



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

POSTOPERATIIVINEN VUODEOSASTO- HOITO

Potilasohje elektiivisille leikkauspotilaille

Janita Lamminsivu

Laura Mäkinen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

LAMMINSIVU, JANITA & MÄKINEN, LAURA:
Postoperatiivinen vuodeosastohoito
Potilasohje elektiivisille leikkauspotilaille

Opinnäytetyö 29 sivua
Marraskuu 2018

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda potilasohje elektiivisille leikkauspotilaille, koskien postoperatiivista vuodeosastohoitoa. Tavoitteena oli lisätä potilaiden turvallisuuden tunnetta, koota tietoa sairaalahoidosta potilaiden näkökulmasta sekä lisätä potilaiden tietoutta postoperatiivisesta hoidosta sekä sairaalassaolosta. Työssä kerättiin tietoa myös hyvän potilasohjeen rakenteesta ja sisällöstä. Työssä selvitettiin, millainen on hyvä potilasohje, millaista tietoa elektiiviset leikkauspotilaat tarvitsevat ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen sekä miten potilas voi valmistautua vuodeosastohoitoon.

Postoperatiivisen hoitotyön vaihe alkaa siitä, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöhön. Ensimmäisinä postoperatiivisina päivinä tarkkaillaan peruselintoimintoja ja pidetään ne vakaina sekä ennaltaehkäistään leikkauskomplikaatioita. Jo ensimmäisinä postoperatiivisina päivinä on tärkeää tukea potilaan kuntoutumista ja kirurgisilla vuodeosastoilla tulisivin hyödyntää kuntouttavaa työtettä. Preoperatiivisen ohjauksen on myös tutkittu lyhentävän sairaalassa oloaikaa, vähentävän postoperatiivisten kipulääkkeiden tarvetta sekä lisänneen myös omaisten tyytyväisyyttä kirurgiseen prosessiin.

Potilasohjaus on yksi keskeisimmistä hoitotyön toiminnoista sekä olennainen osa laadukasta hoitoa. Hyvässä potilasohjeessa on selkeä juonirakenne, joka etenee potilaan kannalta tärkeysjärjestyksessä. Potilasohje on myös kirjoitettu ymmärrettävästi ja sen sanoma on lyhyt ja ytimekäs. Potilasohje tullaan lähettämään kutsukirjeen mukana ja sen tavoitteena on auttaa potilaita valmistautumaan leikkaukseen ja ennen kaikkea sairaalahoitoon. Lisäksi ohje tulee sairaanhoitajan tueksi esikäynnille potilasohjaukseen.

Potilasohjaus ennen leikkausta parantaa potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon sekä lisää potilaiden turvallisuuden tunnetta. Potilasohjeen avulla potilaat, jotka eivät tule esikäynnille pystyvät valmistautumaan vuodeosastohoitoon ja preoperatiivinen ahdistus vähenee. Potilasohje tulee myös paperisen version lisäksi intranetpalveluun, josta ohjeen voi tulostaa ja sitä pystyy päivittämään ja muokkaamaan tarvittaessa.

Asiasanat: postoperatiivinen hoitotyö, potilasohje, potilasohjaus, potilastyytyväisyys

ABSTRACT

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

LAMMINSIVU, JANITA & MÄKINEN, LAURA:
Postoperative Care in a Hospital Ward
Patient Instructions for Elective Surgery Patients

Bachelor's thesis 29 pages
November 2018

The purpose of this thesis was to create a patient instruction leaflet for Tampere University Hospital (Tays). Patient instruction is aimed to elective surgery patients describing postoperative care in hospital ward. It will be posted to elective surgery patients or be given at nurse's appointment before surgery. The aim of this study was to increase patients' feeling of safety, collect information about postoperative care from patients' point of view and increase patients' knowledge about postoperative care and hospital stay.

This study was carried out as a project. The data were collected from the literature. The study describes good qualities of patient instruction and describes what information is needed for elective surgery patients about hospital stay and postoperative care.

The findings indicate that patient instruction is the key for better patient satisfaction and good procedure to increase patients feeling of safety. Good patient instruction leaflet is brief and concise, and the facts are in logical order.

Key words: postoperative care, patient instruction, patient education, patient satisfaction

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	3.1 Potilasohjaus	7
	3.2 Potilasohje.....	9
	3.2.1 Hyvä potilasohje.....	10
	3.3 Postoperatiivinen hoitotyö	11
	3.3.1 Hengitys	12
	3.3.2 Verenkierto.....	13
	3.3.3 Nestetasapaino ja erittäminen	13
	3.3.4 Pahoinvointi	14
	3.3.5 Kipu.....	15
	3.3.6 Tajunnantaso	15
	3.3.7 Leikkaushaava.....	16
	3.4 Kuntouttava työote.....	16
	3.5 Potilastyytyväisyys	17
	3.6 Kotiutuminen	18
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	19
	4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	19
	4.2 Tuotoksen ulkonäkö.....	20
	4.3 Tuotoksen pohdinta.....	20
5	POHDINTA.....	22
	5.1 Eettisyys ja luotettavuus	22
	5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.....	23
	5.3 Pohdinta	24
	LÄHTEET.....	26

1 JOHDANTO

Vuodessa tehdään vuosittain yli 350 000 erilaista kiireetöntä eli elektiivistä leikkausta. (Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015). Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen hoitotyö alkaa, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöö. Ensimmäisinä postoperatiivisinä päivinä tarkkaillaan peruselintoiminoja ja pidetään ne vakaina, sekä ennaltaehkäistään leikkauskomplikaatioita. Jo ensimmäisinä postoperatiivisinä päivinä on tärkeää tukea potilaan kuntoutumista ja kirurgisilla vuodeosastoilla tulisikin hyödyntää kuntouttavaa työtettä. (Erämies 2018.)

Potilasohjaus on yksi keskeisimmistä hoitotyön toiminnoista sekä olennainen osa laadukasta hoitoa. Ohjauksella tarkoitetaan potilaan ja ohjausta toteuttavan henkilön välistä tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on auttaa potilasta aktiiviseksi, itsenäiseksi ja selviytyväksi. Ohjauksella kannustetaan potilasta käyttämään omia voimavarojaan, tuetaan häntä vastuun ottamisessa omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Kääriäinen & Kyngäs 2005; Kääriäinen ym. 2006; Kyngäs ym. 2007, Lunnela 2011 mukaan; Saarela 2013.)

Potilasohjeet ovat osa terveystietoa. Terveystieteen laajan määritelmän mukaan kaikkea terveyden, sairauten, lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon liittyvää voidaan pitää terveystietona. Suuri osa potilasohjeista on kohdeviestintää. Niille on ennalta määritelty kohderyhmä. Lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi potilaat joutuvat ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan ja toipumisestaan, joten täsmälliset ohjeet ja hyvä ohjaus ovat avainasemassa. (Torkkola ym. 2002, 22–25.)

Opinnäytetyön lähtökohtana on työelämän tarve ja kirjoittajien kiinnostus aiheeseen. Opinnäytetyön aihe keskittyy elektiivisten leikkauspotilaiden vuodeosastohoitoon ja siihen liittyvään ohjaukseen. Työn tavoitteena on lisätä potilastyytyväisyyttä, koota tietoa sairaalahoidosta potilaiden näkökulmasta, lisätä potilaiden turvallisuuden tunnetta sekä lisätä potilaiden tietoutta postoperatiivisesta hoidosta.

Potilasohje tullaan antamaan potilaalle joko leikkauksen esikäynnillä tai lähetetään kutsukirjeen mukana kotiin. Yhteistyötahon (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin) Pshp:n toiveena oli saada potilasohje koskien postoperatiivista hoitoa sekä sairaalassa oloa.

2 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on luoda potilasohje elektiivisille leikkauspotilaille, koskien postoperatiivista vuodeosastohoitoa.

