

Marika Niemonen & Henna Korpi

**NOPEAN TOIPUMISEN PERIAATTEIDEN
TOTEUTUMINEN ELEKTIIVISEN SEKTIOPOTILAAN
HOIDOSSA HOITAJAN NÄKÖKULMASTA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2015**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika Joulukuu 2015	Tekijä/tekijät Marika Niemonen & Henna Korpi
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi Nopean toipumisen periaatteiden toteutumien elektiivisen sektiopotilaan hoidossa hoitajan näkökulmasta		
Työn ohjaaja Timo Kinnunen	Sivumäärä 35+3	
Työelämäohjaaja Anitta Liimatta		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia nopean toipumisen periaatteiden toteutumisesta sektiopotilaan hoidossa Keski- Pohjanmaan keskussairaalan naistenklinikalla. Tavoitteena oli, että Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenklinikka voisi tulosten pohjalta kehittää toimintaansa nopean toipumisen periaatteiden toteutumisessa sektiopotilaan hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin laadullisen tutkimusmenetelmän avulla. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla yksikön kättilöitä. Haastattelun teemat käsittelivät neljää eri aihe aluetta. Ensimmäinen kysymys osa käsitteli haastateltavan taustatietoja, toinen osa haastateltavan kokemuksia nopean toipumisen periaatteista, kolmas osa nopean toipumisen periaatteiden estäviä ja edistäviä tekijöitä osastolla ja neljäs osa nopean toipumisen kehittämistä elektiivisen sektiopotilaan hoidossa. Haastatteluun vastasi yhdeksän hoitajaa synnytys- ja naistentautien yksiköstä. Aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällönanalyysillä.</p> <p>Tulosten mukaan hoitajat kokivat nopean toipumisen periaatteiden toteutuvan hyvin naistenklinikalla. Suurimmiksi haasteiksi koettiin kiire sekä vähäiset resurssit. Suurimpana vahvuutena periaatteiden toimivuudelle koettiin hoitajan oma ammattitaito, moniammatillisen yhteistyön onnistuminen, esimiesten kannustava asenne ja äidin aikainen mobilisoituminen sekä aikainen ravitsemuksen aloittaminen. Kehittämisen kannalta hoitajat pitivät tärkeimpänä koulutuksia, joiden avulla työntekijän motivaatiota ja tietotaitoa pidetään yllä. Myös uusien työntekijöiden perehdytystä pidettiin tärkeänä, jotta yhteinen hoitolinja säilyy.</p>		
Asiasanat Elektiivinen sektio, nopean toipumisen periaatteet (fast track), potilasohjaus.		

ABSTRACT

Unit Kokkola- Pietarsaari unit	Date December 2015	Author/s Marika Niemonen & Henna Korpi
Degree programme Nursing Degree Program		
Name of thesis Fulfilment of Rapid Recovery Principle on Elective Section Patients from Nurses' Perspective		
Instructor Timo Kinnunen		Pages 35+3
Supervisor Anitta Liimatta		
<p>Thesis purpose was to find out nurses' experiences on the implementation of rapid recovery principle on section patients in Central Ostrobothnia Central Hospital Women's Clinic. Objective was that the Central Ostrobothnia Central Hospital's Women's Clinic could, based on their test results, improve their fast recovery principles on section patients.</p> <p>Thesis was made with the help of a qualitative research method. Research was conducted interviewing department's nurses. Interview was split up into four different areas. The first question part was about interviewere's background , the second one was dealing with interviewere's experience on fast recovery principle, the third was about rapid recovery principle's obstacles promoting factors in the department and the fourth was improving fast recovery on nursing elective section patient. There were nine nurses that answered these questions in Women's Clinic.</p> <p>Accordig to the results, we noticed, that the nurses experienced fast recovery principles to come true mell in Women's Clinic. The biggest challenges were being too busy and small resources. The biggest strengths were nurses' workmanship, success of multidisciplinary co-operation, supervisors' supportive attitude and mother's early mobilization and early nutrition start. From the point of view of development nurses considered most important training to help the motivation and to maintain of employees. Also, new employees, orientation training was considered important, so that the shared line of treatment is maintained.</p>		

Key words

Section, rapid recovery principles (fast track), counselling of patients.

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 NOPEAN TOIPUMISEN PERIAATTEET	3
2.1 Potilasohjaus	3
2.2 Kivunhoito	5
2.3 Mobilisoituminen	5
2.4 Ravitsemus	6
3 ELEKTIIVINEN SEKTIO	7
3.1 Elektiivisen sektion indikaatiot	8
3.2 Elektiivisen sektion riskit	9
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	13
5.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus	13
5.2 Lähestymistapa, menetelmät ja aineistonkeruu	14
5.3 Aineiston analyysi	15
6 TUTKIMUSTULOKSET	17
6.1 Hoitajien kokemukset nopean toipumisen periaatteiden toteutumisesta	18
6.2 Nopean toipumisen periaatteiden kehittäminen	23
7 POHDINTA	25
7.1 Tulosten tarkastelua	25
7.2 Luotettavuus ja etiikka	27
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	29
7.4 Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu	30
LÄHTEET	31
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Terveydenhuolto ja etenkin kirurgia ovat käyneet läpi suuria muutoksia viime vuosien aikana. Diagnostiikka ja leikkausmenetelmät ovat kehittyneet, ja yhä vakavampia sairauksia voidaan hoitaa leikkaushoidoilla. Lisäksi korkea ikä ole enää este leikkauksille, minkä vuoksi leikkausten määrät ovat kasvaneet viime vuosina. Näin ollen myös erikoissairaanhoidon kustannukset ovat kasvaneet. Käyttämällä Tanskalaisen kirurgin Henrik Kehletin luomia Fast Track -kirurgian periaatteita on erikoissairaanhoido saanut tehostettua toimintaansa sekä pienennettyä kustannuksiaan vaarantamatta kuitenkaan potilaan turvallisuutta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2013; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Talqvist 2012, 126–127; Kellokumpu 2012.)

Tanskalainen Henrik Kehlet loi Fast Track -kirurgian periaatteet eli nopeutetun toipumisen periaatteet yhdessä tutkimusryhmänsä kanssa Tanskassa ja he ottivat ne käyttöön vuonna 2000. Näiden periaatteiden avulla on saatu aikaiseksi hyviä tuloksia. Potilaat ovat parantuneet leikkauksista nopeammin ja leikkaukset sekä leikkauksista seuraavat kustannukset ovat vähentyneet. Vuonna 2005 Fast Track -kirurgia tuli Suomeen Keski-Suomen keskussairaalaan ja vuonna 2007 käynnistyi hoitomallin pilotointi kyseisessä sairaalassa. Keski-Suomen keskussairaala otti nämä periaatteet jatkuvaan käyttöön vuonna 2009. (Hönninen, Kuorelahti, Holmstedt, Heiskanen, Hinkkanen, Kultti, Uusipaasto & Virtanen 2011.) Vuonna 2013 myös Keski-Pohjanmaan keskussairaala aloitti Fast Track-kirurgian periaatteiden pilotoimisen kirurgisille osastoille mukaan lukien naistenklinikan.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää hoitajien kokemuksia nopean toipumisen periaatteiden toteutumisesta sektipotilaan hoidossa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenlinikalla. Periaatteisiin kuuluvat potilaan ohjaus, lyhytvaikutteinen anestesia- ja stressireaktion minimoiminen, riittävä kivunhoito, aikainen mobilisoituminen, pahoinvoinnin ehkäisy, yksilöllinen ravitsemus sekä nestehoito. Tavoitteena on, että Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenlinikka voi tulosten pohjalta kehittää toimintaansa nopean toipumisen periaatteiden toteutumisessa sektipotilaan hoidossa.

Valitsimme kyseisen aiheen aihepankista, jonne työelämä oli ehdottanut opinnäytetyöaiheita. Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenlinikka oli laittanut kaksi

opinnäytetyöaihetta, jotka molemmat liittyivät nopean toipumisen periaatteisiin. Valitsimme näistä oman mielenkiintomme mukaan Fast Track -hoitomallin toteutumisen elektiivisen sektiopotilaan hoidossa. Oltuamme yhteydessä työelämän yhteyshenkilöön aiheemme tarkentui nopean toipumisen periaatteiden toteutumiseen elektiivisen sektiopotilaan hoidossa hoitajan näkökulmasta.

Nimitys Fast track on peräisin Tanskasta ja on Henrik Kehletin kehittelemä nimi hänen luomalle hoitolinjalleen. Nimitys Fast Track suomennettiin nopean toipumisen hoitomalliksi, kun kyseinen hoitomalli otettiin käyttöön Suomessa. Nykyään Suomessa nimitys Fast Track viittaa enemmän vatsaelinkirurgiaan, kun taas nopean toipumisen periaatteet tai hoitomalli on nimitys, joka on yleistynyt Suomessa viittaamaan Henrik Kehletin luomalle hoitolinjalle yleisesti kirurgiasta. (Kellokumpu 2012; Ahonen ym. 2012, 126–127.) Tässä työssä viittaamme Kehletin Fast Track -teoriaan käyttämällä sanaa nopean toipumisen periaatteet.

2 NOPEAN TOIPUMISEN PERIAATTEET

Fast Track -kirurgia tarkoittaa nopean toipumisen periaatteita kirurgisessa toiminnassa. Tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet loi nopean toipumisen periaatteet alun perin vatsaelinkirurgisille potilaille, mutta nyt nämä periaatteet ovat siirtymässä myös muille kirurgian erikoisaloille. Nopean toipumisen periaatteiden idea lähtee toimivasta tiimityöskentelystä sekä potilasohjauksesta. Tarkoituksena on toimia niin, että potilas toipuu leikkauksesta mahdollisimman nopeasti ja on kotikuntoinen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. (Ahonen ym. 2012, 126–127; Tiala 2013; Kellokumpu 2012.)

Nopean toipumisen periaatteet lähtevät liikkeelle motivoituneesta sekä hyvin koulutetusta hoitotiimistä. Kaikkien hoitoon osallistuvien tulee noudattaa nopean toipumisen periaatteita ja tällöin yksittäiset määräykset eivät riitä. Toinen kulmakivi on potilasohjaus ja potilaan motivointi edessä olevaan kuntoutukseen. Potilaan tulee olla tietoinen nopean toipumisen periaatteista ja hänelle asetetuista tavoitteista, kuten siitä, että hänen tulee olla valmis nousemaan vuoteesta jo muutaman tunnin kulutta leikkauksesta. Periaatteisiin kuuluvat myös lyhytvaikutteinen anestesiaamuoto, stressireaktion minimointi, riittävä kivunhoito, aikainen mobilisointi, pahoinvoinnin ehkäisy, yksilöllinen ravitseminen sekä nestehoito. (Ahonen ym. 2012, 126–127; Kellokumpu 2012.)

Nopean toipumisen periaatteiden etuna on leikkausten jälkeisten komplikaatioiden väheneminen, potilaiden lyhyempi sairaalassaolo aika sekä heidän nopeampi palaaminen normaaliin arkirytmiiin. Tutkimusten mukaan nopean toipumisen periaatteilla hoidettu potilas kotiutuu keskimäärin kaksi päivää aikaisemmin kuin ei perinteisillä periaatteilla hoidettu potilas. Huomioitavaa on myös se, että komplikaatioiden vähentyminen sekä potilaan nopea kotiutumien säästää erikoissairaanhoidon kustannuksia. (Ahonen ym. 2012, 126-127; Tiala 2013; Kellokumpu 2012; Kellokumpu 2010; Australian Safety & Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical 2009.)

2.1 Potilasohjaus

Potilasohjaus on oleellinen osa hoidon onnistumista ja potilastyytyväisyyden ylläpitämistä. Lisäksi hyvä potilasohjaus vähentää komplikaatioiden riskiä sekä nopeuttaa kuntoutumista.

