



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Kirurgisen hoidon erityispiirteet -Inkontinenssi naispotilas

Kivinen, Heidi
Vähäpassi, Anni

2017 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Kirurgisen hoidon erityispiirteet -Inkontinenssi-naispotilas

Kivinen Heidi
Vähäpassi Anni
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2017

Kivinen Heidi, Vähäpassi Anni

**Kirurgisen hoidon erityispiirteet
-Inkontinenssi-naispotilas**

Vuosi

2017

Sivumäärä

37

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirurgisen hoidon erityispiirteitä inkontinenssi-naispotilaan näkökulmasta. Tärkeää opinnäytetyön kannalta on sen hyödynnettävyys työelämässä ja tavoitteena onkin, että kirurgisen inkontinenssi-naispotilaan hoidon laatua voitaisiin tämän opinnäytetyön avulla kehittää. Opinnäytetyö toteutettiin työelämän hankkeena Peijaksen sairaalan urologiselle osastolle K1. Opinnäytetyössä selvitettiin kahden tutkimuskysymyksen avulla kirurgisen hoidon erityispiirteitä sekä laadukasta potilasohjausta inkontinenssi-naispotilaan näkökulmasta. Opinnäytetyön tietoperustassa keskitytään urologiseen ja naispotilaan hoitotyöhön, naispotilaan kohtaamiseen sekä inkontinenssiin yleisesti ja erityisesti naisilla. Tietoperustassa käydään läpi myös inkontinenssi-naispotilaan kirurgista hoitoa. Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jossa tiedonhaku toteutettiin tarkasti ja suunnitelmallisesti. Opinnäytetyön aineistoksi valittiin 10 suomen- ja englanninkielistä tutkimusta ja tieteellistä artikkelia.

Opinnäytetyön keskeisimmissä tuloksissa nousi esille, että valittu leikkaustapa ei ole merkityksellinen paranemistuloksia tarkasteltaessa. Erilaiset leikkaustekniikat TVT (tension free vaginal tape), TVT-O (transobturator tape) sekä TOT (tension free vaginal tape obturator) ovat vertailukelpoisia keskenään, koska paranemistulokset ja tehokkuus ovat objektiivisesti mitattuna lähes samat. Kuitenkin eri leikkaustekniikoissa esiintyvissä komplikaatioissa ilmenee eroavaisuuksia, koska TVT-leikkauksessa esiintyi komplikaatioita, joita TVT-O leikkauksessa ei esiintynyt. TVT-O-leikkausmenetelmä todettiin myös olevan lyhyempi leikkausajaltaan kuin TVT-leikkausmenetelmä, koska siinä ei käytetä kystoskopiaa. Kuitenkin todettiin, että leikkausajalla ei ole merkitystä paranemistuloksiin. Myöskään sillä, kuinka kauan leikkauksesta oli kulunut ei ollut vaikutusta paranemistuloksiin. Tuloksissa liittyen hoidon ohjaukseen nousi esille potilaiden tiedontarpeiden ja toteutuneen tiedonsaannin ristiriita. Potilaat eivät kokeneet saaneensa tarpeeksi neuvontaa itselleen tärkeissä asioissa. Kirurgiset hoitajat kokivat, että ohjauksessa tulisi olla selkeä ohjausrunko ja kirjallista materiaalia sekä hoitajille että potilaille tarvittaisiin enemmän. Työntekijät kokivat, että parempi perehdytys ja täydennyskoulutus, mahdollinen pitkä työkokemus ohjaajalla, potilaiden kohtaaminen yksilönä ja potilaslähtöisesti, läheisten huomioiminen sekä moniammatillinen yhteistyö ovat tärkeitä asioita laadukkaassa ohjaamisessa.

Tuloksissa tulee huomioida, että kirurgisen hoidon erityispiirteissä tulokset koskivat lähinnä lääketieteellistä näkökulmaa, joten hoitotyön osuus jäi vähäiseksi. Ohjauksen näkökulman tuloksissa nousi esille muun muassa selkeän ohjausrungon puuttuminen ohjatessa kirurgisia potilaita. Yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi nousi esille esimerkiksi selkeän ohjausrungon koonti urologiselle osastolle inkontinenssin hoitoon liittyen.

Kivinen Heidi, Vähäpassi Anni

**The characteristics of surgical care
-Incontinence in women patients**

Year	2017	Pages	37
------	------	-------	----

The purpose of this Bachelor's thesis was to describe the characteristics of surgical care of women patients who suffer from incontinence. For this thesis the usefulness in working life was important and the goal was to develop the surgical care of incontinence in women. This thesis was carried out as a working life project for Peijas hospital's urological ward K1. This thesis used two research questions in order to describe the characteristics of surgical care and high-quality guidance of treatment of women patients suffering from incontinence. The theoretical background consists of urological nursing, nursing and encountering of women patients, incontinence in general as well as incontinence in women. The theoretical background also examines the surgical care of incontinence in women. The research method of the thesis is a descriptive literature review, in which a literature search was made in an accurate and systematic manner. The material of the thesis is comprised of ten English and Finnish theses and scientific articles.

The key results of the thesis show that the chosen type of surgery is not significant when recovery statistics are observed. The surgery types of TVT (tension free vaginal tape), TVT-O (transobturator tape) and TOT (tension free vaginal tape obturator) can be compared, because the recovery results and efficiency were almost equal when objectively measured. However, there are differences in the complications of different types of surgeries, as TVT surgery involved complications that were not found in TVT-O surgeries. TVT surgery was shorter to perform because it does not use cystoscopy. Nevertheless, it was observed that surgery time does not relate to recovery results. Also, the amount of time passed after the surgery does not affect the recovery results. In regard to guidance of treatment, the results indicate an inconsistency between the need of information and gained information. Surgical nurses thought that guidance of treatment should have a clear model and there should be more literary material for both nurses and patients. The workers found that better introduction, extramural training, possible long work experience, encountering patients as individuals, as well as taking into account the next of kin and multi-professional co-operation are important matters in high-quality guidance.

It must be noted that the results of the characteristics of surgical care of incontinence were from a medicinal point of view and the aspect of nursing was minor. The results of guidance of treatment indicated a lack of model guidance when guiding surgical patients. An interesting topic for future research could be the compilation of a model for guidance of treatment for the urological ward in terms of incontinence care work.

Keywords: Urology, incontinence, women, guidance of treatment

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Tutkimuksen teoreettinen tausta	7
2.1	Urologinen hoitotyö.....	7
2.2	Naispotilaan hoitotyö.....	7
2.3	Naispotilaan kohtaaminen	7
2.4	Inkontinenssi	8
2.5	Inkontinenssi naisilla.....	8
2.6	Inkontinenssin hoito naisilla.....	9
2.7	Inkontinenssin kirurginen hoito naisilla	10
2.7.1	TVT-, TOT- ja TVT-O-leikkaukset.....	10
2.8	Hoidon ohjaus.....	11
3	Opinnäytetyön aiheen tarkoitus ja tavoite	12
4	Opinnäytetyön toteutus ja ympäristö	13
4.1	Helsingin ja Uudemaan sairaanhoitopiiri.....	13
4.1.1	Peijaksen sairaala	13
4.1.2	Urologian osasto K1	14
4.2	HUS:n organisaatiokaavio	15
5	Kirjallisuuskatsaus menetelmänä	15
5.1	Opinnäytetyön aiheen rajausta.....	17
5.2	Opinnäytetyön aineiston sisällönanalyysi	20
6	Opinnäytetyön aikataulu.....	21
7	Opinnäytetyön tulokset	22
7.1	Inkontinenssi-naispotilaan kirurgisen hoidon erityispiirteet.....	22
7.2	Laadukkaan potilasohjauksen kuvailu inkontinenssista kärsivän naispotilaan kirurgiseen hoitoon liittyen	24
8	Pohdinta	26
8.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.....	26
8.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	28
8.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	29
8.4	Ammatillinen kehittyminen	30
	Kuviot.....	36
	Taulukot	37

1 Johdanto

Virtsankarkailu eli inkontinenssi on hyvin yleinen vaiva monilla keski-ikäisillä sekä ikääntyvillä naisilla. Virtsankarkailu ei katso aina ikää, sillä 25-60-vuotiaista naisista siitä kärsii noin 20% ja yli 70-vuotiaista noin 60%. Inkontinenssi voidaan jakaa naisilla kolmeen päätyyppiin; ponnistusinkontinenssiin, pakkoinkontinenssiin ja sekamuotoiseen inkontinenssiin. Ennen kirurgista hoitoa inkontinenssia hoidetaan naisilla lääkkeiden, fysioterapian sekä elämäntapamuutosten avulla. (Tiitinen 2016.) Nykyään erityisesti ponnistusinkontinenssia hoidetaan kirurgisesti erilaisilla nauhaleikkauksilla, jotka toteutaan mini-invasiivisina toimenpiteinä. Erilaisia inkontinenssin kirurgisen hoidon leikkausmenetelmiä ovat TVT (tension free vaginal tape), TVT-O (transobturator tape) sekä TOT (tension free vaginal tape obturator), joista käytetyin menetelmä on TVT. (Ala-Nissilä 2011.)

Ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä potilaita kohdattaessa. Ohjauksen tarkoitus on kannustaa asiakasta ottamaan vastuuta omaan terveyteen ja sairauden hoitamiseen liittyvissä asioissa. Ohjauksella tuetaan asiakasta mahdollisimman hyvin käyttäen hänen omia voimavarojaan. Hoitajan tehtävänä on auttaa asiakasta päätöksenteossa, mutta mahdollistaa asiakkaan omien ratkaisujen tekemisen. (Kygäs ym. 2007, 5, 25-26.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata inkontinenssi-naispotilaan kirurgisen hoidon erityispiirteitä sekä laadukasta potilasohjausta inkontinenssin kirurgisessa hoidossa naispotilaalla. Tämän kirjallisuuskatsauksen aihe nousi työelämän tarpeista. Peijaksen sairaalan Urologisella osastolla K1 koettiin tärkeäksi lähteä kartoittamaan vahvaa tietoperustaa inkontinenssi-naispotilaan kirurgisen hoidon erityispiirteistä parantaen inkontinenssi-naispotilaan hoidon ohjausta. Tämä opinnäytetyö auttaa ymmärtämään, minkälaisia keinoja voidaan käyttää inkontinenssia sairastavan naispotilaan kirurgisen hoidon ja ohjauksen laadun parantamiseksi.

2 Tutkimuksen teoreettinen tausta

Tämän luvun alussa kartoitetaan urologisen hoitotyön taustaa naispotilaan näkökulmasta. Tutkimuksen keskeisiksi käsitteiksi nousivat urologinen hoitotyö, naispotilaan hoitotyö, naispotilaan kohtaaminen, inkontinenssi, inkontinenssi naisilla, inkontinenssin kirurginen hoito sekä hoidon ohjaus.

2.1 Urologinen hoitotyö

Urologia käsittää naisten ja miesten virtsateiden ja munuaisten sekä miesten sukuelinten sairauksien tutkimuksen sekä kirurgisen ja lääkkeellisen hoidon. Urologiaan kuuluvat myös naisten ja miesten toiminnallisten virtsanpidätys- ja virtsaamishäiriöiden tutkimukset sekä hoito. Miesten sukuelinten toiminnalliset, hormonaaliset ja lisääntymiskykyyn vaikuttavat häiriöt luetaan myös urologian erikoisalaan kuuluviksi. Yleisimpiä urologisia sairauksia ovat muun muassa eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu sekä virtsa- ja sukuelinten syöpä. Suurin osa urologiasta on syövän hoitoa. Yleisimpiä päivystyksellistä hoitoa vaativat urologiset vaivat ovat muun muassa virtsakivet, virtsaumpi, virtsateiden verenvuodot sekä munuaisten, sukuelinten ja virtsateiden vammat. (HUS 2013.)

2.2 Naispotilaan hoitotyö

Naisena oleminen ajatellaan psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. Siihen vaikuttavat vahvasti ympäristötekijät ja myös perimä. Biologon puoli naiseudessa on muun muassa erilaiset fyysiset ja hormonaaliset tapahtumat elämässä, kun taas psyykkinen puoli on yhteydessä minäkuvaan eli omaan käsitykseen itsestä naisena. Sosiaalinen puoli liittyy muun muassa puolisona olemiseen ja äitiyteen. Perhe-elämän ja seksuaalisuuden merkitys naiseudessa on myös hyvin voimakas. (Takku 2010, 3.) Naispotilaan hoitotyö keskittyy eri-ikäisten naisten hoitamiseen elämän eri vaiheissa. Vaikka naiset elävät keskimäärin miehiä pidempään, ei naisten elämä ole välttämättä terveempää kuin miesten. Raskausaika ja synnytys voivat heikentää naisen terveyttä, vaikka ovat pääosin positiivisia tapahtumia. Naisten mahdollisuutta terveen elämään voivat alentaa myös tietyt terveysuhat ja sukupuolten välinen epätasa-arvo. Usein naiset hakeutuvat hoitoon naisen elinkaaren aikana tapahtuvien normaalien fysiologisten muutosten vuoksi, kuten muun muassa murrosikään ja kuukautisten alkamiseen, kuukautiskiertoon, raskauteen, hedelmällisyyteen ja vaihdevuosiin liittyvissä asioissa. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016. 6-7, 9-10.)

2.3 Naispotilaan kohtaaminen

Monet hoitoa vaativat naistenvaivat saattavat olla intiimejä ja arkaluontoisia. Lisäksi useimpia niistä hoidetaan poliklinisesti tai päiväkirurgisesti. Sairaanhoitajana on kyettävä luomaan nopeasti luottamuksellinen ja avoin hoitosuhde potilaan kanssa, jossa hoitaja uskaltaa ottaa

asioita puheeksi rohkeasti. Intiimialueita hoitaessa kunnioitetaan naisen intymiteettisuoja ja potilasta kohdellaan fyysisesti asianmukaisella tavalla. Naispotilasta hoitaessa tulee noudattaa sairaanhoitajan eettisiä ohjeita. Sairaanhoitajana tulee tietää oma arvoperustansa ja erottamaan omat arvonsa työhön liittyvistä arvoista. Naista tulee hoitaa ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Vaikeita eettisiä ongelmia naisen hoitotyössä on muun muassa raskaudenkeskeytys, raiskauksen kohteen hoitotyö, sikiön ja lapsen oikeussuoja sekä uskonnolliset tekijät hoitokäytännöissä. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016. 9-10.)

Naisen hoito kohdistuu usein raskauteen liittyviin asioihin. Silloin hoitajan työssä korostuu koko perheen merkitys hoidon osalta. Potilasta ja hänen koko perhettään tulee kunnioittaa ja tukea päätöksenteossa kulttuurista, perhemuodosta tai sukupuolisuuntautumisesta riippumatta. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016. 10.)

2.4 Inkontinenssi

Inkontinenssi eli virtsanpidätyskyvyttömyys toisin sanoen virtsankarkailu tarkoittaa sitä, ettei ihminen kykene kontrolloimaan virtsaamista, josta seurauksena syntyy virtsankarkailu. Ennen inkontinenssia pidettiin vaivana ilman sairauden leimaa, mutta maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) on määritellyt sen nykyisin sairaudeksi, joka yleistyy kaikkialla maailmassa. (Schenkmanis & Ulmsten 2007. 9.) Yli 40-vuotiaista suomalaisista naisista ja miehistä inkontinenssista kärsii jopa 16% ja yli 60-vuotiaista naisista jopa 60% (Takku 2010, 1).

Inkontinenssi ei ole yleensä vakava sairaus, mutta se heikentää elämänlaatua ja saattaa aiheuttaa häpeän tunnetta. Inkontinenssi on sekä lääketieteellinen että psykologinen ja sosiaalinen ongelma. Siitä saattaa kärsiä muun muassa työskentely, sosiaaliset suhteet, seksuaalielämä ja harrastukset. (Takku 2010, 1.) Potilaat saattavat olla pitkäänkin kertomatta vaivasta lääkärille, koska se voi olla hyvin arkaluonteinen asia. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 35). Inkontinenssi onkin nivelrikon ja masennuksen ohella yksittäisistä sairauksista yksi merkittävimmistä suomalaisten terveyteen liittyvistä elämänlaatua heikentävistä tekijöistä. Se voi heikentää elämänlaatua jopa enemmän kuin esimerkiksi astma tai COPD eli keuhkoauhtaumatauti. Se on myös taloudellisesti kallis ongelma aiheuttaen huomattavia kuluja sekä yhteiskunnalle että potilaalle. Joidenkin länsimaisten tutkimusten perusteella inkontinenssin kokonaiskustannukset arvioidaan jopa yhtä suureksi kuin esimerkiksi diabeteksen. (Takku 2010, 1.)

2.5 Inkontinenssi naisilla

Virtsankarkailu on naisilla yleisempää kuin miehillä. Tähän yksinkertainen syy on naisen anatomia. Naisen virtsaputki on lyhyt ja suora, joten sillä ei ole ulkopuolista sulkua tai tukea, mikä edesauttaa virtsankarkailua. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 9.) Naisilla merkittävimmät

riskitekijät virtsankarkailuun ovat ylipaino ja ikä. Muita riskitekijöitä on muun muassa raskaus, synnytys, kohdunpoisto ja diabetes. (Ala-Nissilä 2011).

