



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Vaginaalisen hysterectomia -potilaan intraoperatiivinen hoitovaihe leikkaushoitotyön näkökulmasta

Helena Reinikainen

Henna Paulakorpi

Jana Tikander

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

REINIKAINEN, HELENA & PAULAKORPI, HENNA & TIKANDER, JANA:
Vaginaalisen hysterectomia –potilaan intraoperatiivinen hoitovaihe leikkaushoitotyön näkökulmasta

Opinnäytetyö 53 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Marraskuu 2018

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opetusmateriaalia Tampereen ammattikorkeakoululle hysterectomia vaginalis -toimenpiteen intraoperatiivisesta leikkaushoitotyön vaiheesta perioperatiivisiin vaihtoehtoihin ammattiopintoihin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opetusmateriaalia hysterectomia vaginalis -toimenpiteestä leikkaushoitotyön teoreettisen opetuksen tueksi. Opinnäytetyön tehtävinä olivat, miten toteutetaan hysterectomia vaginalis -toimenpiteen välittömät leikkausvalmistelut, miten hysterectomia vaginalis -toimenpide toteutetaan ja mitkä ovat instrumentoivan ja valvovan sairaanhoitajan työtehtävät sekä minkälainen on hyvä opetusmateriaali.

Hysterectomia vaginalis -toimenpiteen välittömiin leikkausvalmisteluihin kuuluvat leikkasento, iho- ja limakalvodesinfektio, steriilin alueen luominen ja toimenpiteessä käytettävät instrumentit. Välittömät leikkausvalmistelut toteuttaa instrumentoiva ja valvova sairaanhoitaja. Hysterectomia vaginalis -toimenpiteeseen sisältyy monia eri työvaiheita, jotka toteutetaan yhdessä leikkaustiimin kanssa. Leikkaustiimiin kuuluvat gynekologi, assistenssi, instrumentoiva sairaanhoitaja sekä valvova sairaanhoitaja. Hyvä opetusmateriaali koostuu laadukkaasta, tarkkaan suunnitellusta ja rajatusta, informatiivisesta opetusmateriaalista, joka huomioi kohderyhmän osaamistason.

Oppimateriaalin myötä sairaanhoitajaopiskelija voi kehittää omaa osaamistaan ja syventää perioperatiivisen hoitotyön osaamisvalmiuksia hysterectomia vaginalis -toimenpiteeseen liittyvissä kysymyksissä ja työtehtävissä. Oppimateriaalia voidaan hyödyntää perioperatiivisen hoitotyön opetuksessa ja tätä kautta tukea tulevien perioperatiivisten sairaanhoitajien ammatillista kehittymistä. Opinnäytetyötä voidaan käyttää apuna myös perehdyttäessä perioperatiivisia sairaanhoitajia hysterectomia vaginalis -toimenpiteen leikkaushoitotyön käytäntöön.

Kehittämisehdotuksena esitetään hysterectomia vaginalis -toimenpiteen täydentämistä anestesiahoitotyön näkökulmasta. Tulevaisuudessa olisi myös mielenkiintoista määrittää tässä opinnäytetyössä luodun opetusmateriaalin käyttökelpoisuus.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

REINIKAINEN, HELENA & PAULAKORPI, HENNA & TIKANDER, JANA
The Care of a Vaginal Hysterectomy Patient During an Intraoperative Stage from the
Point of View of Surgical Nursing

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 2 pages
November 2018

The purpose of this Bachelor's thesis was to produce teaching material for nursing students in Tampere University of Applied Sciences. The aim was to produce a teaching material about a vaginal hysterectomy patient's intraoperative care during an operation to support theoretical teaching in surgical nursing. The thesis is functional study. It includes a report and a PowerPoint presentation, which is available only for Tampere University of Applied Sciences.

The tasks of this study were to describe how the immediate surgical preparation of hysterectomy vaginalis is performed, the hysterectomy vaginalis procedure implemented, what the tasks of instrumental and supervising nurses are in this operation and what is a good teaching material.

The result of the thesis was PowerPoint study material. This study material can be used in optional professional studies in perioperative nursing as the part of surgical nursing. For further studies it would be useful to design teaching material about anesthesia using in this operation. In the future it would be interesting to determine the usefulness of this teaching material created in this thesis.

Key words: perioperative care, intraoperative care, surgical treatment, operating theatres, hysterectomy, study material, PowerPoint.

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET..... | 6 |
| 3 | TEOREETTINEN VIITEKEHYS..... | 7 |
| 4 | LEIKKAUSHOITOTYÖ HYSTERECTOMIA VAGINALIS - TOIMENPITEESSÄ | 8 |
| 4.1 | Kohdun anatomia..... | 8 |
| 5 | HYSTERECTOMIA VAGINALIS -TOIMENPITEEN VÄLITTÖMÄT LEIKKAUSVALMISTELUT | 12 |
| 5.1 | Toimenpiteessä käytettävä leikkausasento | 12 |
| 5.2 | Potilaan iho- ja limakalvodesinfektio | 14 |
| 5.3 | Steriilin alueen luominen | 16 |
| 5.4 | Toimenpiteessä käytettävät instrumentit | 17 |
| 6 | INSTRUMENTOIVAN JA VALVOVAN SAIRAANHOITAJAN TOIMINTA HYSTERECTOMIA VAGINALIS -TOIMENPITEESSÄ SEKÄ TOIMENPITEEN KULKU..... | 20 |
| 6.1 | Hysterectomia vaginalis -toimenpiteen kulku | 21 |
| 7 | HYVÄ OPETUSMATERIAALI | 27 |
| 7.1 | Oppiminen osana yksilön kehittymisprosessia | 27 |
| 7.2 | Opetustyö tuo lisäarvoa oppimiseen | 28 |
| 7.3 | Oppimista tukeva opetusmateriaali..... | 31 |
| 7.4 | PowerPoint opetusmateriaalin työkaluna..... | 32 |
| 7.4.1 | Kuvien käyttö oppimateriaalissa | 33 |
| 7.4.2 | Teksti PowerPoint-esityksessä | 33 |
| 7.4.3 | Elementtien sijoittelu taustapohjalle | 35 |
| 7.4.4 | Esityksen värimaailma | 35 |
| 8 | TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ..... | 37 |
| 8.1 | Opinnäytetyöprosessi | 38 |
| 8.2 | Tuotoksen kuvaus ja sen analyysi..... | 39 |
| 9 | POHDINTA..... | 43 |
| 9.1 | Eettisyys ja luotettavuus | 43 |
| 9.2 | Johtopäätökset ja kehittämissuhteet..... | 45 |
| 9.3 | Pohdintaa opinnäytetyöprosessista | 46 |
| | LÄHTEET | 48 |
| | LIITTEET | 52 |

1 JOHDANTO

Kohtu poistetaan joka viidenneltä suomalaiselta yli 45 vuotiaalta naiselta (Heinonen 2011). Suomessa tämä tarkoittaa noin 6000 kohdunpoistoa vuosittain (Köngäs 2018). Leikkaus tehdään yleensä spinaalipuudutuksessa (Kuopion yliopistollinen sairaala N.d), jolloin siitä hyötyvät myös huonokuntoiset potilaat (Heinonen 2011).

Toiminnallisen, tuotokseen painottuvan opinnäytetyön aiheena on vaginaalisen hysterectomia -potilaan intraoperatiivinen leikkaushoitotyö. Opinnäytetyössä perehdytään instrumentoivan ja valvovan sairaanhoitajan työtehtäviin hysterectomia vaginalis -potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä sekä hysterectomia vaginalis -toimenpiteeseen. Opinnäytetyössä tutkitaan myös sitä, mistä asioista laadukas opetusmateriaali syntyy. Opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta: tuotoksesta ja raportointiosuudesta. Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuotoksena on aina konkreettinen tuote (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51). Tämän opinnäytetyön tuotoksena on opetusmateriaali, jossa teorian tiedosta laaditaan tiivis ja informatiivinen PowerPoint-tiedosto. Kirjallisuuden pohjalta laaditaan kattava ajan tasalla oleva opetusmateriaali Tampereen ammattikorkeakoulun leikkaushoitotyön opetuskäyttöön.

Aihe valikoitui Tampereen ammattikorkeakoulun tarpeesta ja opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksesta aiheeseen. Opinnäytetyön tavoitteena on syventää sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista vaginaalisen kohdunpoiston intraoperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyöstä on hyötyä leikkaushoitotyön opiskelijoille opetusmateriaalina sekä mahdollisesti jo työssä oleville perioperatiivisille sairaanhoitajille kertaus- ja perehdytysmateriaalin muodossa. Opinnäytetyön tekijät pääsevät sairaanhoitajaopiskelijoina kehittämään omaa osaamistaan ja syventämään ammatillisuuttaan. Tavoitteena on myös opinnäytetyön teon prosessissa oppia hyödyntämään tutkimuksellista lähestymistapaa sekä teoreettisen tiedon kriittistä käyttöä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opetusmateriaalia Tampereen ammattikorkeakoululle hysterectomia vaginalis -toimenpiteen intraoperatiivisesta leikkaushoitotyön vaiheesta perioperatiivisiin vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin.

Opinnäytetyön tehtävinä ovat:

1. Miten toteutetaan hysterectomia vaginalis -toimenpiteen välittömät leikkausvalmistelut?
2. Miten hysterectomia vaginalis -toimenpide toteutetaan ja mitkä ovat instrumentoivan ja valvovan sairaanhoitajan työtehtävät kyseisessä toimenpiteessä?
3. Minkälainen on hyvä opetusmateriaali?

Tavoitteena on tuottaa opetusmateriaalia hysterectomia vaginalis -toimenpiteestä leikkaushoitotyön teoreettisen opetuksen tueksi. Oppimateriaalin myötä sairaanhoitajaopiskelija voi kehittää omaa osaamistaan ja syventää perioperatiivisen hoitotyön osaamisvalmiuksia hysterectomia vaginalis -toimenpiteeseen liittyvissä kysymyksissä ja työtehtävissä. Oppimateriaalia voidaan hyödyntää perioperatiivisen hoitotyön opetuksessa ja tätä kautta tukea tulevien perioperatiivisten sairaanhoitajien ammatillista kehittymistä. Opinnäytetyötä voidaan käyttää apuna myös perehdyttäessä perioperatiivisia sairaanhoitajia hysterectomia vaginalis -toimenpiteen leikkaushoitotyön käytäntöön.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS



KUVIO 1. Opetusmateriaali vaginaalisen hysterectomia -potilaan intraoperatiivisesta leikkaushoitotyöstä

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä käytetään eri lähteistä valittuja aineistoja, joita analysoimalla luodaan eheä ja informatiivinen kokonaisuus. Teoreettinen viitekehys toimii aihiona tuoden eri komponentit yhteen.

Opinnäytetyön tuotoksena toimii PowerPoint-opetusmateriaali, missä käytetään tekstin lisäksi kuvamateriaalia havainnollistamaan toimenpiteen kulkua. Raportointiosuudessa kerrotaan laajemmin hysterectomia vaginalis -toimenpiteestä, sen välittömistä leikkausvalmisteluista intraoperatiivisessa hoitotyön vaiheessa, toimenpiteen kulusta, instrumentoivan ja valvovan sairaanhoitajan työtehtävistä toimenpiteessä sekä minkälaista on hyvä opetusmateriaali.

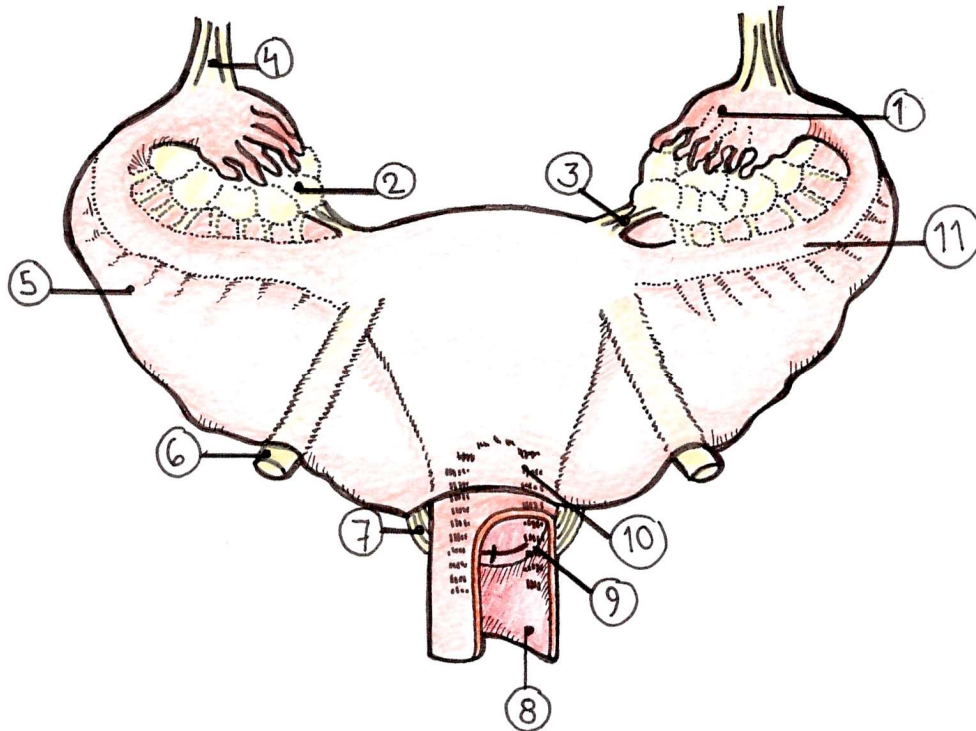
4 LEIKKAUSHOITOTYÖ HYSTERECTOMIA VAGINALIS -TOIMENPITEESSÄ

Vaginaalinen hysterectomia tarkoittaa alateitse tehtävää kohdunpoistoa. Toimenpiteellä hoidetaan kohdun ja sen sivuelinten sairauksia. Leikkausindikaatiota voivat olla muun muassa myooma, kivut, runsaat kuukautisvuodot, kohdun pahanlaatuiset muutokset, kohdun sekä munasarjojen syöpäkasvaimet ja kohdun laskeumat. (Vaasan keskussairaala 2017.) Esteenä vaginaaliselle hysterectomialle voi olla esimerkiksi kookas kohtu, epäily kiinnikkeistä tai endometrioosi (Heinonen 2011). Leikkaus tehdään yleensä spinaalipuudutuksessa (Kuopion yliopistollinen sairaala N.d), mikä mahdollistaa myös huonokuntoisten potilaiden hoidon (Heinonen 2011). Kyseessä on nopea toimenpide, johon varataan leikkausaikaa keskimäärin yksi tunti (Drahonovsky, Haakova, Otcenasek, Krofta ym. 2010).