Hoitoaikojen lyhentyessä potilasohjaus nousee entistäkin suurempaan rooliin hoidon onnistumisen kannalta. Hyvä potilasohjaus on potilaslähtöistä ja vastaa potilaan tarpeisiin. Sairastuttuaan potilas sekä hänen läheisensä kokevat turvattomuutta, epävarmuutta sekä avuttomuutta, minkä vuoksi heidän täytyy saada oleellista tietoa sairaudesta sen hoidosta sekä tulevista toimenpiteistä. Tutkimukset osoittavat kokonaisvaltaisen potilasohjauksen lisäävän potilaan motivaatiota omaan hoitoonsa sekä sopeutumista sairauteen. (Ohtonen 2006; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Potilasohjaus vaatii hoitajalta vankan teoreettisen tietämyksen, hyvät hoitokäytännöt sekä hyvät vuorovaikutustaidot. Jokainen ohjaustilanne on erilainen, joten hoitajan persoonallisuus ja luovuus korostuu. Hoitajan on muistettava, että ohjaustilanne on potilaalle ja hänen läheisilleen ainutkertainen sekä joskus jopa jännittävä tilanne. Hoitajan tulee käyttää selkeitä ilmaisuja ja välttää ”sairaalakieltä”. Potilaalla saattaa olla esimerkiksi internetistä hankittua ristiriitaista tietoa sairaudestaan, mikä voi aiheuttaa epävarmuuden tunnetta. Selvästi jaetut vastualueet ohjauksessa sekä nimetyt yhteyshenkilöt estävät epävarmuuden tunteen syntymistä. Potilaalle annettava kirjallinen materiaali on kullannarvoista tietoa, sillä ohjauksessa potilas saa paljon tietoa kerralla ja on täysi mahdollisuus, että potilas voisi omaksua kaiken suullisesti saamansa tiedon. Kirjalliseen tietoon potilas voi perehtyä rauhassa yhä uudelleen ja uudelleen. (Ohtonen 2006; Männikkö 2014.)

Nopean toipumisen periaatteiden mukaan potilaat saapuvat kirurgiseen yksikköön vasta leikkauspäivän aamuna. Tarvittava ohjaus on annettu esikäynnillä, joka on yleisesti noin viikkoa ennen leikkausta. Esikäynnillä sairaanhoitaja antaa informaatiota tulevasta leikkauksesta ja kuntoutumisesta, täyttää yhdessä potilaan kanssa anestesiakaavakeen, ottaa tarvittavat kokeet ja selvittää potilaan sosiaalisen tilanteen. Lisäksi anestesia- ja leikkaavan lääkärin tapaaminen on mahdollista tarvittaessa tai potilaan halutessa. Lisäksi potilas saa kirjalliset ohjeet kotiin mukaan. Esikäynnin tarkoitus on motivoida potilasta nopeaan kuntoutumiseen sekä poistaa leikkauksen aiheuttamaa jännitystä. (Hönninen ym. 2011; Kellokumpu 2012.)

2.2 Kivunhoito

Leikkauksen jälkeen nopean toipumisen kannalta on tärkeää elimistön stressireaktion minimoiminen leikkausteknisin sekä farmakologisin keinoin. Elimistön stressireaktio suhteutuu leikkauksen laajuuteen ja voi aiheuttaa eri elinten toimintahäiriöitä sekä vaarallisia komplikaatioita leikkauksen jälkeen. Stressireaktioon liittyy myös immuunivasteen heikkenemistä, univaikeuksia ja jopa viikkoja kestävästä väsymystä. Riittäväällä kivunhoidolla pienennetään elimistön stressivastetta, vähennetään elinten toimintahäiriöitä sekä mahdollistetaan aikainen mobilisoituminen. Kipulääkkeenä käytetään epiduraalista kivunhoitoa sekä potilaan itsensä annostelemaa lääkitystä. Kuitenkin mahdollisimman aikaisessa vaiheessa aloitetaan suun kautta otettava lääkitys ja epiduraalisesta kivunhoidosta ja kipupumpusta luovutaan. Euforisoivia opiaatteja vältetään niiden huonovointisuutta sekä suolilamaa aiheuttavan vaikutuksen vuoksi. Kivunhoidossa on hyvä huomioida myös muut kipua lievittävät hoitomuodot, kuten potilaan tukeminen, asentohoito ja oikea ylösnousutekniikka. (Kellokumpu 2012; Kairaluoma 2007.)

Potilaan kipua tarkkaillaan jatkuvasti. Yleisesti käytössä oleva kipumittari on visuaalianalogiasteikko eli VAS. Mittarissa on nolasta kymmeneen (0-10) oleva asteikko, jossa nolla tarkoittaa ei kipua lainkaa ja kymmenen tarkoittaa pahinta mahdollista kipua. Potilas ohjeistetaan jo esikäynnillä VAS-asteikon käyttöön. Kipua lääkitään, kun potilas kokee kivun VAS-asteikolla olevan neljä tai yli. (Vainio 2009; Hönninen ym. 2011.)

2.3 Mobilisoituminen

Varhainen mobilisoituminen parantaa hengitystä, lihastoimintoja sekä edesauttaa kudoshapetusta. Lisäksi se ehkäisee tehokkaasti tromboembolisia komplikaatioita. Mobilisoituminen aloitetaan jo heräämössä muun muassa jalkojen ja käsien liikuttelulla vuoteessa. Tavoitteena on, että leikkauspäivä ollaan jo jalkeilla. Toisena postoperatiivisena päivänä tulee olla suurin osa päivästä jalkeilla tai istuallaan ja muun muassa suihkussa voi käydä. Virtsakatetrin varhainen poisto antaa motivaatiota liikkua, kun tarve vessassa käymiselle tulee. Myös epiduraali- ja kipupumppukatetrit poistetaan mahdollisimman varhain, sillä jokainen ylimääräinen katetri lisää kynnystä liikkeelle lähtöön. Mobilisoituminen on vahvasti potilaan omilla harteilla, sillä hänen tulee aktiivisesti suorittaa hänelle annettuja ohjeita, muun muassa verenkiertoa parantavia periferialiikkeitä

vuoteessa. Sairaanhoidajan vastuulla on varmistaa riittävä kipulääkitys sekä ohjata, tukea ja kannusta liikkumiseen. (Kairaluoma 2007; Kellokumpu 2012; Tiala 2013.)

2.4 Ravitsemus

Nopean toipumisen periaatteiden kannalta on tärkeää, että potilaan ravitsemustila on hyvä ennen leikkausta. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan ruokailurytmi on säännöllinen sekä ravinto monipuolista. Nopean toipumisen periaatteiden mukaan paastoa ja suolen tyhjennystä tulee välttää ennen leikkausta. Paastoaminen ja suolentyhjennys lisäävät riskiä kuivumiseen ja elektrolyyttihäiriöihin. Leikkausta edeltävästi potilas saa syödä yksikkökohtaisten ohjeiden mukaan, yleensä kevyitä nestemäisiä ruokia, kuten mehukeittoa tai leikkauspotilaille tarkoitettuja hiilihydraattijuomia. (Kellokumpu 2012; Hönninen ym. 2011.)

Leikkauksen jälkeen ravitseminen aloitetaan mahdollisimman nopeasti asteittain voinnin salliessa. Ravitseminen aloitetaan nesteillä. Mikäli pahoinvointia ei ilmene, voidaan ”normaalia” ruokaa tarjota jo leikkauspäivänä. Tavoitteena on nauttia nestepitoisia juomia sekä ruokia 1000 ml leikkauspäivänä, ja kun tämä tavoite on saavutettu, voidaan parenteraalinen nesteytys lopettaa. Jatkossa nestetavoite on 2000 ml. Leikkauksen jälkeen potilaalle voidaan antaa myös proteiinipitoisia täydennysravintojuomia. (Kellokumpu 2012; Hönninen ym. 2011.)

3 ELEKTIIVINEN SEKTIO

Elektiivinen sektio eli suunniteltu sektio on synnytystapa, joka tarkoittaa leikkausta lapsen ulos saamiseksi. Sektiopäätökseen vaikuttavat monet asiat. Tärkein on kuitenkin synnyttäjän oma asenne, sillä tietty diagnoosi ei automaattisesti merkitse sektiota. Usein synnyttäjän oma tai lähipiirin negatiivinen kokemus synnytyksestä vaikuttavat toiveeseen sektioista. Synnytystavan valintaan synnyttäjän oman asennoitumisen lisäksi vaikuttavat edellisen synnytyksen kulku, äidin sairaudet ja voimavarat sekä kohdunsuun tilanne. Myös lääkärin kokemukset ja asenteet sekä sairaalan perinne vaikuttavat. Sektioaika sovitaan yksilöllisesti ajankohtaan, jolloin lapsen syntymä sujuisi parhaalla tavalla eli riskit olisivat pienet ja lapsen keuhkot olisivat kehittyneet riittävästi. Elektiiviseen sektioon päädyttäessä synnytyssairaalaan äitiyspoliklinikka antaa ohjeet sektioon valmistautumiseen. (Hakulinen-Viitanen, Lammi-Taskula, Ritvanen, Sarlio-Lähteenkorva, Pelkonen, Rantamäki 2012; Uotila 2006, 490–494.)

Suomalaisista lapsista noin 16 % syntyy sektioilla. Vuonna 2013 luku oli 16,3 % ja näistä sektioista 6,6 % oli hätäsektioita. Vuonna 2013 sektioon päättyvä raskaus oli yli 5 % yleisempää yli 35-vuotiailla synnyttäjillä sekä 12 % yleisempää ensisynnyttäjillä kaikkiin synnyttäjiin verrattuna. Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa synnytyksiä on vuosittain 1300–1400. Näistä raskauksista noin 9 % päättyy elektiiviseen sektioon. (Gisler & Vuori 2014; Liimatta 2014.)

Elektiiviseen sektioon tulevalle äidille, kuten alateitse synnyttävällekin äidille tarjotaan 8-10 käyntiä terveydenhoitajan vastaanotolla neuvolassa normaalisti sujuvan raskauden aikana. Terveydenhoitajan vastaanotolla käymisen lisäksi raskauden aikana on kaksi lääkärin vastaanottokäyntiä sekä mahdollisuus osallistua valtakunnallisiin seulontatutkimuksiin, joilla seulotaan sikiöaikana rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksia. Neuvolakäynneillä seurataan raskauden etenemistä ja tarvittaessa äiti lähetetään jatkotutkimuksiin erikoissairaanhoidon. Lääkärin tehtyä elektiivisen sektiopäätöksen äiti käy esikäynnillä äitiyspoliklinikalla. Tällöin lääkäri tekee tutkimuksen äidille ja aika leikkaussaliin varataan, jolloin sektiopäivä varmistuu. Lisäksi esikäynnillä käydään läpi tuleva toimenpide ja äiti saa mukaansa potilasohjeet ja lähetteen laboratoriokokeisiin, jotka tulee ottaa toimenpidettä varten. Näin suunniteltuun sektioon tulevan äidin on

mahdollisuus yöpyä kotona ja tulla sairaalaan vasta leikkausamuna. Leikkauksen jälkeen kotituessa äiti saa mukaansa kotihoito-ohjeet, jälkitarkastusajan sekä ohjeet ompeleiden poistosta. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; Keski-Pohjanmaan keskussairaala 2011a; Keski-Pohjanmaan keskussairaala 2011b; Kokkolan kaupunki 2015; Vaasan keskussairaala, N.d.)

3.1 Elektiivisen sektorin indikaatiot

Melkein jokainen raskaana olevat nainen jännittää tulevaa synnytystä, mutta arvioiden mukaan noin 6-10 % kärsii synnytyspelosta. Synnytyspelko on epärealistinen pelko, joka haittaa sekä tulevaa äitiä itseään että myös raskauden kulkua ja synnytystä. Synnytyspelolle altistavia tekijöitä ovat ennen raskautta ja sen aikana olevat psyykkiset ongelmat. Psyykkisten ongelmien lisäksi synnytyspelkoon vaikuttavat muut naisen jaksamiseen vaikuttavat tekijät kuten työttömyys, riittämätön sosiaalinen tukiverkko, taloudelliset ongelmat, mahdollinen tuleva yksinhuoltajuus, väkivaltaiset seksuaalikokemukset sekä kivuliaat gynekologiset toimenpidekokemukset. Synnytyspelko voi johtua myös pelosta, ettei itse osaa synnyttää ja tämän vuoksi vahingoittaisi syntyvää lasta. Synnytyspelkoa tulisi hoitaa neuvolassa raskauden alusta asti ja yleisimmistä pelon aiheista tulisi keskustella neuvolakäynneillä. Voimakasta synnytyspelkoa tulisi hoitaa viimeistään 30. raskausviikon aikaan synnytyssairaalan äitiyspoliklinikan pelkopoliklinikalla. Synnytyspelon hoidolla pyritään vaikuttamaan äidin jaksamiseen sekä äidin ja vauvan suhteeseen synnytyksen jälkeen eikä tarkoituksena ole saada vähennettyä sektioiden määrää. (Tiitinen 2014a.)