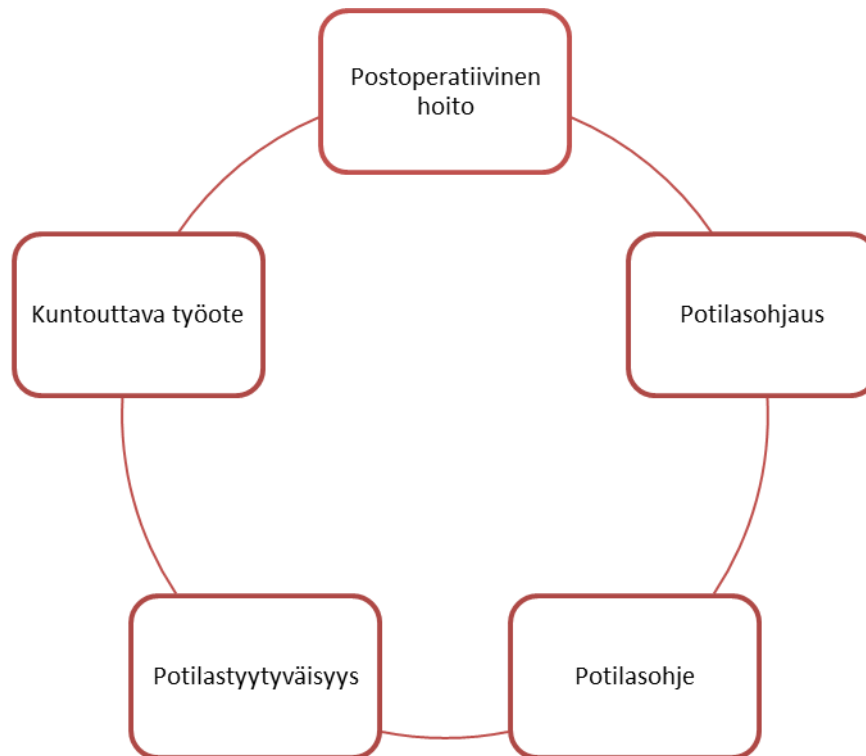
Tavoitteena on lisätä potilaiden turvallisuuden tunnetta, koota tietoa sairaalahoidosta potilaiden näkökulmasta sekä lisätä potilaiden tietoutta postoperatiivisesta hoidosta sekä sairaalassaolosta. Keräämme tietoa myös hyvän potilasohjeen rakenteesta ja sisällöstä. Tuotoksen tavoite on myös olla esikäynnillä sairaanhoitajan tukena potilasohjauksessa.

Tehtävänä on pohtia seuraavia kysymyksiä:

1. Millainen on hyvä potilasohje?
2. Millaista tietoa elektiivinen leikkauspotilas tarvitsee ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen?
3. Miten potilas voi valmistautua vuodeosastohoitoon?

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat on päätetty yhdessä työelämäyhteistyötahon kanssa. Ne ovat nähtävillä kuviossa 1.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

3.1 Potilasohjaus

Potilasohjaus on yksi keskeisimmistä hoitotyön toiminnoista sekä olennainen osa laadukasta hoitoa. Ohjauksella tarkoitetaan potilaan ja ohjausta toteuttavan hoitajan välistä tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta aktiiviseksi, itsenäiseksi ja selviytyväksi. Ohjauksella kannustetaan potilasta käyttämään omia voimavarojaan, tuetaan häntä vastuun ottamisessa omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Kääriäinen & Kyngäs 2005; Kääriäinen ym. 2006; Kyngäs ym. 2007, Lunnela 2011 mukaan; Saarela 2013.)

Potilaan tiedonsaannin oikeus on Suomessa laissa määritelty. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päättäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Onnistuneen ohjauksen on jopa todettu vähentävän sairaalassaolo aikaa, postoperatiivisten kipulääkkeiden tarvetta sekä parantavan potilaan ja hänen läheistensä tyytyväisyyttä. Laadukkaalla potilasohjauksella voidaan tukea myös potilaan omaa voimaantumista. Opetus ja ohjaus ovat tutkitusti vähentäneet ahdistusta ja pelkoa potilailla. Lisäksi tiedon saaminen edistää valmiuksia omahoitoon sekä rohkaisee osallistumaan päätöksentekoon. (Kruzik 2009; Yeh ym. 2018; Lipponen ym. 2006.)

Potilasohjauksessa optimaalinen tilanne on valmentajasuhde, jossa potilas ja ohjausta antava hoitaja ovat tasavertaisia. Potilaan hoito sovitetaan hänen aikatauluhihinsa ja arkeensa sopivaksi. Ohjauksessa on lähtökohtana potilas ja hänen elämäntilanteensa, johon hoito sovitetaan. (Routasalo ym. 2009) Tällöin korostuu potilaan oma toiminta ja vastuu omasta elämästään ja valinnoistaan. Potilaan ohjauksen ei tulisi perustua ainoastaan potilaan tietoon hänen sairaudestaan, vaan hoitajan tulisi luoda tehokas vuorovaikutussuhde arvioimalla myös potilasta huolestuttavat asiat. (Saarela 2013 mukaan; Kruijverin ym. 2001.)

Ohjaus on prosessiluonteinen tapahtuma, johon kuuluu tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Ohjaustilanteen lähtökohtana on aina potilaan tarve, toteutukseen vaikuttavat sekä yksilön että yhteisön voimavarat. Hyvä potilasohjaus vaatii hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa hallita ohjausprosessin eri vaiheet. Toimenpidettä suunniteltaessa on tärkeää huomioida potilaan ohjaus, ja ohjauksen painopiste onkin toimenpiteeseen liittyvässä tiedonsaannissa. Leikkaus voi koskettaa koko perhettä, joten omaiset ja heidän ohjaaminen tulee huomioida hoidon suunnittelussa. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen. 2006.) Tyypillisesti kirurgisen potilaan potilasohjauksessa hyödynnetään potilaalle annettavaa kirjallista ohjetta, joka annetaan hänelle ennen leikkausta tapahtuvalla esikäynnillä suullisten ohjeiden lisäksi. (Kruzik 2009.)

Heikkinen (2011) tutki mahdollisuutta siirtää ortopedisten päiväkirurgisten potilaiden preoperatiivinen potilasohjaus internetperustaiseen ohjelmaan. Tutkimuksen mukaan potilaiden tyytyväisyys oli lähes sama verrattuna sairaanhoitajan vastaanottokäyntiin. Tulokset osoittivat, että internet perustaista potilasohjausmenetelmää voidaan suositella päiväkirurgisten potilaiden käyttöön. Menetelmän käyttö säästi sairaanhoitajien aikaa, resursseja se ei kuitenkaan säästänyt. Tulevaisuudessa kyseistä menetelmää voitaisiin hyödyntää vaihtoehtoisesti kasvotusten tapahtuvalle ohjaukselle sairaanhoitajan vastaanotolla. (Heikkinen 2011.)

3.2 Potilasohje

Terveystieteiden ammattilaiset käyttävät potilasohjeita tiedon välittämiseen. Potilasohjeiden ensisijainen tarkoitus on vastata potilaan kysymyksiin sekä välittää valmistautumisohjeita tai muita neuvoja. Käytännön hoitotyön tarpeet ja ongelmat ovat potilasohjeen kirjoittamisen lähtökohdina. Kirjoittamisen perustana ovat sekä organisaation tarpeet ohjata potilasta toimimaan tarkoituksenmukaisesti, että potilaiden tarve saada relevanttia tietoa. (Torkkola ym. 2002, 11, 15, 34—36.)

Potilaiden hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet huomattavasti, joka on johtanut siihen, että aikaa sekä mahdollisuuksia potilaan ohjaukselle on vähemmän kuin ennen. Tämän vuoksi kirjallisten ohjeiden käyttäminen on noussut tärkeään osaan hoitotyössä.

Potilasohjeilla pyritään vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin, välttämään ja korjaamaan väärinkäsityksiä sekä vähentämään potilaan ahdistuneisuutta. Lisäksi niillä lisätään tietoa saatavilla olevista palveluista. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Potilasohje ei voi olla vain käskynjako, vaan sen tulee myös tukea potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista terveydenhuollossa. Potilaan itsemääräämisoikeus voi toteutua vain, jos hänellä on käytettävänä kaikki olennaiset tiedot. (Lipponen ym. 2006.) Tutkimuksissa on todettu, että kirjallisilla potilasohjeilla voidaan tukea potilaan ymmärrystä hoidostaan ja näin myös hänen itsemääräämisoikeuttaan. (McClelland, McMurtrie & Graham 2009.)

Kuvia voidaan käyttää täydentämään kirjoitettua tietoa, lisäämään kiinnostusta sekä ymmärrettävyyttä. Kuvatekstit kertovat kuvista, eikä kuvia pitäisikään jättää ilman kuvatekstiä. On kuitenkin parempi jättää ohje kuvittamatta, kuin käyttää aiheen kannalta tarpeettomia kuvia. Kuvien käytössä on kuitenkin oltava tarkkana tekijänoikeuksien suhteen. Kuviin pitää olla oikeudet ja niissä esiintyviltä henkilöiltä luvat. (Torkkola ym. 2002, 40—42.)