4.1 Kohdun anatomia

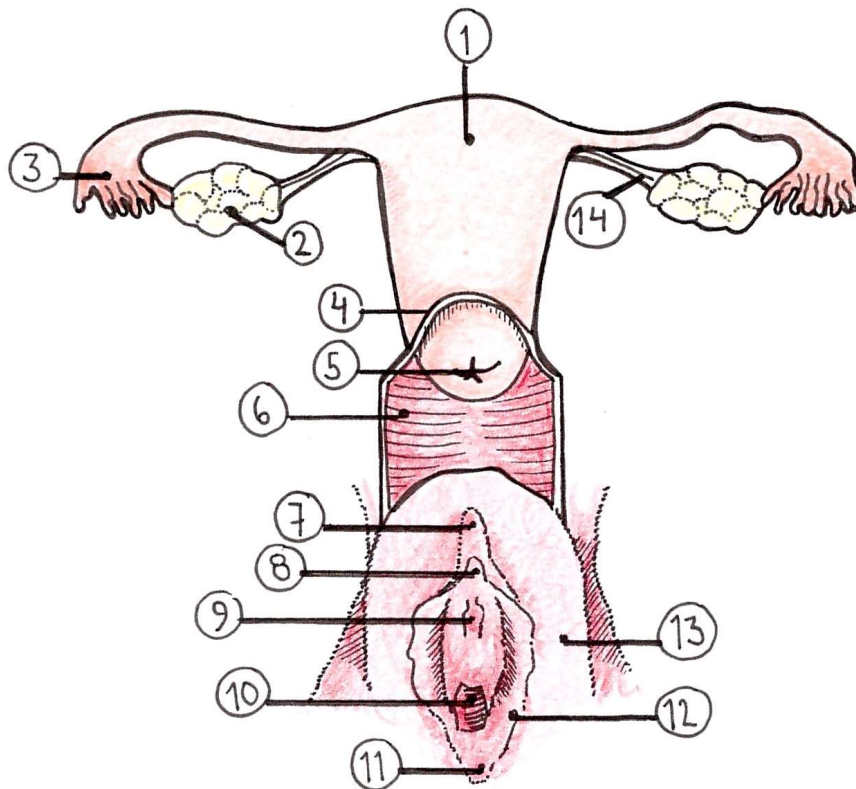
Perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaaditaan ihmistä ja hänen terveyttään koskevaa spesifiä tietoa. Tämä edellyttää muun muassa hyvää anatomian (kuvat 1, 2 ja 3) ja fysiologian hallintaa. (Lukkari ym. 2007, 12.) Hysterectomia vaginalis -toimenpiteessä gynekologi ja instrumentoituva sairaanhoitaja työskentelevät naisen intiimialueella. Leikkaustiimi operoi kohdun välittömästä läheisyydestä kudoksia, limakalvoja, ligamenteja ja verisuonia. (Walters 2010, 124-131.)

Kohtu on ontto elin, joka vastaa kooltaan päärynää. Se on normaalisti noin 8 cm pitkä ja painaa 30-40 g. Kohdunkaulasta pikkulantion luihin saakka ulottuva vahva ja säikeinen sidekudos eli kohdun leveä kannatin (ligamentum latum uteri, kuva 1: nro 5) pitää kohtua paikoillaan. (Sand ym. 2015, 496.) Munasarjoja kannattelee munasarjan ripustinside (ligamentum suspensorium ovarii, kuva 1: nro 4) ja nivusalueella kohtua pitää tiettyssä asennossa pyöreä ligamentti (ligamentum teres uteri l. Rotunda, kuva 1: nro 6). Takaa kohtua kannattelee kardinaalinen side (ligamentum cardinale, kuva 1: nro 7) ja kohdun takaosan side (ligamentum sacrouterinae, kuva 1: nro 9), joka kiinnittää kohdun kaulaosan ristiluu-hun. Kohdun alta löytyy peräsuolikohtusyvänne (fossa Douglas, kuva 1: nro 10). (Sand ym. 2015, 496.)



KUVA 1. Kohdun anatomiaa (mukaiillen Korte ym. 1997, 63, piirros Paulakorpi)

Kohtu jaetaan kolmeen osaan. Näitä ovat kohdunkaula (cervix uteri, kuva 2: nro 6), kohdunrunko (corpus uteri, kuva 2: nro 3) ja kohdunpohja (fundus uteri, kuva 2: nro 1). Kohdunkaula yhdistää emättimen kohtuonteloon (cavitas uteri, kuva 2: nro 2). Kohdunrunko muodostaa suurimman osan kohdun seinämästä ja kohdunpohja muodostaa kohtuontelon katon. Kohtuontelossa on kolme aukkoa. Yksi aukko löytyy kohdunkaulasta (kohdun suu, ostium uteri, kuva 3: nro 5) ja kaksi muuta munanjohdinten ja kohdun yhtymäkohdista. Kohdunkaulan kaulakanava yhdistää kohtuontelon vaginaan (kuva 2: nro 5). (Sand ym. 2015, 496.) Syvällä emättimessä sijaitsee kohdunnapukka (kuva 2: nro 4) (Korte ym. 1997, 64). Kohdun seinämä muodostuu kolmesta kerroksesta. Sisimpänä olevaa limakalvoa sanotaan endometriumiksi (kuva 2: nro 7). Keskellä oleva lihaskerros on myometrium (kuva 2: nro 8). Uloimpana olevaa päällyskalvoa sanotaan perimetriumiksi, joka on osa vatsakalvoa. (Sand ym. 2015, 496.)

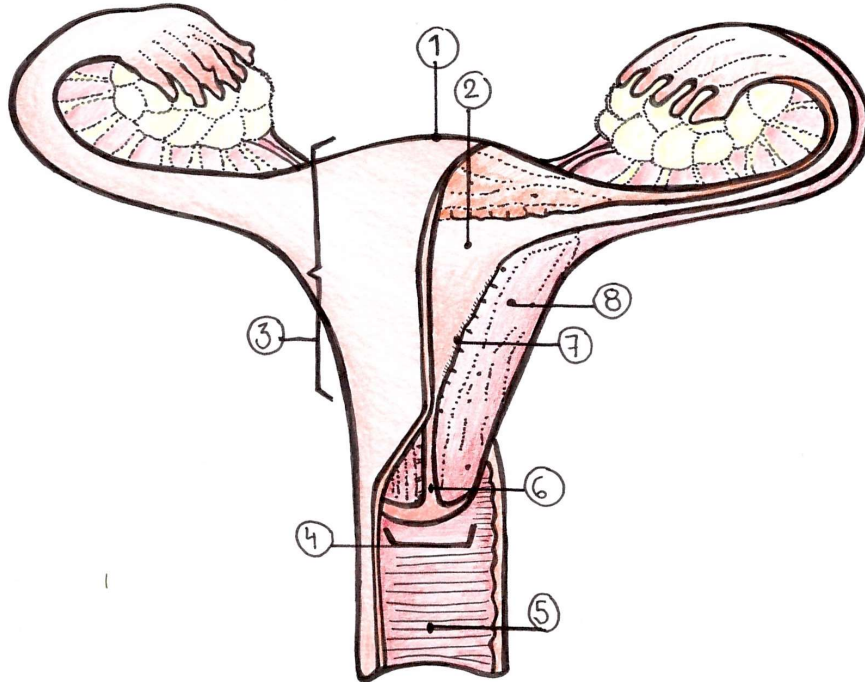


KUVA 2. Naisen kohdun anatomiaa kerroksittain (mukaillen Korte ym. 1997, 64, piirros Paulakorpi)

Vagina eli emätin muodostuu lihasputkesta, joka on vajaa 10 cm pitkä (kuva 3: nro 6). Vaginan sisäpinnassa on limakalvo (vaginal mucosa, kuva 1: nro 8), joka muodostuu kerrostuneesta levyepiteelistä. Vagina yhdistää kohdunkaulan (kuva 3: nro 4) ulkoisiin sukelimiin. Ulkoiset sukuelimet eli ulkosynnyttimet sijaitsevat vaginan aukon ympärillä. Ulkoisiin sukuelimiin kuuluvat pienet ja isot häpyhuulet (labia minora, kuva 3: nro 12 ja labia majora, kuva 3: nro 13) sekä häpykieli (clitoris, kuva 3: nro 8). Virtsaputken suu (ostium urethra, kuva 3: nro 9) sijaitsee klitoriksen ja vaginan aukon (introitus vaginae, kuva 3: nro 10) välissä. Klitoriksen, virtsaputken suun ja vaginan aukon ympärillä on ihopoimuja, joista muodostuu pienet ja isot häpyhuulet. (Sand ym. 2015, 495-496.) Emättimen aukon alapuolella sijaitsee väliliha (perineum, kuva 3: nro 11) ja häpykielen yläpuolella häpykukkula (mons pubis, kuva 3: nro 7) (Korte ym. 1997, 72).

Kohdun (uterus, kuva 3: nro 1) ja munasarjojen (ovarium, kuva 1, nro 2 ja kuva 3: nro 2) välissä on noin 10 cm pitkät putket. Putkia sanotaan munanjohtimiksi (tuba uterina, kuva

1: nro 11) ja ne yhdistävät munasarjat kohtuun. Munanjohtimen suppilomainen alku (infundibulum tubae uterinae, kuva 1, nro 1 ja kuva 3: nro 3) sijaitsee munasarjan yllä. Hedelmällisessä iässä olevan naisen munasarja painaa noin 7 g. Munasarjat ovat muodoltaan mantelimaiset ja vastaavat noin kahden mantelin kokoa. (Sand ym. 2015, 469-497.) Munasarjaa kannattelee kannatinside (ligamentum ovarii proprium, kuva 1, nro: 3 ja kuva 3: nro 14) (Korte ym. 1997, 72).



KUVA 3. Naisen kohtu ja ulkoiset sukuelimet (mukaillen Korte ym. 1997, 72, piirros Paulakorpi)

5 HYSTERECTOMIA VAGINALIS -TOIMENPITEEN VÄLITTÖMÄT LEIKKAUSVALMISTELUT

Leikkaussalin valmisteluista vastaavat instrumentoiva ja valvova sairaanhoitaja. He valmistelevat leikkaussalin ja varaavat tarvittavat välineet ja laitteet leikkausta varten. (Karma ym. 2016, 103.) He varaavat toimenpidettä varten sopivan leikkaustason sekä leikkausasentoon tarvittavat tuet ja telineet. Leikkaussaliin varataan lisäksi leikkausalueen desinfektioaineet ja siihen tarvittavat välineet, steriilit instrumentit, suojavaatteet leikkaustiimille ja leikkausalueen rajausmateriaalit. (Lukkari ym. 2007, 180-181).

5.1 Toimenpiteessä käytettävä leikkausasento

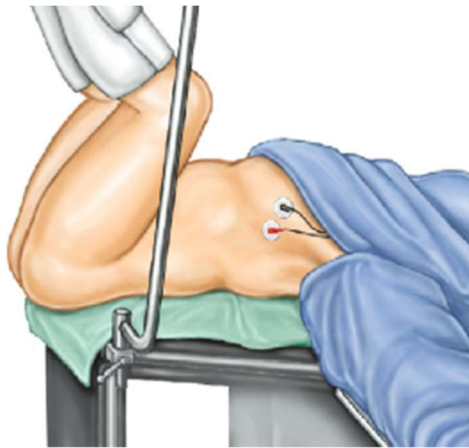
Ennen potilaan saapumista leikkaussaliin tarkistetaan, että leikkaustaso on oikeanlainen (Särkijärvi 2014). Hysterectomia vaginalis -toimenpide tehdään litotomia-leikkausasennossa (kuva 4), missä potilas makaa selällään alaraajojen ollessa koholla erillisillä jalkatelineillä (Rotko 2010). Leikkaustasona toimii gynekologinen leikkaustaso, missä on lyhyt irrotettava jalkaosa. Lantio-osaa voidaan tarvittaessa laskea ohjauksen avulla. (Lukkari ym. 2007, 212.) Tasoon asennetaan kaksi jalkatelinettä kiinnityshihnoineen, käsitelineline, pehmusteet ja anestesiakaari (Lukkari ym. 2007, 287).



KUVA 4. Litotomia-leikkausasento (Merivaara N.d.)

Ennen kuin potilas avustetaan varsinaiseen leikkausasentoon, valvova sairaanhoitaja ohjaa potilaan asettumaan oikeaan asentoon spinaalipuudutuksen laiton ajaksi (Lukkari ym. 2007, 264). Ennen puudutuksen laittoa potilaan selkä desinfioidaan desinfektioaineella riittävän laajalta alueelta huomioiden suoliluun harjanteen yhtenä maamerkinä (Pitkänen 2014, 384). Valvova sairaanhoitaja varmistaa puudutusasennon tukemalla potilasta henkisesti ja fyysisesti puudutuksen laiton aikana (Lukkari ym. 2007, 264).

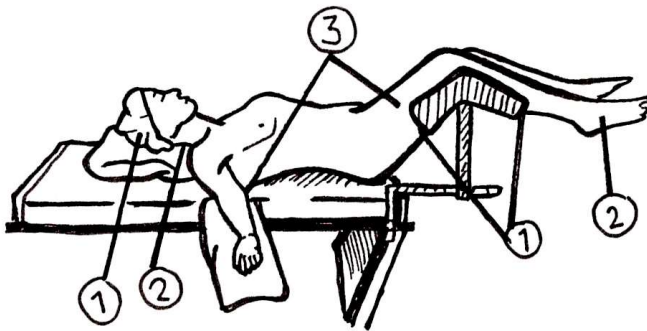
Potilas autetaan leikkausasentoon ja pään alle laitetaan tyyny. Infuusiokäsi laitetaan käsitelineelle ja vapaa käsi voidaan tukea suoraksi vartalo viereen tai koukistaa vatsan päälle. Potilaan jalat nostetaan jalkatelineille polven alta tukien. Raaja ei saa päästä retkahtamaan, yliojentumaan tai putoamaan. Hyvän asennon löydyttyä jalat kiinnitetään jalkatelineisiin. Tämän jälkeen leikkaustason jalkaosan voi nostaa pois. (Lukkari ym. 2007, 287.) Potilaan pakaroiden (kuva 5) tulisi olla aavistuksen leikkaustason reunan yli, jotta gynekologi saa asetettua toimenpiteessä käytettävän pallopääspekulan paikoilleen (Walters 2010, 125). Asento myös mahdollistaa gynekologin pääsyn mahdollisimman lähelle perineaalialuetta (Rotko 2010). Asento on potilaalle raskas sekä fyysisesti että psyykkisesti, joten riittävästä intimitettisuojasta tulee huolehtia (Lukkari ym. 2007, 287).



KUVA 5. Potilaan sijoittuminen leikkaustasolla (Walters 2010, 125)

Hyvää leikkausasentoa mietittäessä on huomioitava, että potilaan intiimialueella työskentelee samanaikaisesti gynekologi, assistentti ja instrumentoiva sairaanhoitaja. Leikkauksen aikana he istuvat vierekkäin, joten asentoa laitettaessa potilaan jalkojen väliin pitää jäädä tarpeeksi työskentelytilaa kaikille kolmelle. (Korte ym. 1997, 70.) Hyvä leikkausasento helpottaa ja nopeuttaa leikkauksen suorittamista, sekä minimoi asentoon liittyvät

komplikaatiot (Särkijärvi 2014). Litotomia-asennossa tulee kiinnittää huomiota nivelten asentoihin muun muassa yliojennusriskin vuoksi (kuva 6, nro 2) sekä hermokompressioiden ehkäisyyn (kuva 6, nro 3). Polvien kuuluu olla fleksiassa ja lonkissa pitää olla fleksio sekä abduktio. Lonkan liiallinen abduktio voi johtaa varsinkin proteesipotilaalla lonkkanivelen luksaatioon. Lonkassa yli 90 asteen fleksio voi johtaa muun muassa iskiashermon venytysvamman pakaran alueella. Todennäköisin vaurio litotomia-asennossa on peroneushermon kompressio ja sitä seuraava motorinen pareesi. Peroneusalueen pehmustamiseen ja hyvään raajan asentoon tulisi kiinnittää erityishuomiota. (Rotko 2010.) Painumariskikohtia ovat esimerkiksi takaraivo ja reidet ja sääret jalkatukien reunoilla (kuva 6, nro 1) (Korte ym. 1997, 375).