Raskauskomplikaatio, kuten pre-eklampsia eli raskausmyrkytys on joskus syy tehdä sektio. Suomessa noin 4-5 prosentilla ensisynnyttäjistä kehittyy pre-eklampsia ja noin 15 prosentilla se uusii seuraavassa raskaudessa. Näistä valtaosalla taudinkuva on kuitenkin lievä. Pre-eklampsia on etenevä tauti, ja sen ainoa parantava hoito on synnytys. Raskaus päätetään, kun kyse on äidin terveyden tai hengen turvaamisesta tai kun sikiö arvioidaan kypsäksi syntymään. Pre-eklampsian oireita ovat kohonnut verenpaine, proteinuria, oliguria, päänsärky, näköhäiriöt, turvotus, hengenahdistus sekä ylävatsakipu. Jo ennen kliinistä diagnoosia pre-eklampsia aiheuttaa muutoksia äidin elimistössä. Sikiöön pre-eklampsia vaikuttaa istukan verenkierron pienentymisen kautta, sillä verenkierron pienentyminen aiheuttaa sikiön hapenpuutetta sekä kasvun hidastumista. (Ekholm &

Laivuori 2011, 413–421; Pulli 2013.)

Komplisoituneet aikaisemmat synnytykset, esimerkiksi hartiadystokia ja vaikea välilihan repeämä ovat aiheita tehdä sektio. Hartiadystokian suurin riski on suurikokoinen sikiö, johon vaikuttavat äidin diabetes, ylipaino, yliaikainen raskaus sekä aikaisemmin synnytetty suuri lapsi. Hartiadystokiaa voi kuitenkin esiintyä myös keskikokoisilla sikiöillä. Tutkimalla sikiön pään ja vartalon suhteita voidaan yrittää ennustaa hartiadystokian todennäköisyyttä. Hartiadystokian aiheuttamia komplikaatiota syntyneelle lapselle ovat solislun murtuma tai hartiahermopunoksen vaurio. Vaikeille välilihan repeämille altistavat suurikokoinen sikiö, avosuinen tarjonta sekä imukuppi- ja pihtisynnytykset. (Tuimala & Uotila 2011a, 464; Uotila 2009, 502–503; Äimälä 2009a, 484–485.)

Synnyttäjälle tehdään huolellinen ulko- ja sisätutkimus, joiden avulla voidaan tehdä päätelmiä lantion ahtaudesta. Lantio voi olla myös epämuodostunut esimerkiksi trauman, synnynnäisten tekijöiden tai selkärangan sairauden vuoksi. Lantion ahtauden vuoksi myös sikiön poikkeavan tarjonnan mahdollisuus lisääntyy. Sikiön suuri koko ja lantion ahtaus tai epämuodostuma aiheuttaa epäsuhtaan, jonka vuoksi sektio valikoituu synnytystavaksi. (Tuimala & Uotila 2011a, 464; Äimälä 2009b, 476.)

Sikiön poikkeava tarjonta, kuten poikkitila, on syy tehdä sektio, mikäli sikiö ei kääntöyrityksistä huolimatta käänny pitkittäistilaan. Sikiötä voidaan yrittää kääntää raskausviikolla 36 normaaliin tarjontaan. Sikiön poikkitilalle altistavat monisyntyäisyys, etinen istukka, enneaikaisuus, lantion yläaukeaman ahtaus, kohdun anomaliat sekä polyhydramnion. Poikkitiladiagnoosi tehdään helposti ulkotutkimuksessa. Suurin osa perätitarjonnassa olevista synnytetään sektiolla, sillä aineistoissa on todettu, että perätarjonnassa syntyneillä on suurempi riski sairastua vastasyntyneenä kuin normaalitarjonnassa syntyneillä. Perätarjonnassa syntyvän lapsen pää on altistuneena vammoille, sillä se syntyy viimeisenä eikä voi muokkautua, kuten normaalissa raivotarjonnassa syntyvän lapsen pää. Myös asfyksiaa, syntymävammoja sekä napanuoran esiin luiskahtamista esiintyy enemmän kuin normaalissa tarjonnassa syntyvillä. (Tiitinen 2014b; Tuimala & Uotila 2011a, 462–463; Tuimala & Uotila 2011b, 468; Äimälä 2009b, 477–478; Äimälä 2009c, 449–451.)

3.2 Elektiivisen sektion riskit

Sektio on nykyään melko turvallinen synnytystapa, ja sillä voidaan ehkäistä monia synnytyskomplikaatioita. Alatiesynnytykseen verrattuna sektiossa on kuitenkin enemmän riskejä ja siitä toipuminen on huomattavasti työläämpää kuin alatiesynnytyksestä. Vaikeita komplikaatioita esiintyy vähintään neljä kertaa enemmän, kuin alatiesynnytyksissä. Sektioista jäävä haava vaikuttaa seuraaviin raskauksiin ja voi aiheuttaa hengenvaarallisia komplikaatioita, kuten kohdun repeämistä. Sektioon liittyy myös pitkän aikavälin riskejä, kuten kohdunulkoisen raskauden lisääntynyt riski ja vähentynyt hedelmällisyys. Yleisin sektion komplikaatio lyhyessä ajassa on verensiirtoa vaativa verenvuoto. Myös tromboemboliset komplikaatiot, kuten keuhkoveritulppa, sekä infektiot, kuten haavainfektiot, sepsis ja virtsatieinfektiot, ovat yleisimpiä komplikaatioita. (Niemi 1999; Halmesmäki & Saisto 2003; Uotila 2006, 490–494.)

Sektioarpeen liittyvät riskit ovat kauaskantoisia. Riskit johtuvat arpipuutoksesta, joka syntyy kohtuhaavan huonosta paranemisesta, jolloin lihaskerros ohenee tai puuttuu kokonaan leikkausarven kohdalta. Sektioiden runsas määrä lisää arpipuutoksen riskiä entisestään. Ei raskaana olevalla se lisää lapsettomuuden riskiä, kroonisia kipuja sekä vuotohäiriöitä. Raskauden aikana riskit ovat kohdun repeäminen, sektioarpiraskaus sekä istukan kiinnittymishäiriöt. (Nyberg & Tihtonen 2014.)

Kohdun repeäminen on hengenvaarallinen komplikaatio. Tällöin kohtulihas ja sen päällä oleva herakalvo repeävät täysin, jolloin synnyttäjällä altistuu massiiviselle verenvuodolle sekä sikiö hapenpuutteelle ja siitä aiheutuville komplikaatioille. Kohdun repeämistä eli kohturuptuuraa esiintyy 4-7 sektoidulla naisella tuhatta synnytystä kohti. Kohturuptuuran riskiä lisäävät aiempien sektioiden määrä, sillä kahden tai useamman sektion jälkeen repeämistä on todettu 1,7 %:lla synnyttäjistä. Myös raskauksien lyhyt väli lisää kohturuptuuran riskiä. (Nyberg & Tihtonen 2014.)

Kohdun ulkopuolisessa raskaudessa raskausmuodostuma sijaitsee muualla kuin kohtuontelossa. Valtaosa kohdun ulkopuolisista raskauksista, jopa 97–98 % sijaitsee munatorvessa. Kohdun ulkoiseen raskauteen altistavia tekijöitä sektion lisäksi ovat sairastetut sisäsynnytintulehdukset, munatorvien leikkaukset, aiempi kohdun ulkoinen raskaus, käytössä oleva kierukkaehkäisy, endometriooosi, synnynnäiset epämuodostumat,

munatorvien toiminnalliset häiriöt sekä hedelmättömyys. Kohdun ulkoinen raskaus päättyy tyypillisesti 8-12 raskausviikolla munatorviaborttiin tai yleisemmin munatorven repeämään. Tavallisimmat oireet ovat alavatsakipu sekä vuoto. Ennen kohdun ulkoisen raskauden päättymistä naisella voi olla yleisiä raskausoireita, kuten pahoinvointia tai rintojen arkuutta. (Mäkinen 2011; 386- 390.)

Riski merkittävään verenhukkaan on kolminkertainen ja kohdun poiston riski verenhukasta johtuen on kuusinkertainen alatiesynnytykseen verrattuna. Sektion verenvuotoa pidetään normaalina, jos se on enintään 1000 ml. Massiiviseksi verenvuodoksi on yleisesti määritelty, kun potilas saa yli kymmenen punasoluyksikön siirron tai menettää vähintään veritilavuutensa 24 tunnin aikana. Yleisimmin sektion massiivinen verenvuoto aiheutuu leikkaushaavan lisärepeämistä tai huonosti supistuvasta kohdusta. (Ahonen, Sainio & Pakarinen 2008; Halmesmäki & Saisto 2003; Tuimala & Uotila 2011b, 473.)

Yleisinfektiot ilmaantuvat 1-2 päivän kuluttua sektiosta, ja ne voivat olla vaikeita. Potilaan ylipaino altistaa infektioiden synnylle. Usein elektiivisen sektion yhteydessä aloitetaan antibioottiprofylaksia. Tavallisin tulehdus on virtsatietulehdus, jonka aiheuttajana on katetrointi, jolloin bakteereita pääsee katetroinnin yhteydessä virtsaputkeen tai virtsarakkoon. Antibioottiprofylaksialääkitys vähentää virtsatietulehduksia puolella. (Halmesmäki & Saisto 2003; Tuimala & Uotila 2011b, 473; Lumio 2012.)

Haavainfektiot ilmaantuvat vasta 3-5 päivän kuluttua sektiosta. Riskitekijöitä haavan tulehtumiselle ovat pitkittynyt synnytys, kalvojen puhkeaminen ennen sektiota, ylipaino sekä haavahematomat. Tutkimusten mukaan erityisesti ylipaino on suuri syy haavainfektioihin. Infektoitunut sektiohaava joudutaan myös joskus aukaisemaan, etenkin haavahematomaman vuoksi. (Anderson, Chaboyer & Gillespie 2012; Nuutila & Ylikorkala 2011, 481.)

Sektion riskit liittyvät myös vastasyntyneeseen. Alatiesynnytykseen verrattuna leikkauksella syntynyt sopeutuu kohdunulkoiseen elämään hitaammin. Sektion avulla syntyneellä lapsella voi olla enemmän hengitysvaikeuksia sekä suurempi riski sairastua allergiaan tai astmaan. (Tiitinen 2014c.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää hoitajien kokemuksia nopean toipumisen periaatteiden toteutumisesta sektiotilaan hoidossa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenlinikalla. Periaatteisiin kuuluvat potilaan ohjaus, lyhytvaikutteinen anestesia- ja kivunhoito, stressireaktion minimoiminen, riittävä kivunhoito, aikainen mobilisoituminen, pahoinvoinnin ehkäisy, yksilöllinen ravitsemus sekä nestehoito. Tavoitteena oli, että Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenlinikka voi tulosten pohjalta kehittää toimintaansa nopean toipumisen periaatteiden toteutumisessa sektiotilaan hoidossa.

Opinnäytetyössämme haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisena hoitajat kokevat nopean toipumisen periaatteiden toteutumisen elektiivisen sektiotilaan hoidossa?
2. Miten nopean toipumisen periaatteita voidaan kehittää elektiivisen sektiotilaan hoidossa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvaamme opinnäytetyön toteuttamista, toimintaympäristöä, kohderyhmää, lähestymistapaa, menetelmää ja aineistonkeruuta. Lisäksi esitämme aineiston analyysin etenemisen.