Suomen laissa on säädetty tekijänoikeuksista. Tekijänoikeuslain mukaan sillä, joka on luonut kirjallisen tai taiteellisen teoksen, on tekijänoikeus teokseen, olkoonpa se kaunokirjallinen tahi selittävä kirjallinen tai suullinen esitys, sävellys- tai näyttämöteos, elokuvateos, valokuvateos tai muu kuvataiteen teos, rakennustaiteen, taidekäsityön tai taideteollisuuden tuote taikka ilmetköönpä se muulla tavalla. (Tekijänoikeuslaki 22.5.2015/607.) Tästä johtuen emme ole tuotoksessamme käyttäneet muiden ottamia valokuvia.

3.2.1 Hyvä potilasohje

Kielitutkija Riitta Hyvärinen (2005) toteaa artikkelissaan, että hyvässä potilasohjeessa juonirakenne on kunnossa ja tarina etenee loogisesti. Juonessa ei ole yllättäviä hyppäyksiä, vaan kerrotut asiat liittyvät toinen toisiinsa. Potilasohjeissa juoni on tavallisimmin tärkeysjärjestys, joka on valittu potilaan näkökulmasta. (Hyvärinen 2005.) Potilasohjeen sisällössä voidaan edetä tärkeimmästä tiedosta vähemmän tärkeään. Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää myös aikajärjestystä tai jaottelua aihepiireittäin. Mikäli toimenpideaika tai muu tärkeä tieto jätetään viimeiseksi, voi olla, ettei potilas lue ohjetta kokonaan ja tärkeä informaatio jää saamatta. Potilaalle tärkeimmän tiedon ensiksi kertominen kertoo myös tekstin tekijän arvostavan lukijaa. Tällöin täytyy huomioida potilaan näkökulmasta mikä on hänelle tärkeää tietoa. Huomioonottava teksti herättää lukijan mielenkiinnon. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 39—40; Hyvärinen 2005.)

Hyvä potilasohje puhuttelee suoraan potilasta, tämä on erityisen tärkeää silloin kun kyseessä on ohjeistus esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautuessa. Lukijan tulee nähdä jo ensivilkaisulla, mistä ohje kertoo ja kenelle se on suunnattu. Ohjeessa noudatetaan yksikössä erikseen sovittuja puhuttelutapoja, sinutellaanko vai teititelläkö lukijaa. Suora

puhuttelu ei tarkoita käskytystä, käskymuoto vähentää luottamuksen tunnetta eikä edistä hyvää hoitosuhdetta sekä kumppanuussuhdetta. (Torkkola ym. 2002, 36—37.)

Ohjeen tulee olla kirjoitettu juuri potilaalle tai hänen omaiselleen, eikä esimerkiksi toiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Tiedon tulisi olla maallikolle tarkoitettua ja tälle ymmärrettävää tietoa; yleiskielistä, sanastoltaan ja lauserakenteiltaan selkeää. (Hyvärinen 2005.) Ammattilaisilla on usein taipumusta kuvitella, että perusteelliset ja yksityiskohtaiset kirjalliset ohjeet antaisivat asioista selkeän kuvan, vaikka todellisuudessa ne voivat sekoittaa potilasta. (Nummi & Järvi 2012.)

Potilasohjeeseen on tärkeä sisällyttää myös osaston yhteystiedot. Yhteystiedot ovat välttämättömät ohjeessa, jossa potilasta neuvotaan valmistautumaan tai ohjataan toimimaan tietyllä tavalla. (Torkkola ym. 2002, 44.) Näin potilaan on helppo ottaa yhteyttä osastolla, jos ohjeesta jää jotakin epäselväksi tai tarkennettavaksi, tai hänelle tulee ongelmia. (Torkkola ym. 2002, 44; Salanterä ym. 2005, 224.)

3.3 Postoperatiivinen hoitotyö

Postoperatiivisen hoitotyön vaihe alkaa siitä, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöhön. Heräämöstä potilas siirretään vuodeosastolle, kun hänen elintoimintonsa ovat normalisoituneet ja hänen vointinsa on hyvä. Potilaan verenkierron, nestetasapainon ja virtsaneritykset tulisivat olla vakaat. Hengityksen tulisi olla esteetöntä ja vaivatonta. Potilaan tajunnan taso on myös yksi tarkasteltava kohde, ja potilaan tulisikin olla orientoitunut aikaan, paikkaan ja tilanteeseen ja pystyä noudattamaan yksinkertaisia kehotuksia tai olla vähintäänkin heräteltävissä helposti. Leikkaushaavojen sidosten tulisi olla siistejä ja mahdollisten haava- ja laskuputkien vuoto vähäistä. Pahoinvointi saa olla enintään lievää ja kivunkin tulisi olla vain lievää kipua. Potilaan siirtyessä heräämöstä vuodeosastolle annetaan huolellinen raportti. (Ahonen ym. 2016, 109.)

Välittömästi vuodeosastolle siirtymisen jälkeen potilaalta mitataan verenpaine, syke, hengitysfrekvenssi sekä happisaturaatio. Tarvittaessa aloitetaan määräysten mukainen happe- nanto. Leikkaushaavojen ja laskuputkien erittäminen tarkistetaan. Ohjeiden mukaista neste- ja kivunhoitoa jatketaan. Potilaan vointi ja tuntemukset haastatellaan. Aluksi poti-

lasta tarkkaillaan näin 15-30 minuutin välein, mutta voinnin parantuessa aikaväli voi pidentyä 1-2 tuntiin. Näin intensiivistä tarkkailua jatketaan yleensä seuraavaan aamuun saakka leikkauksesta katsottuna. (Ahonen ym. 2016, 110–111.) Hoidon tavoitteena on Sairaanhoidajan käsikirjan mukaisesti peruselintoimintojen vakauttaminen ensimmäisinä postoperatiivisinä päivinä ja leikkauskomplikaatioiden ehkäisy. Potilaan omaehtoista kuntoutumista tuetaan hoidon alusta alkaen. Postoperatiivisen hoidon vaihe päättyy, kun potilas kotiutuu tai toipuu. (Erämies 2017.)

Vakavat komplikaatiot, kuten esimerkiksi sydämenpysähdys, voivat olla ennakoitavissa jo tunteja aiemmin poikkeavilla elintoiminnoilla. Siksi potilaan systemaattinen tarkkailu vuodeosastollakin on elintärkeää. (Tirkkonen, Jalkanen, Alanen & Hopppu 2009.)

3.3.1 Hengitys

Potilaan hengitystä tarkkaillaan operaation jälkeen. Aikuisen normaali hengitysfrekvenssi eli hengitystiheys on 12-20 kertaa minuutissa. Erilaiset tekijät, kuten esimerkiksi anestesia, kipu ja kipulääkkeet, voivat heikentää potilaan hengitystyötä. Potilaan hengitysvaje on huomioitava ja korjattava, jos potilas hengittää alle 6 kertaa minuutissa tai yli 30 kertaa minuutissa. Potilaan happeutumista arvioidaan myös happisaturaatiomittarilla, jossa normaali saturaatio on yli 96%, lievä happivaje 89-95% ja vaikea happivaje alle 80%. Potilaan hengitystyötä tarkastellessa otetaan huomioon myös apuhengityselimien käyttö, hengityksen symmetrisyys, ihonväri ja mahdollinen levottomuus. (Ahonen ym. 2016 111, Erämies, 2017.)

Tarvittaessa potilaan hengitystyötä helpotetaan asennon vaihdolla, lääkärin määräyksen mukaisella lisähapella ja hengitysharjoituksilla. Pulloon puhallusharjoitukset ovat hyvä harjoite potilaalle leikkauksen jälkeen, sen avulla hengityksen vastus kohoaa, tiehyet aukeavat ja lima irtoaa paremmin keuhkoista. (Erämies, 2017.)

3.3.2 Verenkierto

Potilaan verenkierron tarkkailuun kuuluu sykkeen, verenpaineen ja lämmön seuranta. Saatuja arvoja verrataan lähtökohtaisesti leikkausta edeltäneisiin lähtöarvoihin. Verenpaineen tarkkailussa hälytyskriteereinä ovat, kun systolinen verenpaine eli yläpaine on alle 90 tai yli 200 mmHg tai vaihtoehtoisesti 40 mmHg matalampi kuin kyseisen potilaan normaali verenpaine. Korkea verenpaine voi johtua monista eri tekijöistä leikkauksen jälkeen, muun muassa kivusta, happivajeesta, virtsarakon täyteydestä tai pelokkuudesta. (Ahonen ym. 2016, 110.)