Naisilla virtsankarkailu jaetaan kolmeen päätyyppiin. Yleisin näistä on ponnistusvirtsankarkailu, jossa virtsa karkaa välittömästi ponnistuksen, nostamisen tai yskimisen yhteydessä. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 35.) Ponnistusvirtsankarkailu on tyypillisin inkontinenssimuoto 25-60-vuotiailla naisilla. (Kiilholma 2017). Toinen tyyppi on pakkovirtsankarkailu, jossa tulee pakottava virtsaamisen tarve jo ennen kuin virtsa karkaa. Kolmas tyyppi on sekamuotoinen virtsankarkailu, jossa on sekä ponnistukseen liittyvää karkailua että pakkotunnetta. Vanhemmilla naisilla on enemmän virtsapakko-oireita kuin nuoremmilla naisilla. On olemassa myös ylivuotoinkontinenssia ja fistelin aiheuttamaa inkontinenssia. Kun virtsarakko tyhjenee huonosti, virtsaa voi tirahdella silloin kun ei pitäisi, tällöin on kyse ylivuotoinkontinenssistä. Fisteli voi syntyä muun muassa isojen leikkausten tai sädehoidon yhteydessä. Virtsarakon ja emättimen seinämän väliin syntyy fisteli, joka aiheuttaa virtsankarkailua. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 35.) Perusterveydenhuollossa virtsankarkailutyyppi selvitetään pisteytys- ja haitta-astelomakkeiden avulla. Lisäksi apuna käytetään muun muassa yskäisy- ja vaippatestiä sekä virtsaamispäiväkirjaa. Ystkäisytestistissä tutkittavalla tulisi olla testiä tehdessä riittävä määrä virtsaa virtsarakossa ja häntä pyydetään yskäisemään muutaman kerran kovaa, josta saattaa aiheutua virtsankarkailua. Vaippatestin avulla taas määritellään virtsankarkailun määrä grammoina, esimerkiksi tunnissa tai jopa 72 tunnissa. (Riikola, Kiilholma & Vuorela 2012.)

2.6 Inkontinenssin hoito naisilla

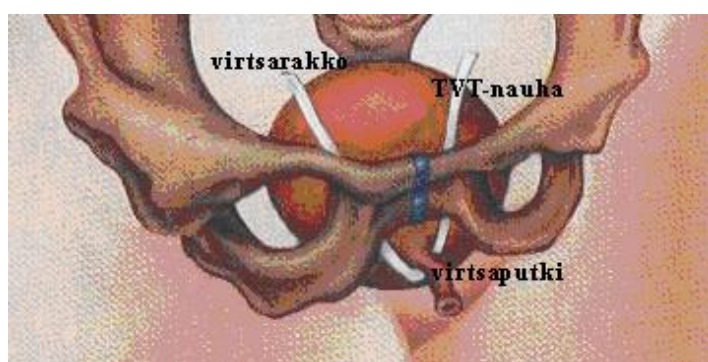
Virtsankarkailua naisilla hoidetaan lääkkeellisesti, fysioterapialla, elämäntapamuutoksilla sekä kirurgisesti (Kiilholma & Päivärinta 2007, 35). Lääkkeellisessä hoidossa huomioidaan virtsankarkailutyyppi. Pakkovirtsankarkailua voidaan hoitaa antikolinergisillä lääkkeillä. Lisäksi sitä hoidetaan toistaiseksi kokeellisesti Botuliini A pistoksilla rakkolihakseen. Ponnistusvirtsankarkailussa lääkehoidon merkitys taas on vähäinen, mutta duloksetiini parantaa pakkovirtsankarkailua lyhytaikaisesti. Vanhoilla ihmisillä lääkehoidossa huomioidaan antikolinergien haittavaikutukset, joita ovat esimerkiksi kognitiiviset häiriöt ja sekavuus. Fysioterapialla on myös tärkeä osuus virtsankarkailun hoidossa. Fysioterapeutti voi ohjeistaa lantionpohjalihas-ten harjoittamiseen. Erityisesti synnytyksen jälkeen lantionpohjalihas-ten harjoittaminen vähentää virtsankarkailua ja 70 vuotta täyttäneillä siihen tulisi yhdistää lisäksi lihaskuntoharjoittelu. Elintapamuutoksista laihduttaminen sekä virtsarakon kouluttaminen vähentävät virtsankarkailua, mistä jälkimmäinen erityisesti pakkovirtsankarkailua. (Virtsankarkailu (naiset). Käypähoito-suositus. 2011.)

2.7 Inkontinenssin kirurginen hoito naisilla

Inkontinenssista kärsivän naispotilaan ponnistusvirtsankarkailua hoidetaan nykyisin mini-invasiivisesti erilaisilla nauhaleikkauksilla (mid-uretha slings, MUS), joiden avulla parranetaan naisten virtsanpidätyskykyä ponnistustilanteissa, mikäli konservatiivinen hoito ei tuota tarvittavaa vastetta. (Ala-Nissilä 2011). Mini-invasiivisesti tehtyt nauhaleikkaukset ovat vakiinnuttaneet paikkansa ponnistusvirtsankarkailun kirurgisessa hoidossa ja korvaavat aiemmin käytössä olleet leikkaustekniikat. Mini-invasiivisessa toimenpiteessä tehdään vain pieni leikkaushaava tai haavaa ei tarvitse tehdä lainkaan. (Ala-Nissilä & Valpas 2011.) Suomessa ponnistusinkontinenssin leikkaushoitoja tehdään joka vuosi noin 2500. Aiemmin avokirurginen Burchin leikkaus oli yksi käytetyimmistä leikkausmenetelmistä naispotilaan ponnistusinkontinenssin hoidossa, jossa rakonkaulaa kohotettiin ompeleiden avulla. (Ala-Nissilä & Kiilholma 2008). Nauhaleikkaukset on nimetty leikkaustekniikansa mukaisesti, kuten esimerkiksi retropubinen TVT (tension free vaginal tape) sekä transobturatoriset TOT (transobturator tape) ja TVT-O (tension free vaginal tape obturator). Nauhaleikkauksesta saa apua myös uusiutuneen ponnistusvirtsankarkailun hoitoon, sekä yhdessä laskeumaleikkauksen kanssa pakko- ja ylivuotoinkontinenssin hoidossa. (Ala-Nissilä 2011).

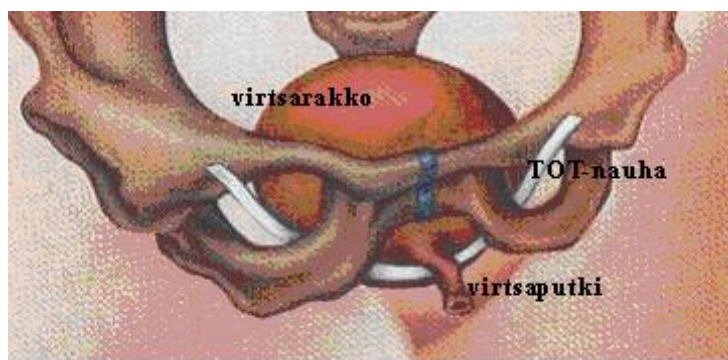
2.7.1 TVT-, TOT- ja TVT-O-leikkaukset

TVT-leikkauksessa sulamaton keinomateriaalia oleva verkkonauha asetetaan virtsaputken alle tehdystä limakalvoviillosta häpyluun taakse, jonka lisäksi verkkonauha nostetaan pienten häpyluun päälle tehtyjen viiltojen kautta. (Ala-Nissilä 2011).



Kuva 1: TVT-leikkaus. Verkkonauha asetetaan häpyluun taakse.

TVT-O-menetelmä on TVT-leikkauksen jäljitelmä, jossa keinomateriaalinauha kuljetetaan virtsaputken alta ja otetaan molemmille puolille obturator-kuopasta ulos reiden tyveen tehdystä pienistä ihoavielloista. TVT-O- ja TOT-leikkausmenetelmien ero on ainoastaan verkkonauhan kulkureitissä TVT-O "inside-out" tai TOT "outside-in". (Ala-Nissilä 2011.)



Kuva 2:TVT-O ja TOT-leikkaus. Verkkonauha asetetaan virtsaputken keskisosan alle obturator-kuopan kautta joko "inside-out" tai "outside-in" tekniikalla.

