausta saitte leikkauksesta edeltävästi?

2. SAIRAALASSA OLO

Kertoisitteko kokemuksestanne sairaalassa olosta?

Millaista ohjaus oli sairaalassa?

3. KOTIUTUS

Monentenako päivänä kotiuduite sairaalasta?

Millaisena koitte suullisen kotihoito-ohjauksen?

Millaisena koitte kirjallisen kotihoito-ohjauksen?

Miten koitte kotiutumisen ja jatkohoitoon liittyvät asiat?

Mikäli teille soitettaisiin sairaalasta leikkauksen jälkeen, millaisista asioista olisitte halunneet keskustella hoitajan kanssa?

Haluaisitteko keskustella vielä jostakin?

Onko teillä kehittämissuhteita?