Potilaan normaali syke on karkeasti jotain väliltä 50-100/min. Tähän vaikuttaa potilaan ikä, fyysinen aktiivisuus ja mahdolliset lääkitykset ja taustasairaudet. Tärkeää on huomioida, onko rytmi potilaalle tyypillinen ja ennen kaikkea säännöllinen ja tasainen (sinusrytmi). Hälytyskriteerinä on, jos syke laskee alle 40/min tai nousee yli 140/min. (Lukkarinen ym. 2012; Ahonen ym. 2016, 110; Erämies, 2017.)

Normaali lämpö kainalosta mitattuna on 35,5-37,5C ja korvasta 36,0-38,0C. Normaali-lämpöinen potilas toipuu leikkauksesta nopeammin kuin alilämpöinen potilas. Usein potilaat ovat kuitenkin alilämpöisiä leikkauksen jälkeen ja alilämpöisyys eli hypotermia voivat aiheuttaa potilaan toipumiseen komplikaatioita. Näitä komplikaatioita ehkäistään pitämällä potilas lämpimänä avaruuslakanan, lämmitetyn peitteen tai lämpöpuhallinpeitteen alla niin kauan, kunnes lämpö normalisoituu. Tärkeä huomioitava asia on se, että lämmön taas noustessa yli 37,5/38,0 voi se olla merkki infektion kehittymisestä. (Ahonen ym. 2016, 112; Erämies 2017.)

3.3.3 Nestetasapaino ja erittäminen

Jos potilaalla on normaali sydämen ja munuaisten toiminta, on nesteentarve 25-35 millilitraa/kg. Nämä nesteet potilas saa syödyn ja juodun ravinnon kautta, sekä mahdollisen lääkärin määräämän suonensisäisen nesteytyksen kautta. Nestetasapainoa voidaan arvioida kuivumisen tai liikanesteytyksen oireiden perusteilla, erilaisista laboratorionkokeista sekä laskemalla balanssi (balanssi = sisään menevät nesteet – ulostulevat nesteet). (Lukkarinen ym. 2012, Ahonen ym. 2016, 113, Erämies, 2017.)

Potilaan virtsaamista seurataan tarkasti leikkauksen jälkeen, sillä leikkaus altistaa erilaisille virtsaamisen häiriöille. Tuntidiureesin tulisi olla 0,5-1 millilitraa kiloa kohti tunnissa. Jos potilaan virtsan tulo ei normalisoidu leikkauksen jälkeen tai virtsaaminen ei onnistu rohkaisun ja kipulääkityksen jälkeen, suoritetaan kertakatetrointi. Jos virtsa on tummaa, se voi olla merkki potilaan kuivumisesta ja niukasta virtsanerityksestä, jos taas diureesi on runsasta virtsa vaaleankeltaista. Jos potilas on vähä- tai runsasvirtsaainen, tulee molemmissa tapauksissa konsultoida lääkäriä. AMA:n (American Medical Association) mukaan postoperatiivinen virtsaumpi on yleisin komplikaatio 2-4 tunnin kuluttua leikkauksesta. (Lukkarinen ym. 2012, Ahonen ym. 2016, 113, Erämies, 2017; Simsek 2017).

Myös potilaan ulostamista tarkkaillaan, sillä leikkaus voi hidastaa suolen toimintaa. Tähän kuitenkin apuna on usein potilaan mobilisointi. Kuitenkin periaatteena on pidetty, että jos potilas ei spontaanisti ulosta 2-3 päivän kuluessa, annetaan laksatiivia. (Lukkarinen ym. 2012, Ahonen ym. 2016, 113, Erämies, 2017.)

Potilaalle on voitu leikkauksessa asettaa myös leikkausalueelle laskuputki eli dreeni, jonka kautta alueen erityis poistuu. Myös dreeneritteet lasketaan nestetasapainoon mukaan. (Ahonen ym. 2016, 114.)

3.3.4 Pahoinvointi

Leikkauksenjälkeinen pahoinvointi ilmenee yleensä kahden ensimmäisen postoperatiivisen tunnin aikana. Tästä seuraava huippu on yleensä 7-8 tuntia. Naiset kokevat leikkauksenjälkeistä pahoinvointia kaksi kertaa todennäköisemmin kuin miehet. Pahoinvointia aiheuttavia tekijöitä ovat muun muassa anestesia-aineet, vahvat kipulääkkeet ja tietyt leikkauksenmenetelmät. Pahoinvointia voidaan ehkäistä ja hoitaa pahoinvointilääkkeillä. Myös ruokailut tulee aloittaa varovaisesti pahoinvoinnin ehkäisemiseksi. Potilaan oloa voidaan helpottaa myös huolehtimalla ilman raikkaudesta, hyvästä asentohoidosta ja suun kostuttamisesta. Potilaan pahoinvoinnissa tarkkaillaan sen voimakkuutta, ilmenemistä, hoitotyön toimenpiteiden vaikutusta pahoinvointiin sekä mahdollisen lääkityksen vaikuttavuutta. (Ahonen ym. 2016, 114.)

Vaikka nykypäivänä anestesia-aineet ovat lyhytvaikutteisia ja pahoinvoinnin estoon annetaan herkästi lääkitystä, Cao, White ja Ma (2017) toteavat artikkelissaan, että edelleen

pahoinvointi leikkauksen jälkeen koskee 20-40 prosenttia potilaista. He pitävät yhtenä syynä suureen esiintyvyyteen päiväkirurgian yleistymistä, nopeaa mobilisaatiota ja kotiutumista. (Cao, White & Ma 2017.)

3.3.5 Kipu

Leikkaukseen liittyy aina kudonsvauriota, joka aiheuttaa kipua. Potilaan kivun kokemukseen voivat vaikuttaa myös potilaan aiemmat kipukokemukset ja muistikuvat. Kipukokemus on hyvin yksilöllinen kokemus. Nykytiedon mukaan potilaan korkea ikä, naissukupuoli, leikkausta edeltävä krooninen kipu ja psyykinen epätasapaino voivat ennakoida postoperatiivista kipua (Zheng ym. 2017.) Pahimmillaan kipu on ensimmäisinä postoperatiivisinä päivinä, ja se on yleensä lyhytkestoista. (Ahonen ym. 2016, 115.)

Potilaan kivusta tarkkaillaan kivun voimakkuutta, sijaintia, kestoa, luonnetta, tyyppiä ja niitä tekijöitä, jotka pahentavat tai helpottavat kipua. Potilas voi osoittaa kipua myös kyynelehtimällä tai hengittämällä pinnallisesti, myös iho voi olla hikinen. Potilaan kipua voidaan arvioida käyttämällä kipumittaria, esimerkiksi VAS-janaa (Visual Analogue Scale) tai NRS-luokittelua (Numeral Rating Scale). Kipumittarin käyttö on tärkeä opettaa potilaalle. VAS-jana on 10 senttimetriä pitkä jana, jossa 0-pää tarkoittaa kivutonta tilannetta ja 10 pahinta mahdollista. Potilas merkitsee janalle, missä kohtaa viivainta kipu on. NRS-luokittelussa potilas arvioi numeraalisesti kivun voimakkuutta samalla ajatuksella kuin VAS-janaa käytettäessä. (Haanpää ym. 2008; Ahonen ym. 2016, 116.)

Jokaisella potilaalla on juridinen ja eettinen oikeus hyvään kivunhoitoon. Kipua voidaan hoitaa sekä lääkkeellisesti että lääkkeettömästi. Leikkauksenjälkeinen kivunhoito suunnitellaan aina yksilöllisesti, ja siinä huomioidaan tehty toimenpide, potilaan muut sairaudet, lääkitykset ja allergiat. Lääkkeellisen kivunhoidon pääperiaate on porrastettu kivunhoidon malli. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat erilaiset hoitotyön auttamismenetelmät, kuten asentohoito, potilaan liikkumisen ohjaus, mielimusiikin tarjoaminen potilaalle ja kylmähoito. (Ahonen ym. 2016, 115—116, 119.)

3.3.6 Tajunnantaso

Leikkauksen jälkeen potilaan tajunnantaso on tärkeä arvioida. Siihen voivat vaikuttaa useat tekijät, esimerkiksi pitkä anestesia, kipu tai rakon liiallinen venyntyminen. Tajunnantassossa tapahtuvia muutoksia voivat olla muun muassa ahdistus, levottomuus, ja uneliaisuus. Hälytysmerkkejä huonosta tajunnantassosta leikkauksen jälkeen ovat puhuttelun heräämättömyys, tai jos potilaan keuhkohallinta ei ole samalla tasolla kuin leikkausta edeltävästi. Tajunnantason arviointiin voidaan tarvittaessa käyttää Glasgow'n kooma-asteikkoa. (Lukkarinen ym. 2012; Ahonen ym. 2016, 112; Erämies 2017.)