5.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmän kuvaus

Toimintaympäristönä oli Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenklinikka. Naistenklinikka käsittää äitiyspoliklinikan, naistentautien poliklinikan ja naistentautien ja synnyttäneiden vuodeosaston kolme. Yksikössä hoidetaan synnytykset, raskaana olevien ja synnyttäneiden perheiden raskauden ajan häiriöt, synnytysten ja lapsivuodeajan tutkimukset sekä hoidot ja naistentautien erikoissairaanhoidot. Yksikössä synnytyksiä on 1300–1400 vuodessa, josta noin 9 % on elektiivisiä sektioita (sektioiden kokonaismäärä 17,9 %). Kyseisessä yksikössä sektioiden kokonaismäärä on ollut jo pitkään korkeampi verrattuna muihin maan sairaaloihin. Hoidon periaatteet yksikössä ovat potilaslähtöisyys, ajanmukaisuus, laadukkuus, ammattitaitoisuus, evidenssiin perustuvuus sekä kustannusten kilpailukyvykkyys. Yksikön tavoitteena on antaa jokaiselle potilaalle paras mahdollinen apu ongelmiinsa sekä järjestää heille mahdolliset tukipalvelut. (Keski-Pohjanmaan keskussairaala; Opiskelijan laatukäsikirja 2013; Liimatta 2014.) Käytämme työssämme nimitystä naistenklinikka, sillä haastateltavat hoitajat työskentelivät vuodeosastolla kolme sekä äitiyspoliklinikalla.

Naistenklinikan hoidon painopisteet ovat:

- Auttaa perheitä valmistautumaan vanhemmuuteen sekä synnytykseen raskauden aikana.
- Hoitaa synnytykset ammattitaitoisesti, tarkasti sekä eettisiä periaatteita mukaillen.
- Ohjata sekä tukea vanhempia ottamaan vastuu omasta ja lapsensa hoidosta.
 - Toteuttaa terveyttä edistävää, korjaavaa, ennaltaehkäisevää sekä voimaannoutavaa hoitotyötä.
- Ruotsin kielen osaamiseen ja henkilökunnan määrään panostaminen synnytysten lisääntyä. (Keski-Pohjanmaan keskussairaala 2014; Opiskelijan laatukäsikirja 2013.)

Klinikalla työskentelee yksi osastonhoitaja, kolme apulaisosastonhoitajaa, kolmekymmentäkuusi kättilöä, neljä sairaanhoitajaa, kaksi lastenhoitajaa sekä kolme osastonsihteerä. Jokaisen työntekijän velvollisuutena on kehittää omaa toimintaansa sekä palveluita vastaamaan mahdollisimman hyvin yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen tarpeita. Työntekijän vastuulla on myös huomioida uusia toiminta- ja tehtävämalleja sekä luoda uusia toimivimpia käytäntöjä. Lisäksi jokaiselta työntekijältä edellytetään eettistä vastuullisuutta, ihmisarvon kunnioittamista, oikeudenmukaisuutta sekä tasa-arvon edistämistä. (Opiskelijan laatukäsikirja 2013.)

5.2 Lähestymistapa, menetelmät ja aineistonkeruu

Opinnäytetyön lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullinen tutkimus vastaa kysymyksiin miksi, millainen ja miten. Sen tarkoituksena on ymmärtää asiat asianomaisten näkökulmasta. Tutkimus on hypoteesitonta eli lopputuloksesta ei ole ennako-odotuksia. Laadullinen tutkimusmenetelmä toimii parhaiten, kun tutkitaan uutta asiaa, jota ei tunneta vielä hyvin tai jos asia on monimutkaisista prosesseista koostuvaa. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään harkinnanvaraisesti tutkimuskysymysten mukaan avoimin menetelmin. Lähtökohtana on induktiivisuus eli aineistolähtöisyys. (Aira 2005; Tuomi & Sarajärvi 2009, 17-19.)

Suurin syy valintaamme opinnäytetyön lähestymistavasta oli yhteistyökumppanimme toive laadullisesta tutkimuksesta. Tarkoituksena oli saada hoitajien näkökulma esille nopean toipumisen periaatteista elektiiivisen sektiotilaan hoidossa Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa, joten keräsimme aineiston naistenklinikan hoitajilta haastattelemalla heitä. Hoitajien määrä naistenklinikalla on melko pieni, joten laadullinen tutkimusmenetelmä oli siis sopiva tutkimukseemme. Lisäksi nopean toipumisen periaatteiden käytöstä sektiotilaan hoidossa ei löydy paljon suomenkielistä teoretietoa ja Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa nopean toipumisen periaatteet ovat vasta pilotointi-asteella. Laadullinen tutkimusmenetelmä oli siis sopiva tutkimukseemme. Tutkimusluvan saimme lokakuussa 2014 (LIITE 3).

Tutkittavaksi valittiin tutkittavasta aiheesta mahdollisimman paljon tietoa ja kokemusta omaavat hoitajat. Tutkimukseemme tavoitteena oli siis löytää henkilöt, joilla on eniten kokemusta tutkittavasta aiheesta ja joilta saadulla tiedolla voitiin muodostaa rikas ja syvä

aineisto nopean toipumisen periaatteiden toimivuudesta Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenlinikalla. Yleisesti aineistoa pidetään riittävänä, kun aineisto alkaa toistaa itseään, eikä mitään uutta enää ilmene (saturaatio). (Aira 2005; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–90.) Tässä työssä haastattelimme Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenklinikan kättilöitä. Osastonhoitaja valitsi haastateltaviksi tutkittavasta aiheesta kokemusta omaavia ammattilaisia kyseiseltä osastolta. Tutkimuksemme aineisto oli riittävä, kun aineisto alkoi toistaa itseään, eikä uusia asioita tullut ilmi haastatteluissa.

Tutkimuksessamme käytimme teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua, jossa edettiin tiettyjen keskeisten, ennalta valittujen teemojen ja niihin liittyvien kysymysten avulla. Tuomen ja Sarajärven (2009, 72-77) mukaan teemahaastattelussa ei voi kysellä mitä tahansa, vaan siinä pyritään löytämään merkitykselliset asiat tutkimuskysymyksiin ja tietopohjaan vastaten. Haastattelun etuna on joustavuus. Haastattelija voi muun muassa toistaa kysymyksen, pyytää tarkentavaa tietoa tai selventää ilmaisun sanamuotoja. Lisäksi haastattelun etuna on, että sitä ei pidetä tietokilpailuna, kuten kyselylomaketta saatetaan pitää. Haastattelussa on tärkeää saada mahdollisimman paljon tietoa kyseisestä asiasta. On perusteltua antaa haastattelukysymykset etukäteen haastateltaville. Haastattelukysymyksemme (LIITE 2) perustuivat teoriaan sekä tutkimuskysymyksiin. Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenlinikka oli tietoinen tulevasta tutkimuksesta. Haastatteluun valituille hoitajille osastonhoitaja ilmoitti henkilökohtaisesti tulevasta haastattelusta, jolloin he pystyivät valmistautumaan haastatteluun. Lisäksi lähetimme saatekirjeen (LIITE 1) heille. Haastattelut suoritettiin naistenlinikalla marraskuussa 2014. Tutkimuksessamme toimimme molemmat kirjureina haastatteluiden ajan, jonka lisäksi nauhoitimme jokaisen haastattelun. Haastatteluiden pohjalta aukikirjoitettua aineistoa saimme noin 30 sivua.

Alustava teemahaastattelurunko esitettiin haastatteleamalla kahta sairaanhoitajaa haastattelurungon mukaan. Toinen haastateltavissa työskentelee Keski- Pohjanmaan keskussairaalassa nopean toipumisen periaatteiden parissa. Toinen haastateltavista työskentelee pienellä vuodeosastolla, eikä hän ole saanut minkäänlaista koulusta nopean toipumisen periaatteista. Esitetauksen pohjalta teemahaastattelurunkoa muutettiin sujuvampaan muotoon sekä kysymysten rakennetta muutettiin ymmärrettävämmäksi.

5.3 Aineiston analyysi

Käytimme työssämme induktiivista aineiston analyysimenetelmää eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tuomen ja Sarajärven (2009, 91–123) mukaan tämä on kolmevaiheinen prosessi, johon kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston kluserointi eli ryhmittely ja abstraktointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineistopohjaisessa analyysissä pyritään tutkimusaineistosta tekemään teoreettinen kokonaisuus. Analyysissä ei siis ole tarkoitus saada tuloksia, vaan järjestellä tutkimusaineisto niin että se on tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Aineisto siis järjestellään johtopäätösten tekoa varten. Aineistopohjaisessa analyysissä pääideana on, että analyysiyksiköt eivät ole ennalta määrättyjä. Minkään aikaisemman tiedon ei siis pitäisi vaikuttaa lopputulokseen. Tutkijan on pyrittävä ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa. Tämä menetelmä sopi siis meille mainiosti, sillä nopean toipumisen periaatteiden käytöstä elektiivisen sektiotilaan hoidossa ei ole saatavilla paljoa teoreettista tietoa, joka voisi vaikuttaa lopputulokseen.

Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään yksittäisistä yleisyyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–123.) Aineiston pelkistämässä analysoitava aineisto (meidän työssämme auki kirjoitettu haastattelumateriaali) pelkistettiin siten, että kaikki tutkimukselle epäolennainen karsittiin pois. Tutkimuksessamme pelkistäminen tapahtui tutkimuskysymysten avulla, jolloin etsimme aineistosta ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Aineiston ryhmittelyssä tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut käytiin tarkasti läpi ja etsittiin samankaltaisuuksia sekä eroavuuksia. Samaa asiaa käsittelevät ilmaisut ryhmiteltiin alaluokiksi, joille annettiin nimi. Tässä vaiheessa saatiin jo ennakkokäsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Teoreettisten käsitteiden luomisessa alaluokkia yhdisteltiin samaa asiaa käsitteleviksi ryhmiksi, joista muodostettiin pääluokkia. Näitä pääluokkia yhdistämällä saatiin yhdistävät tekijät ja vastaukset tutkimuskysymyksiin.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksissa kuvaamme, miten hoitajat kokivat nopean toipumisen periaatteiden toteutumisen elektiivisen sektiopotilaan hoidossa. Kuvaamme myös mitkä tekijät edistävät ja estävät nopean toipumisen periaatteiden toteutumista sekä kuinka toimintaa voisi kehittää.

Haastatteluun osallistui yhteensä yhdeksän hoitajaa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenklinikalta. Haastateltavilla oli kokemusta hoitoalan eri tehtävistä kahdeksasta kahteenkymmeneenkahdeksaan vuoteen (8-28 vuotta). Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistenklinikalla he olivat työskennelleet kolmesta kuukaudesta kahteenkymmeneenviiteen vuoteen (3 kk-25 vuotta). Nopean toipumisen periaatteet -nimikkeen alla he ovat työskennelleet kolmesta kuukaudesta kahteen vuoteen. Haastatteluissa kävi ilmi, että osastolla on ollut nopean toipumisen periaatteiden kaltaista toimintaa jo 1990-luvulta lähtien. Haastateltavista kuusi hoitajaa oli saanut perehdytystä nopean toiminnan periaatteista joko osastotunnilla tai erillisesti järjestetyllä koulutuksilla. Kolme haastateltavista ilmoitti, ettei ollut saanut perehdytystä aiheeseen.

Haastattelujen pohjalta aineisto jakautui kahteen yhdistävään tekijään. Tekijät ovat nopean toipumisen periaatteiden hidastuminen ja nopean toipumisen periaatteiden mahdollistaminen. Nopean toipumisen periaatteiden hidastuminen sisälsi pääluokan hoitoa estävät tekijät. Nopean toipumisen periaatteiden mahdollistaminen sisälsi pääluokat henkilökunnan työhön asennoituminen, käytännön hoitotoimet, kokonaisvaltainen potilasohjaus sekä kehitystoiminta. (TAULUKKO 1.)

TAULUKKO 1. Sisällönanalyysi

ALALUOKAT	PÄÄLUOKAT	YHDISTÄVÄT TEKIJÄT
Perheestä lähtöisin olevat hidasteet	Hoitoa estävät tekijät	Nopean toipumisen periaatteiden hidastuminen
Ammattitaidon puute		
Työvuorojen kuormittavuus		
Moniammatillisuuden hyödyntäminen	Henkilökunnan työhön asennoituminen	Nopean toipumisen periaatteiden mahdollistaminen
Tieto ja asenne hoitotyöhön		
Lääkehoidolliset toiminnot	Käytännön hoitotoimet	
Riittävä ravitsemus		
Mobilisoituminen		
Toimenpiteeseen ohjaus	Kokonaisvaltainen potilasohjaus	
Äidin ja perheen perehdytys		
Toiminnan edistäminen	Kehitystoiminta	

6.1 Hoitajien kokemukset nopean toipumisen periaatteiden toteutumisesta

Hoitajien kokemuksen mukaan työhön asennoitumisella on merkittävä vaikutus nopean toipumisen periaatteiden toteutumiselle. Vastaukset painottuivat kahteen alaluokkaan, jotka olivat moniammatillisuuden hyödyntäminen sekä tieto ja asenne hoitotyöhön.