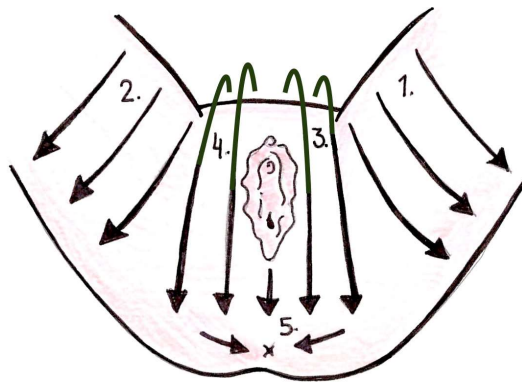
KUVA 6. Litotomia-asennon painumariskikohdat (1), yliojennusriskikohdat (2) ja hermovaurioille alttiit kehon osat (3) (mukaiillen Korte ym. 1997, 375, piirros Paulakorpi)

5.2 Potilaan iho- ja limakalvodesinfektio

Valvova sairaanhoitaja kerää ihodesinfektiovälineet ja desinfektioaineen valmiiksi (Lukkari ym. 2007, 213). Leikkausalueen desinfektio aloitetaan, kun potilas on laitettu litotomia-asentoon. Leikkausvalaisin kohdistetaan leikkausalueelle ja desinfektioalueen ympäristö suojataan kastumisen varalta. Ihon kunto tarkistetaan ennen desinfektion aloittamista. Leikkausalueella olevista ihorikoista ja ihoreaktiosta ilmoitetaan leikkaavalle gynekologille. Mikäli leikkauksessa käytetään diatermialaitetta, on neutraalielektrodi laitettava paikoilleen ennen desinfektion aloittamista. (Karma ym. 2016, 109.) Neutraalielektrodi kiinnitetään potilaan reiteen (Korte ym. 1997, 71).

Limakalvojen puhdistukseen käytetään steriiliä ärsyttämätöntä keittosuolaliuosta. Limakalvojen ulkopuolinen ihoalue reisiin ja alavatsalle saakka desinfektoidaan värillisellä tai värittömällä denaturoitulla alkoholilla (A12T). Ihokarvojen poistamatta jättäminen ei tutkimusten mukaan lisää infektioriskiä. (Lukkari ym. 2007, 213.)

Vagina-, perineaalialue ja alempi vatsan alue valmistellaan perinteisen gynekologisen leikkaustavan mukaan (Walters 2010, 124), johon kuuluu myös symfyysin alueen pesu. Kortin ym. mukaan leikkausalueen desinfektio (kuva 7) aloitetaan reiden puolivälistä vaakasuuntaisin vedoin edeten ylhäältä alaspäin. Nivunen pyyhitään viimeisenä. Sama toistetaan toisella puolella. Seuraavaksi desinfektoidaan vaginan molemmin puolin olevat ihoalueet pystysuuntaisin vedoin häpyliitoksesta pakaroihin asti. Vedot tehdään nivusen vierestä vaginaa kohden edeten. Sama toistetaan toisella puolella vaginaa. Viimeiseksi pestään vaakavedoin nivusen ja peräaukon seutu. (Korte ym. 1997, 62.)



KUVA 7. Leikkausalueen desinfektio (mukaillen Korte ym. 1997, 62, piirros Paulakorpi)

Leikkausalueen desinfektioinnissa on muistettava huomioida desinfiointiaineen valumisuunta, jotta pesuun käytetty aine ei valu puhtaalle desinfioitulle alueelle. Puhtaalle alueelle ei myöskään tuoda mitään likaisemmalta pesemättömältä alueelta pesusykeröiden mukana. Tästä syystä pesualueita pienennetään asteittain. (Karma ym. 2016, 111-112.)

Linköpingin yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan keittosuolaliuosta ei tulisi käyttää vaginan valmistelussa, koska se lisää potilaan riskiä sairastua postoperatiiviseen virtsa-

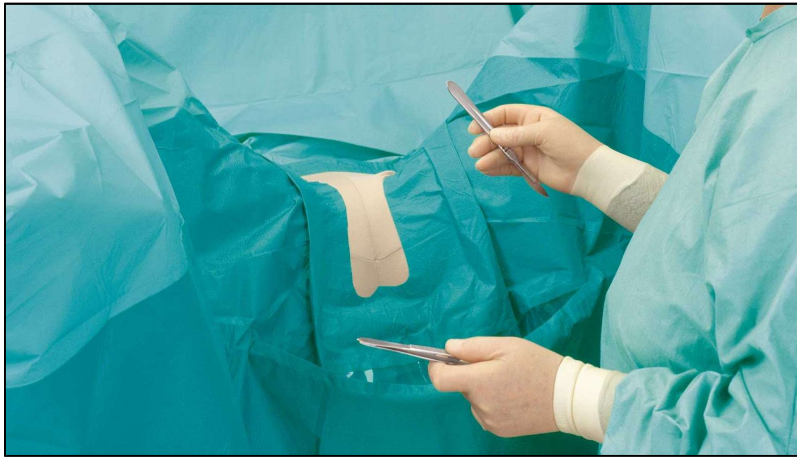
tietulehdukseen. Postoperatiivisten infektioiden ja vaginan valmistelujen yhteyttä tarkasteltaessa tutkijat havaitsivat, että vaginan valmistelulla ja siinä käytetyllä pesuaineella (keittosuolaliuos, klooriheksidiini) ei ollut suurta eroa siihen, valmisteltiinko vaginaa lainkaan. (Kjölhede, Halili & Lofgren 2011.) Tästä syystä joissain sairaaloissa on ilman keinomateriaalia tehtävissä leikkauksissa luovuttu vaginan valmisteluista (Kuismanen 2014).

Mikäli vagina kuitenkin valmistellaan, se desinfektoidaan ensimmäisenä ennen muita leikkausalueen pesuja. Vaginan ja ulkosynnyttimien limakalvot pestään spekulaa ja pih-tejä apuna käyttäen. (Korte ym. 1997, 62.)

5.3 Steriilin alueen luominen

Leikkausalueen desinfektoinnin jälkeen steriileihin suojavaatteisiin pukeutunut instrumentoiva sairaanhoitaja rajaa leikkausalueen, eli tekee steriilin peittelyn. Desinfointiaineen annetaan kuivua iholla, jotta se ehtii vaikuttamaan. Steriilien peitteiden liimareunat myös kiinnittyvät paremmin, kun iho on kuiva. (Lukkari ym. 2007, 299.)

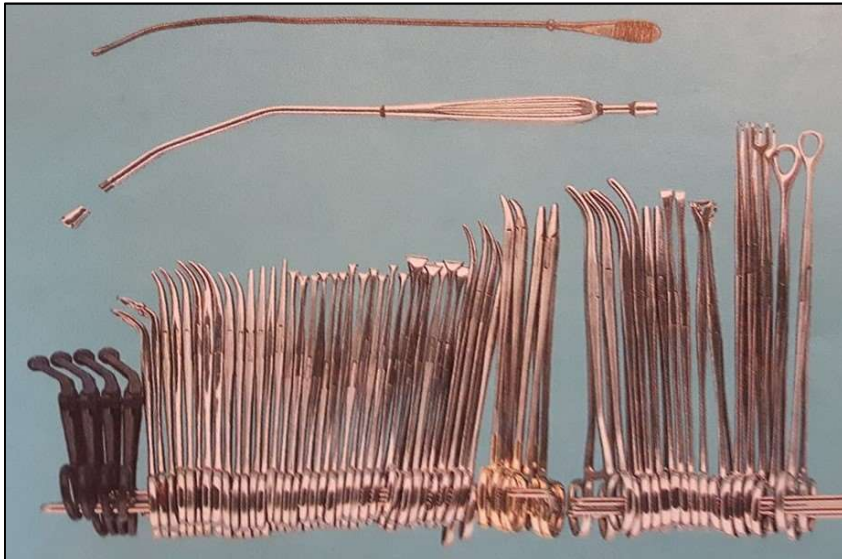
Potilaan takapuolen alueelle asetetaan poikkisuuntaisesti liimareunainen gynekologinen lakana. Jalat voidaan suojata joko omilla litotomiajalkasuojilla tai vastaavasti "all in one"-leikkauslakanalla, jossa on integroidut jalkasuojat ja nesteeneräyspussi. Tämän jälkeen litotomialakana asetetaan keskelle genitaalista aluetta. Peite avataan laajasti niin, että lakanan alaosa lasketaan alas, kohti lattiaa. Vatsan päälle ja anestesiakaaren ylle tulee lakanan loppuosa. Varmistetaan, että kiinnittyvä kalvo on hyvin potilaan ihossa kiinni, jonka jälkeen poistetaan suojapaperi (kuva 8). Letkut ja kaapelit voidaan kiinnittää omiin letkunpidikkeisiinsä steriilin liinan päälle. (Mölnlycke 2018.) Leikkaustason jatkeena voidaan tarvittaessa käyttää kapeaa omalla jalallaan seisovaa instrumenttipöytää. Pöytä asetetaan leikkaustason ja gynekologin väliin helpottamaan instrumentointia. (Korte ym. 1997, 70.)



KUVA 8. BARRIER-gynekologialakana integroidulla nesteeneräuspussilla (Mölnlycke 2018)

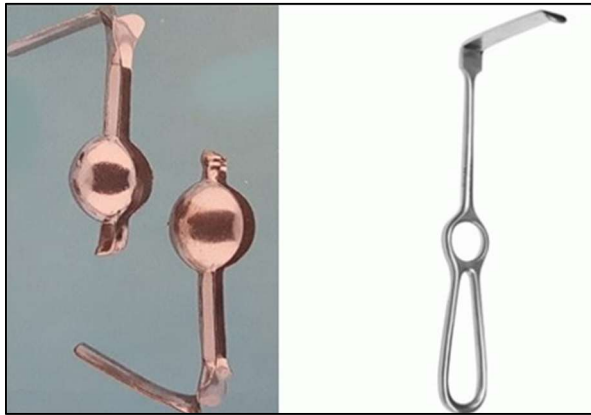
5.4 Toimenpiteessä käytettävät instrumentit

Instrumentoivan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu instrumentoinnista huolehtiminen. Se sisältää oikea-aikaisen assisteeruksen ja oikeat, hyvin toimivat instrumentit (kuva 9) sekä välineet. (Lukkari ym. 2007, 333.)



KUVA 9. Hysterektomia vaginalis -toimenpiteessä käytettäviä instrumentteja (Tighe 2018, 104)

Hysterectomia vaginalis -toimenpiteessä käytetään pallopääspekulaa (kuva 10) ja Heaney-levitintä kohdukan visualisoimiseen (Tighe 2018, 103). Erään sairaalan alatietokorin instrumenttistilan (liite 1) mukaan Heaney-levittimen sijaan käytössä voi olla myös Doyen-haka.



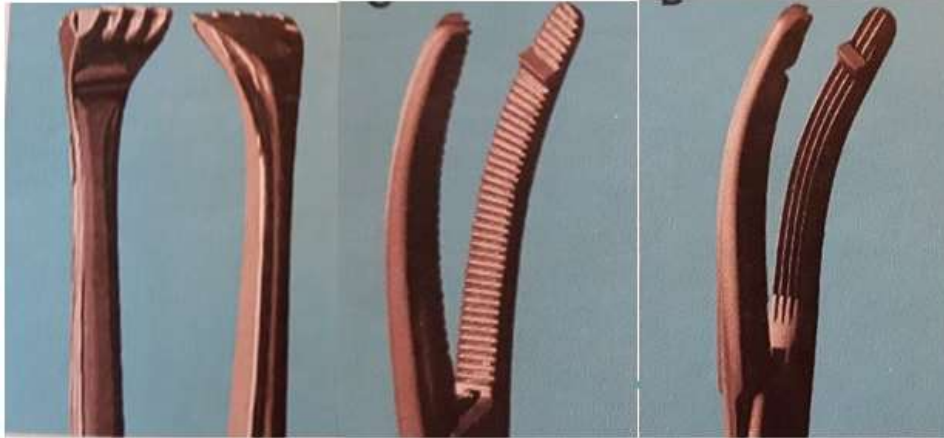
KUVA 10. Vasemmalla pallopääspekula (Tighe 2008, 104), oikealla Doyen-haka (Medshop 2018)

Kuulapihti (kuva 11) tai väkäpihti on tarkoitettu kohdukan tarttumiseen. Kirurgisia veitsiä käytetään etenemisessä peritoneumiin. Kochereita hyödynnetään ligamenttien ja verisuonien pihdityksessä. Katkaisussa käytetään pitkiä käyriä mayon-saksia. Ligeeraamisessa käytetään pitkää käyrää neulankuljetinta ja kudoksen kiinni pitämiseen kirurgisia atuloita. (Tighe 2018, 103.)



KUVA 11. Vasemmalla kuulapihdit, oikealla väkäpihdit (Orange Instruments 2018)

Allison-pihtejä (kuva 12) käytetään peritoneumin reunoihin lähestymisessä (Tighe 2018, 103). Muut hysterectomia vaginalis -toimenpiteessä käytettävät instrumentit ovat Crile-pihdit, Pean-pihdit, hysterectomia-pihdit, kirurgiset ja atraumaattiset atulat sekä parametrium-pihdit (kuva 12) (Liite 1. Erään sairaalan alatiekorin instrumenttilista).



KUVA 12. Vasemmalta Allison-pihdit, hysterectomia-pihdit ja parametrium-pihdit (Tighe 2018, 104)

6 INSTRUMENTOIVAN JA VALVOVAN SAIRAANHOITAJAN TOIMINTA HYSTERECTOMIA VAGINALIS -TOIMENPITEESSÄ SEKÄ TOIMENPI- TEEN KULKU

Instrumentoiva ja valvova sairaanhoitaja tiedottavat anestesia- ja leikkaustiimille potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Tapahtumat kirjataan leikkaushoitotyön lomakkeelle. (Lukkari ym. 2007, 333.) Leikkaustiimin tarkistuslistan läpikäyminen on tärkeä osa tiedottamista. WHO:n tarkistuslistassa on kolme vaihetta, jotka käydään läpi jokaisen toimenpiteen ja leikkauksen kohdalla. Näitä ovat alkutarkistus ennen anestesiaa, aikaisä ennen viiltoa ja lopputarkistus ennen potilaan heräämöösi siirtämistä. (Ikonen & Pauniahö 2010.)

Leikkauksessa käytettyjen instrumenttien, neulojen, taitosten ja muiden leikkausalueella olleiden välineiden lukumäärä tarkistetaan leikkauksen aikana vähintään kolme kertaa: ennen viiltoa, ennen haavan sulkemista sekä haavan sulkemisen jälkeen. (Karma ym. 2016, 168.) Instrumentoiva ja valvova sairaanhoitaja ovat vastuussa tarkistuslaskennan läpikäymisestä. He laskevat yhdessä kaikki tarvikkeet siten, että heillä on katsekontakti laskettaviin välineisiin ja toisiinsa. (Lukkari ym. 2007, 337.) Valvova sairaanhoitaja huolehtii tietöjen kirjaamisesta (Karma ym. 2016, 168).

Instrumentit ja niiden laskeminen kuuluvat instrumentoivan sairaanhoitajan vastuulle. Instrumentoivan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu myös ilmoittaa leikkaavalle gynekologille ennen haavan sulkua, että kaikki instrumentit ovat tallessa. Leikkauksen aikana instrumentoivan sairaanhoitajan tulisi olla askeleen edellä tapahtumia ja ennakoida tulevia leikkausvaiheita. (Karma ym. 2016, 138, 168.) Instrumentoiva sairaanhoitaja assisteeraa gynekologia ojentamalla instrumentteja ja muita tarvittavia välineitä leikkauksen kulun mukaisesti. Hän avustaa gynekologia ylläpitämällä näkyvyyttä leikkausalueelle ja kuivaamalla leikkausalueetta taitoksilla. (Lukkari ym. 2007, 333-334.) Instrumentoivan sairaanhoitajan tulee olla erityisen tarkkana aseptiikan kanssa, sillä vaginaalisessa hysterectomiassa potilaan intiimialueen eteen asettuva leikkaustiimi työskentelee pienellä alueella kylki kyljessä kiinni. Käsien liikkeiden hallintaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. (Korte ym. 1997, 70.)