3.3.7 Leikkaushaava

Leikkaushaavalle asetetaan leikkauksen lopuksi steriili haavasidos, joka suojaa haavaa ja imee haavaeritteitä. Ensimmäiset 24 tuntia haavaa tulee hoitaa steriilisti, mutta suositeltavaa on, ettei haavasidoksia avattaisi kuin tarvittaessa. Haavanhoito tämän jälkeen toteutetaan aseptisia periaatteita noudattaen. (Ahonen ym. 2016, 121.)

Haavan tarkkailussa huomioidaan haavaeritteen määrä ja laatu, alueen turvotus, ihon väri, lämpö ja tunto sekä mahdollinen ompeleiden aiheuttama kiristys. Haavatulehduksen merkkeihin kiinnitetään tarkkaa huomiota. Haavan huono paraneminen on yleinen leikkauksen jälkeiseen kuolleisuuteen, pitkittyneeseen hoitoaikaan tai nousseisiin kustannuksiin liittyvä syy. (Lukkarinen ym. 2012; Adugbire & Aziato 2018.) Leikkaushaavan paranemista edistää hyvä ja proteiinipitoinen ravitsemus, josta sairaanhoitajan on hyvä muistuttaa potilasta. (Adugbire & Aziato 2018).

3.4 Kuntouttava työote

Kuntoutumista eli potilaan toimintakykyä edistävää hoitotyötä kutsutaan kuntouttavaksi työotteeksi. Kuntouttava työ on tavoitteellista, potilaan tarpeista lähtevää sekä hänen itsenäisyyttään kunnioittavaa. Potilaalle pyritään luomaan uusia toimintamahdollisuuksia, löytämällä tasapaino fyysisten ja psykososiaalisten ominaisuuksien sekä toimintaympäristön välillä. Kuntoutuminen on aina tavoitteellista toimintaa, jossa pyritään myönteiseen muutokseen. Tavoitteet määritellään potilasta kuunnellen, sillä sitoutuminen on kuntoutuksen kulmakivi. Se toteutuu kaikissa hoitotoimenpiteissä sekä ohjaustilanteissa. (Janhunen & Pikkarainen 2017; Kettunen ym. 2009, 16, 22.)

Potilas on vastuussa omasta kuntoutumisestaan, jolloin motivoituminen ja aktivoiminen lähtevät realistisista tavoitteista. Leikkauksen jälkeinen kuntoutus on pitkä prosessi, joka vaatii pitkäjänteisyyttä. Liian kaukaiset tavoitteet syövät motivaatiota, jolloin tulokset eivät ole optimaalisia. Pienet ja potilaasta lähtevät tavoitteet ovat helposti saavutettavissa, jolloin potilas saa onnistumisen tunteita ja motivaatio kuntoutumiseen säilyy. (Kettunen ym. 2009, 30—33.)

Kaukavuori (2012) viittaa Teerijoen (2008) tutkimukseen, jossa potilaat arvioivat oma-toimisuuden tukemisen leikkauksen jälkeen yhdeksi huonoiten toteutuvaksi osa-alueeksi. Lisäksi varsinkin pitkäaikaissairaista lähes puolet kokivat, etteivät saaneet osallistua hoitonsa suunnitteluun. (Kaukavuori 2012; Teerijoki 2008.)

Kuntoutuminen alkaa jo leikkauspäivänä. Viimeistään 6 tunnin kuluttua leikkauksesta potilas avustetaan liikkeelle. Liikkeelle lähtö on tärkeää veritulppien ehkäisyn kannalta. Kuntouttaminen on aktiivinen osa toipumista ja leikatun raajan toimintakyvyn palautumista. Hyvän leikkaustuloksen saamiseksi on välttämätöntä suorittaa omatoimisesti kuntoutumisohjeita ja liikkeitä. Kaikki arkiset askareet ovat osa leikkauksen jälkeistä kuntoutumista, kuten vaatteiden pukeminen ja wc:ssä käyminen. (Turun yliopistollinen sairaala 2016; Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2018; Coxa).

3.5 Potilastyytyväisyys

Niskasen (2008) mukaan potilaat ovat hoitoonsa erittäin tyytyväisiä sekä leikkaussalissa että heräämössä, kuitenkin kokonaistyytyväisyyden kannalta preoperatiivisen informaation antamiseen pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. Kruzik ym. (2009) kertoo preoperatiivisen ohjauksen vähentävän leikkauspelkoa ja ahdistusta. Preoperatiivisen ohjauksen on myös tutkittu lyhentävän sairaalassa oloaikaa, vähentävän postoperatiivisten kipulääkkeiden tarvetta sekä lisännyt myös omaisten tyytyväisyyttä kirurgiseen prosessiin. Myös da Silva ym. (2017) mukaan potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja informaation määrään, mutta osa potilaista kuitenkin toivoi saavansa vieläkin enemmän tietoa omasta hoidostaan. (Niskanen 2008; Kruzik ym. 2009; da Silva 2017.)

Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat oleellisesti myös leikkauksenjälkeiset komplikaatiot. Jos potilaalla on yksi tai useampi komplikaatio leikkauksen jälkeen, potilaan tyytyväisyys laskee. 12 000 potilaan tutkimuksessa 30% oli yksi postoperatiivinen komplikaatio ja 6% useampi kuin yksi komplikaatio. (Lehmann, Monte, Barach & Kindler 2010)

Hersht ym. (2007) toteavat tutkimuksessaan, että lannerangan nikamavälilevyn poisto-leikkauksessa olleet potilaat olivat tyytyväisiä saamansa tiedon määrään ja laatuun. Potilaiden mukaan hoitajilta sekä lääkäreiltä saatu suullinen informaatio ja ohjaus yhdistettynä kirjoitettuun oli kaikenkattava ja perusteellinen. Suurin osa potilaista arvosti kirjallista ohjetta, potilaat kokivat, ettei kirjallisen ohjeen jälkeen jäänyt enää kysyttävää. (Herscht ym 2007.)

3.6 Kotiutuminen

Kotiutuminen on ajankohtaista silloin kun potilaan kivut ja pahoinvointi ovat hallinnassa, potilas pystyy syömään ja juomaan sekä liikkumaan itsenäisesti, tarvittaessa henkilökohtaisia apuvälineitä käyttäen sekä pukeutumaan itse. (Turun yliopistollinen sairaala 2016; Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2018.)

Kotiin lähtiessä potilas saa mukaansa koti- ja jatkohoito-ohjeet esimerkiksi leikkaushaavan hoito-ohjeet, kontrolliajat, lääkereseptit sekä sairauslomatodistuksen. Tarpeen vaatiessa myös fysioterapeutti antaa kuntoutumista koskevia ohjeita. (Turun yliopistollinen sairaala 2016). Leikkolan (2014) väitöskirjan tulokset osoittivat, että sairaalasta kotiutuksessa potilaan ja tämän läheisen tärkeimpiä voimavaroja olivat potilaan oma motivoituneisuus omaan toipumiseensa ja yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan. Ensimmäiset päivät kotona saattavat olla haasteellisia, joten omaisten tuki on äärimmäisen tärkeää kuntoutumisen kannalta. Leikattua raajaa ei saa käyttää normaaliin tapaan, joten päivittäisten toimintojen suorittaminen voi olla haastavaa. Sairaalassa lähtiessä potilaan ja omaisen kattava ohjaus ylläpitää motivaatiota. (Leikkola 2014; Turun yliopistollinen sairaala 2016).

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyö on tyypillinen opinnäytetyömalli ammattikorkeakouluissa. Sen tavoitteena on tuottaa produkti eli tuotos. Se voi olla esimerkiksi ohjekirja, opas, tapahtuma, portfolio tai esine. Tuotoksen on tarkoitus olla kehittämässä käytännön työtä, ohjeistaa toimintaa ja opastaa. Tämä ei yksinään riitä toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Produktin tekemisestä kirjoitetaan opinnäytetyö raportti, jonka tulisi täyttää tutkimusviestinnän vaatimukset. Raportti on kriittinen, analyysoiva, argumentoiva ja sidoksissa valittuun tietoperustaan ja viitekehukseen. Raportti on tekstikokonaisuus, jonka tekijät ovat jäsentäneet loogisesti, havainnollisesti sekä tehtävänannon mukaisesti. Opinnäytetyöraportin tulee olla kieleltään ymmärrettävää ja yleiskielen normien mukaista. Lisäksi raportin tulee noudattaa ulkoasultaan annettuja ohjeita. Ensisijaisia kriteerejä opinnäytetyölle ovat sopivuus kohderyhmälle, informatiivisuus, käytettävyys, houkuttelevuus, selkeys sekä johdonmukaisuus. (Airaksinen & Vilka 2004, 6–7; Airaksinen & Vilka 2003, 53.)