2.8 Hoidon ohjaus

Potilaan ohjaaminen on hyvin keskeinen asia hoitotyön auttamismenetelmissä. Ohjausprosessin tavoitteellisina lähtökohtina pidetään potilaan tietoja, taitoja ja psykososiaalisen tuen tarvetta. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 33.) Sosiaali- ja terveysalan asiakkaiden ohjaus on pitkälti lain ja asetusten säänneltyä ja yhteiskunnallisesti määriteltyä (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 15). Ohjauksesta voidaan käyttää erilaisia käsitteitä, kuten terveysneuvonta, neuvonta, opetus ja tiedon antaminen. Ohjauksella voidaan myös tarkoittaa asiakkaan johtamista tai johdattamista johonkin sekä asiakkaan toimintaan vaikuttamista. Hoitotyössä asiakkaan ohjaus on keskeinen osa itse hoitoa. Ohjauksella kannustetaan asiakasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään hoitamalla itseään mahdollisimman hyvin ja tuetaan häntä löytämään omia voimavaroja. Asiakas on ohjauksessa aktiivinen pulman ratkaisija. Hoitajan tehtävä on tukea asiasta päätöksenteossa ja mahdollisesti pidättäytyä esittämästä ratkaisuja, jos asiakas on itse kykenevä ratkaisemaan tilanteen. Ohjauksen tarve voi hoitotyössä liittyä asiakkaan terveysongelmiin, elämäntilanteen eri vaiheisiin, elämäntaito-ongelmiin tai elämäntilanteen muutosvaiheeseen. (Kyngäs ym. 2007, 5, 25-26.)

Ohjauksessa on erilaisia ohjaustapoja, joita hoitaja voi käyttää. Tällaisia ovat muun muassa hyväksyvä, konfrontoiva ja katalysoiva tapa. Hyväksyvää tapaa käytetään, kun asiakkaan tunteet ovat pinnalla, kun hän tarvitsee varmistusta asioille. Hoitajan tehtävänä on kuunnella, tukea, nyökytellä ja hyväksyä. Konfrontoivassa tavassa osoitetaan asiakkaan puheen ja tekojen välisiä ristiriitoja. Katalysoivassa tavassa taas selvitetään ja selkiytetään asiakkaan tilannetta avoimien kysymysten avulla. Hoitajan on tärkeää osata käyttää oikeita ohjaustapoja eri tilanteiden mukaan. Tärkeää on olla käyttämättä ammattitermejä ja puhua siten, että asiakas varmasti ymmärtää. (Kyngäs ym. 2007, 43-44.) Hyvä ohjaaja tunnistaa erilaiset asiakkaat ja osaa sen mukaisesti tarttua oikeanlaisiin ohjaustapoihin (Vänskä ym. 2011, 63).

Ohjauksessa voidaan käyttää myös dialogista vuorovaikutusta, joka perustuu ohjaajan ja ohjattavan vastavuoroiseen ja tasapainoiseen työskentelyyn yhteisymmärryksessä. Molempinpuolinen kuuntelu, kunnioittaminen ja huomioiminen on tärkeää. Dialogisessa vuorovaikutuksessa molemmat osapuolet sekä vaikuttavat, että vaikuttavat. Ohjaajan tulee osata ja soveltaa kielellisten työvälineiden käyttöä ohjauksessa. Ohjaaja voi tukea dialogista vuorovaikutusta omilla aloitteillaan, joten dialogisuuden kokonaisuuden syntyminen ei ole ainoastaan ohjattavan käsissä. Vuorovaikutus rakentuu kaikkien toimijoiden kesken. (Vänskä ym. 2011, 58-59.)

Hoitotyön ohjausta annetaan yleensä suullisesti, koska vuorovaikutus on ohjauksen kulmakivi. Vuorovaikutus antaa asiakkaalle tilaisuuden kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikosemiseen sekä tuen saamiseen hoitajalta. Ohjauksessa käytetään myös erilaisia ohjausmenetelmiä ja hoitajan on tärkeää osata arvioida millaista menetelmää kyseisen asiakkaan kohdalla tulisi käyttää. Erilaisia ohjausmenetelmiä on muun muassa sanallisella palautteella vahvistaminen, tarkastelemalla asioita kokonaisuuksista yksityiskohtiin tai toisin päin, visuaalinen tukeminen, sanattomat harjoitukset ja rytmittämällä kokonaisuuksia. Käyttää hoitaja sitten mitä ohjausmenetelmää vain, keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen lopuksi on tärkeää, koska asiakas pystyy omaksumaan vain rajallisen määrän asioita. (Kynäs ym. 2007, 73-74.)

Ohjausta on tärkeää myös arvioida. Arviointia voidaan tehdä muun muassa asiakastyytyväisyyden, tuloksellisuuden, oppimisen, koulutuksen sekä vuorovaikutuksen tutkimisella. Palautteen antamiseen on kehitetty erilaisia mittareita ja lomakkeita, jotka antavat arviointitietoa ohjauksesta. Tuloksellisuutta ohjauksessa voidaan myös arvioida muun muassa sillä, millainen lopputulos potilashoidossa on. (Vänskä ym. 2011, 128-129.)

Hoidon ohjauksen etiikassa korostuvat terveydenhuollon eettiset ohjeet, kuten oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Ohjauksen etiikkaa voidaan tarkastella muun muassa moraalikysymyksillä, tunteiden ja järjen erottamisella ohjaustilanteessa, työntekijän velvollisuudella toimia tietyllä tavalla, ohjausvuorovaikutuksen tasavertaisuudella sekä yksilöllisyyden ja moniarvoisuuden korostamisella. (Vänskä ym. 2011, 11-12.)

3 Opinnäytetyön aiheen tarkoitus ja tavoite

Hoitotieteen tavoitteena on lisätä tietoa terveydestä, kärsimyksestä ja hoitamisesta sekä auttaa ymmärtämään erilaisuutta. Hoitotiede pyrkii tavoittelemaan totuutta rakentamalla todennäköisiä teorioita, joilla terveyttä, ympäristöä, ihmistä ja hoitotiedettä voitaisiin ymmärtää ja kehittää. (Eriksson ym. 2007, 32.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata inkontinenssi-naispotilaan kirurgisen hoidon erityispiirteitä, jotta sitä voitaisiin kehittää parempaan suuntaan. Tavoitteena on kehittää inkontinenssi-naispotilaan kirurgisen hoidon ja ohjauksen laatua, jotta hoitajat pystyisivät ohjaamaan paremmin ja potilaat saisivat parempaa hoitoa.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat inkontinenssi-naispotilaan kirurgisen hoidon erityispiirteet?
2. Miten laadukasta potilasohjausta inkontinenssin kirurgiseen hoitoon liittyen kuvaillaan naispotilaalla?

4 Opinnäytetyön toteutus ja ympäristö

Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena inkontinenssi-naispotilaan kirurgisen hoidon erityispiirteistä Peijaksen sairaalan Urologisen osaston K1 pyynnöstä. Opinnäytetyö on työelämän hanke Peijaksen sairaalaan Urologiselle osastolle K1, jossa vastuuhenkilönä toimii osastonhoitaja Tarja Palomaa.

Työelämän tutkimuksessa tärkeää on ammatillisuus eli tutkitaan asioita, jotka kuuluvat luontevasti omaan ammattiin ja toimialaan. (Vilkkä 2015, 18). Mielestämme on tärkeää, että opinnäytetyön aihe on työelämlähtöinen ja opinnäytetyötä pystytään hyödyntämään myöskin työelämässä inkontinenssista kärsivän naispotilaan hoitotyössä. Meillä itsellämme ei ole opinnäytetyön aiheesta kovin paljon aiempaa tietämystä, joten saamme inkontinenssi-naispotilaan kirurgisesta hoidosta kattavan tietoperustan.

4.1 Helsingin ja Uudemaan sairaanhoitopiiri

Tämä opinnäytetyö tehdään HUS:n eli Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiriin Peijaksen sairaalaan työelämän hankkeena. HUS on Suomen suurin sairaanhoitopiiri, sillä HUS-kuntayhtymään kuuluu 22 sairaalaa ja HUS:lla työskentelee noin 12 000 sairaanhoidon ammattilaista. HUS jakautuu viiteen sairaanhoitoalueeseen; Hyvinkää, Lohja, Länsi-Uusimaa, Porvoo ja HYKS eli Helsingin yliopistollinen keskussairaala. HYKS-sairaanhoitoalueeseen kuuluvat Helsinki, Espoo, Kauniainen, Kirkkonummi, Vantaa ja Kerava. Peijaksen sairaala, jonne opinnäytetyö toteutetaan, toimii Vantaalla. (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri.)