Valvova sairaanhoitaja huolehtii leikkauksen aikana, että leikkaustiimillä on kaikki tarvittava välineistö käytettävissä ilman viiveitä. Valvova sairaanhoitaja avustaa anestesia- ja instrumenttihoitajaa, sekä toimii koordinoivassa roolissa varmistaen potilaan sujuvan ja turvallisen hoidon. (Lukkari ym. 2007, 333; Karma ym. 2016, 103.) Valvova sairaanhoitaja huolehtii siitä, että leikkaustiimin tuolit ovat sopivalla korkeudella ja leikkausva- lot on kohdistettu optimaalisesti. Hän huolehtii myös näytteiden asianmukaisesta käsitte- lystä ja merkinnöistä. (Korte ym. 1997, 72-73.) Leikkauksen lopussa valvova sairaanhoi- taja arvioi leikkausvuodon määrän (Karma ym. 2016, 168).

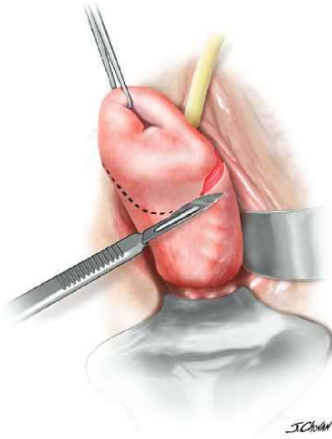
Leikkauksen päätyttyä instrumentoiva ja valvova sairaanhoitaja huolehtivat steriilin alu- een purkamisesta ja valvova sairaanhoitaja purkaa gynekologisen leikkausasennon. Jalat lasketaan alas yksitellen verenpaineen laskun ehkäisemiseksi. Potilaan housuihin laite- taan terveystyyny. (Korte ym. 1997, 74.) Leikkauksen jälkeen instrumentoiva ja valvova sairaanhoitaja huolehtivat käytettyjen välineiden asianmukaisesta huollosta ja hoidosta (Lukkari ym. 2007, 333).

6.1 Hysterektomia vaginalis -toimenpiteen kulku

Ennen toimenpiteen alkua tyhjennetään virtsarakko katetroinnilla (Walters 2010, 124). Gynekologi tekee labiaompeleet (kuva 20, nro 1) ja instrumentoiva sairaanhoitaja valmis- tautuu ojentamaan gynekologille pallopääspekulan (Korte ym. 1997, 72) ja Doyen-haan. Gynekologi asettaa pallopääspekulan vaginaan painamaan vaginan takaseinämää alas ja kohottaa Doyen-haalla vaginan etuseinämää visualisoidakseen leikkausalueen. (Walters 2010, 124.) Instrumentoiva sairaanhoitaja ojentaa gynekologille kuulapihdin (Korte ym. 1997, 72), jolla hän ottaa porttiosta otteen ja kohdistaa siihen alaspäin suuntautuvan ve- don. Gynekologi injektoi adrenaliinia sisältävää puuduteainetta (esimerkiksi 0,5% Li- docain c. adrenalin) portioon vähentääkseen leikkauksen aikaista verenvuotoa. (Walters 2010, 124-125.)

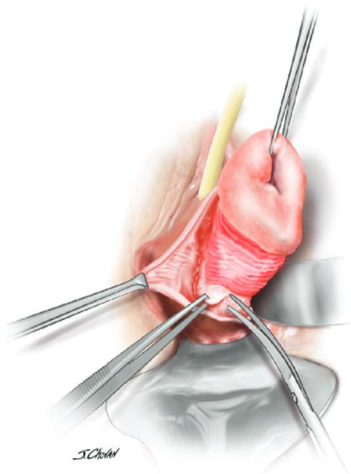
Instrumentoiva sairaanhoitaja valmistautuu ojentamaan gynekologille veitsen (Korte ym. 1997, 72). Veitsen sijaan käytössä saattaa olla myös diatermialaite. Ensimmäinen viilto (kaulusviilto) tehdään vaginan limakalvoon kohdunnapukan ympärille. (Walters 2010, 125.) Kaulusviillon (kuva 13) jälkeen gynekologi työntää limakalvon irti ja instrumen-

toiva sairaanhoitaja ojentaa gynekologille peaneja irrotetun limakalvon reunaan kiinnittäväksi (kuva 14). Assistentti pitelee peaneja. Instrumentoiva sairaanhoitaja ojentaa tarvittaessa pieniä sykeröitä limakalvon irroitukseen ja kuivaa vuotoa taitoksilla. (Korte ym. 1997, 72.)



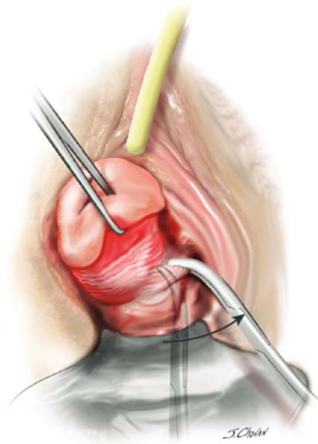
KUVA 13. Kaulusviilto (Walters 2010, 126)

Instrumentoiva sairaanhoitaja valmistautuu ojentamaan gynekologille parametrium-pihdit ja Mayon-saksit (Korte ym. 1997, 73). Mayon-saksia apuna käyttäen gynekologi etenee peritoneumiin (kuva 14). Gynekologi varmistaa sormella palpoiden, ettei leikkausalueelle ole tullut vaurioita. Samalla hän tutkii, löytyykö alueelta mahdollisia sairauden merkkejä, kuten kiinnikkeitä tai epänormaalia kudosta. Mahdollista vuotoa hallitaan liigeraamalla tai kauterisaatiolla. (Walters 2010, 125-126.)



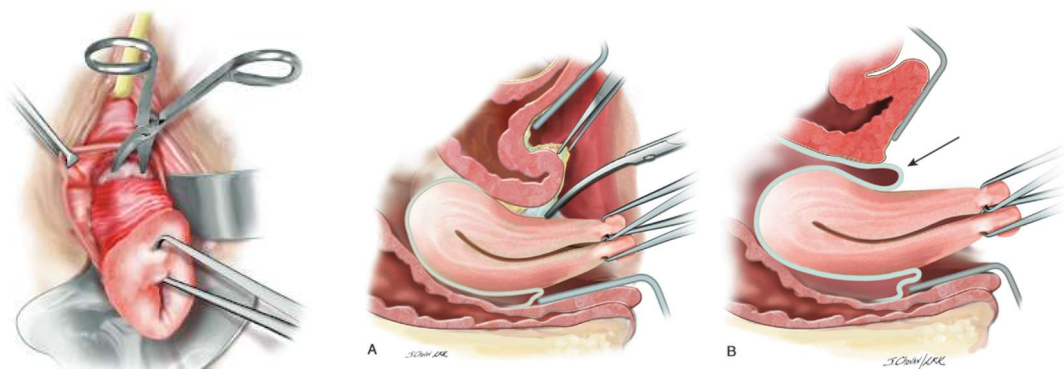
KUVA 14. Eteneminen peritoneumiin (Walters 2010, 127)

Gynekologi vetää kohtua ulospäin saadakseen kohtua kannattelevat sacrouterina-ligamentit näkyviin. Hän tarttuu ligamentiin (kuva 15) parametrium-pihdeillä ja katkaisee sen Mayon-saksilla. Tämän jälkeen jäljelle jäänyt ligamentin varsi ligeerataan. (Walters 2010, 126.) Instrumentoiva sairaanhoitaja ojentaa gynekologille neulankuljettimen lankoineen ligamenttien käsittelyä varten (Korte ym. 1997, 73). Sama toistetaan toisen sacrouterina-ligamentin kanssa (Walters 2010, 126). Ligamentin varren ompeluun käytetään resorboituvaa 0-lankaa (Korte ym. 1997, 73).



KUVA 15. Sacrouterina-ligamentin pihditys (Walters 2010, 128)

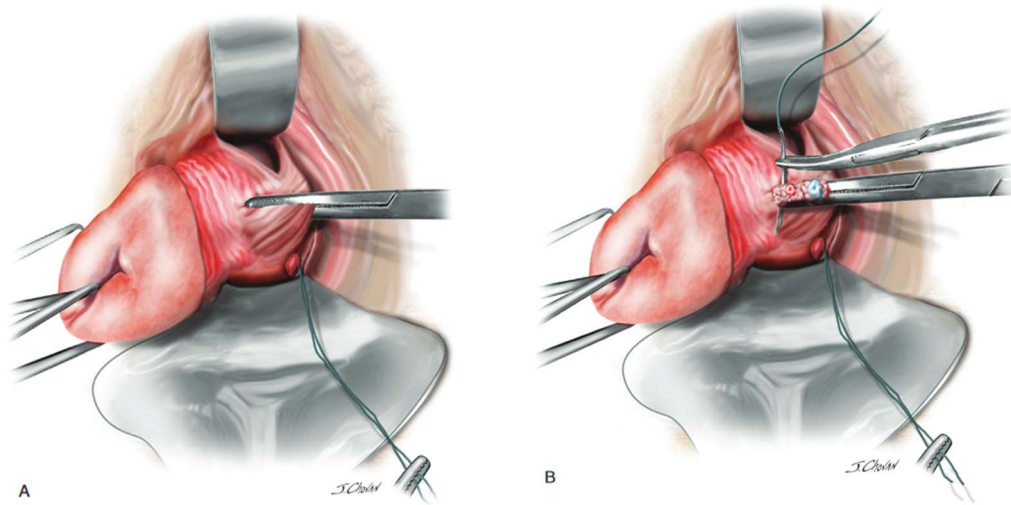
Gynekologi mobilisoi rakon (kuva 16) käyttämällä Mayon-saksia. Rakko on irrotettu kohdusta asianmukaisesti, kun peritoneumin reuna näkyy. (Walters 2010, 128.)



KUVA 16. Rakon mobilisointi ja sen poikkileikkauskuvat (Walters 2010, 128)

Instrumentoiva sairaanhoitaja valmistautuu ojentamaan gynekologille parametrium-pihdit, neulankuljettimet ja lankaa (Korte ym. 1997, 73), sillä rakon mobilisoinnin jälkeen gynekologi pihdittää ja ligeeraa cardinale-ligamentit. Tässä vaiheessa kohtu alkaa yleensä jossakin määrin laskeutumaan. (Walters 2010, 126-128.)

Gynekologi asettaa Doyen-haan uudelleen paikoilleen pitäen samalla sormeaan virtsarakon suojana. Instrumentoiva sairaanhoitaja ojentaa gynekologille parametrium-pihdit. (Walters 2010, 129.) Seuraavaksi instrumentoiva sairaanhoitaja valmistautuu ojentamaan neulankuljettimen ja lankaa verisuonien käsittelyä varten (Korte ym. 1997, 73). Gynekologi pihdittää ja ligeeraa kohdun verisuonet (kuva 17), jonka jälkeen hän nostaa spekulan avulla virtsarakon pois kohdun päältä. Verisuonet voidaan myös tuplaligeerata. (Walters 2010, 126, 127-129.)



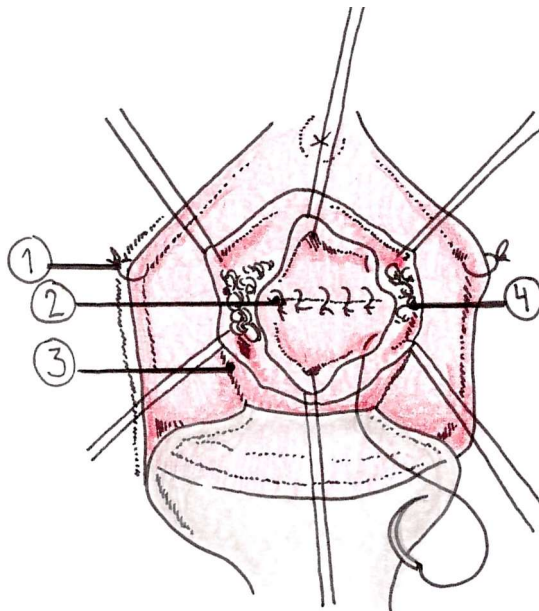
KUVA 17. Verisuonien pihditys (a) ja verisuonien ligeeraus (b) (Walters 2010, 130)

Gynekologi vetää kuulapihtien avulla porttiosta kohtua alaspäin päästäkseen käsiksi yläadnexeihin (Walters 2010, 129), jotka sisältävät ovari propriit, tuubat sekä rotunda-ligamentit (Korte ym. 1997, 73). Instrumentoiva sairaanhoitaja ojentaa gynekologille parametrium-pihdit, joilla hän ottaa kiinni yläadnexeista (Walters 2010, 129). Instrumentoiva

sairaanhoidaja valmistautuu antamaan neulankuljettimen ja lankaa gynekologille yläadnexien käsittelyä varten (Korte ym. 1997, 73). Kun yläadnex on asianmukaisesti pihditettynä, gynekologi leikkaa sen irti mahdollisimman läheltä kohtua. Varsi ligeerataan. Sama toistetaan toisella puolella, jonka jälkeen kohtu ja portio voidaan poistaa. (Walters 2010, 129-131.) Instrumentoiva sairaanhoidaja ottaa preparaatin kaarimaljaan tai astiaan (Korte ym. 1997, 73). Preparaatti lähetetään patologille tutkittavaksi (Walters 2010, 131).

Kohdun poistamisen jälkeen gynekologi palpoo ovariat ja tuubat tarkistaakseen, että lantion anatomia on normaali. Mikäli munasarjojen ja tuubien poistolle on tarvetta, se voidaan tehdä tässä vaiheessa. (Walters 2010, 131.)

Instrumentoiva sairaanhoidaja varmistaa, että gynekologilla on käytössään neulankuljetin, lankaa, polttopinsetti, kirurgiset atulat ja Mayon-sakset haavan sulkemista varten. Gynekologi tarkistaa, ettei vuotoja ole ja tämän jälkeen hän sulkee vaginan tupakkapussiompeleella (kuva 18, nro 2). Suljetusta vaginan yläosasta muodostuu vaginan pohja. Emättimen pohjan tueksi lisätään usein ompeleita. Ompeleet tulevat kohtu-ristiluun välillä oleviin kuduskannakkeisiin tai kohdun sivuilla oleviin rakenteisiin. (IUGA 2017.) Vaginan pohjan sulkemiseen käytetään yleensä resorboituvaa 2-0 ommellankaa (Korte ym. 1997, 73).



KUVA 18. Peritoneumin sulkukuvassa nähdään labia-ompelein kiinnitettyt häpyhuulet (1), takaperitoneum suljettuna (2), emättimen seinämää (3) ja katkaistut ja sidotut ligamentit ja verisuonet (4) (mukaiillen Korte ym. 1997, 73, piirros Paulakorpi)

Instrumentoituva hoitaja valmistautuu antamaan gynekologille jyväpihdit (Korte ym. 1997, 74), joiden avulla gynekologi asettaa vaginaan tampoonin. Tarvittaessa potilaalle voidaan laittaa Foley-kestokatetri yön ajaksi. (Walters 2010, 132.)

7 HYVÄ OPETUSMATERIAALI

Arvokkain apuvälineesi oppimisessa on myönteinen asenne.