Hyvän työn pohjana on hyvä suunnitelma. Tutkimussuunnitelma vastaa kysymyksiin mitä tehdään, miten tehdään ja miksi tehdään. Suunnitelma on toimeksiantajille lupaus työn toteutumisesta sekä kertoo tekijän aikataulutuksesta työn suhteen, kun myös tutkimusideasta sekä toteutuksesta. (Pohjannoro & Taijala 2007.)

Tuotoksen kohderyhmänä ovat leikkaukseen kotoa tulevat potilaat, joten tuotoksen tulee olla tarpeeksi informoiva ja ymmärrettävä, jotta se vastaa potilaiden kysymyksiin, joita he eivät pääse esikäynnillä esittämään. Potilasohjeiden ja oppaiden kohdalla lähdekritiikki on erityisessä asemassa, sillä potilas luottaa saamaansa tietoon, jonka on oltava paikkansapitävää ja ajankohtaista.

Toiminnallisen opinnäytetyön yhtenä tavoitteena on myös opiskelijoiden oman alan ammatillisen taidon, sivistyksen ja tiedon kehittyminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä käytetään tutkimuksellista asennetta ja tarpeen vaatiessa erilaisia tutkimusmetodeja teoriapohjan tueksi. (Vilka 2006, 76.)

4.2 Tuotoksen ulkonäkö

Opinnäytetyön tuotoksen ulkonäkö voi olla vapaamuotoinen ja tekijöidensä näköinen. Potilasohjeen kirjoittamista helpottaa, jos olemassa on valmis ohjepohja. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34.) Tuotoksemme tulee Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin käyttöön, joten noudatamme Pshp:n omia ohjeita ulkonäön suhteen. Yhdenmukaisuus potilasohjeissa lisää luotettavuutta. Olemme luovuttaneet tuotoksen käyttöoikeudet Pshp:lle, jolloin omia nimiämme ei tuotoksessa ole.

Ulkonäköön on syytä kiinnittää huomiota yhtä paljon kuin itse sisältöönkin. Asioiden on edettävä tuotoksessa ymmärrettävässä järjestyksessä. Tärkeää on myös kohdistaa ohje juuri potilaalle (tai hänen omaiselleen) eikä esimerkiksi toiselle sairaanhoitajalle. Ohjeen tulisi olla yleiskielinen, ja virkkeiden helposti lukijalle hahmottuvia. (Hyvärinen 2005, 1769–1773.) Potilasta puhutellaan sinuttelemalla, ja passiivimuotoa ja käskyttämistä tulee välttää. Potilaan on tärkeä huomata jo ensisilmäyksellä, että ohje on hänelle suunnattu. Otsikon tulee olla kuvaava, ja ohje voi alkaa vaikkapa toivottamalla potilas tervetulleeksi osastolle. (Torkkola ym. 2002, 36–37.)

Potilasohjeesta tulee mustavalkoinen, jotta painatuskulut pysyvät minimissä. Fonttien väreinä toimii harmaa ja musta. Fonttikoko vaihtelee pt 14-10 välillä. Luettavuuden helpottamiseksi käytämme tasattuja sivuja, tavutusta ja vältämme lihavoidintia, sulkumerkkejä sekä alleviivausta. Ainoastaan otsikot lihavoidaan. Luettelomerkit helpottavat lukijaa, joten ohjeessa on listattuna luettelomerkein tarvikkeet, joita potilas tarvitsee osastolle mukaan. Mikäli ohjeessa käytetään kuvia, tulee huomioida tekijänoikeus säännökset ja kuvat tulee asettaa joko sivun yläreunaan, alareunaan tai keskelle sivua, kuvan voi myös sijoittaa oikeaan tai vasempaan reunaan. Sivumäärä tulee olemaan neljällä jaollinen, eli mikäli sivuja tulee enemmän kuin kaksi seuraava mahdollinen vaihtoehto on kuusi sivua. Kansilehdessä on Pshp:n logo elämän tähti sekä kuva uudesta sisäpihasta. Etusivulle tulee pääotsikko ja alaotsikko. Takasivulle tulee osaston yhteystiedot.

4.3 Tuotoksen pohdinta

Tuotoksessa pyrimme vastaamaan niin potilaiden tiedon tarpeeseen, kuin myös organisaation tarpeeseen esikäynnille sairaanhoitajan tueksi potilasohjaukseen. Kutsukirjeen

mukana lähetetty potilasohje auttaa valmistautumaan leikkaukseen ja ennen kaikkea sairaalahoitoon. Tiedonsaanti ennen leikkausta vähentää potilaiden ahdistusta ja tätä myöten myös tukee itsemääräämisoikeutta.

Päätimme jättää tuotoksemme kuvittamatta. Pshp:n valmiissa pohjassa on reunassa elämän tähti ja etusivulla Pshp:n uuden keskussairaalan kuva, joten emme halunneet omien kuvien rikkovan yhtenäistä linjaa. Tuotoksessa päädyimme käyttämään aikajärjestystä, sekä tärkeysjärjestystä juonirakenteena. Kannessa on selkeästi eroteltu otsikko sekä kennelle ohje on suunnattuja mitä se käsittelee. Sisäaukeamalla potilas toivotetaan tervetulleeksi osastolle, joka luo lukijalle lämpimän ja tervetulleen tunnelman.

Sisältö alkaa osaston sijainnilla. Seuraavaksi on lueteltuna tärkeimmät tavarat mitä potilas tarvitsee mukaan osastolle ja mitä kannattaa jättää kotiin. Osastolla on saatavilla perushygieniatarvikkeita, mutta on suositeltavaa ottaa mukaan oma hammasharja ja -tahna, kampa sekä parranajovälineet. Myös ajankohtainen lista lääkkeistä ja luontaistuotteista sekä lisäravinteista tulee olla mukana. Jotkin lisäravinteet ja luontaistuotteet aiheuttavat lääkeaineiden kanssa yhteisvaikutuksia, joten kotona käytettyjen tuotteiden tulee olla lääkärin ja hoitajan tiedossa. (Enkovaara 2003). Myös omat hormonilääkkeet, silmätipat, astmalääkkeet sekä ihovoiteet tulee ottaa mukaan. Osastolla on rajallinen määrä apuvälineitä, joten on suositeltavaa ottaa omat rollaattorit yms. mukaan osastolle. Samoin henkilökohtaiset hoitotarvikkeet, esimerkiksi diabeteksen sokeriseuranta vihko. Toisessa kappaleessa kerrotaan osastosta ja sen toiminnasta esimerkiksi mitä voi odottaa hoidon aikana tapahtuvan. Seuraavassa kappaleessa on kerrottu lääkehoidosta ja viimeisessä kappaleessa kotiutumiseen liittyviä seikkoja.

Potilasohjeessa potilasta sinutellaan Pshp:n käytänteiden mukaisesti. Olemme pyrkineet kirjoittamaan ohjeen hyvin selkokielisesti sekä yksinkertaisista asioista koostuen, jotta potilaan on helppo ymmärtää sitä. Ohjeen takasivulle on listattu osaston eri erikoisalojen poliklinikoiden puhelinnumerot sekä takaisinsoittopalvelun että esikäyntihoitajan puhelinnumerot. Kaiken kaikkiaan tuotoksestamme tuli Pshp:n muiden potilasohjeiden kanssa yhdennäköinen ja sisällöltään informatiivinen ja selkeä.

5 POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tämä opinnäytetyö on toteutettu noudattaen hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia, joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Opinnäytetöiden eettisyyden tarkasteluun on luonut suositukset Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. (Raivo & Rissanen 2018). Myös ammattikorkeakouluissa tehtyjä opinnäytetöitä koskee hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen, vaikkei niitä katsotakaan tieteellisiksi tutkimuksiksi. (Vilka & Airaksinen 2003).

Plagiointi eli toisen henkilön kirjoittaman tekstin käyttäminen, ilman asianmukaisia lähdeviitteitä, tunnustetaan käyttämällä opinnäytetyö Urkund –ohjelman läpi. Ohjelma tunnistaa suorat lainaukset, jolloin opinnäytetyön tarkastajan on helppo huomata plagiointi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 9; Vilka & Airaksinen 2003, 78).