Hoitajat kokivat moniammatillisuuden toimivan hyvin elektiivisen sektiopotilaan hoidossa. Haastatteluissa kävi ilmi, että sekä osaston että poliklinikan hoitajat sekä lääkärit puhaltavat hyvin yhteen hiileen ja kaikilla on yhteinen tavoite. Hoitajat kertovat jokaisella toimijalla olevan omat tehtävät nopean toipumisen periaatteiden toteuttamiseksi. Hoitajat kokevat yhteisten hoitolinjojen ja moniammatillisuuden nopeuttavan elektiivisen sektiopotilaan toipumista.

Tarvittaessa anestesia lääkäri tulee esikäynnille mukaan.

Perheet saa alkuohjauksen polilla ja lisätietoa sitten osastolle saavuttuaan.

Äidit ovat saaneet hyvin tietoa elektiivisest  sektioista jo polilla, mikä nopeuttaa meidän työtä t yll  osastolla.

Hoitajat kokivat riittävän tiedon ja oikean asenteen olevan p  pilari nopean toipumisen periaatteiden toteutumiselle. Lähes kaikki hoitajat kokivat, että heillä on riittävästi tietoa nopean toipumisen periaatteiden toteuttamisesta elektiivisen sektiotilaan hoidossa. Koulutuksia pidettiin tärkeänä osana hoitotyötä. Hoitajat kertovat koulutusten antavan lisää potkua työhön ja parantavan näin asennoitumista työhön. Haastatteluista kävi ilmi myös se, kuinka tärkeä on omaksua teoreettinen tieto osaksi käytännön hoitotyötä.

Koulutuksista on kyllä aina hy t y , ne antavat uutta intoa homman toteuttamiseen.

Parhaitenhan sitä oppii kun alkaa vain tehdä ohjeistuksen mukaan.

Useassa haastattelussa nousi esille esimiesten asenteen vaikuttavuus työntekijöihin. Hoitajat kokivat esimiesten positiivisen sekä kannustavan asenteen olevan tärkeä osa hoitotiimin työhön asennoitumista.

Onhan se tärkeää, että esimies kannustaa ja antaa palautetta meidän työstä.

Mielestäni esimiehen positiivinen asenne vaikuttaa koko hoitotiimiin.

Hoitajat uskovat välinpitämättömän ja ep ammatillisen hoitoasenteen vaikuttavan suuresti nopean toipumisen periaatteiden toteutumiseen elektiivisen sektiotilaan hoidossa. Kaikki hoitajat olivat kuitenkin tyytyväisiä osaston toimintaan, eivätkä kokeneet työntekijöiden asenteiden hidastavan elektiivisen sektiotilaan hoitoa.

Hoitajat kokivat käytännön hoitotoimiin sisältyvän l  kehoidolliset toiminnot, riittävä ravitseminen ja mobilisoituminen. Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajien mielestä nämä asiat toimivat osastolla moitteettomasti.

Hoitajat kokivat nopean toipumisen periaatteiden kannalta tärkeänä riittävän ja säännöllisen kivunhoidon. Osastolla riittävää kivunhoitoa toteutetaan suun kautta annettavana lääkityksenä. Haastatteluissa kävi ilmi, että kivunhoito aloitetaan suun kautta jo äidin ollessa her  m ss . Hoitajien mukaan kipupumppu tai epiduraalikatetri ovat enää harvoin käytössä elektiivisen sektiotilaan kipua hoidettaessa.

Kun on riittävä kipulääkitys niin äiti pääsee helpommin ylös vuoteesta, kun ei ole kipuja.

Ennen kun käytössä olivat kipupumput äidit eivät nousseet niin nopeasti ylös vuoteesta. Tällöin äidissä oli enemmän kiinni johtoja, mikä hankaloitti ylös nousemista.

Hoitajien kokemuksen mukaan pahoinvointia on nykyään enää harvoin elektiivisellä sektiopotilaalla. Ennen sektiota pahoinvointia ehkäistään esilääkityksen avulla. Sektion jälkeen tarvitaan enää harvoin lääkkeellistä pahoinvoinnin ehkäisyä.

Pahoinvoinnin ehkäisy on tärkeää, mutta nykyään sitä esiintyy enää harvoin.

Haastatteluista kävi ilmi, että elektiiviset sektiopotilaat saavat jo heräämössä nesteitä suun kautta lääkkeidenoton yhteydessä. Hoitajat kertoivat aloittavansa potilaan enteraalisen ravitsemuksen nopeasti asteittain. Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajat antavat potilaille jo leikkauspäivän iltana kiinteää ruokaa. He kertoivat myös lopettavansa parenteraalisen nesteytyksen, kun riittävä enteraalinen ravitsemus on saavutettu.

Ruokaa annetaan asteittain äidille, mikäli ruokahalua on.

Leikkauksen jälkeen äidit ovat yleensä nälkäisiä, sillä he ovat tottuneet syömään säännöllisesti ja usein loppuraskauden aikana.

Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajat panostivat äidin mahdollisimman aikaiseen mobilisoitumiseen. Osastolla äidit kannustetaan liikkeelle viimeistään leikkauspäivän iltana. Hoitajat kertoivat aikaisesta mobilisoitumisesta olevan runsaasti hyötyä. Hyvinä puolina mainittakoon mm. kipujen helpottuminen, suolen toiminnan nopeampi palautuminen, nälän tunteen lisääntyminen sekä äidin aktiivisempi kyky hoitaa vauvaa. Hoitajien mukaan äidit saattavat pelätä aikaista liikkeelle lähtöä, ja tämän vuoksi heitä tulee kannustaa kertomalla aikaisen mobilisoitumisen hyödyistä sekä vuoteeseen jäämisen riskeistä. Hoitajien mukaan mobilisoitumisen laiminlyönti lisää riskiä muun muassa suolilamaan, trombien syntyyn sekä leikkaushaavan tulehtumiseen.

Äidit kannustetaan nopeasti liikkeelle, voimien salliessa jo leikkauspäivän iltana.

Joskus äitejä joutuu hieman patistamaan ylösnousuun ja perustelemaan sen tarpeellisuudesta.

Haastattelujen pohjalta kokonaisvaltainen potilasohjaus jakautuu kahteen ryhmään, joita olivat toimenpiteeseen ohjaus sekä äidin ja perheen perehdytys.

Hoitajat kokivat esikäynnin poliklinikalla sekä sektion läpikäymisen tärkeänä nopean toipumisen periaatteiden kannalta. Hoitajien kokemuksen mukaan näin äidit osaavat valmistautua esimerkiksi siihen, että he kävelevät leikkaussaliin ennen sektiota. Hoitajat kertoivat, että sekä suullinen että kirjallinen ohjaus ovat tärkeitä. Hoitajat kokivat että suullisen ohjauksen rinnalle potilaan täytyy saada kirjalliset ohjeet, sillä ne tukevat suullista ohjausta. Osa hoitajista oli kuitenkin epävarmoja, kuinka poliklinikka ohjaa sektioon tulevia äitejä. Haastattelujen pohjalta nousi esiin myös äidin kannustamisen ja motivoimisen tärkeys. Hoitajat kokivat myös äitien tarvitsevan rohkaisemista ennen toimenpidettä.

Luulen että olisi hyvä, että he saisivat sen kaiken suullisen informaation lisäksi jotakin kirjallista mitä lukea kotona.

Joskus loppuraskaudessa tulee yllätyksenä, että tehdään sektio. Tällöin äiti saa samalla poliklinikka käynnillä sektioajan eli päivämäärän sekä suullisen että kirjallisen ohjauksen. Tämän lisäksi ei muita käyntejä tule ennen sektiota.

Sillä miten ohjaat potilasta, on suuri merkitys.

Hoitajien kokemuksen mukaan äidille ja perheelle annettavaa ohjausta pidettiin todella tarpeellisena, jotta äidit tiesivät saavansa vastasyntyneen syliinsä jo mahdollisesti heräämössä sekä pääsevänsä kotiin mahdollisimman pian sektion jälkeen. Hoitaja kokivat tarvitsevänsä enemmän aikaa potilasohjauksen toteuttamiseen. Haastattelujen pohjalta kävi ilmi, että hoitajien mielestä ohjausta tarvittaisiin enemmän ravitsemuksesta, jotta potilaat olisivat tietoisia sen merkityksestä.

Mikäli äiti on saanut hyvän perehdytyksen, hän on varmasti motivoitunut ja hoidossa mukana. Mutta jos meillä ei ole aikaa antaa perehdytystä, äitiä on varmasti vaikea saada mukaan hoitoon.

Hoitajien kokemuksen mukaan äidin omatoimisuuden tukeminen on avainasemassa elektiivistä sektiopotilasta hoidettaessa. Haastatteluiden mukaan myös isän motivoiminen hoitoon auttaa äidin ja vastasyntyneen hoidossa.

Usein äidit ovat melko motivoituneita ja omatoimisia, sillä vauva toimii motivoijana vierellä.

Hoitajat kokivat nopean toipumisen periaatteiden hidastumiseen vaikuttavan kolme eri tekijää. Nämä kolme alaluokkaa ovat perheestä lähtöisin olevat hidasteet, ammattitaidon puutteet sekä työvuorojen kuormittavuus.

Aineiston mukaan hoitajat näkivät äidin ylipainon olevan merkittävä hidastava tekijä. Ylipainoiset äidit ovat väsyneempiä ja liikkuminen on hankalampaa heille sekä komplikaatioiden riski on suurempi. Hoitajat kokivat myös äidin perussairauden ja etenkin diabeteksen huonon hoitotasapainon olevan merkittävä riskitekijä sekä hoidon hidaste. Lisäksi hoitajien mukaan äidin pahoinvoinnin pelko viivästyttää juomisen ja erityisesti syömisen aloittamista.

Äidin ylipaino on kyllä merkittävä hidaste. Ylipainoiselle vuoteesta ylös nouseminen on haastavampaa ja haavat tulehtuvat herkemmin.

Monet äidit pelkäävät ja jännittävät pahoinvointia, jos ruvetaan heti leikkauksen jälkeen syömään.

Äidin passiivisuus sekä oman hoidon laiminlyönti koettiin hidastavana tekijänä. Hoitajat pitivät myös äidin tiedonpuutetta hidastavana tekijänä. Lisäksi hoitajat miettivät, passivoiko isän apu entisestään äitiä. Hoitajat kokivat myös kulttuurierojen sekä kielimuurin olevan yhtenä hoitoa hidastavana tekijänä, koska se lisää tietämättömyyttä.

Joskus voi olla hankaluuksia, jos äiti ei tiedä tai halua toimia ohjeiden mukaan.

Hoitajat kokivat riittämättömän kipulääkityksen hidastavan äidin toipumista. Hoitajat kertoivat riittämättömän kipulääkityksen johtuvan liian lievästä lääkemääräyksestä tai siitä, että äiti ei pyydä kipulääkettä. Haastatteluista kävi ilmi myös mahdollisten komplikaatioiden hidastavan äidin toipumista.

Joskus näkee heti suoraan anestesiakaavakkeesta, että lääkitys ei ole riittävä.

Jotkut äidit eivät halua särkylääkettä, vaikka kipuja olisi.

Haastatteluissa kävi ilmi että hoitajat kokivat ammattitaidottomuuden sekä hoitajan epätietoisuuden olevan haittana nopean toipumisen periaatteiden toteutumiseksi. Hoitajat kertoivat tämän näkyvän osastolla uusien hoitajien perehdytyksen myötä. Lisäksi haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajat kokivat ”vanhanaikaisen” hoivaotteen sekä erilaisten työskentelytyylitapojen olevan hidasteena.

Jos hoitaja hyysää äitiä... Ei anna mahdollisuutta äidin omatoimisuudelle.

Suonensisäisen nesteytyksen pitkittämistä tai kestopatetrin paikoilleen jättämistä yön yli ei pidetty merkittävinä hidastavina tekijöinä, vaan ne tiedostettiin periaatteiden vastaiseksi toiminnaksi. Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajat jättivät kestopatetrin yön yli, mikäli tiesivät, että on tulossa kiireinen yövuoro. Hoitajat kertoivat myös joskus jättävänsä

suonensisäisen nesteytyksen yöksi tippumaan, mikäli infuusiota oli jäljellä ja siitä ei ollut haittaa äidille.