4.1.1 Peijaksen sairaala

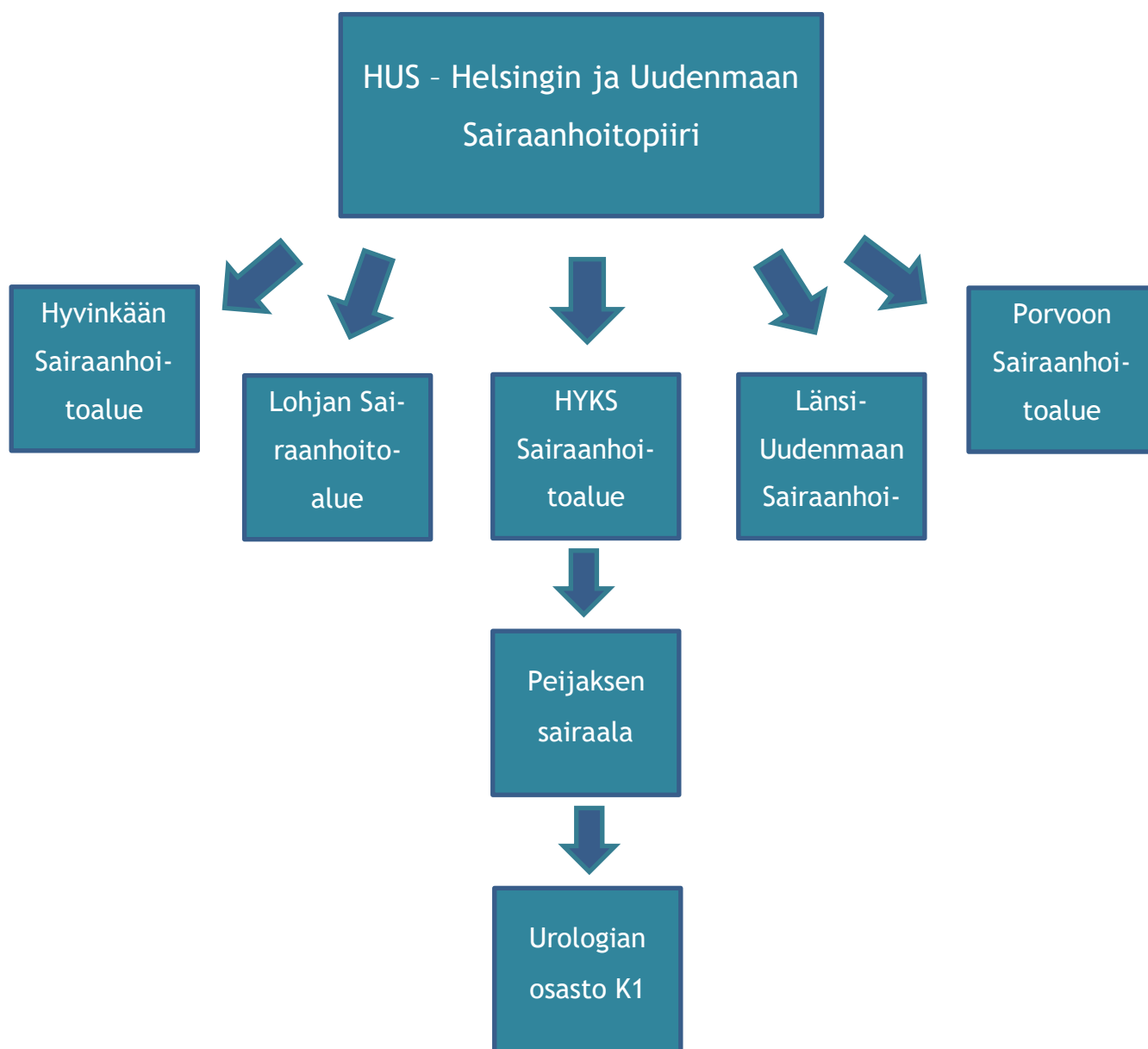
Peijaksen sairaala tarjoaa ympärivuorokautista yhteispäivystystä, johon kuuluu terveystieteiden päivystys ja sairaalan erikoissairanhoidon päivystys. Päivystyspoliklinikalle saavutaan lääkärin lähetteellä tai akuuteissa tilanteissa ympärivuorokauden. Peijaksen sairaalassa on kirur-

gisia, psykiatrisia ja sisätautisia vuodeosastoja. Opinnäytetyö tehdään kirurgiselle osastolle K1, joka on urologinen vuodeosasto. (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri.)

4.1.2 Urologian osasto K1

Osasto K 1:n osastonhoitajana toimii Tarja Palomaa. (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri). Peijaksen sairaalan osasto K1 on vuodeosasto, jossa hoidetaan urologisia potilaita. Vuodepaikkoja on yhteensä 40. Osastolla hoidetaan sekä elektiivisiä leikkauspotilaita että päivystyspotilaita. Yleisimpiä leikkauksia urologisille potilaille ovat eturauhaseen kohdistuvat toimenpiteet, esimerkiksi höyläysleikkaukset ja poistot sekä munuais- ja virtsarakonsyöpäleikkaukset. Suurin osa päivystyspotilaista on pyelonefriittiin sairastuneita sekä verivirtsaisuuden takia sairaalaan joutuneita. Osaston toiminnasta vastaa osastonylilääkäri ja osastonlääkärit vastaavat omien potilaidensa sekä päivystyspotilaiden hoidosta yhdessä sairaalalääkäreiden kanssa. Sairaalalääkäreinä toimivat kirurgeiksi opiskelevat lääkärit. Yhteistyötä tehdään tiiviisti myös anestesia- ja sisätautilääkäreiden kanssa. (Katri Poutala.)

4.2 HUS:n organisaatiokaavio



1 Kuvio: HUS:n Organisaatiokaavio

5 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, joka perustuu aikaisempien yksittäisten tutkimusten pohjalta tehtyyn tutkitun tiedon yhteen kokoamiseen kirjallisuushakua käyttäen. Kirjallisuuskatsauksen olennaisin tehtävä on lisätä tutkijan teoreettista ymmärtämistä, kehittää uutta teoriaa ja arvioida jo olemassaolevaa teoriaa. Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia eri tarkoi-

tuksiin, mutta jokaisen kirjallisuuskatsauksen kohdalla aikaisempi tutkittu tieto on välttämättöntä. Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kuvaileviin ja systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin tai meta-analyysiin. (Stolt, Axelin, Suhonen (toim.) 2016, 7-8 & Salminen 2011, 6.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsaustyypeistä ja sen laatimiseksi ei ole laadittu tarkkoja sääntöjä. Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineistoa voidaan käyttää laaja-alaisesti, tämän aineiston valintaan eivät vaikuta metodiset säännöt ja tutkimuskysymykset ovat väljempiä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa narratiiviseen ja integroituun katsaukseen. (Salminen 2011, 6.)

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus auttaa ajantasaistamaan ja tiivistämään aikasemmin tehtyjä, johonkin aihealueeseen kuuluvia, tieteellisiä tutkimuksia. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on kirjoittajan näkökulmasta tehty ytimekäs ja johdonmukainen kooste. Katsaus sisältää tutkimusten hankinnan ja valikoinnin, mutta tutkimusaineiston hankintatapaa ei arvioida. Tämän vuoksi narratiivisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus on kirjoittajan käsissä. (Salminen 2011, 7.)

Integroivaa kirjallisuuskatsausta käytetään uuden tiedon tuottamiseen jo tutkitusta aiheesta, jolloin katsauksessa tutkimuskohdetta kuvataan monipuolisesti. Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa ei seulota hankittuja tutkimuksia niin tarkasti, minkä vuoksi laajemman ja erilaisilla menetelmillä etsityn tutkimusaineiston käyttö on mahdollista. Tässä katsauksessa voidaan yhdistää useampien tutkimusten tulokset ja tehdä niistä yhteenveto sekä johtopäätöksiä. Kirjallisuuden tarkastelun lisäksi kriittinen tarkastelu on osa integroivaa kirjallisuuskatsausta, minkä vuoksi kirjoittaja löytää tärkeimmän tutkimusmateriaalin. Tutkimuskysymysten laatiminen, tutkimusaineiston keruu, aineiston arviointi ja analysointi sekä tulkitseminen ja tulosten esittäminen ovat integroidun kirjallisuuskatsauksen vaiheet. (Stolt ym. 2016, 13.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sisältää tarkasti rajattujen ja valikoitujen aiempien tutkimusten olennaisimman tiedon. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella voidaan testata oletuksia, esittää tutkimusten tuloksia napakasti ja arvioida tulosten johdonmukaisuutta. Tämä katsaus voi tuoda esiin myös uusia tutkimustarpeita, jos aikaisemmissa tutkimuksissa on esiintynyt puutteita. Jotta systemaattinen kirjallisuuskatsaus olisi uskottava ja näyttöön perustuva, on sen tekeminen jaoteltu eri vaiheisiin; kirjallisuuskatsauksen suunnitteluvaihe, katsauksen tiedonhaku ja työstäminen, katsauksen analysointi ja synteesointi sekä lopuksi raportointivaihe. (Stolt ym. 2016, 13-14 & Salminen 2011, 10.) Meta-analyysi on systemaattinen katsaustekniikka, jonka avulla tutkimuksen tuloksia voidaan tarkastella laadullisesti tai määrällisesti. (Stolt ym. 2016, 17.)