Tässä opinnäytetyössä ei ole käytetty plagiointia, vaan jokainen lähde on merkitty huolellisesti lähdeluetteloon ja asianmukaisella viitteellä tekstiin. Pyrimme merkitsemään lähteet oikein heti alusta asti, jotta välttyisimme virheiltä. Tämä lisäsi työn luotettavuutta ja lukija löytää helposti tekstin taustalla käytetyn lähteen lähdeluettelosta. (Tutkimuseettinen lautakunta 2012). Lisäksi työtä on lukenut niin vertaisarvioijat, ohjaava opettaja sekä työelämätaho työn eri vaiheissa.

Opinnäytetyössämme on käytetty ainoastaan luotettavia lähteitä. Internetistä löytyi laajasti tietoa aiheesta, joten lähdekriittisyys on ollut isossa roolissa työtä tehdessä. Olemme etsineet lähteitä koulun lisensoiduista tietokannoista sekä kirjoista. Lähteitä on tarkasteltu julkaisijan, julkaisuvuoden sekä kirjoittajien perusteella. Pyrimme välttämään yli 10 vuoden takaisia lähteitä, ellei asiasisältö ole ollut edelleen ajankohtaista. Olemme hyödyntäneet työssä niin kotimaisia, kuin ulkomaalaisiakin tutkimuksia monipuolisesti. Kansainvälisiä tutkimuksia postoperatiiviseen hoitoon liittyen löytyi helposti ja hyödynsimme pääasiassa niitä.

Opinnäytetyötä varten on haettu tutkimuslupa ja työn kulusta on raportoitu tilaavaa tahoa. Heidän kanssaan on neuvoteltu tekijänoikeusasioista sekä käyttöoikeuksista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Opinnäytetyön tuotoksen tekijänoikeudet sekä käyttöoikeudet on luovutettu Pshp:lle.

Työssä ei myöskään käsitellä kenenkään henkilötietoja. Ne ovat tietoja, jotka liittyvät tunnistettuun tai tunnistettavissa olevaan henkilöön. EU-maihin on keväällä asetettu uusi, tietosuojaa tiukentava asetus GDPR eli General Data Protection Regulation. Se antaa entistä tarkemman suojan henkilötiedoille ja enemmän keinoja hallita omien tietojensa käsittelyä. (Tietosuojavaltuutetun toimisto n.d.)

5.2 Johtopäätökset ja kehittämissuositukset

Hyvä potilasohjaus ennen leikkausta parantaa potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon sekä lisää turvallisuuden tunnetta. (Hersht ym. 2007). Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda potilasohje elektiivisille leikkauspotilaille koskien postoperatiivista vuodeosastohoitoa. Tavoitteena oli lisätä potilaiden turvallisuuden tunnetta, koota tietoa sairaalahoidosta potilaiden näkökulmasta sekä lisätä potilaiden tietoutta postoperatiivisesta hoidosta sekä sairaalassaolosta.

Opinnäytetyöllä oli kolme tutkimustehtävää, joista ensimmäinen oli etsiä tietoa siitä, millainen on hyvä potilasohje. Toisena tehtävänä tutkimme, miten potilas voi valmistautua vuodeosastohoitoon. Kolmantena tutkimme, millaista tietoa elektiivinen leikkauspotilas tarvitsee ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Emme saaneet käyttöömmme osaston potilastyytyväisyyskyselyitä, joten emme voi vastata potilaiden näkökulmaan millaista tietoa he tarvitsisivat sairaalassaolosta. Muuten tarkoitus ja tavoite täyttyi ja vastasimme asettamiimme tutkimustehtäviin kattavasti. Tuotoksen tiedot perustuvat teorian tietoon. Vastasimme asettamiimme tutkimustehtäviin kattavasti. Tuotoksen avulla potilas osaa varautua jo kotona osastolla oloon. Lopputulos on potilaiden sekä osaston tarvetta vastaava.

Potilasohjeen avulla potilaat, jotka eivät tule esikäynnille saavat konkreettisia vinkkejä vuodeosastohoitoon valmistautumisesta ja tietoa osaston toiminnasta. Esikäynnille tule-

vat potilaat käyvät potilasohjeen yhdessä sairaanhoitajan kanssa läpi ja potilaalla on mahdollisuus kysyä askarruttavista asioista. Ennen leikkausta saatu tieto vähentää leikkauspelkoa ja preoperatiivista ahdistusta. (Kruzik 2009; Yeh ym. 2018; Lipponen ym. 2006). Elektiiviset leikkauspotilaat, jotka eivät käy esikäynnillä sairaalassa saavat potilasohjeen kutsukirjeen mukana kotiin. Näin he saavat oleelliset tiedot sairaalahoidosta ja osaavat valmistautua osastolla oloon. Lisäksi ohjeessa on puhelinnumerot vuodeosastolle, mikäli potilaalla tulee jotakin kysyttävää. Potilasohjeen kehittäminen ja tietojen päivittäminen jää osaston vastuulle. Potilasohje tulee myös paperisen version lisäksi Pshp: intranetpalveluun, josta ohjeen voi tulostaa ja sitä pystyy päivittämään ja muokkaamaan tarvittaessa. Olemme luovuttaneet tekijänoikeudet Pshp:n käyttöön, joten henkilökunta saa vapaasti muokata potilasohjetta käytäntöjen muuttuessa tai ohjeessa olevien tietojen vanhentuessa. Työn tekijöiden puolesta potilasohjetta ei päivitetä. Työn tarpeellisuus määräytyy lopullisesti silloin, kun se saadaan potilaille käyttöön ja jakoon.

5.3 Pohdinta

Opinnäytetyöprojekti alkoi aiheen valinnalla ja siihen tutustumisella. Päädyimme aiheeseen, koska kirurgisen hoitotyön alue kiinnosti kumpaakin ja aiheesta löytyi hyvin tietoa. Hyvä opinnäytetyön tekemisen lähtökohta on tekijöitä kiinnostava aihe, jolloin myös motivaatio työn kirjoittamiseen ja työstämiseen säilyy koko prosessin ajan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009). Työelämäpalaverissa aiheemme tarkentui ja työelämätaholla oli toive aiheen rajaamisesta. Saimme työelämäpalaverissa myös toiveita ja vinkkejä työn toteutukseen.

Prosessin alussa kävimme tiedonhaun kurssin, jossa etsimme sopivia hakusanoja ja -lauseita sekä etsimme aiheeseen sopivia lähteitä. Hakusanojen täsmennyttyä lähteitä alkoi löytymään ja työ pääsi alkuun. Tärkeimmiksi tietokannoiksi valikoitui Cinahl, Duodecim, sekä Medic, hyödynsimme myös muita tietokantoja mutta edellä mainituista löysimme pääasiassa tärkeimmät lähteemme.

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelman kirjoitimme yhdessä ja haimme yhteistä linjaa teorian kanssa. Itse opinnäytetyön kirjoitimme pääasiassa itsenäisesti, kuitenkin pidimme yhteyttä toisiimme säännöllisesti. Aikataulujen yhteensovittamisessa oli haasteita, joten

koimme hyödyllisemmäksi tehdä työtä omien aikataulumme puitteissa. Olemme kuitenkin muokanneet vapaasti toistemme tekstejä, joten kirjoitustyylin erot eivät näy työssä. Pidimme joitakin tapaamisia, joissa pohdimme yhdessä, kuinka työssä edetään ja mikä on seuraava työnjako. Emme tarvinneet ohjaavalta opettajalta kovinkaan paljoa konkreettista ohjausta työtä kirjoittaessa. Kävimme kuitenkin sähköpostin välityksellä keskustelua työhön liittyen. Kun työn runko alkoi olla valmis, pidimme ohjaavan opettajamme kanssa ohjauskeskustelun työn rakenteesta ja kuinka sitä voisimme vielä hioa.

Teoreettisiksi lähtökohdiksi valitsimme potilasohjauksen, potilasohjeen, postoperatiivisen hoidon, kotiutumisen, kuntouttavan työotteen sekä potilastyytyväisyyden. Työn tarkoituksena oli luoda potilasohje elektiivisille leikkauspotilaille. Päädyimme tekemään tuotoksen vasta työn loppuvaiheessa, koska se pohjautui kirjoittamaamme teoriatietoon. Tuotos vastasi työelämän tarvetta, joten voimme sanoa sen olevan onnistunut.