Hoitajat kokivat jatkuvan kiireen olevan merkittävin tekijä nopean toipumisen periaatteiden toimivuuden hidastumisessa. Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajat ehdivät tehdä välttämättömät työt, eikä aikaa riittänyt aina äidin kanssa olemiseen ja hänen tukemiseensa. Hoitajat kokivat myös eri vuorojen kuormittavuuden hidastavana tekijänä, sillä esimerkiksi yövuoroissa on vähemmän henkilökuntaa kuin muissa vuoroissa. Haastatteluissa kävi ilmi, että henkilökunnan määrä on myös liian vähäinen tehtävään työmäärään verrattuna.

Nyt kun synnytysten määrä on lisääntynyt, henkilökunta ei enää riitä.

Kiireen vuoksi ei välttämättä ehdi avustaa äitiä ylös vuoteesta.

6.2 Nopean toipumisen periaatteiden kehittäminen

Hoitajat kokivat riittävän koulutuksen olevan avainasemassa toiminnan kehittämisessä. Hoitajien mukaan koulutus- ja kehittämisspäivillä autetaan pitämään yllä työntekijöiden motivaatiota sekä tietotaitoa nopean toipumisen periaatteita kohtaan. Hoitajat kokivat, että vuorotyön vuoksi on tärkeää että koulutuksessa esille tulleet asiat olisivat esillä osastolla tiivistetysti, sillä kaikki eivät pääse koulutuksiin.

Kaikki eivät aina pääse koulutuksiin eikä suurta paperinivaskaa tule aina luettua, joten olisi hyvä, että olisi jokin selkeä ja tiivistetty taulu koulutuksen pääpiirteistä.

Yhteisen hoitolinjan katsottiin olevan etuna nopean toipumisen periaatteiden onnistumiselle. Myös uusien hoitajien perehdytys nousi useassa haastattelussa esille, sillä tällä hetkellä hoitajat kokivat uusien työntekijöiden perehdytyksen puutteen ongelmana yhteiselle hoitolinjalle.

Olisi hyvä, että kaikki puhaltaisivat yhteen hiileen ja hoitokäytännöt olisivat samat.

Nopean toipumisen periaatteiden toimivuuden kannalta hoitajat kokivat tarvitsevansa enemmän aikaa potilaan tukemiseen. Resursseja kaivattiin lisää myös työntekijöiden keskinäiseen informointiin, kuten tuomalla ennen toimineet tiimit takaisin osaston toimintaan. Myös perhehuoneiden riittämätön määrä koettiin ongelmaksi, sillä isät eivät välttämättä päässeet osallistumaan hoitoon vaikka haluaisivatkin.

Vähän väliä tulee asioita, joita pitäisi porukalla miettiä. Ennen tällaisia asioita mietittiin tiimeissä, mutta tiimit eivät ole olleet käytössä enää vuosiin ajan puutteen vuoksi.

Äidille tulisi olla enemmän aikaa, jotta hoitaja ehtisi perehdyttää ja ohjata äitiä omaan hoitoonsa.

7 POHDINTA

Tässä luvussa pohdimme opinnäytetyön tuloksia, opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä sekä omaa oppimistamme ja ammatillista kasvuamme. Lisäksi pohdimme tulosten hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimushaasteita.

7.1 Tulosten tarkastelua

Tässä luvussa tuomme esiin tutkimuksemme keskeisimpiä tuloksia nopean toipumisen periaatteiden toimivuudesta elektiivisen sektiopotilaan hoidossa. Käsittelemme elektiivisen sektiopotilaan hoidon tuomia hyötyjä ja asettamia haasteita sairaanhoitajan kokemana. Vertaamme tutkimustuloksia Tialan (2013) pro gradu -tutkielmaan, joka käsittelee nopeutetun hoidon mallia sairaanhoitajien kokemana. Lisäksi hyödynsimme Andersonin, Chaboyerin ja Gillespien (2012) artikkelia tulosten tarkastelussa.

Tulosten mukaan hoitajat pitivät riittävää ja säännöllistä kivunhoitoa tärkeänä. Osastolla potilaiden kivunhoito toteutetaan suun kautta. Tuloksien mukaan epiduraalikatetri tai kipupumppu ovat enää harvoin käytössä elektiivisen sektiopotilaan hoidossa. Myös Tialan (2013) tutkimuksen mukaan epiduraalikatetri poistetaan aikaisemmin kuin ennen, sillä jokainen ylimääräinen katetri lisää kynnystä lähteä liikkeelle. Näin kivunhoito toteutetaan nykyään pääosin suun kautta.

Hoitajat aloittavat ravitsemuksen nopean toipumisen periaatteiden mukaan asteittain. Ruokailu aloitetaan nestemäisistä ruoista, minkä jälkeen siirrytään nopeasti kiinteään ruokaan. Parenteraalinen ravitsemus lopetetaan, kun riittävä enteraalinen ravitsemus on saavutettu. Elektiivisen sektion jälkeen on enää harvoin pahoinvointia, mutta äidin pelko tulevasta pahoinvoinnista saattaa hidastaa ravitsemuksen aloittamista. Myös Tiala (2013) toteaa omassa tutkimuksessaan, että liemi- tai normaaliruoka aloitetaan tarpeen mukaan

ilman erillistä lääkärin määräystä. Tutkimuksessa Tiala kirjoittaa myös potilaan haluttomuudesta aloittaa normaali ravitseminen pahoinvoinnin pelon vuoksi, vaikka mitään fyysistä estettä ei tälle ole.

Hoitajat kertoivat kannustavansa äitejä aikaiseen mobilisoitumiseen. Aikainen mobilisoituminen edistää suolen toimintaa, lisää näläntunnetta, lievittää kipuja, vähentää riskiä trombien syntyyn ja mahdollistaa äidin aktiivisemmän lapsen hoidon. Hoitajien mukaan äidit kokevat aikaisen liikkeellelähdön joskus haastavaksi ja pelottavaksi. Tällöin hoitajat rohkaisevat ja kannustavat äitiä liikkeellelähdtöön, kertomalla faktoja liikkeellelähdtön hyödyistä ja vuoteeseen jäämisen riskeistä. Tialan (2013) tutkielmassa nousi esille myös potilaan passivisuus mobilisointia hidastava tekijänä.

Hoitajat kokivat nopean toipumisen periaatteet hyödylliseksi toimintamalliksi. Hoidon alussa hoitomalli vaatii enemmän resursseja, mutta hoidon lopussa äidin omatoimisuuden lisääntyessä hoito on vähemmän hoitajaa kuormittavaa. Myös Tialan (2013) tutkimuksessa on samoja tuloksia: hoitajat kokivat hoitomallin positiiviseksi sekä hoidon helpottuvan potilaan omatoimisuuden lisääntyessä.

Potilasohjauksessa sekä suullista että kirjallista materiaalia pidettiin yhtä tärkeinä. Erityisen tärkeänä pidettiin esikäyntiä äitiyspoliklinikalla, jossa tuleva sektio käytiin läpi ja äitiä valmistettiin siihen. Hoitajat kertoivat, että tämän vuoksi äidit ovat paremmin valmistautuneita ja heillä on käsitys tulevasta, joten näin he ovat myös motivoituneempia. Myös Tialan (2013) tutkimuksessa korostui sekä suulliset että kirjalliset potilasohjeet. Näin potilaat sisäistävät asiat paremmin, ovat aktiivisempia ja osaavat valmistautua tulevaan.

Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että hoitajat kokivat ongelmana resurssipulan ja siitä johtuvan kiireen sekä eri työvuorojen kuormittavuuden. Hoitajat kokivat juuri kiireen olevan merkittävin ongelma nopean toipumisen periaatteiden toteutumiselle. Hoitajat kertoivat, että mikäli he tietävät, että on tulossa kiireinen yövuoro, he saattavat joutua jättämään virtsakatetrin äidille yöksi vaikka tiedostavat, että periaatteiden mukaan se pitäisi poistaa mahdollisimman pian. Lisäksi hoitajat kokivat, että usein ei ole aikaa tehdä kaikkea mitä haluaisi tehdä. Toisaalta tämä tulos ei yllättänyt meitä, sillä hoitoalan kiireestä ja jatkuvasta resurssipulasta puhutaan usein. Tialakin (2013) toteaa tutkielmassaan kiireen vaikuttavan työhön negatiivisesti, sillä aika ei riitä kaikkeen mitä

hoitajat haluaisivat tehdä. Henkilökunta on sitoutunut periaatteiden toteuttamiseen, mutta hoitajien määrä ei aina riitä siihen.

Tuloksista kävi ilmi, että muita periaatteita hidastavia tekijöitä ovat perheestä lähtöisin olevat hidasteet sekä ammattitaidon puutteet. Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajat pitivät äidin ylipainoa sekä perussairauden huonoa hoitotasapainoa toipumista hidastavina tekijöinä. Myös Andersonin, Chaboyerin ja Gillespien (2012) artikkelissa ylipainoa pidetään suurimpana syynä esimerkiksi haavainfektioihin. Hoitajat kertoivat, että äidin passiivisuus ja oman hoidon laiminlyönti hidastavat myös toipumista. Haastatteluissa hoitajat miettivät, onko liiallinen isän apu ja äidin passaaminen vuoteeseen huonoksi.

Haastatteluissa lähes kaikki hoitajat kokivat, että heillä on riittävästi tietoa nopean toipumisen periaatteiden toteuttamiseen. Hoitajien mielestä on tärkeä omaksua teoriatieto osaksi käytännön hoitotyötä. Esimiesten positiivista asennetta pidettiin myös työn laatuun vaikuttavana tekijänä. Haastatteluissa esille tulleiden asioiden mukaan hoitajat olivat yleisesti tyytyväisiä osaston toimintaan ja ilmapiiriin.

Tutkimuksessamme hoitajat kokivat koulutuksen olevan tärkeää toiminnan kehittämisen kannalta. Koulutus ja kehittämispäivien koettiin pitävän työntekijöiden motivaatiota ja tietotaitoa yllä. Vuorotyö koettiin ongelmaksi, sillä se hankaloittaa koulutuksiin osallistumista ja tiedon kulkua. Hoitajat toivoivat, että koulutuksissa esille tulleet asiat saataisiin osastolle tiivistetyssä ja selkeässä muodossa kaikkien luettavaksi. Näin myös uudet hoitajat pääsisivät paremmin perille asioista. Myös Tialan (2013) tutkimuksessa käy ilmi koulutuksen tärkeys ja vuorotyön vaikutus siihen, että koulutuksen tieto ei ole kaikkien saatavilla. Tämän vuoksi käyttöön on otettu kirjalliset ohjeet ja erilliset tarkistuslistat.

Tulevaisuudessa toivottiin lisää resursseja työntekijöiden keskinäiseen informointiin sekä potilaan tukemiseen. Lisäksi osastolle kaivattiin lisää perhehuoneita, jotta puoliso voisi olla äidin tukena entistä paremmin.

7.2 Luotettavuus ja etiikka

Laadullisella tutkimuksella ei ole olemassa yhtenäistä tutkimusperinnettä, eikä näin ollen ole olemassa myöskään selvää yhtenäistä luotettavuuden arviointikaaviota. Laadullisen

tutkimuksen luotettavuutta kuvaavat oppaat painottavat tämän vuoksi monesti eri asioita. Tärkeintä on muistaa, että laadullisen tutkimuksen luotettavuus arvioidaan kokonaisuutena, jolloin koherenssi (sisäinen johdonmukaisuus) painottuu. Tämän vuoksi seuraavien asioiden tulee olla suhteessa toisiinsa; tutkimuksen kohde ja tavoitteet eli onko selvillä, mitä tutkitaan ja miksi tutkitaan, tutkijan oma sitoutumien tutkimukseen eli miksi juuri sinä teet tämän tutkimuksen, aineiston keruu eli miten kerätään, tutkimuksen tiedonantajat eli keneltä tieto kerätään, tutkijan ja tiedonantajan suhde eli miten suhde toimii ja tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus sekä tutkimuksen raportointi eli miten tutkimusaineisto on koottu, analysoitu sekä raportoitu. (Tuomi & Sarajärvi 2009e, 134–143).