5.1 Opinnäytetyön aiheen rajaus

Tämä opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyö aloitettiin tiedonhankinnalla tutustumalla aluksi aiheeseen ja hankkimalla lisätietoa ja esiyymmärrystä aiempien tutkimusten avulla. Uutta tietoa opinnäytetyöhön haettiin käyttämällä erilaisia kirjallisia materiaaleja ja etsimällä tutkittua tietoa luotettavien tiedonhakukoneiden, kuten muun muassa Cinahlin ja Medicin avulla. Tiedonhakua on tehty erilaisin sanaparein suomeksi ja englanniksi. Rajasimme hakuja erilaisin hakukriteerein, jotka ovat seuraavat:

- teokset ilmestynyt vuosina 2007-2017
- tutkimuksen kohteena pääasiassa täysi-ikäiset naispotilaat
- käytettyjen lähteiden kieli suomi tai englanti
- rajaus teosten otsikoiden mukaan
- rajaus teosten tiivistelmien mukaan
- teosten kokonaisuuden sopivuus opinnäytetyöhön

Teoriaosuuteen käytettiin terveysalan kirjallisuutta sekä luotettavia Internet-lähteitä ja julkaisuja. Opinnäytetyön menetelmäosuuteen käytettiin aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Tiedonhaku avattiin alla taulukossa 1.

Tietokanta	Hakulauseet	Rajaukset	Tulokset	Hyväksytyt otsikon pe- rusteella	Hyväksytyt tiivistelmän perusteella	Hyväk- sytyt
Medic	1.inkontinens* AND nais* AND hoit*	10 vuotta vanhat tut- kimukset	14	6	3	2
	2.inkontinens* AND potilasohj*		1	1	1	1
	3.hoidonohj* AND kirurg* AND leikk*		22	4	2	2
	4.inkontinens* AND fysioter*		2	1	1	1
Cinahl	1.incontinence AND surgery AND women	Academic journals 10 years fulltext	65	16	5	1
	2.incontinence AND treatment AND guidance		8	2	1	1
	3.incontinence AND surgery AND TVT		7	0	0	1
Google tarkennet- tu haku	Laadukas poti- lasohjaus, uro- logia	10 vuotta vanhat tut- kimukset	43	1	1	1

Taulukko 1: Kirjallisuuskatsaukseen tehty tiedonhaku

Medic-tietokannasta hakutuloksia käyttämillämme hakusanoilla tuli yhteensä 39. Kävimme läpi jokaisen aineiston ensiksi otsikon perusteella, joista rajasimme pois 27 aineistoa. Rajatut aineistot eivät vastanneet aiheitamme otsikon perusteella. Rajasimme aineistot tiivistelmän perusteella samaan tapaan. Hakutuloksissa esiintyi muun muassa laskeuma-leikkaushoitoa ja

raskauden ja synnytyksen vaikutuksia lantiopohjaan, jotka eivät aiheeseemme suoranaisesti liity. Loppujen lopuksi valitsimme kaikista aineistoista 6.

Käytetyillä hakusanoillamme Cinahl-tietokannasta tuloksia löytyi yhteensä 80. Hyväksytyt hakutulokset syntyivät myös rajaamalla aineistot otsikon ja tiivistelmän perusteella meidän aiheeseen sopivaksi. Rajauksen jälkeen päädyimme valitsemaan vain 3 aineistoa, sillä suuri osa löytämistämme hakutuloksista eivät vastanneet tutkimuskysymyksiimme.

Googlen tarkennetussa haussa hakusanoillamme löytyi yhteensä 43 aineistoa, joista vain 1 oli vaatimuksiemme mukainen. Lisäksi käytimme tiedonhakuun myös Pubmed-, Melinda- ja Cochrane Library- hakukoneita, mutta saadut tulokset eivät vastanneet lainkaan hakukriteerejämme.

Opinnäytetyöhön aineistoksi valikoitui lopuksi yhteensä 10 aineistoa. Aineistot koostuvat pro gradu-tutkielmasta, väitöskirjoista sekä tieteellisistä artikkeleista ja tutkimuksista. Aineistot ovat suomen- ja englanninkielisiä. Taulukossa 2 on esitelty valikoidut aineistot sekä niiden päätulokset liittyen tutkimuskysymyksiimme.

Aineiston tiedot	Aineiston päätulokset
Mid-urethral slings for treatment of stress urinary incontinence - long- and mid-term follow-up. Palva, K. 2011. University of Helsinki.	TVT-leikkaus tehokas ja turvallinen ponnistusvirtsankarkailun kirurginen hoitomuoto. TVT- ja TVT-O-leikkauksilla ei ole juurikaan eroja tehokkuudessa tai komplikaatioissa.
Transobturatorinen inkontinenssileikkaus (TVT-O) naisten virtsankarkailun hoidossa. Laurikainen, E. & Niemi, K. 2014. Lääkärilehti.	TVT-O-leikkaus turvallinen ja tehokas hoitomuoto virtsankarkailuun.
An overview of surgical interventions for the treatment of urinary incontinence. Maguire, T. Tincello, DG. & Mistri, A. 2011. Reviews in Clinical Gerontology. Gambridge.	TVT-leikkaus muuttanut dramaattisesti ponnistusvirtsankarkailun paranemistuloksia.
Stress Urinary Incontinence: A Review of Treatment Options. Carpenter, A. & Visovsky, C. 2010. AORN Inc.	Oireiden poistuminen ja elämänlaadun parantuminen naisille tärkeämpää kuin valittu leikkaustapa.
Comparison of TVT and TVT-O in patients with stress urinary incontinence: Short-term	Eri leikkausmenetelmien komplikaatiomäärissä ei ole huomattavia eroja.

cure rates and factors influencing the outcome. A prospective randomised study. Karateke, A. Haliloglu, B. Cam, C. & Sakalli, M. 2009. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.	
Mikä avuksi naisen virtsankarkailuun? Ala-Nissilä, S. & Kiiholma, P. 2008. Lääkärilehti.	TVT-leikkauksessa komplikaatioita esiintyi sen helposta ja turvallisesta maineesta huolimatta. Eri leikkauksien tehokkuudet keskenään vertailukelpoisia.
Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Lipponen, K. 2014. Oulun yliopisto.	Kirurgisen hoitohenkilöstön tiedoissa puutteita liittyen ohjaukseen.
Potilaan tiedontarpeet päiväkirurgisessa ponnistusinkontinenssileikkauksessa. Aro, A. Melender, H. Hölttä, R. & Salanterä, S. Kätilölehti, 5/2007	Potilaan kokemalla tiedontarpeella ja tiedonsaannilla ei ollut juurikaan yhteyttä. Neuvonnassa ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota potilaiden mielestä tärkeisiin asioihin.
Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. Eloranta, S. Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. Hoitotiede Vol. 20, 3/2008	Hoidon laadun kokonaisuus hyvä mutta ongelmallisia alueita on. Esimerkiksi yhteistyössä omaisten kanssa on parantamista.
Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Saarela, K. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. 2013.	Potilaan kokonaisvaltainen voimavaraistaminen tärkeää. Ohjauksessa tulee turvata potilaan henkiset, konkreettiset, sosiaaliset sekä tiedolliset voimavarat.

Taulukko 2: Opinnäytetyön aineisto

5.2 Opinnäytetyön aineiston sisällönanalyysi

Sisällönanalyysillä analysoidaan systemaattisesti ja objektiivisesti erilaisia dokumentteja, joita ovat esimerkiksi kirjat, artikkelit ja raportit. Sisällönanalyysin tavoitteena on kuvata tutkittava asia tiivistetysti ja yleisellä tasolla. Kerätty aineisto saadaan järjestetyksi kuitenkin vain johtopäätöksiä varten. Sisällönanalyysillä voidaan tarkoittaa myös sisällön erittelyä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto analysoidaan kolmessa vaiheessa. Aineisto aluksi pelkistetään, ryhmitellään ja lopuksi luodaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108).

Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin jonkin verran aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmää. Aineistojen analyysi aloitettiin kaikkien valittujen aineistojen huolellisella lukemisella, jotta ymmärtäisimme niiden sisällön hyvin. Analysoimisen helpottamiseksi aineistot ryhmiteltiin tutkimuskysymyksittäin. Tutkimuskysymysten perusteella tutkimusten tulokset kirjoitettiin allekain ja tämän jälkeen maalattiin eri värein teemoittain. Värikoodien avulla pystyttiin kirjoittamaan opinnäytetyön tuloksia ja sitä kautta johtopäätöksiä.