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tavoitteisiin kuuluvat myös reflektiotaidot. Muiden töitä arvioidessa oppii uudenlaisia ajattelumalleja sekä huomioi omaan työhön liittyviä seikkoja uusista näkökulmista. Reflektion olemme huomanneet tärkeäksi osaksi prosessia. Opponoiden palaute omasta työstä on ollut äärimmäisen hyödyllistä. Reflektiotaidoilla on ratkaiseva merkitys asiantuntijuuden kehittymisessä. (Frilander-Paavolainen 2005.)

Prosessin aikana olemme syventäneet tietojamme kirurgisen potilaan hoitopolkuun ja hoitoon liittyen. Ammatillinen osaamisemme postoperatiivisen potilaan hoidossa sekä potilasohjauksessa on kehittynyt. Tunneimme eri opinnäytetöiden menet ja hallitsimme erityisesti toiminnallisen opinnäytetyön periaatteet. Olemme projektin aikana kehittyneet tiedonhaussa ja erilaisten tietokantojen käytössä. Opinnäytetyö on ollut tähän mennessä suurin projekti molemmille. Olemme suunnitelleet ja työstäneet opinnäytetyötä pitkäjänteisesti pitämättä pidempiä taukoja. Näin olemme pystyneet etenemään tasaiseen tahtiin ilman kiirettä. Olemme molemmat tyytyväisiä tuotokseen ja uskomme siitä olevan apua potilaille sekä hoitohenkilökunnalle.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehtaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist T. 2016. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Cao, X., White, P. F. and Ma, H. (2017) 'An update on the management of postoperative nausea and vomiting', *Journal of Anesthesia*, 31(4), pp. 617–626. doi: 10.1007/s00540-017-2363-x. Luettu 20.9.2018

da Silva, D, de Souza, A, de Freitas Martins, T, Martins Pedrosa, T, Drumond Muzi, C, & Mendonça Guimarães, R 2017, 'Quality of information given to surgical patients with abdominal cancer', *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 35, 2, pp. 221-231, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 14 June 2018. <http://web.b.ebsco-host.com.elib.tamk.fi>

Enkovaara, A-L. 2003. Luontaistuotteiden ja lääkkeiden yhteisvaikutukset. Duodecim. Luettu 15.9.2018 <http://www.ebm-guidelines.com>

Erämies, T. päivitetty 2018. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. Luettu 14.3.2018. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.duodecim.fi>

Frilander-Paavilainen, E-L. 2005. Opinnäytetyö asiantuntijuuden kehittäjänä ammattikorkeakoulussa. Helsingin yliopisto. Luettu 7.12.2018 <http://ethesis.helsinki.fi>

Haanpää, M. 2017. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Luettu 20.9.2018. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.duodecim.fi>

Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Väitöskirja. Turun yliopisto. Luettu 7.12.2018 <http://www.utupub.fi>

Hersht, M., Massicotte, EM., Bernstein M. 2007. Patient satisfaction with outpatient lumbar microsurgical discectomy: a qualitative study. *Can J Surg*. 445-449. Luettu 7.12.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hyvärinen, R. 2005 Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Luettu 14.3.2018. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.duodecim.fi>

Janhunen, E. & Pikkarainen, A. 2017. Ikääntyneen kuntoutus. Sairaanhoitajan käsikirja.

Kaukavuori, S. 2012. Perioperatiivisen hoidon laatu – gastroenterologisten kirurgisten potilaiden arvioimana. pro gradu. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Luettu 7.12.2018 <http://epublications.uef.fi>

Koivusipilä, A., Tarnanen, K., Jalonen, J. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen -lisätietoa potilaalle. Käypä hoito. Duodecim. Luettu 20.9.2018 <http://www.kaypahoito.fi>

Kruzik, N. 2009. 'Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients', AORN Journal, 90, 3, pp. 381-387, CINAHL Complete, EBSCOhost. Luettu 19.3.2018. Vaatii käyttöoikeuden. <http://web.b.ebscohost.com.elib.tamk.fi>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. 5§. Potilaan tiedonsaantioikeus.

Lehmann M et al. (2010) 'Postoperative patient complaints: a prospective interview study of 12,276 patients' Journal of Clinical Anesthesia, 22(1), pp. 13 –21. doi: 10.1016/j.clinane.2009.02.015 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Leikkauksen jälkeen. Päivitetty 2016. Turun yliopistollinen keskussairaala. Luettu 26.9.2018 <http://www.vsshp.fi>

Leikkauksen jälkeen. Päivitetty 2018. Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri. Luettu 27.9.2018 <http://www.ksshp.fi>

Leikkauksen jälkeen vuodeosastolla. Coxa Tekonivelsairaala. Luettu 27.9.2018 <https://www.coxa.fi>

Leikkola, P. 2014. Selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Luettu 7.12.2018 <https://tampub.uta.fi>

Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet, Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin julkaisu. Luettu 7.12.2018 <http://docplayer.fi>

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö. Luettu 7.12.2018 <http://www.hotus.fi>

McClelland, D, Mc Murtrie, A, & Graham, N 2009, 'Patient information booklets in arthroplasty surgery--are they effective?', Journal of Evaluation In Clinical Practice, 15, 1, pp. 220-221, MEDLINE, EBSCOhost, viewed 5 June 2018 <http://web.b.ebscohost.com.elib.tamk.fi>

Niskanen, O. 2013. Lannerangan spinaalistenooisi- ja välilevytyräpotilaiden leikkaustyytyväisyyteen vaikuttavat ennustekijät. Tutkielma. Lääketieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Luettu 7.12.2018 <http://epublications.uef.fi>

Niskanen, M., Purhonen, S. & KYS:n operatiivisten tukipalvelujen ja tehohoidon tuloksiköön laatumittariston kehittämistyöryhmä. 2008. Onko leikkauspotilaan tyytyväisyydellä väliä? Finnanest 41 (2), 150–153. Luettu 7.12.2018 <http://www.finnanest.fi>

Nummi, V-M & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Lääkärilehti. Luettu 15.3.2018 <http://www.laakarilehti.fi>

- Pohjannoro, H & Taijala, B. 2007. Näkökulmia toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Ammatillinen opettajakoulutus. Tampereen ammattikorkeakoulu. Luettu 8.10.2018 <https://www.theseus.fi>
- Pshp. Tuki- ja liikuntaleinsairauksien osasto 2. Päivitetty 2018. Luettu 14.3.2018 <https://www.tays.fi>
- Raivo, P & Rissanen, R. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Arene. Luettu 5.9.2018 <http://www.tenk.fi>
- Routasalo, P & Pitkälä K. 2009. Omahoidon tukeminen -opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Duodecim. Luettu 19.3.2018. Vaatii käyttöoikeuden. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17 (4) 217–228.
- Tirkkonen, J., Jalkanen, V., Alanaen, P. & Hoppu, S. 2009. Medical Emergency Team (MET) TAYS:ssa – aikainen puuttuminen potilaan peruselintointojen häiriöihin. Luettu 20.9.2018 <http://www.finnanest.fi>
- Tekijänoikeuslaki 22.5.2015/607. 1§. Tekijänoikeuden kohde.
- Tietosuojavaltuutetun toimisto. n.d. GDPR. Luettu 7.12.2018 <https://tietosuoja.fi>
- Torkkola, S, Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tammi. Helsinki
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Luettu 7.12.2018 <http://www.tenk.fi>
- Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu. Luettu 20.9.2018 <http://tampub.uta.fi>
- Schmidt, L. 2004. Patients` perceptions of nurse staffing, nursing care, adverse events and overall satisfaction with the hospital experience, *Nursing Economics* 22, 295–306. Luettu 7.12.2018 <https://search.proquest.com>
- Simsek, Z, & Karaoz, S 2017, 'Effect of Nursing Interventions on Prevention and Management of Postoperative Urinary Retention for Patients with Orthopedic Surgery under Spinal Anaesthesia', *International Journal Of Caring Sciences*, 10, 1, pp. 522-531, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 20 September 2018 <http://web.b.ebscohost.com.elib.tamk.fi>
- Vilkka, H & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Tammi. Helsinki.
- Vilkka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi. Helsinki.

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Tammi. Helsinki.

Yeh, M, Wu, S, & Tung, T 2018, 'The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: A cross-sectional-comparison study', *Applied Nursing Research: ANR*, 39, pp. 11-17, ScienceDirect. Luettu 18.3.2018 <https://www.sciencedirect.com>

Zheng, H, Schnabel, A, Yahiaoui-Doktor, M, Meissner, W, Van Aken, H, Zahn, P & Pogatzki-Zahn, E 2017, 'Age and preoperative pain are major confounders for sex differences in postoperative pain outcome: A prospective database analysis', *Plos One*, vol. 12, no. 6, p. e0178659, Luettu 20.9.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>