Tutkimusmallin mukaan valitaan sopivimmat luotettavuuskriteerit. Painotimme työssämme erityisesti seuraavia luotettavuuskriteereitä: vastaavuutta (vastaako tutkijan käsitteellistämien tutkittavan käsityksiä), siirrettävyyttä (tulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin mahdollista tietyin ehdoin), varmuutta (tutkijan pitää huomioida ennustamattomuus) sekä vahvistettavuutta (tulokset esitetään niin seikkaperäisesti, että lukija pystyy seuraamaan päättelyä sekä arvioimaan sitä). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139.)

Tutkijan tulee noudattaa huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta koko tutkimuksen ajan. Tutkimus tulee suunnitella ja toteuttaa asianmukaisesti. Tulokset tulee julkaista avoimesti ja vastuullisesti eikä valikoida, muuttaa tai jättää julkaisematta mitään, jotta tulokset eivät vääristy. Muiden tutkijoiden saavutukset ja työt tulee ottaa huomioon eikä kenenkään aikaisempia tutkimuksia tule lainata luvottomasti tai viitata puutteellisesti niihin. Tutkijan tulee myös ilmoittaa avoimesti mahdolliset rahoituslähteet sekä muut sidonnaisuudet. (Tuomi & Saarijärvi 2009, 132–133; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Omassa tutkimuksessamme oli tärkeää tuoda tulokset julki avoimesti ja rehellisesti muuttamatta tai valikoimatta niitä. Saatua aineistoa käsitelimme luotettavasti, huolellisesti ja rehellisesti, jotta tulokset eivät vääristyneet. Vältimme myös tutkimuskohteelle tuloksista aiheutuvia haittoja unohtamatta rehellisyyttä. Saadut aineistot säilytimme sekä tuhosimme huolellisesti. Säilytimme aineistoa siten, että ulkopuoliset eivät päässeet käsiksi siihen. Tutkimuksen jälkeen tuhosimme sähköiset tiedostot poistamalla ne ja paperilla olevat aineistot revimme ja hävitimme roskiin.

Etiikka kulkee tutkimuksen mukana läpi tutkimuksen tavalla tai toisella. Tutkijan täytyy miettiä onko tutkimus tarpeellinen, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdolla aihe valitaan. Tutkittavien osallistuminen on vapaaehtoista ja se tuodaan ilmi myös heille. Suostuminen voi tapahtua joko suullisesti tai kirjallisesti. Osallistuminen tulee perustua riittävään tietoon tutkimuksesta ja tutkittaville tulee informoida tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe, aineistonkeruun konkreettinen toteutustapa ja arvioitu ajankulu, kerättävän aineiston käyttötarkoitus, säilytys ja jatkokäyttö sekä osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkittavat voivat pyytää lisätietoja tutkimuksesta ja heille on vastattava kysymyksiin totuudenmukaisesti. Tutkittava voi kuitenkin missä tahansa vaiheessa keskeyttää osallistumisensa, mutta hänen siihen antamaansa panosta voidaan kuitenkin käyttää hyväksi tuloksissa. Tutkimus ei saa aiheuttaa tutkittaville henkisiä haittoja. Mikäli tällaista ilmenee, tutkijan tulee keskeyttää tutkimus sellaisen henkilön kohdalla vaikka henkilö ei sano haluavansa keskeyttää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Kuula 2006). Oman tutkimusaiheen valitsimme sen tarpeellisuuden vuoksi. Tutkimuksemme oli tarpeellinen, jotta naistenklinikan nopean toipumisen periaatteiden toimintaa voidaan kehittää. Tutkimuksemme alussa kerroimme tutkittaville tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Kerroimme tutkittaville riittävät tiedot tutkimuksesta ja informoimme heille vaadittavat asiat, mm. tutkimuksen aihe ja arvioitu ajankulku.

Tutkimustulokset tulee esittää kunnioittavasti ilman arvostelua, jotta tuloksista ei ole haittaa tutkittaville. Tuloksia, jotka eivät perustu kattavaan aineistoon ja sen analyysiin ja voivat olla leimaavia tutkimuskohteelle, ei saa julkaista. Tutkimuskohteelle aiheutuvia haittoja tulee välttää, mutta tutkimustulokset tulee kuitenkin julkaista vaikka ne todennäköisesti olisivat epämieluisia tutkimuskohteelle. Tutkimustulosten säilyttäminen tulee olla tarkkaa eikä tutkittavien yksityisyyttä tule vaarantaa. Tietosuojan periaatteet on hyvä tietää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Kuula 2006.) Omassa tutkimuksessamme julkaisimme tulokset kunnioittavasti ja vältimme haittoja tutkittaville. Julkaisimme kattavaan aineistoon perustuvat tulokset rehellisesti, välttäen kuitenkin tutkimuskohteelle aiheutuvia haittoja. Tutkittavien yksityisyyttä varjelimme huolehtimalla tutkittavien anonyymiydestä. Tutkimuksessamme ei tuotu esille liian tarkkoja tietoja tutkittavista, kuten liian tarkasti määriteltyä ikää tai sukupuolta.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Hoitajat kokivat nopean toipumisen periaatteiden tuoman hyödyn merkittävänä elektiivisen sektipotilaan hoidossa. Hoitajien mukaan hoidon alkuvaihe vaatii enemmän resursseja sekä kuormittaa hoitotyötä enemmän. Hoidon loppupuolella äidin ollessa omatoimisempi on hoito kuitenkin vähemmän hoitajaa kuormittavaa.

Hoitajien mukaan nopean toipumisen periaatteet toteutuvat hyvin naistenlinikalla. Hidastavina tekijöinä pidettiin resurssien vähyyttä, tiedon ja perehdytyksen puutetta sekä informaation hidasta kulkemista. Toimiviksi asioiksi koettiin yhteistyö eri tahojen välillä, potilasohjaus sekä toimintatavat.

Kehitysideoiksi nousi resurssien ja perhehuoneiden lisääminen, informaation kulkemisen edistäminen tiimipalavereiden takaisin tuonilla, nopean toipumisen periaatteisiin perehdyttäminen sekä periaatteiden toiminnan edistäminen tarkistuslistoilla.

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla potilaan näkemys elektiivisen sektipotilaan hoidosta ja etenkin potilasohjauksen näkökulmasta. Olisi mielenkiintoista haastatella potilaita sekä kuulla heidän näkemyksiään ja verrata niitä hoitajien näkemyksiin. Toisena jatkotutkimusehdotuksena voisi olla tutkimuksen uusiminen. Tällä tavoin nähtäisiin naistenklinikan kehitys elektiivisen sektipotilaan hoidossa nopean toipumisen periaatteiden mukaan.

7.4 Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastava ja pitkä prosessi, joka on kestänyt lähemmäs kaksi vuotta. Opinnäytetyöprosessi eteni hyvin aikataulussa, kunnes aloitimme sisällönanalyysivaiheen. Aineiston ryhmittely tuotti haasteita, sillä aineistossa kaikki asiat olivat tiiviisti sidoksissa toisiinsa. Ensimmäinen aineiston ryhmittely ei vastannut tutkimuskysymyksiin, minkä jälkeen päädyimme yhdessä opinnäytetyötä ohjaavan opettajamme kanssa tarkistamaan analyysin kokonaisuutta sekä tutkimuskysymysten osuvuutta. Tiivistimme alkuperäiset kolme kysymystä kahteen kysymykseen. Tutkimuskysymysten muokkaaminen selkeytti aineiston näkemistä kokonaisuutena muuttamatta kuitenkaan tutkimuksen alkuperäistä tarkoitusta. Tutkimuskysymysten muokkaamisen jälkeen analysoimme aineiston uudestaan karsimatta alkuperäisestä

aineistosta mitään. Nämä muutokset viivästyttivät opinnäytetyöprosessia lähes puoli vuotta. Koimme tämän vuoksi sisällönanalyysin opinnäytetyöprosessin haastavimmaksi vaiheeksi. Meidän olisi pitänyt paneutua sisällönanalyysin teorian ymmärtämiseen enemmän ennen käytännön tekemistä. Ryhmittelyn konkreettinen ymmärtäminen oli haastavaa, ja siihen olisi pitänyt hakea enemmän ohjausta.

Haastatteluista saatua aineistoa oli runsaasti. Tuloksia auki kirjoittaessamme olisimme kuitenkin kaivanneet syvempää tietoa. Haastattelutilanteita olisi pitänyt harjoitella ennakkoon. Myös osastolta aistittava kiire vaikutti haastatteluiden pinnallisuuteen. Aineisto kuitenkin vastasi tutkimuskysymyksiimme ja saimme kattavan näkemyksen naistenklinikan toiminnasta elektiivisen sektiopotilaan hoidossa.

Opinnäytetyöprosessin aikana on ollut pitkiä taukoja aikatauluongelmista johtuen. Työn tekemisen hajanaisuus on hankaloittanut työhön orientoitumista. Lisäksi välimatka- ja aikataulusyistä olemme joutuneet jakamaan työn eri vaiheita, mutta olemme kuitenkin tehneet tiivistä yhteistyötä. Olemme käyneet yhdessä kaikki kohdat läpi ja muokannet ne molemmille mieleisiksi. Opinnäytetyöprosessin myötä olemme oppineet paljon ja prosessi on ollut antoisa. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meille aikataulujen hallitsemista ja omien voimavarojen tuntemista. Lisäksi olemme oppineet paljon työn suunnittelusta ja yhteistyöstä sekä tutkimuksen tekemisestä ja lähdekritiikistä. Haastatteluun osallistuneiden hoitajien vastauksista olemme saaneet lisäksi hoitoalan hiljaista tietoa, joka auttaa meitä tulevassa ammatissamme.

LÄHTEET

- Ahonen, J. Sainio, S. & Pakarinen, P. 2008. Synnytykseen liittyvä massiivinen verenvuoto. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96964&p_haku=kohturuptuura. Luettu 26.3.2015.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94977.pdf>. Luettu 15.4.2014.
- Anderson, V., Chaboyer, W. & Gillespie, B. 2012. The relationship between obesity and surgical site infections in women undergoing caesarean sections: An integrative review. Midwifery. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00253-7/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00253-7/abstract). Luettu 14.4.2015.
- Australian Safety & Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical. 2009. Fast-track surgery and enhanced recovery after surgery (ERAS) programs. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.surgeons.org/media/299206/RPT_2009-12-09_Enhanced_Patient_Recovery_Programs.pdf. Luettu 3.9.2015.
- Ekholm, E. & Laivuori, H. 2011. Pre-eklampsia ja muu raskaudenaikainen verenpaineen nousu. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Ylikorkala & Kauppila toim. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Suunniteltu keisarileikkaus. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/naistentautien_ja_synnytysten_toimintayksikko/virtuaalisynnytyssairaala/synnytyssosasto/keisarileikkaus_eli_sectio/suunniteltu_keisarileikkaus. Luettu 8.10.2015.
- Gisler, M. & Vuori, E. 2014. Perinataalitulasto-synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116818/Tr23_14.pdf?sequence=3. Luettu 26.3.2015.
- Hakulinen- Viitanen, T., Lammi-Taskula, J., Ritvanen, A. Sarlio-Lähteenkorva, S., Pelkonen, M. & Rantamäki, R. 2012. Meille tulee vauva. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Pdf-tiedosto. Saatavissa: https://www.thl.fi/documents/732587/741077/meille_tulee_vauva.pdf. Luettu 17.3.2015.
- Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2003. Keisarileikkauksen riskit. Lääkärikirja Duodecim. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93493.pdf>. Luettu 26.3.2015.
- Hönninen, H., Kuorelahti, R., Holmstedt, A., Heiskanen, M., Hinkkanen, S-M., Kultti, V., Uusipaasto, K. & Virtanen, A-M. 2011. Fast track- hoitomallin kehittäminen Keski-Suomen

keskussairaalassa vatsakirurgian osastolla 22. WWW-dokumentti. Saatavilla: <https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFjAAahUKEwjW3oTYz9vHAhWFs3IKHZ9nCm4&url=http%3A%2F%2Fwww.ksshp.fi%2Fdownload%2Fnoname%2F%257B6312003A-83E4-4824-9A43-2EB50BA33AEB%257D%2F32702&usg=AFQjCNFFfmaHwVov23iZPs7O0a-PK4wVpQ&sig2=rnqQRqoq2QwOZYUvXkwoAg&bvm=bv.101800829,d.bGQ>. Luettu 3.9.2015.