6 Opinnäytetyön aikataulu

Opinnäytetyön aineistoa aloitettiin keräämään tammikuussa 2017 opinnäytetyön aiheen pääkäsitteistä; urologinen potilas, naisten hoitotyö, inkontinenssi ja hoidon laatu.

Opinnäytetyöstä tehtiin alustava suunnitelma, jota työstäessä aihetta vielä hieman rajattiin. Aihe rajattiin inkontinenssista kärsivän naispotilaan kirurgisen erityispiirteisiin ja laadukkaan potilasohjauksen kuvailuun. Valmis suunnitelma esiteltiin muille opiskelijoille sekä ohjaavalle Laurea ammattikorkeakoulun lehtorille Reija Korhoselle huhtikuun 20. päivä 2017. Opinnäytetyön aikataulua on kuvattu taulukossa 3.

Opinnäyte- työn aika- taulu	Tammikuu	Helmikuu	Maaliskuu	Huhtikuu	Toukokuu
Suunnitte- luvaihe	Opinnäyte- työn hah- mottami- nen.	Opinnäytetyö- suunnitelman laatiminen.			
Toteutus- vaihe	Opinnäyte- työn ide- ointi ja aiheen va- linta. Aineiston keruu.	Opinnäytetyön aiheen rajaus ohjaajan kanssa. Opinnäytetyö- suunnitelman toteuttaminen.	Opinnäytetyön aiheen rajaus ohjaajan kanssa. Opinnäytetyö- suunnitelman täydentäminen. Varsinainen tie- donhankinta.	Varsinainen tiedonhan- kinta.	Tulosten kirjoitta- minen ja niiden tar- kastelu. Opinnäyte- työn vii- meistely.
Julkaisu- vaihe			Opinnäytetyö- suunnitelman hyväksyttäminen ohjaajalla.	Opinnäyte- työn suunni- telman esitys 20.4.2017.	Valmiin opinnäyte- työn esitys 11.5.2017. Kypsyys- näyte 18.5.2017.
Kustannuk- set		Kouluun matkus- tamiseen käyte- tyt kustannukset 60€/kk.	Kouluun matkus- tamiseen käytetyt kustannukset 60€/kk.		

Taulukko 3: Opinnäytetyön aikataulu

7 Opinnäytetyön tulokset

7.1 Inkontinenssi-naispotilaan kirurgisen hoidon erityispiirteet

Ponnistusinkontinenssin hoitona käytetty TVT-nauhaleikkaus on muuttanut dramaattisesti ponnistusvirtsankarkailun paranemistuloksia (Maguire, Tincello & Mistri 2011). Palva (2011,

12) on tutkinut TVT-leikkauksen paranemistuloksia 11 vuoden pitkäaikaisseurannalla. Suurin osa naisista (90%) oli yskäisytestin ja 24 tunnin vaippakokeen perusteella parantuneita TVT-leikkauksen jälkeen. Subjektiivisesti 77% naisista koki itsensä täysin parantuneeksi ponnistusvirtsankarkailusta ja vain 3% koki, että leikkaus oli epäonnistunut. Epäonnistumiseen johtaneet syyt liittyivät nauhamateriaaliin, operaatiotekniikkaan, potilaan muihin sairauksiin ja osassa selkeää syytä ei voitu havainnoida lainkaan. 75% uudelleenleikatuista naispotilaista sai myös apua uusiutuneeseen vaivaansa. Myös Ala-Nissilän ja Kiilholman (2008) tehdyssä kyselytutkimuksessa potilaiden oma arvio paranemiasta oli 81,7 %:lla hyvä, kun leikkauksesta oli kulunut keskimäärin 4 vuotta ja 3 kuukautta.

TVT-O-leikkauksen etuna ovat virtsarakon, verisuonten ja suolen vammoilta välttyminen. (Karateke, Haliloglu, Cam & Sakalli 2009, 103). Myöskin Laurikaisen ja Niemen (2014) tutkimuksessa kävi ilmi, että TVT-O-leikkauksessa ei todettu kyseisiä vammoja lainkaan. Ala-Nissilän ja Kiilholman (2008) tutkimuksessa taas TVT-leikkauksen komplikaatioita hermoston, verisuoniston ja virtsaelinten alueille, esiintyi sen helposta ja turvallisesta maineesta huolimatta. Lievempiin haittoihin he ovat luetelleet virtsatieinfektiot, hematoomat ja rakon tyhjenemishäiriöt. TVT- ja TVT-O-leikkauksia verrattaessa keskenään Karateke ym. (2009) sekä Palva (2011, 12) toteavat, että komplikaatioiden määrissä ei ole huomattavia eroja, ei myöskään uudelleenleikkauksien yhteydessä.

Laurikainen ja Niemi (2014) ovat tutkineet TVT-O:n paranemistuloksia kolmen kuukauden jälkeen leikkauksesta yskäisytestillä, jossa paranemisprosentti oli 97,5%. Tutkimuksessa oli mukana sekä ponnistusinkontinenssista, sekamuotoisesta että uusiutuneesta inkontinenssista kärsiviä potilaita, joten tulos oli hyvä. Maguiren ym. (2011) tutkimuksessa käy ilmi, että inkontinenssin kirurgisen hoidon eri leikkausmenetelmillä TVT:llä, TVT-O:lla ja TOT:lla ei ole merkittäviä eroja edellä mainittujen inkontinenssi-tyyppien paranemistuloksissa. Myös Palva (2011) on todennut, ettei TVT:llä ja TVT-O:lla ole juurikaan eroja leikkauksien tehokkuudessa, sillä molemmat leikkaustekniikat vähensivät ennen leikkausta esiintyvää tihentynyttä virtsaamisen tarvetta ja pakkovirtsankarkailuoreita. Myös Ala-Nissilän ja Kiilholman (2008) tutkimustuloksien mukaan TVT, TOT ja TVT-O-leikkauksien tehokkuudet olivat vertailukelpoisia keskenään. Eroja kuitenkin TVT:n ja TVT-O:n välillä havaittiin leikkausajassa, jossa TVT-O:n leikkausaika on huomattavasti lyhyempi, koska siinä ei automaattisesti tarvita kystoskopiaa apuna. Paranemistuloksissa ilmenee myös eroja naisen virtsaputken liikkuvuuteen liittyen. Leikkausten tehon on todettu olevan parempi naispotilailla, joiden virtsaputki on yli liikkuva. (Karateke ym. 2009, 103-104).

Ala-Nissilän ja Kiilholman (2008) katsauksessa käytössä olevista nauhaleikkauksista TVT:llä on todettu olevan erittäin hyviä pitkäaikaistuloksia ponnistusinkontinenssin kirurgisessa hoidossa, koskien myös uusiutuneen ponnistusvirtsankarkailun kirurgista hoitoa 3-5 vuoden seurannois-

sa. Katsauksen mukaan ponnistusvirtsan karkailu saattaa kuitenkin uusiutua hyvistä tuloksista huolimatta. Ala-Nissilä ja Valpas (2011) toteavat, että jo aikaisemmin tehty leikkaus virtsa-elinten alueelle hankaloittaa uuden nauhaleikkauksen teknistä suunnittelua ja toteutusta.

7.2 Laadukkaan potilasohjauksen kuvailu inkontinenssista kärsivän naispotilaan kirurgiseen hoitoon liittyen

Aro, Melender, Hölttä ja Salanterä (2007, 177) ovat tutkineet potilaan tiedontarpeita ennen ja jälkeen ponnistusinkontinenssileikkauksen. Kolme merkittävintä tiedontarvetta ennen sairaalaan tuloa koskivat virtsanpidätys korjausleikkausta toimenpiteenä, virtsaamista toimenpiteen jälkeen ja toipumisaikaa. Ennen kotiutusta tiedontarve koski muun muassa toimenpiteen jälkeisiä virtsaamisvaikeuksia, verenvuotoja ja lämmön nousua sekä lantionpohjalihasten harjoittelua ja leikkauksen jälkeistä toipumisaikaa. Tiedonsaanti toteutuneena oli vähäisintä lantionpohjalihasten harjoittelussa, verenvuodoissa ja lämmön nousussa toimenpiteen jälkeen sekä toimenpiteen vaikutuksesta sukupuolielämään. Tiedontarve ja tiedonsaanti eivät siis juurikaan kohdanneet. Potilaat eivät saaneet tarpeeksi neuvontaa haluamissaan asioissa. Esimerkiksi 2 viikkoa leikkauksen jälkeen vain 44% oli aloittanut harjoittamaan lantionpohjalihaksiaan. Lipposen (2014, 50) tutkimuksessa hoitajien mukaan ohjauksen tulisi perustua tutkittuun tietoon ja ohjauksessa haluttaisiin olevan selkeä ohjausrunko, jotta ohjaus olisi oikeanlaista. Kirurgisen hoitohenkilöstön tiedoissa oli kuitenkin puutteita hoitovaihtoehtoista, riskeistä, lääkehoidosta ja toipumisesta.