(Bobbi DePorter)

Laadukas opetusmateriaali on pedagogisesti harkittua, oppimista tukevaa ja kokonaisuutena sellaista, että siihen voi sekä oppilas että opettaja luottaa (Tietokirja.fi 2015). Oppimateriaalilla on keskeinen osa opettamis- ja oppimisprosessissa. Oppimisympäristö on nykyaikaisempi käsite oppimisprosessille monipuolistuneiden ja nykyaikaistuneiden oppimismenetelmien, kuten esimerkiksi verkko-opetuksen myötä. Oppimisympäristö on käsitteenä laajempi ja se pitää sisällään oppimista tukevat ärsykkeet, haasteet, välineet ja informaation. PowerPoint-materiaali on osa oppimisympäristöä. (Hiidenmaa 2008.)

7.1 Oppiminen osana yksilön kehittämissprosessia

Oppiminen liittyy suurimpaan osaan asioista ja on mukana kaikessa, mitä koemme. Silti sitä on käsitteenä vaikea määritellä. Laajemmin mietittynä kaikkia kokemuksia ja ajattelun muutoksia voidaan pitää oppimisena, sillä oppiminen on muuttumista. (Lindblom-Ylänne & Nevgi 2007, 67.) Oppiminen ei ole vain uuden informaation omaksumista vaan vaatii myös opitun asian ajattelemista sekä muistiin tallentamista (Dryden & Vos 1996, 325).

Opiskelu on tavoitteellista, tietoista työtä. Parhaimmillaan se on innostavaa, uusien näkökulmien avautumista, uteliaisuuden tyydyttämistä ja itsetunnon vahvistumista kehittymisen johdosta. (Lindblom-Ylänne & Nevgi 2003, 148.) Mielekkyys oppimiseen syntyy opiskelijan aktiivisesta ja tavoitteellisesta panostuksesta omaan oppimiseensa (Löfström ym. 2010, 25). Myös omien mielikuvien voima oppimisessa on vahva: parhaiten suoriutuu siinä, missä uskoo suoriutuvansa ja epäonnistuu siinä, missä odottaakin epäonnistuvansa (Dryden & Vos 1996, 319).

Informaatiota on opiskelijoille tarjolla niin paljon, että omaksuttavien asioiden täytyy olla mielenkiintoisia, hyödyllisiä ja ymmärrettäviä. Pohtivassa oppimisessa oppija peilaa

uutta asiaa aikaisempiin kokemuksiinsa ja osaamiseensa ja punnitsee uutta asiaa suhteessa niihin. Tällöin voidaan puhua myös reflektioivasta oppimisesta. (Kupias & Koski 2012, 26.) Oppimiseen vaikuttaa myös jokaisen omat oppimisvalmiudet ja tiedon prosessointitapa (Koli & Silander 2002, 8-9).

Oppimisprosessi tulisi ajatella yksilön kehitymisprosessiksi, jonka aikana on tarkoitus saavuttaa tietty osaaminen. Oppimisprosessin tuloksena syntyy uutta tietämystä, joka on tietoa isompi kokonaisuus, koska se sisältää varsinaisen tiedon lisäksi tiedonkäyttö- ja ongelmanratkaisutaitoja, päättelysääntöjä sekä tietoisuuden oman muistin sisällöstä. Opetusprosessissa oppiminen on tietämyksen muodostamista. (Koli & Silander 2002, 7.)



KUVIO 2. Kehitymisprosessin tekijät

7.2 Opetustyö tuo lisäarvoa oppimiseen

Opetustoiminnan tavoitteena on oppiminen. Opetus ei kuitenkaan automaattisesti johda oppimiseen. (Koli & Silander 2002, 8.) Opetuksen tavoitteita ohjaa pyrkimys laadukkaaseen opetukseen sekä oppimiseen, opetussuunnitelmat ja niiden pohjalta syntyvät erilaiset kehittämisohjelmat. Hyvä opetus johtaa opittujen asioiden syvälliseen ymmärtämiseen. Tätä tukee linjakas opetus, jolloin oppimistavoitteet, opetussisällöt ja -menetelmät sekä

opiskelijoiden arviointi tukevat saman päämäärän toteutumista. (Löfström ym. 2010, 19-20.)

Opetuksen suunnittelu alkaa tavoitteiden asettamisesta. Opettajan tehtävä on selvittää, mitä opiskelijoiden tulisi oppia ja määrittää tiedot ja taidot, joiden hallinta on olennaista. Opiskelijat sitoutuvat paremmin opiskeluun, kun heidät otetaan mukaan tavoitteiden määrittelyyn. (Löfström ym. 2010, 22.)

Oppimisympäristö käsitteenä on otettu käyttöön vuosituhannen vaihteessa korvaamaan aiempaa opetussuunnitelmapohjaista koulutusajattelua (Lindblom-Yläne & Nevgi 2003, 54). Oppimisympäristössä korostuu opiskelijan oma aktiivisuus, opiskelu tapahtuu osittain simuloitussa tilanteessa, opiskelu on kokonaisvaltaista ja ajallisesti pidempi prosessi. Lisäksi opiskelijoilla on oma tukiverkosto koostuen muun muassa tutor-opettajista. Opettajan rooli on enemmän organisaattori ja tukihenkilö kuin tiedonjakaja. (Matikainen & Manninen 2000, 29-30.)

Laadukas opetus auttaa oppimaan asian helpommin, nopeammin ja syvällisemmin kuin itse opiskellen olisi mahdollista. Hyvä opetus tuottaa lisäarvoa opiskelijan oppimistulokseen. (Karjalainen 2009, 5.) Opetus suunnitellaan tukemaan oppimista kyseisessä kohderyhmässä ja kohderyhmän yleispiirteet tulisi määritellä. Ne voivat olla esimerkiksi opiskelijoiden aikaisemmin suoritettut kurssit ja opiskeluvaihe. (Löfström ym. 2010, 38-39.)

Opetustavan tulisi olla myönteistä, oppilaskeskeistä ja liittyttävä oppilaan omiin tavoitteisiin ja jo olemassa olevaan tietoon. Mitä enemmän voimme yhdistellä asioita, sitä enemmän me opimme. (Dryden & Vos 1996, 319.) Parhaat opettajat ovat aktivoijia, auttajia, valmentajia, järjestäjiä ja motivoijia (Dryden & Vos 1996, 321). Innostavaksi ja kannustavaksi opettajaksi voi kehittyä ja oppimista edistävä ilmapiiri voidaan luoda monella eri tapaa (Lindblom-Yläne & Nevgi 2003, 215).

Perinteisen luento-opetuksen arvo ei rajoitu vain valmiiksi pureskellun tiedon jakamiseen (Kivimäki & Kinnunen & Löytty 2006, 131). Hyvä opettaja ei koskaan mene vain puhumaan asiaansa vaan pohtii, miten hänen asiantuntijuutensa tukee opiskelijoita työssään ja millaista oppimista hän tuottaa (Kupias & Koski 2012, 17). Esiintymistaitoon panostamalla luennoitsijan on mahdollista vaikuttaa antamaansa vaikutelmaan luotettavuudesta.

Tämä vaikuttaa siihen, miten kuulija suhtautuu vastaanottamaan häneltä uutta tietoa. (Lammi 2009, 244.)

Hyvässä esiintymisessä painotetaan äänenkäyttöä, katsekontaktia ja elekieltä. Ihmiset seuraavat huomaamattaan toisen ihmisen katseen suuntaa. Jos esiintyjä tuijottaa aineistoa ääneen lukiessaan tietokoneen näytöltä, alkaa myös yleisö kohdistaa katsettaan samaan suuntaan, eli tietokoneen näytön taustaan. Koska siellä ei ole mitään mielenkiintoista, alkaa yleisön katse harhailla ja siten mielenkiinto katoaa. Hyvä esitys tarvitseekin hyvän vuorovaikutuksen esiintyjän, yleisön ja esityksen sisällön välille. Esiintyjän tulee tarkkailla esityksen aikana vuorovaikutuksen laatua ja muuttaa toimintatapaansa tarvittaessa. Esityssisällön tunteminen on tärkeää, koska asia tulee kertoa kohderyhmälle sopivalla tavalla, kuulijoiden kysymyksiin tulee pystyä vastaamaan ja vapaamuotoisen keskustelun tulee onnistua. (Lammi 2009, 246-247.)

Useimmista diaesityksistä huokuu käsitys, että esityksen katsoja kykenisi vastaanottamaan kaiken, mikä hänelle esitetään. Tosiasia kuitenkin on, että diaesityksen esittäjän ja sitä kuuntelevan ihmisen välillä ei ole suoraa häiriötöntä väylää, jonka läpi informaatio kulkisi muuttumattomana ja täydellisenä juuri siinä muodossa kuin se on tarkoitettu. Vaihtoehtoina on, että minkäänlaista oppimista ei tapahdu tai mieleen jää vain hajanaisia yksityiskohtia tai sitten mieleen jää merkityksellisiä kokonaisuuksia, mikä on ihannetilanne opettajalle. Silloin viesti on mennyt perille ja kuulija pystyy hyödyntämään kuulemaansa ja näkemäänsä. Näin luodaan hyvät edellytykset merkitykselliselle oppimiselle. (Lammi 2009, 127.)

Kognitiivinen ylikuormitus käsitteenä tarkoittaa sitä, että viestin vastaanottajalle tarjotaan kerralla niin paljon informaatiota, että hän ei pysty sitä kaikkea käsittelemään. Kun esitystä seuraava opiskelija väsyä, hänen keskittymiskykynsä heikkenee ja hänen huomionsa suuntautuu muualle. Ihminen, joka on pitkästynyt ja väsynyt, ei ole aktiivinen ja kuulijalta vaaditaan aktiivisuutta, jotta asia painuisi hänen mieleensä. Opetuksessa onkin huomiotava, että ihmisen kyky vastaanottaa tietoa on rajallista. (Lammi 2009, 121.)



KUVIO 3. Merkityksellisiä asioita hyvässä opetuksessa

7.3 Oppimista tukeva opetusmateriaali

Opetusmateriaaliksi voidaan käsittää kaikki informaatio, jota opiskelija käyttää oppimisprosessin aikana (Vainionpää 2006, 81). Oppimisprosessissa opetusmateriaalin merkitys on välineellinen eli sen tarkoitus on auttaa oppimisessa (Hiidenmaa 2008, 3). Aikuisopiskelussa, kuten korkeakouluissa, opetusmateriaali koostuu yleensä opettajan laatimista materiaaleista ja alan yleisteoksista (Vainionpää 2006, 82-83) sekä asiaa täydentävistä artikkeleista (Löfström ym. 2010, 51).

Opetusmateriaalin laatuun vaikuttaa sisällön rajausta, kohderyhmän tuntemus, sisällöntuottajien asiantuntemus, oppimiskäsitys sekä viestinnän ja ilmaisun hallinta (Opetushallitus 2006, 9). Pedagoginen laatu on tekijöiden osaamisen yhteistulosta, jossa yhdistyvät oppimisen kannalta keskeinen sisältö hyvällä visuaalisella toteutuksella, mielekkäät tehtävät ja hyvin toteutettu ja teknisesti toimiva kokonaisuus (Opetushallitus 2006, 14-15). Opettajan tehtävänä oppimisprosessissa on auttaa opiskelijaa oppimaan ja näin ollen valita oppimista tukemaan tarkoituksenmukaisia menetelmiä. PowerPoint-esitys on vain yksi osa opetuksessa käytettävistä menetelmistä. Se toimii välineellisenä oppimisprosessin osana. (Hiidenmaa 2008, 23-25.)

7.4 PowerPoint opetusmateriaalin työkaluna

PowerPoint-ohjelma soveltuu hyvin diaesityksen kokoamiseen. Valmiiden rakenne- ja ulkoasumallien avulla on helppo tehdä esityksiä luennoille ja verkkokursseille. (Keränen & Penttinen 2007, 159.) Koska oppimisessa käytetään kuulo-, näkö- ja puheaisteja, voidaan PowerPoint-ohjelmalla laaditulla opetusmateriaalilla tarjota parhaimmillaan virikkeitä kaikille aisteille (Hiidenmaa 2008, 3). Opetusmateriaalissa ylimääräisten turhien tehosteiden käyttöä kannattaa välttää, koska ne vievät opiskelijan huomion pois itse asiasisällöstä (Keränen & Penttinen 2007, 159).

PowerPoint-dioihin ei ole tarkoitus kirjoittaa pitkiä tekstejä vaan niihin tulisi nostaa esiin tärkeitä kohtia luennosta. Hyvä diaesitys ei ole luennon pääosa vaan tukee luentoa. Toimiva esitys on selkeä, lyhyt ja hyvin jäsennelty, jotta se on johdonmukainen. Hyvä dia jättää tilaa luennoijan ja osallistujien vuorovaikutukselle. (Kupias & Koski 2012, 76.)

Opettajan tulisi ennen esityksen tekoa miettiä kohderyhmä huomioiden, mitä kuulijoiden tulisi asiasta saada tietoonsa ja miten heidän toivottaisiin toimivan esityksen päätyttyä. Tämä on rajausten ja valintojen tekemistä, millä edistetään kohderyhmän kannalta mielekkään ja selkeän esityksen syntymistä. Diaesitystä tehdessä on hyvä muistaa kolme periaatetta: organisointi eli rakenteen selkeyttäminen, minimointi eli tehokkuuden maksimointi vähin elementein ja kommunikointi eli esityksen sovittaminen käyttäjän tasolle. (Lammi 2009, 28-29.) Tehokkaan diaesityksen yksi dia ei siis sisällä enempää kuin yhden ajatuskokonaisuuden (Lammi 2009, 36). Tenhulan & Vanhalan (2000) mukaan diojen määrässä tulisi muistaa "vähemmän on enemmän" -muistisääntö eli ei liikaa eikä liian nopealla tahdilla. Yksinkertainen ulkoasu, värilliseen taustaan tehty esitys toimii parhaiten. (Hiidenmaan 2008, 21.)

Esityksen suunnitteluvaiheessa tulisi huomioida: 1) Esitys ei voi olla tehokas ellei se vastaa kuulijoiden tietämystasoa eli esitys tehdään oikealle kohderyhmälle. 2) Kuvien ja puhutun tekstin yhdistäminen helpottaa asian mieleen painamista. 3) Yleisön huomiota ylläpidetään sopivalla määrällä informaatiota. 4) Ydinsanomaa ei tule kadottaa liikainformaatioon tai liialliseen pelkistämiseen. 5) Esitystä ei lueta dioilta, se ei ole yhtä kuin esittäjän muistiinpanot. 6) Elävään elämään perustuva kerrottu esimerkki on tehokas viestin muistiinpanija. 7) Esityksen loppuun tulee varata aikaa kysymyksille ja vapaalle keskustelulle aiheesta. (Lammi 2009, 44-45.)

Parhaimmillaan diaesityksen avulla voidaan tuottaa aineistoa, joka on ilmaisullisesti rikkaa, yllätyksellistä, keskustelua herättävää, miellyttävää ja helposti omaksuttavaa. Hyvän ja toimivan esityksen tekeminen vaatii passiivisten ja rutiininomaisten käyttötottumusten kyseenalaistamista. On hyödynnettävä tietoa, joka auttaa korvaamaan huonot käytännöt paremmilla. (Lammi 2009, 24.)

7.4.1 Kuvien käyttö oppimateriaalissa

Kuvat ja piirrookset lisäävät mielenkiintoa, havainnollistavat asioita ja täydentävät tekstiä. Tekstillä ja kuvalla on turha kertoa täysin samaa asiaa. On havainnollisempaa, että kuvalla esitetään asia hieman eri näkökulmasta. (Keränen & Penttinen 2007, 174.) Tekstin ja kuva-aineiston merkityssisällön tulee olla yhdenmukaista: yhdessä ne ovat enemmän kuin kumpikaan olisi yksin. (Lammi 2009, 126.)

Dioihin ei tule liittää tehosteita tai kuvia, mitkä eivät liity asiaan. Ne vievät huomion pois itse asiasta. Liikkuva kuva toimii huomion kiinnittäjänä, jolloin dialla oleva teksti jää huomiotta. Perussääntönä on siis hyvä muistaa, että diat tulisi pitää mahdollisimman yksinkertaisina. (Kupias & Koski 2012, 79.)