Kairaluoma, P. 2007. Fast track -kirurgian anesthesiologiset periaatteet. Pdf-tiedosto. Saatavilla: http://www.finnanest.fi/files/fasttrack_pka.pdf. Luettu 3.9.2015.

Kellokumpu, I. 2012. Nopeutetun hoidon malli- Kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10403.pdf>. Luettu 3.9.2015.

Kellokumpu, S. 2010. Fast track -hoitomallin taloudellinen arviointi Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25485/URN:NBN:fi:jyu-201010152987.pdf?sequence=1>. Luettu 3.9.2015.

Keski-Pohjanmaan keskussairaala. N.d. WWW-sivut. Saatavissa: http://www.kpshp.fi/sivu/synnytys- ja_naistentautien_yksikko. Luettu 13.5.2014.

Keski- Pohjanmaan keskussairaala. 2011a. Kotihoito- ohje keisarileikkauksen jälkeen. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <https://www.kpshp.fi/sivu/media/Kotihoito-ohje+keisarileikkauksen+j%C3%A4lkeen.docx/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw==>. Luettu 8.10.2015.

Keski- Pohjanmaan keskussairaala 2011b. Ohje keisarileikkaukseen tuleville. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <https://www.kpshp.fi/sivu/media/Ohje+keisarileikkaukseen+tuleville.docx/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw==>. Luettu 8.10.2015.

Keski- Pohjanmaan keskussairaala. 2014. Tilinpäätöskertomus 2014. Pdf-tiedosto. Saatavissa: https://www.kpshp.fi/sivu/media/Kiurun_tilinpaaatoskertomus_2014_valtuuston_hyv.pdf/format-pdf. Luettu 8.10.2015.

Kokkolan kaupunki. 2015. Äitiysneuvolapalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.kokkola.fi/palvelut/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveys/neuvolapalvelut/aitiysneuvola/fi_FI/aitiysneuvola/. Luettu: 8.10.2015.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.vastapaino.fi/vp/images/tekstinaytteet/978-951-768-172-8.pdf>. Luettu 20.4.2014.

Liimatta, A. 2014. Henkilökohtainen tiedonanto, sähköpostiviesti. 14.5.2014.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Pdf-tiedosto.

Saatavilla:

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf.
Luettu 25.5.2014.

Lumio, J. 2012. Virtsatietulehdus aikuisilla-virtsatieinfektio. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00615&p_haku=virtsatieinfektio. Luettu 26.3.2015.

Mäkinen, J. 2011. Kohdun ulkoinen raskaus. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Ylikorkala & Kauppila toim. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 386-390.

Männikkö, P. 2014. Parempaa potilasohjausta. WWW-dokumentti. Saatavilla:
<http://www.tesso.fi/artikkeli/parempaa-potilasohjausta>. Luettu 25.5.2014.

Niemi, M. 1999. Synnytyslääkärit synnytyksiä ”räätälöimään”. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa:
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=sektio&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo90086. Luettu 10.4.2014.

Nuutila, M.& Ylikorkala, O. 2011. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Ylikorkala & Kauppila toim. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 481.

Nyberg, R. & Tihtonen, K. 2014. Kohdun keisarileikkausarven pitkäaikaisvaikutukset. Terveysportti. WWW-tiedosto. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11530&p_haku=kohturuptuura. Luettu 26.3.2015.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka. WWW-dokumentti. Saatavilla:
https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/. Luettu 25.5.2014.

Opiskelijan laatukäsikirja. 2013. Keski- Pohjanmaan keskussairaala. Pdf-tiedosto. Saatavilla:
http://www.kpsHP.fi/sivu/media/Opiskelijaohjauksen_laatukasikirja_2013.pdf/format-pdf.
Luettu 8.4.2014.

Pulli, T. 2013. Pre-eklampsia. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportti. WWW- dokumentti. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02625&p_haku=sektio. Luettu 19.3.2015.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Toimenpiteelliset hoitojaksot 2010. Pdf-tiedosto. Saatavilla: http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2011/Tr41_11.pdf. Luettu 27.4.2014.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2012. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/talous/terveysmenot. Luettu 27.4.2014.
- Tiala, T. 2013. Nopeutetun hoidon mallit sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://herkules.oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201312062023.pdf>. Luettu 3.9.2015.
- Tiitinen, A. 2014a. Synnytyspelko. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00884. Luettu 19.3.2015.
- Tiitinen, A. 2014b. Etinen istukka. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00123. Luettu: 23.3.2015.
- Tiitinen, A. 2014c. Keisarileikkaus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00873. Luettu 14.4.2015.
- Tuimala, R. & Uotila, J. 2011a. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Ylikorkala & Kauppila toim. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 462-463.
- Tuimala, R. & Uotila, J. 2011b. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Naisten taudit ja synnytykset. Ylikorkala & Kauppila toim. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 468.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tuomi & Sarajärvi toim. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 17-19, 72-77, 85-123, 132-133, 134-143.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/ohjeet-ja-julkaisut/opetusmateriaali>. Luettu 15.4.2014.
- Uotila, J. 2006. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Kätilötyö. Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä toim. Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy. 490-494.
- Uotila, J. 2009. Jälkeisvaiheen häiriöt. Teoksessa Kätilötyö. Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä toim. Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy. 502-503.
- Vaasan keskussairaala. N.d. Suunniteltu sektio. Pdf-tiedosto.. Saatavissa: <http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/Potilasohjeet/Sektio,%20suunniteltu%20-%20ohjeet.pdf>. Luettu 8.10.2015.
- Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025. Luettu 3.9.2015.

Äimälä, A-M. 2009a. Ponnistusvaiheen häiriöt. Teoksessa Kätilötyö. Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä toim. Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy. 484–485.

Äimälä, A-M. 2009b. Avautumisvaiheen häiriöt. Teoksessa Kätilötyö. Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä toim. Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy. 476-478.

Äimälä, A-M. 2009c. Perätilaraskaus ja –synnytys. Teoksessa Kätilötyö. Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä toim. Kätilötyö. Helsinki: Edita Publishing Oy. 449–451.

Marika Niemonen & Henna Korpi
Centria-ammattikorkeakoulu

Saatekirje

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Centria-ammattikorkeakoulusta. Olemme tekemässä opinnäytetyötä nopean toipumisen periaatteiden toteutumisesta elektiivisen sektiopotilaan hoidossa hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää hoitajien kokemuksia nopean toipumisen periaatteiden toteutumisesta sektiopotilaan hoidossa Keski- Pohjanmaan Keskussairaalan synnytys- ja naistentautien yksikössä. Keräämme tutkimuksen aineiston haastatteleamalla Keski- Pohjanmaan Keskussairaalan synnytys- ja naistentautien yksikön hoitajia.

Osastonhoitajanne on valinnut Teidät mukaan tutkimukseen haastateltavaksi työkokemuksenne perusteella. Haastatteluun osallistumien on vapaaehtoista. Haastattelut ovat luottamuksellisia, eikä opinnäytetyön raportoinnissa voi tunnistaa yksittäistä haastateltavaa. Haastattelut suoritetaan osastolla loppuvuoden 2014 aikana.

Halutessanne voitte kysyä opinnäytetyöhön liittyvistä asioista sähköpostilla marika.niemonen@cou.fi

Ystävällisin terveisin

Marika & Henna

Marika Niemonen & Henna Korpi
Centria-ammattikorkeakoulu

Alustava teemahaastattelurunko Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytys- ja naistentautien osastolle

1. Taustatiedot

- Kuinka kauan olette työskennellyt hoitoalalla?
- Kuinka kauan olette työskennelleet tällä kyseisellä osastolla?
- Kuinka kauan olette työskennelleet nopean toipumisen periaatteiden parissa?
- Oletteko osallistunut nopean toipumisen periaatteiden lisäkoulutukseen?
 - Oletteko olleet tyytyväisiä saamaanne koulutukseen?
 - Miksi näin?

2. Kokemukset nopean toipumisen periaatteista elektiivisen sektiopotilaan hoidossa osastolla

- Onko nopean toipumisen periaatteista mielestäsi merkittävää hyötyä elektiivisen sektionpotilaan hoidossa?
 - Miksi näin?
- Mitkä nopean toipumisen periaatteet osastollanne näkyvät käytännössä?
 - Periaatteisiin kuuluu potilaan ohjaus, lyhytvaikutteinen anestesia muoto, stressireaktion minimoiminen, riittävä kivun hoito, aikainen mobilisoituminen, pahoinvoinnin ehkäisy, yksilöllinen ravitsemus sekä nestehoito

3. Nopean toipumisen periaatteita estävät sekä edistävät tekijät osastolla

- Mitkä edistävät nopean toipumisen periaatteiden toteutumista osastollanne?
- Mitkä nopean toipumisen periaatteista eivät toimi käytännössä osastollanne?
 - Miksi eivät toimi?
- Mikä on esteenä nopean toipumisen periaatteiden toteutumiselle osastollanne elektiivisen sektiopotilaan hoidossa?
 - Muun muassa koulutus, resurssit, yhteistyö

4. Nopean toipumisen periaatteiden kehittäminen elektiivisen sektiopotilaan hoidossa

- Miten osastollanne voisi kehittää nopean toipumisien periaatteiden toteutumista käytännössä?
- Mitä nämä kehittämistoimet vaatisivat osastoltanne?
-



Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido-
ja peruspalvelukuntayhtymä

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Hakijan nimi Marika Niemonen

Osoite [REDACTED]

Puhelin [REDACTED]

Hakijan nimi Henna Korpi

Osoite [REDACTED]

Puhelin [REDACTED]

Tutkimuksen ohjaajan nimi ja yhteystiedot

Timo Kinnunen, Centria-ammattikorkeakoulu

Tutkimuksen nimi

Nopean toipumisen periaatteiden toteutuminen elektiivisen sektiopotilaan hoidossa hoitajan näkökulmasta

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää hoitajien kokemuksia nopean toipumisen periaatteiden toteutumisesta sektiopotilaan hoidossa Keski- Pohjanmaan Keskussairaalan synnytys- ja naistentautien yksikössä.

Tutkimuksen tavoite on, että Keski-Pohjanmaan keskussairaalan synnytys- ja naistentautienyksikkö voi tulosten pohjalta kehittää toimintaansa nopean toipumisen periaatteiden toteutumisessa sektiopotilaan hoidossa.

Tutkimustehtävät

1. Miten nopean toipumisen periaatteet toteutuvat elektiivisen sektiopotilaan hoidossa?
2. Mitkä tekijät edistävät tai estävät periaatteiden toteutumista?
3. Miten nopean toipumisen periaatteita voisi kehittää elektiivisen sektiopotilaan hoidossa?

Aineistonkeruu ja analyysi

Käytämme opinnäytetyössämme kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Aineiston keräämme puolistrukturoidulla haastattelulla synnytys- ja naistentautien yksikön hoitajilta. Analyysimenetelmänä käytämme aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Paikka Kokkola Päiväys 9.10.2014

Marika Niemonen

Hakijan allekirjoitus:

Henna Korpi

Hakijan allekirjoitus:



Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido-
ja peruspalvelukuntayhtymä

Tutkimuslupa-anomus _____

Liitteet

- ① Tutkimussuunnitelma
- ② Kysely/haastattelulomake
- 3) Tiedote tutkimukseen osallistujalle
- 4) Tutkimukseen osallistuvan suostumuslomake (mikäli tutkimukseen osallistuu potilaita)
- ⑤ Saatekirje

Puollan tutkimuslupaa:

Paikka ja aika _____

Nimi _____

Allekirjoitus _____

LUVAN MYÖNTÄMINEN

Lupa myönnetty

Lupaa ei myönnetty

Paikka ja aika _____

Hallintoylihoitaja _____

**KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ**

Tutkimuslupapäätös
Hallintoylihoitaja

9.10.2014

21 §

ASIA

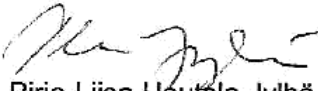
Marika Niemonen, Henna Korpi. Nopean toipumisen periaatteiden toteutuminen elektiivisen sektiopotilaan hoidossa hoitajan näkökulmasta. CENTRIA ammattikorkeakoulu. 101014.

PÄÄTÖS

Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Hallintoylihoitaja