7.4.2 Teksti PowerPoint-esityksessä

Helposti seurattava diaesitys ei ole sama asia kuin yksinkertaistettu tai sisällöltään köyhä esitys. Mitä vaikeampaa tai monimutkaisempaa asiaa esitys koskee, sitä enemmän tulisi panostaa diaesityksen selkeyteen ja seuraamisen helppouteen. (Lammi 2009, 42-43.)

Liikaa tekstiä sisältävät diat ovat hyvä huono esimerkki tehottomasta viestinvälitystavasta (Lammi 2009, 122). Mitä enemmän dioilla on tekstiä, sitä suurempi houkutus esiintyjällä on lukea teksti samoilla sanoilla kuin se on kirjoitettu. Täten muodostuu tilanne, missä esiintyjä lukee ääneen saman tekstin, minkä kuulijat lukevat nopeammin itsekseen eivätkä lukiessaan kiinnitä huomiota puhujaan. (Lammi 2009, 20.) Näin ollen esiintyjän kertoessa asioita, mitä ei ole dioissa, jäävät ne opiskelijoilta huomaamatta (Lammi 2009, 122). Jos esiintyjä lukee tekstiä suoraan näytöltä, hänen tulee olla lähellä tietokoneen

näyttöä, jolloin katsekontakti yleisöön unohtuu ja kuulijoille tulee olo, ettei esiintyjä kiinnitä heihin huomiota. Mikäli esiintyjä lukee tekstin suoraan seinältä, hän luultavasti joutuu olemaan yleisöön selin, mikä on vielä huonompi vaihtoehto. (Lammi 2009, 20.) Pahimmassa tapauksessa todetaan luennon lopuksi, että paljon oli asiaa, mutta mitään siitä ei ymmärretty (Lammi 2009, 24).

Oppimateriaalissa teksti on peruselementti, jonka ensisijainen tarkoitus on viestinnällinen. Tekstillä halutaan kertoa asioita, välittää tietoa ja herättää mielikuvia sekä tuntemuksia. (Keränen & Penttinen 2007, 170.) Tenhulan & Vanhalan mukaan (2000) kieliasun tulisi olla ymmärrettävää ja käsitteet sekä termit tulisi aina määritellä. Tekstirivejä tulisi olla määrällisesti enintään seitsemän riviä dialla. Otsikoiden tulisi olla lyhyitä, mieluiten vähemmän kuin viisi sanaa. Esityksen kokonaisuudessa olisi hyvä muistaa selkeys ja yksinkertaisuus. (Hiidenmaan 2008, 22.) Tekstin sisällön lisäksi kirjoitustyyllillä on suuri merkitys, mutta sen lisäksi tekstillä on myös visuaalinen merkitys. Tekstin visuaalisuuteen kiinnitetään huomiota typografiassa ja asemoinnissa. Typografia tarkoittaa yksittäisten kirjainten ulkonäköä ja asemointi kokonaisten tekstien ja kuvien asettelua. (Keränen & Penttinen 2007, 170.)

Printti- ja verkkojulkaisuja koskee suositus, että yhteen työhön käytetään kahta eri fonttia. Sama suositus pätee myös diaesityksiin. Toinen fontti varataan otsikoille ja toinen pidemmille asiakokonaisuuksille. Diaesityksessä fontin tulee olla helposti luettavaa ja tekstissä tulee suosia pienaakkosia eikä suuraakkosia, koska pienaakkoset ovat helppolukuisempia. (Lammi 2009, 87, 90.)

Sopiva fontin pistekoko on sellainen, jonka esitystilän viimeisellä rivillä istuva näkee lukea ponnistelematta. Esitystilän koko vaikuttaa tähän, mutta yleisesti alle 18 pt:n pistekoot ovat liian pieniä käytettäväksi diaesityksessä. Hyvä keskiarvo käytettävälle pistekoolle on 24-30 pt ja ehdoton minimikoko on 18-20 pt, sekin mielellään vain kuvateksteihin tai huomautuksiin. (Lammi 2009, 93.) Diaesityksissä tekstin korostus suositellaan tehtäväksi fontin lihavoinnilla. Kursivointi ei sovi diaesityksiin, koska se on vaikealukuista. (Lammi 2009, 93.)

Tietokoneen näytöltä tai screeniltä lukeminen on hitaampaa kuin paperilta lukeminen. Katse harhailee luettaessa ja luetun tekstin kokonaisuuden hahmottaminen on vaikeampaa, koska keskittymistä häiritsee erilaiset tekijät, kuten heijastukset, näytön vaihteleva

kirkkaus ja tekstin vierittäminen ylös ja alas. Ihminen on herkkä havainnoimaan liikettä, joten erilaiset liikkuvat elementit pakottavat siirtämään katseen pois tekstistä. Tekstin lukemista helpottaa lyhyet, 4-5 rivin kappaleet, selkeät lauseet, otsikoiden selkeä käyttö ja luettelointi. (Keränen & Penttinen 2007, 170-171.)

7.4.3 Elementtien sijoittelu taustapohjalle

Sommittelulla vaikutetaan miellyttävyyteen seurata diaesitystä. Hyvällä sommittelulla diasta saadaan myös helpommin ymmärrettävä ja sillä voidaan korostaa tärkeitä asioita ja selkiyttää dian sisältöä. (Lammi 2009, 103.) Sommittelessä sääntönä voidaan käyttää niin sanottua kolmannesten sääntöä. Siinä kuvapinta jaetaan vaak- ja pystysuunnassa kolmeen yhtä suureen osioon. Näin ruudukon keskeltä löydetään neljä pistettä, jotka auttavat eri elementtien sijoittelussa. Pääkohdetta ei kannata sijoittaa aivan dian keskelle vaan enemmän jonkun kolmanneksen säännön pisteen lähelle. Pisteiden mukaan sijoitettu elementti tuntuu katsojasta olevan oikeassa paikassa. (Lammi 2009, 105.)

Hyvän asettelun aiheuttamaan tyhjään tilaan diassa tulisi suhtautua yhtenä esitykseen vaikuttavana elementtinä. Kaikkea turhaa taustahälyä tulee esityksissä välttää, koska mikäli taustakuvi esityksessä on voimakas, joutuu katsoja ponnistelemaan erottaakseen luettavaksi tarkoitetun tekstin. (Lammi 2009, 58-59.) Sijoittelussa tulisi noudattaa selkeää periaatetta esimerkiksi elementtien reunojen johdonmukaisella tasauksella samaan linjaan. Se on miellyttävämpi silmälle kuin sattumanvaraisesti sijoitellut otsikot ja tekstikehykset. (Lammi 2009, 98.)

7.4.4 Esityksen värimaailma

Diaesityksessä väreillä on olennainen osa. Värit tehostavat viestintää ja huolimattomat värivalinnat voivat tuottaa väriyhdistelmiä, joilla estetään viestin välittyminen. Värien tehtävinä esityksessä on muun muassa asioiden korostaminen, yhdistäminen, erottaminen tai ryhmittely. (Lammi 2009, 66.) Hyvä värimäärä yhteen diaesitykseen on kolmesta viiteen väriä. Värimaailman olisi hyvä sointua esityksessä käytettävien kuvien väreihin. (Lammi 2009, 68.)

Koska väri ohjaa katsetta, voidaan tätä hyödyntää tärkeiden asioiden korostamiseen. Punainen on tehokas huomion kiinnittäjä, mutta myös muut kirkkaat ja puhtaat värit toimivat. Korostus- ja tehostevärien käyttö tulee olla johdonmukaista niin, että tiettyä väriä käytetään aina samaan tarkoitukseen. Esimerkiksi otsikoiden väri on läpi esityksen sama. Esityksen yleisvärinä ei tule käyttää voimakasta väriä, koska se jättää kaiken muun varjoonsa. (Lammi 2009, 68-69.) Olennaisia asioita ei tulisi korostaa punaisen, sinisen ja vihreän eroilla huomioiden mahdolliset värisokeat ihmiset yleisön joukossa (Lammi 2009, 73).

Kaikki värit eivät sovi yhteen, joten tämä tulee huomioida esityksen värimaailmaa tehdessä. Kuvien ja tekstien tulee esityksessä erottua kunnolla taustasta, jotta saadaan riittävä kontrasti luotua. Lämpimät värit tuntuvat olevan lähempänä katsojaa kuin kylmät, joten lämmin väri tulee sijoittaa etualalle. Muuten syntyy vaikutelma siitä, että lämmin väri yrittää tunkea itseään esiin. Siten tekstin tulisi olla sävyltään taustaa lämpimämpi. (Lammi 2009, 70-72.) Diaesitykseen kannattaa siis valita kaksi-kolme neutraalia perusväriä ja niiden rinnalle esimerkiksi kaksi voimakkaampaa korostusväriä, joita käytetään erityistä painoarvoa tarvitseviin kohtiin (Lammi 2009, 79).

8 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Ammattikorkeakoulusta saadun koulutuksen tavoitteena on, että opiskelijat toimivat valmistuttuaan alansa asiantuntijatehtävissä, sekä tietävät ja taitavat siihen liittyvät kehittämisen ja tutkimuksen perusteet. Opinnäytetyön tulisikin olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen ja tutkimuksellisella asenteella toteutettu sekä riittävän hyvällä tasolla alan tietoja ja taitoja hallitseva. (Vilka & Airaksinen 2003, 10.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena, tuotokseen painottuvana opinnäytetyönä. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisen käytännön toimintojen ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje tai opastus. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Tämän tyyppinen opinnäytetyö soveltuu hyvin opetusmateriaaliksi kuvaamaan perioperatiivisen sairaanhoitajan toimintaa.

Toiminnallisissa opinnäytetöissä on yksi yhteinen piirre, oli kyse sitten minkälaisesta tuotoksesta tahansa. Viestinnällisin ja visuaalisin keinoin pyritään luomaan kokonaisuus, mistä voi tunnistaa tavoitellut päämäärät. Tuotoksen tulee huomioida kohderyhmä ja sen on ilmaistava asiasisältöä, tavoitetta, vastaanottajaa, viestintälaitetta ja olla tekstilajia palveleva. (Vilka & Airaksinen 2003, 51.) Tuotosta suunniteltaessa pohditaan, millaisen huomioarvon tuote kohderyhmässä saavuttaa. Ensisijaisia asioita on käytettävyyys, käyttöympäristö, asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, työn informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. Lähdekritiikki on erityisessä asemassa opetusmateriaalin luotettavuutta arvioitaessa. Siksi työn toteutuksessa tulee huomioida, mistä tiedot lopulliseen tuotokseen on hankittu. (Vilka & Airaksinen 2003, 53.)

Toimeksiannettu opinnäytetyön aihe kasvattaa työstä otettua vastuuta ja opettaa projektinhallintaa. Tähän kuuluu täsmällisen suunnitelman teko, tietyntaiset toimintaehdot ja -tavoitteet, aikataulutettu toiminta ja tiimityöskentely. (Vilka & Airaksinen 2003, 17.) Työelämäyhteytenä tässä opinnäytetyössä toimii Tampereen ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyön tuotoksena toimii PowerPoint-opetusmateriaali, joka suunnitellaan leikkaushoitotyön opintoihin opetuksen tueksi. PowerPoint on Tampereen ammattikorke-

koululla aktiivisessa käytössä ja siten opiskelijoille ennalta tuttu ohjelma. Helppokäyttöiset PowerPoint-tiedostot soveltuvat hyvin verkkopohjaan. Ne ovat myös muokattavia ja tulostettavia. Käyttäjystävällisyys ja monipuolisuus takaavat erinomaisen oppimisen alustan sekä opettajalle että opiskelijoille.

Kohderyhmän määrittäminen on tärkeää, koska se määrittelee myös oppimateriaalin sisällön (Vilkkä & Airaksinen 2003, 40). Täsmällinen kohderyhmän määrittäminen toimii myös työn rajaajana, jotta opinnäytetyö on mahdollista toteuttaa opinnäytetyölle tarkoitetussa laajuudessa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 40).

Toiminnallinen opinnäytetyö tehdään tutkivalla asenteella, vaikkei työssä toteutettaisikaan selvitystä. Tutkiva asenne tarkoittaa toiminnallisessa opinnäytetyössä valintojen joukkoa, niiden tarkastelua ja valinnan perustelua aihetta koskevaan tietoperustaan nojaten. Tietoperusta ja siitä rakentuva viitekehys nousee oman alan kirjallisuudesta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154.)

8.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi alkuvuodesta 2018 aiheen valinnalla. Tämän opinnäytetyön tekijät ovat valinneet vaihtoehtoisiksi ammattiopinnoikseen perioperatiivisen hoitotyön, joten tavoitteena oli tehdä opinnäytetyö leikkaushoitotyöstä.

Valmiiksi laadittujen opinnäytetyöaiheiden listalta ei tuntunut löytyvän sopivaa aihetta. Asiasta keskusteltiin Tampereen ammattikorkeakoulun perioperatiivista hoitotyötä opettavan lehtorin kanssa ja yhteisestä mielenkiinnosta päädyimme tekemään Tampereen ammattikorkeakoululle opetusmateriaalia hysterectomia vaginalis -toimenpiteestä. Kyseisestä lehtorista tuli opinnäytetyömme ohjaaja sekä työelämäyhteys, mikä helpotti ja selkeytti opinnäytetyön tekemistä.

Opinnäytetyön tekeminen alkoi tiedonhaulla eri tietokannoista, kuten Medic, CINAHL, MeSH, FinMeSH, YSA. Hakusanoina käytettiin muun muassa: ”vaginaalinen hysterectomia”, ”hysterectomy”, ”vaginal”, ”kohdunpoisto emättimen kautta”, ”intraoperatiivinen”, ”intraoperative care”, ”leikkaushoito”, ”surgical procedures” ja ”operative”. Lisäksi

materiaalia etsittiin Terveystietä, Google-hakupalvelulla sekä Tampereen ammattikorkeakoulun kirjastosta. Materiaalia löytyi niukasti erityisesti emättimen kautta tehtävästä kohdunpoistosta. Suomenkielisten lähteiden löytyminen osoittautui haastavaksi, joten päätimme hyödyntää kansainvälisiä lähteitä.

Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin toukokuussa 2018. Tämän jälkeen opinnäytetyötä työstettiin lisämateriaalia etsien, materiaalia analysoiden ja tekstiä referoiden. Suunnitelmamme oli varsin perusteellinen, joten työtä oli helppo viedä eteenpäin tarkentamalla jo löydettyä materiaalia ja laajentamalla asiakokonaisuutta. Toimenpiteen kulun ymmärtämistä helpotti työharjoitteluissa nähdyt hysterectomia vaginalis -toimenpiteet.

Tuotoksen teko aloitettiin syyskuussa 2018, kun toimenpiteen teoriaosuus oli viimeistelyä vaille valmis. Tuotoksen runko tuli valmiiksi lokakuussa 2018. Valmis opinnäytetyö palautettiin marraskuussa 2018 ja sen aiheuttamat kulut, jotka koostuivat lähinnä tulostamisesta, on kustannettu tekijöiden toimesta.

8.2 Tuotoksen kuvaus ja sen analyysi

Tämän opinnäytetyön yhtenä osiona on hyvä opetusmateriaali, jonka teoretiedon pohjalta on laadittu tuotoksena PowerPoint-opetusmateriaali. Tuotoksen ulkonäkö tehtiin ”Hyvä opetusmateriaali” -osion teoretiedon mukaisesti, jotta saisimme siitä mahdollisimman opetusta tukevan. Värimaailma ja visuaalisuus pyrittiin siis tekemään oppimista edistävällä tavalla. Kuvamateriaalina käytimme Joe Chovanin kuvituskuvia Mark D. Waltersin ja Matthew D. Barberin kirjasta Hysterectomy for Benign Disease sekä Henna Paulakorven piirroksia, jotka on tehty Ritva Korteen, Aira Rajamäen, Liisa Lukkarin ja Arja Kallion Perioperatiivinen hoito -kirjan kuvituskuvia mukaillen.

Tuotoksen värimaailman perusväriksi dian taustalle valikoitui vaalea, lämminsävyinen beesi, koska se on väriltään neutraali ja rauhallinen eikä vie huomiota dian informaatiosta. Beesi sopii myös visuaalisesti diasarjassa käytettyihin informatiivisiin piirroskuviin. Taustaväriin ei ole lisätty kuviota, koska Lammin mukaan se vaikeuttaa tekstin luettavuutta (Lammi 2009, 58-59). Taustakuviot kilpailisi siis huomiosta dian informaation kanssa.

Otsikon väriksi valikoitui tumma punertavan ruskea, koska se on visuaalisesti yhteenso-piva taustaväriin kanssa. Otsikon värissä on sopivasti kontrastia taustaan erottuakseen hy- vin. Sävyltään se ei kuitenkaan ole räikeä, ettei se vie huomiota pois dian informaatiosta vaan toimii ennemminkin johdattelijana siihen. Lammin mukaan diaesityksessä kannattaa käyttää kahta tai kolmea neutraalia perusväriä ja niiden rinnalla voimakkaampaa koros- tusväriä painoarvoa tarvitseviin kohtiin (Lammi 2009, 79). Siten tässä opetusmateriaa- lissa on käytetty taustan ja otsikon neutraalien värien lisäksi korostusvärinä tummansi- nistä. Se erottuu selkeästi beesistä ja tummanruskeasta lämpösävyltäänkin. Rauhallisena värinä se ei erotu taustasta liikaa vaan toimii huomion herättäjänä.

Opetusmateriaalissa elementtien oikea sijoittelu on tärkeää. Lammin mukaan johdonmu- kainen ja selkeä sommittelu on katsojalle miellyttävämpi (Lammi 2009, 98), joten tuo- toksessa on huomioitu yhdenmukainen ja selkeä sijoittelu. Se tukee oppijan keskittymistä aiheeseen ja opiskelu on siten aktiivista.

PowerPoint-tuotoksessa on käytetty kahta eri fonttia. Otsikoissa on käytetty Book Anti- qua -kirjasintyyppiä, koska se löytyy yleisesti kaikista käyttöjärjestelmistä. Se erottuu an- tiikva-tyyppisenä kirjainmuotona hyvin diasarjan leipätekstinä käytettävästä groteski- tyyppisestä kirjasintyypistä Avenirista. Tämä on helposti luettava ja selkeä fontti. Kuten Keränen ja Penttinen toteaa, lukeminen on hitaampaa tietokoneen näytöltä tai screeniltä (Keränen & Penttinen 2007, 170-171), joten oppimisen tukemiseksi tuotoksen teksteissä on huomioitu erityisesti luettavuus ja tekstin määrä. Otsikon koko on 44 pt., mikä on hyvä koko näkyvyytensä vuoksi. Otsikoissa on käytetty 1-3 sanaa, mikä tekee otsikoista hel- posti sisäistettäviä ja ytimekkäitä. Leipätekstin koko on pääasiallisesti 24 pt., jolloin hyvä luettavuus säilyy läpi diaesityksen. Leipätekstirivejä on käytetty yhteen diaan seitsemän tai alle. Kolmessa diassa tämä lukumäärä ylittyy. Kohdun anatomia -diassa rivimäärä on 13 ja fonttikoko 15 pt. Dian on katsottu toimivan lisäinformaatiota tuovana, joten sal- limme siihen pienen fonttikoon ja useamman tekstirivin. Tehtäviä -diassa on kolme pää- tekstiriviä ja niiden alla lisätietoa tuovia pienempiä tekstirivejä, joten diassa tekstirivien kokonaismäärä on 11. Leikkausalueen rajaaminen -diassa päätekstirivejä vastaavasti on viisi ja lisätietoa tuovia rivejä neljä.

Diaesityksen kokonaisilmeessä on otettu huomioon selkeä rakenne, tehokkuuden maksii- mointi vähin elementein, käyttäjäystävällisyys ja kohderyhmän tiedontarve toimenpi- teestä. Koska liikaa tekstiä sisältävät diat ovat Lammin mukaan tehotonta viestintää

(Lammi 2009, 122), on diaesityksessä toimenpiteen kulku kerrottu ytimekkäästi. Lisäinformaationa diaesityksen muistiinpanoihin on lisätty tietoa, mitä diaesityksessä ei ole. Nämä toimivat luennoitsijan muistiinpanoina ja siten täydentävät diaesityksen informaation.

Kuvat ja piirrokset havainnollistavat ja täydentävät tekstiä Keräsen ja Penttisen mukaan (Keränen & Penttinen 2007, 174), joten diaesityksessä käytettävät kuvat on valikoitu sen mukaan tukemaan oppijan tiedon ymmärtämistä ja mieleen painamista. Dioissa on huomioitu sopiva määrä informaatiota, jolloin opiskelijan kiinnostus esitystä kohtaan säilyy. Sommittelussa on otettu huomioon, että dia olisi mahdollisimman selkeä, miellyttävä ja helppo ymmärtää. Elementit on sijoitettu oikeille paikoilleen eivätkä ne riitele visuaalisesti keskenään. Mitään ylimääräisiä tehosteita ei ole diaesitykseen laitettu, jolloin huomio pysyy opetusmateriaalissa, kuten Kupias ja Koski kertovat (Kupias & Koski 2012, 79). Oppimisen tukemiseksi diojen määrässä on huomioitu “vähemmän on enemmän” -muistisääntö eli informaatiotulva on estetty sopivalla määrällä tietoa Hiidenmaan suositusten mukaisesti (Hiidenmaa 2008, 21).

Esityksen ensimmäinen dia on otsikkodia. Otsikon taustalla on piirretty kuva kohdun anatomiaa. Otsikkodian muistiinpanoissa on kerrottu aiheeseen johdattelevaa taustatietoa, kuten muun muassa leikkausindikaatiot. Diaesityksen toisena diana on kohdun anatomiaa kuvan ja selostuksen kera. Tämä auttaa opiskelijaa hahmottamaan ja ymmärtämään paremmin kohdunpoistoleikkauksen etenemistä. Diaesityksen kolmannessa diassa kerrotaan Hysterectomia vaginalis -toimenpiteen leikkauksasennon laitosta ja neljännessä sekä viidennessä diassa on leikkauksasennossa huomioitavia asioita muun muassa potilasturvallisuuden näkökulmasta. Kuudes dia keskittyy iho- ja limakalvodesinfektioon, muun muassa kertoen desinfiaktion pesusuunnan, jotta desinfektio tapahtuu onnistuneesti suojaten potilasta postoperatiivisilta tulehduksilta. Seitsemännessä ja kahdeksannessa diassa käsitellään leikkauksalueen rajaaminen oikeaoppisesti. Yhdeksäs dia kertoo instrumentoivan ja valvovan sairaanhoitajan tehtävistä, läpikäyden muun muassa potilasturvallisuuden kannalta tärkeän tarkistuslaskennan. Diat 10-16 ovat toimenpidedioja. Toimenpide etenee siten, että dialla 10 käsitellään kaulusviiltoa ja limakalvon irrotusta, dialla 11 sacrouterina-ligamentteja, dialla 12 virtsarakon mobilisointia, dialla 13 cardinale-ligamentteja, dialla 14 kohdun verisuonia, dialla 15 yläadnexeja ja dialla 16 haavan sulkua. Dialla 17 on keskeisiä lähteitä, joita on käytetty opetusmateriaalin tekoon.

Lammin mukaan parhaimmillaan diaesityksen avulla voidaan tuottaa aineistoa, joka on ilmaisullisesti rikasta, keskustelua herättävää, miellyttävää ja helposti omaksuttavaa (Lammi 2009, 24), joten diaesitys on tehty niin, että se etenee loogisesti kertoen ensin tärkeät huomioitavat asiat ennen toimenpiteen kuvausta ja sen jälkeen se etenee itse toimenpiteeseen, joka on yksinkertaisesti kerrottu. Kuvat selkeyttävät toimenpiteen kulun ymmärtämistä ja tukevat siten oppimista.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opetusmateriaali hysterectomia vaginalis -toimenpiteen intraoperatiivisesta hoitovaiheesta leikkaushoitotyön näkökulmasta, jota käytetään leikkaushoitotyön teoreettisen opetuksen tukena. Pohdimme opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta.

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön perehdyttäminen ja tutkimusetiikan opetus ovat osa ammattikorkeakouluopetusta (Arene 2018). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset auttavat opinnäytetyöprosessissa, edistävät hyvässä tieteellisessä käytännössä, ennaltaehkäisevät vilppejä ja ylläpitävät sekä kohentavat opinnäytetöiden laatua. Opinnäytetyö sitouttaa eettiseen pohdintaan ja näin valmentaa opiskelijoita tulevassa ammatissa tarvittavaan eettiseen toimintaan. Opinnäytetyö on ikään kuin siirtymävaihe opiskelijan roolista työelämän rooliin. (AMK-lehti 2018.)

Jotta opinnäytetyötä voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä ja luotettavana, sen tulee olla hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla tehty. Tutkimusetiikan näkökulmasta tulee opinnäytetyötä tehdessä noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Opinnäytetyö suunnitellaan, sille hankitaan tutkimuslupa ja rahoituslähteet sekä muut työn suorittamisen kannalta merkitykselliset sidonnaisuudet ilmoitetaan asianomaisille. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Opinnäytetyön aihetta on saatettu vuosien saatossa tarkastella eri henkilöiden toimesta ja useista eri näkökulmista, jolloin opinnäytetyön tekijöille voi olla tarjolla hyvinkin erilaisilla näkökulmilla varustettua eri-ikäistä materiaalia opinnäytetyön lähteeksi. Työstettävää materiaalia valikoitaessa on myös hyvä huomioida, että erilaisilla tutkimusmenetelmillä voidaan saada hyvinkin erilaisia tuloksia aikaan. Muun muassa näistä syistä lähdekritiikki on välttämätöntä opinnäytetyöprosessissa. (Vilka & Airaksinen 2003, 72.)

Lähteenä olevaa materiaalia voidaan arvioida auktoriteetin ja tunnettavuuden, sekä tiedon tuoreuden, laadun ja uskottavuuden perusteella. Tunnettu, ajan tasalla oleva asiantuntijataason lähdemateriaali on perinteisesti ollut hyvä valinta. Oman alan kirjallisuudesta löytyy hyviä vinkkejä käyttökelpoisista lähteistä. (Vilka & Airaksinen 2003, 72.)

Opinnäytetyön tekijöiden tulisi mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyötä tehdessään suosia ensisijaisia lähteitä, sillä toissijaisia lähteitä käytettäessä on olemassa alkuperäisen tiedon muuntumisen vaara. Oppikirjoja on perinteisesti kehoitettu välittelemään lähdemateriaalina, sillä niissä on ollut tapana esiintyä suodatettua ja tulkittua tietoa. Lisäksi oppikirjoissa lähdeviitteet saattavat olla puutteellisia. Lisähaasteita tuovat kirjoittajien erilaiset suhtautumiset ja tavat lähestyä asiaa. Lähdemateriaalia läpikäydessä olisikin hyvä huomioida kirjoittajan ilmaisun tyyli ja sävy, kuten sanavalinnat, vivahteet ja painotukset. Toisin sanoen onko kirjoittajalla neutraali suhtautuminen asiaan. On hyvä pohtia, esittääkö kirjoittaja faktoja vai mielipiteitä. (Vilka & Airaksinen 2003, 73.)

Vilkan ja Airaksisen kehotuksesta huolimatta päädyimme käyttämään opinnäytetyösämme perioperatiivisen alan oppikirjoja. Opinnäytetyöhön keräämämme tieto on tarkoitettu oppimateriaaliksi perioperatiivisille sairaanhoitajille, jolloin oppikirjat toimivat ikään kuin itsenäisenä johdantona varsinaiseen aiheeseen. Johdantoa täydennettiin tuoreilla tutkittuun tietoon perustuvilla materiaaleilla, jolloin johdanto ja tutkimukset muodostavat aihion eheän ja opettavaisen kokonaisuuden kasaamiselle. Vilka ja Airaksinen (2003, 73) kertovat oppikirjojen olevan käyttökelpoisia oheisaineistona ja oman työn tukena.

Toisen tutkijan ajatusten, ilmaisujen tai tulosten esittämistä omana tuotoksena kutsutaan plagioinniksi. Plagiointi on epäeettistä ja vastoin tutkimusten pelisääntöjä. Myös epäselvät tai vajavaiset viittaukset ovat plagiointia, joten tästä syystä lähdeviitteisiin on kiinnitettävä erityistä huomiota. Lähdeviitteet ja viittaukset on tehtävä tunnollisen tarkasti. (Vilka & Airaksinen 2003, 78.)

Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutuspäällikkö myönsi tutkimusluvan toukokuussa 2018 opinnäytetyömme tekemiseen. Lähdemateriaalina on käytetty vaginaalisen hysterectomian osilta mahdollisimman tuoreita ajan tasalla olevia lähteitä, jotka perustuvat tutkittuun tietoon. Lähdemateriaalia rajattiin teoreettisen viitekehyksen avulla ja

opinnäytetyöhön valikoitui aineistoa kotimaisen johtavan perioperatiivisen opetuskirjallisuuden antaman esimerkin mukaisesti. Kaikki käytetyt lähteet on merkitty lähdeviittein ja lähdeluetteloon ohjeiden mukaisesti, jotta opinnäytetyöhön valikoitu lähdemateriaali olisi lukijoiden saavutettavissa alkuperäisessä muodossaan. Näin toimimalla kunnioitamme samalla myös alkuperäistä kirjoittajaa antamalla hänelle kuuluvan kunnian tekevästään työstä.

Pääosa löytämistämme lähteistä oli kansainvälisiä ja leikkaustekniikoita oli useita leikkaavasta lääkäristä ja hänen mieltymyksistään riippuen. Vertailua tehtiin opinnäytetyön luotettavuuden parantamiseksi sekä tiedon paikkansapitävyyden varmistamiseksi.

9.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tuoreelle suomenkieliselle selvitykselle hysterectomia vaginalis -toimenpiteestä oli tarvetta, jotta kotimaisessa korkeakoulussa leikkaushoitotyötä opiskelevat sairaanhoitajat saisivat ajan tasalla olevaa teoriatietoa englannin kielisen materiaalin lisäksi. Opetusmateriaalin luominen arvostetussa korkeakoulussa on tärkeä tehdä korkeatasoisesti ja tähän tämän opinnäytetyön opetusmateriaalissa on pyritty.

Tämän opetusmateriaalin toimivuutta opetustyössä ei ole pystytty vielä arvioimaan, koska sitä ei ole vielä otettu opetuskäyttöön. Valmis opetusmateriaali on kuitenkin annettu arvioitavaksi opinnäytetyön ohjaajalle ja sille on haettu vertaisarviota toisilta opiskelijoilta. Opetusmateriaalin kokonaisuutta on pidetty loogisesti etenevä ja selkeänä. Se selkiyttää sairaanhoitajaopiskelijoille välittömät leikkausvalmistelut ja toimenpiteen kulun ja siten palvelee niin opetus- kuin perehdytysmateriaalinakin ohjattaessa perioperatiivisia sairaanhoitajia hysterectomia vaginalis -toimenpiteen leikkaushoitotyön käytäntöön. Jatkossa olisi hyödyllistä saada palautetta hoitotyön ammattilaisilta tietääksemme, toimiiko opetusmateriaali myös asianmukaisena perehdytysmateriaalina.

HOPS-opiskelijoina olisimme voineet aikatauluttaa opinnäytetyön tekemisen tehokkaammin, jotta materiaalin etsimiseen ja läpikäymiseen olisi jäänyt paremmin aikaa. Nyt työstä jää aikapulan vuoksi uupumaan pieniä, mutta tärkeitä perioperatiivisen sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluvia yksityiskohtia, jotka voisivat parantaa potilasturvallisuutta ja

hoidon laatua. Koska opinnäytetyötä tehtiin jatkuvasti muiden opintojen ja harjoitteluiden ohella, tuntui ettei työhön pystynyt keskittymään kunnolla. Täysin vain opinnäytetyön tekemiseen varattu työaika kalenterissa olisi parantanut työn tuloksia, laskenut tekijöiden stressitasoja ja mahdollistanut tekijöiden työskentelyn enemmän kasvotusten, jolloin työhön olisi saanut myös enemmän syvyyttä.

Opetusmateriaaliin olisi voinut laittaa toimenpiteen kulun eri järjestyksessä ligamenttien suhteen. Waltersin mukaan toimenpiteessä katkaistaan sacrouterina-ligamentit ensimmäisenä ja sen jälkeen cardinale-ligamentit. Ymmärtääksemme kuitenkin Suomessa tehdään monesti toimenpide siten, että ensin katkaistaan cardinale-ligamentit, jonka jälkeen gynekologi katkaisee sacrouterinat. Leikkaava gynekologi päättää ligamenttien katkaisujärjestyksestä ja koska opinnäytetyömme pääasiallisena lähteenä toimenpiteelle toimi Walters, on toimenpiteen kulku kerrottu hänen mukaansa. Vaihtoehdot leikkaustavat on otettu huomioon PowerPointia kasatessa. Leikkauksen kulku on pilkottu moduuleihin, jolloin luennoitsijalle mahdollistuu PowerPointin muokkaaminen. Esimerkiksi cardinale- ja sacrouterina-ligamenttien käsittelyjärjestyksen kääntäminen.

PowerPoint-tuotos on tehty sen teoretian mukaan, miten tehdään hyvä diaesitys ja miten mahdollisimman hyvin tuetaan oppimista. Opetusmateriaaliin olisi voinut lisätä vielä asiaa kertaavia kysymyksiä ja pohdintoja, jotka saisivat aikaan keskustelua.

9.3 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessin aloitus ja aikataulut edellytti kolmen perheellisen opiskelijan aikataulujen yhteensovittamista. Opinnäytetyön toteutuksen mahdollistaminen asetti myös logistisia haasteita tekijöiden asuessa eri puolilla Pirkanmaata. Ratkaisuksi muodostui Google Docs -palvelu, joka mahdollisti opinnäytetyön tekemisen samanaikaisesti tekijöiden ollessa fyysisesti eri osoitteissa. Palvelussa pystyimme reaaliaikaisesti muokkaamaan yhteistä tekstiä, mutta vaihtoehtoisesti pystyimme kirjoittamaan tekstiä myös omien aikataulumme mukaisesti. Googlen Docs -palvelu osoittautui meille toimivaksi vaihtoehdoksi yhteisten palaverien rinnalle, joita varten kokoonnuimme Tampereen ammattikorkeakoulun kirjastolla.

Opiskelumme aikana olemme tehneet useita ryhmätöitä yhdessä. Olemme havainneet keskinäisen yhteistyömme toimivaksi ja kolmen hengen tiimimme on varsin pitkällä ryhmäytymisessä. Tekijöinä luotamme ja kunnioitamme toisiamme, mikä näkyi myös työtä tehdessä. Yhteistyö oli erittäin toimivaa ja nautinnollista. Perheellisinä ymmärrämme ajankäyttömme rajallisuuden ja osaamme budjetoida omat aikataulumme maksimoiden siitä saadun hyödyn. Yhteisymmärrys helpotti prosessin sujuvuutta.

Perehtyessämme aiheeseen löysimme kansainvälisistä lähteistä useita eri tapoja ja tekniikoita toteuttaa hysterectomia vaginalis -toimenpide. Opinnäytetyön edetessä tekijöille kirkastui yhteinen visio, jossa halusimme yhdenmukaistaa löytämäämme tietoa valiten aineistoa tutkittuun tietoon perustuen niin, että koottu aineisto soveltuisi mahdollisimman hyvin suomalaisten perioperatiivisten sairaanhoitajien koulutus- ja perehdytyskäyttöön.

Opinnäytetyön prosessi tuntui työtä aloittaessa kovin hajanaiselta. Oli haasteellista nähdä työ kokonaisuutena ja yhdistää eri elementit toisiinsa. Tampereen ammattikorkeakoululla on opinnäytetyöhön selkeät ohjeistukset, mutta niitä oli alkuun vaikea nähdä omaa työtä edistävänä tekijänä. Alkuun päästyämme ja prosessin edetessä punaisen langan näkeminen kuitenkin vahvistui ja siten työtä oli selkeä toteuttaa. Tähän auttoi suuresti säännölliset opinnäytetyön ohjaajan antamat ohjaustuokiot. Lopulta työ kokonaisuutena kuroutui hyvin umpeen. Opinnäytetyöprosessi oli opettavainen ja kasvatti meitä kohti perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaadittavaa ammatillista osaamista. Olemme tyytyväisiä yhteistyöhömmä ja jokaisen ryhmän jäsenen antamaan työpanokseen.

Opinnäytetyölle saimme selkeät aikataulutavoitteet opinto-ohjelmasta ja pysyimme niissä täsmällisesti. Säännölliset ohjaustunnit pitivät meidät aktiivisesti työn teossa kiinni, mutta pidimme myös tietoisia hengähdystaukoja prosessista, joiden avulla keräsimme taas voimavaroja jatkaa työtä. Pieni tauko auttoi myös saamaan tarvittavaa perspektiiviä kokoaamme aineistoon. Tämä auttoi työn järjeistämässä ja yhdenmukaistamisessa.

Opinnäytetyö aiheineen on laadittu leikkaushoitotyön näkökulmasta. Jotta hysterectomia vaginalis -toimenpiteen suorittamisesta saataisiin täydellinen intraoperatiivinen kokonaisuus, kehittämissuunnitelmana esitetään toimenpiteen täydentämistä anestesiahoitotyön näkökulmalla. Tulevaisuudessa olisi myös mielenkiintoista määrittää tässä opinnäytetyössä luodun opetusmateriaalin käyttökelpoisuus.

LÄHTEET

AMK-lehti. 17.5.2018. Puheenvuoro – Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset – Tekijän ja ohjaajan apu. Luettu 11.6.2018.

<https://uasjournal.fi/puheenvuoro/ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset-tekijan-ja-ohjaajan-apu/>

Arene 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Luettu 11.6.2018.

<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinnaytetoiden%20eettiset%20suositukset.pdf>

Drahonovsky, J., Haakova, L., Otcenasek, M., Krofta, L., Kucera, E. & Feyereisl, J. 2010. A prospective randomized comparison of vaginal hysterectomy, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, and total laparoscopic hysterectomy in women with benign uterine disease. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 148 (2), 172-176.

[https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(09\)00635-6/abstract](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(09)00635-6/abstract)

Dryden, G. & Vos Jeannette. 1996. Oppimisen vallankumous. Ohjelma elinikäistä oppimista varten. Helsinki: Tietosanoma.

Heinonen, P. 2011. Tärkeimmät gynekologiset leikkaukset. Kohdunpoisto. Teoksessa Ylikorkkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hiidenmaa, S. 2008. PowerPoint oppimateriaali oppimisen edistämiseksi. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kehittämishankeraportti.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/19889/jamk_1205825595_2.pdf?sequence=1

Ikonen, T. & Pauniahho, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. *Finnanest* 43 (2), 108-111. Luettu 29.4.2018. http://www.finnanest.fi/files/ikonen_leikkaustiimin.pdf

IUGA. 2017. Kohdunpoisto emättimen kautta laskeuman takia. Päivitetty 2017. Luettu 25.9.2018. <https://www.yourpelvicfloor.org/media/vaginal-hysterectomy-for-prolapse-finnish.pdf>

Karjalainen, A. 2009. Opetusopas Oulun yliopiston opettajille. Oulun yliopisto. http://www oulu.fi/koulutuspalvelut/julkaisut_ ja_materiaalit/erillisjulkaisut/opetusopas.pdf

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Keränen, V. & Penttinen J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. Jyväskylä: WSOYpro/Docendo.

Kivimäki, S., Kinnunen, M. & Löytty, O. 2006. Tilanteen taju - opettaminen yliopistossa. Tampere: Vastapaino.

Kjölhede, P., Halili, S. & Lofgren, M. 2011. Vaginal cleansing and postoperative infectious morbidity in vaginal hysterectomy. A register study from the Swedish National Register for Gynecological Surgery. AOGS 2011 (90), 1, 63-71.

Koli, H. & Silander, P. 2002. Verkko-oppiminen - Oppimisprosessin suunnittelu ja ohjaus. Hämeenlinna.

Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1997. Perioperatiivinen hoito. Helsinki: WSOY.

Kuismanen, K., Tays. 2014. Tarpeelliset leikkausvalmistelut? Luento 19.9.2014. GKS-koulutuspäivät. Biomedicum, Helsinki.

<https://docplayer.fi/68407910-Tarpeelliset-leikkausvalmistelut-gks-koulutuspaivat-kirsi-kuismanen-tays.html>

Kuopion yliopistollinen sairaala. N.d. Gynekologisten laskeumien leikkaushoito. Luettu 11.9.2018.

<https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/naistentaudit/gynekologiset-laskeumat/leikkaushoito>

Köngäs, P. 2018. Suomessa tehdään edelleen enemmän kohdunpoistoja kuin naapurimaissa - Lääkäri: Kohdunpoisto on ollut maan tapa ja suvussa kulkeva perinne. Yle uutiset. Luettu 9.2.2018 <https://yle.fi/uutiset/3-9986061>

Lammi, O. 2009. Vaikuta visuaalisesti, laadi selkeä esitys. Jyväskylä: WSOYpro Docenco.

Lindblom-Ylänne, S. & Nevgi, A. 2003. Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja. Helsinki: WSOY.

Lindblom-Yläne, S. & Nevgi, A. 2007. Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja. Helsinki: WSOY.

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

Löfström E., Kanerva K., Tuuttila L., Lehtinen A. & Nevgi A. 2010. Laadukkaasti verkossa: verkko-opetuksen käsikirja yliopisto-opettajalle. Helsingin yliopisto.

Matikainen, J. & Manninen J. 2000. Aikuiskoulutus verkossa. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.

Medshop Australia. N.d. Doyen retractor. Luettu 10.10. 2018. <https://www.medshop.com.au/products/doyen-retractor-24cm-35-x-55mm-blade-slightly-concave-py9831>

Merivaara. N.d. Leikkauspöytä practico. Sovellukset. Luettu 20.9.2018.
<https://www.merivaara.fi/Tuotteet/Kategoriat/leikkauspoydat/leikkauspoyta-practico/>

Mölnlycke. 2018. BARRIER-gynekologialakanat. Päivitetty 2018. Luettu 23.4.2018.
<https://www.molnlycke.fi/tuotteet-ratkaisut/barrier-gynekologialakanat/>

Opetushallitus ja tekijät Tmi Högman, E. 2006. Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. Edita Prima Oy, Helsinki.
http://www.oph.fi/download/47132_verkko-oppimateriaalin_laatukriteerit.pdf

Orange instruments. N.d. Kuulapihdit. Luettu 10.10.2018. <http://instruments.orangeinstruments.de/shop/gynecology/barrett-uterine-tenaculum-forcep-straight/>

Orange instruments. N.d. Väkäpihdit. Luettu 10.10.2018. <http://instruments.orangeinstruments.de/shop/gynecology/schroeder-vulsellum-forceps/>

Paulakorpi, H. 2018. Piirroset mukaillen teoksesta Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1997. Perioperatiivinen hoito. Helsinki: WSOY.

Pitkänen, M. 2014. Regionaalinen anestesia. Teoksessa Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 3.uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Rotko, N. 2010. Leikkausasennot anestesiologin näkökulmasta. Finnanest 43 (4).
http://www.finnanest.fi/files/rotko_leikkausasennot.pdf
- Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E. & Bjålie, J. 2015. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 8.-12. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Särkijärvi, A. 2014. Hyvä leikkausasento perioperatiivisen hoidon tukena. Pinsetti 3, 15.
https://forna.fi/images/PDF_tiedostot/Pinsetit/pinsetti_2014_3.pdf
- Tietokirja.fi. 29.8.2015. Millainen on laadukas oppimateriaali? Luettu 18.3.2018.
<http://tietokirja.fi/tietokirjafi/millainen-on-laadukas-oppimateriaali/>
- Tighe, S. 2018. Instrumentation for the operating room – a photographic manual. Ninth edition. U.S.A
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 11.6.2018.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Vaasan keskussairaala. 16.10.2017. Kohdunpoistoleikkaus emättimen kautta. Luettu 31.3.2018.
<https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukset/paivakirurgia/naistentaudit/kohdunpoistoleikkaus-emattimen-kautta/>
- Vainionpää, J. 22.12.2005. Erilaiset oppijat ja oppimateriaalit verkko-opiskelussa. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Vilka, H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Walters, M. 2010. Vaginal Hysterectomy and Trachelectomy: Basic Surgical Techniques. Teoksessa Gaertner, R. & Chappelle, A (ed.) Hysterectomy for Benign Disease. Luettu 29.4.2018.
http://gynecology.sbm.ac.ir/uploads/4_5935794572876579477.pdf

LIITTEET

Liite 1. Erään sairaalan alatiekorin instrumenttilista

Kori alatie

1/1

28.09.2018 SNR:

| Std. | Pak. | | Nimike |
|------|------|---------------------------------|-------------------------------|
| 1 | | Pihti hysterektomia | Aesculap bj 531r-3000x 319966 |
| 2 | | Kuulapihti | 311188 |
| 2 | | Pihti oeschner pitkä | 319967 |
| 2 | | Pihti väkä | 311251 |
| 2 | | Pihti parametrium | 319968 |
| 2 | | Pihti crile 20cm | 311653 |
| 2 | | Pihti crile pieni 14cm | 319974 |
| 4 | | Pihti kocher käyrä 18cm | 314535 |
| 8 | | Pihti allison | 321004 |
| 4 | | Pihti pean 17cm | 319972 |
| 2 | | Pihti pean 13cm | 319973 |
| 1 | | Neulankuljetin 18cm | 312309 |
| 1 | | Neulankuljetin 20cm | 310968 |
| 1 | | Neulankuljetin 24cm | 310969 |
| 1 | | Sakset boettcher pitkät tukevat | 319969 |
| 1 | | Sakset preparointi | 318888 |
| 1 | | Sakset mayo 17cm | 319970 |
| 1 | | Sakset Mayo 15cm | 311493 |
| 1 | | Sakset lanka medicon 14.06.88 | 320007 |
| 1 | | Atula kirurginen 20cm | Medicon 06.10.20 319975 |
| 1 | | Atula Poltto 20cm | Mc Indoe 310091 |
| 1 | | Atula kirurginen 25cm | 319976 |
| 1 | | Atula aivokalvo 20cm | 331804 |
| 1 | | Haka doyen | 312370 |
| 1 | | Haka sivu aesculap EL 859 | 319978 |
| 1 | | Spekula | 311630 |
| 1 | | Superlonlevy | 710114 |
| 1 | | Synt.yhdistelmäkääre 101x101 | 710150 |

Liite 2. Tuotoksen kansilehti