Asiantuntijasairaanhoidajan kokemana kirurgisen potilaan ohjauksessa korostuu potilaan kokonaisvoimavaraistaminen, joka näkyy konkreettisissa voimavarojen turvaamisessa leikkauskelpoisuuden varmistamisena, hoidon onnistumisen turvaamisena, hoitoajan lyhenemisenä sairaalassa sekä itsehoitovalmiuksien ja kuntoutumisen tukemisena. Tiedollisessa voimavarojen turvaamisessa korostuu oikean tiedon välittäminen, ymmärryksen varmistaminen ja Internetistä haetun tiedon oikeellisuuden varmistaminen. Jaetun tiedon tulisi kattaa kaikki se, mitä potilas saattaa tarvita koko hoitoprosessin aikana. (Saarela 2013, 28, 33.) Kuitenkin potilaiden kannalta kielteisiä mielipiteitä tiedontarpeeseen ponnistusinkontinenssileikkauksessa liittyen ilmaistiin Aron ym. (2007, 177) tutkimuksessa kivunhoidosta sekä kotihoito-ohjeista. Myös potilaan arvioimana kirurgisen hoidon ohjaavia toimintoja hoitoon liittyvän kirjallisen ohjausmateriaalin saaminen oli heikkoa. (Eloranta, Katajista & Leino-Kilpi 2007, 119.) Lipposen (2014, 49) tutkimuksessa myös hoitajat halusivat lisää ohjausta tukevaa materiaalia. He kokivat tarvitsevänsä lisää potilasohjeita, jotka olisivat sekä potilaiden että hoitajien saatavilla.

Potilaan ohjauksessa sairaanhoidajan kokemana sosiaalisten voimavarojen turvaamisessa korostuu yhteydenoton mahdollisuus hoitavaan tahoon, sosiaalisen elämän kartoitus, tukihenkilönä toimiminen sekä läheisten huomioiminen. Henkisten voimavarojen turvaamisessa taas korostuu henkinen tukeminen, turvallisuuden tunteen välittäminen, luottamuksen luominen

sekä hoitoon sitoutumisen kannustaminen. Näihin vaikuttavat muun muassa sairaanhoitajan asiantuntijuus, potilaan huomioiminen sekä kiireettömyys. Läheisten huomioinnin kerrottiin sairaanhoitajien mukaan lukeutuvan oleellisesti ohjauksen valmiuksiin. Perhekeskeinen toimintavalmius sisälsi muun muassa ilmaisia kuten; läheiset tervetulleita ohjaukseen mukaan sekä läheisten roolin merkitys ja läheisten osallistuminen ohjauksessa. (Saarela 2013, 30-31, 48.) Elorannan ym. (2007, 119) tutkimuksessa potilaan itse arvioidessa korostui kuitenkin heikko yhteistyö omaisten kanssa. Varsinkin lääkärin ja omaisten välillä yhteistyö oli huonoa. Heikkoa oli myös potilaan asioiden käsitteleminen niin, etteivät muut sitä kuule. Myös Aron ym. (2007, 177) tutkimuksessa oli kielteisiä mielipiteitä tyytyväisyydestä potilaan huomioimiseen.

Kirurgisen potilaan ohjauksen edellytys sairaanhoitajien kuvaamana on jatkuvaan koulutukseen perustuva tiedollinen valmius. Tähän kuuluvat esimerkiksi sairaanhoitajan täydennyskoulutukset teoreettisena pohjana, tiedon soveltaminen käytäntöön, ammatillinen kasvu, vahva asiantuntijuus, näyttöön perustuvan tutkimustiedon antama valmius sekä itsenäinen tiedonhankinta ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Kirurgisen potilaan ohjaukseen tarvitaan riittävän pitkä työkokemus, jotta se olisi laadukasta. (Saarela 2013, 40-49.) Myös Lipposen (2014,49) tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki, että hoitohenkilöstö tarvitsee koulutusta muun muassa sairauksista, niiden oireista, hoidosta ja ohjausmenetelmistä, jotta potilasta voitaisiin ohjata hyvin. Heidän mielestään uusien työntekijöiden perehdyttämiseen tulisi myös kiinnittää lisää huomiota.

Saarelan (2013,40-49) tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajien kokemana ohjaamisessa on otettava huomioon myös potilaslähtöinen toimintavalmius, jolla tarkoitetaan potilaan tarpeista lähtevää ohjausta. Taustalla on ajatus potilaiden heterogeenisyydestä sekä potilaiden itsemääräämisoikeuden turvaamisesta. Aron ym. (2007,178) tutkimuksessa käy ilmi myös, kuinka potilaan ohjauksen tulisi sisältää henkilökohtaista tiedonkeruuta kunkin potilaan asioista ja toteutuksen tulisi olla yksilöllistä potilaan omien tarpeiden mukaisesti. Myös Lipposen (2014,49) tutkimuksessa hoitajien mukaan potilaan kunto ja kyky vastaanottaa ohjausta olisi tärkeää ottaa huomioon. Ohjausta tulisi antaa koko hoitoprosessin aikana, jotta se tapahtuisi luontevasti.

Hoitohenkilöstön mielestä ohjauksen ajoittamisessa tulisi huomioida potilaan kunto ja kyky ottaa vastaan ohjausta. Ohjausta tulisi antaa potilaille koko hoitoprosessin ajan. Ohjaus tulisi nähdä hoidon ja hoitotapahtumien yhteydessä tapahtuvaksi luontevaksi asiaksi eikä psyykkistä ohjausta saisi unohtaa. Ohjauksen tulisi olla sisällöllisesti yhteneväistä ja perustua tutkittuun tietoon. Ohjaukseen toivottiin selkeää ohjausrunkoa. (Lipponen 2014, 49.)

Ohjauksen hallintaan vaikuttaa myös erilaiset ohjaajakohtaiset ominaisuudet. Hyviä ohjaajan ominaisuuksia ovat esimerkiksi taito ohjata vastuullisesti, tasavertaisuus vuorovaikutussuhteissa, havainnointikyky, moniammatillinen yhteistyö, konsultoinnin tarpeen tunnistaminen sekä kyky itsenäiseen työskentelyyn, verkostoitumiseen ja vastaamiseen ohjaustoiminnan kokonaisuudesta ja motivoitunut asenne. (Saarela 2013, 36, 49.) Maguire ym. (2011) lisäävät, että terveydenhuollon ammattilaisten olisi tärkeää osata kertoa inkontinenssista hienovaraisesti ja ottaa arkaluotoinen asia puheeksi rohkeasti naispotilaita kohdatessa. Saarela (2013, 36, 49) kuvaa myös motivaatiotekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa ohjaamiseen. Tällaisia ovat muun muassa asiakkailta ja ohjauksen vaikutuksista saatu palaute, asiantuntijayhteisön ja muiden hoitoon osallistuvien tuki, esimiesten kannustus, arvostuksen kokeminen, työmäärä, palkkaus ja vastuurajojen epäselvyydet.

Sairaanhoitajien kokemana jokaisessa organisaatiossa on määritelty erilaisia käytänteitä potilaan ohjauksen turvaamiseksi. Tällaisia käytäntöjä kuvattiin esimerkiksi olevan toimipaikan sisäinen perehdytys, ohjauksen tila- ja aikaresurssit, ammattitaidon ylläpitämisen mahdollisuudet sekä määritelty ohjauksen menetelmät, tehtävänsiirrot lääkäriltä ja ohjaukseen kuuluvat tehtävät sisältöineen. (Saarela 2013, 44.) Lipposen (2014, 49) tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki, että vuorovaikutusta ja yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä tulisi olla enemmän.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Inkontinenssista kärsivät naiset kokevat, että valittua leikkaustapaa tärkeämpää ovat virtsankarkailuoireiden väistyminen ja elämänlaadun parantuminen (Carpenter & Visovsky 2010, 477). Opinnäytetyön tuloksissakin käy ilmi, että valitulla leikkaustavalla ei ole niin paljon merkitystä, koska erilaiset leikkaustekniikat ovat keskenään lähes vertailukelpoisia. TVT-, TVT-O- ja TOT-leikkausten paranemistuloksissa ei ilmene huomattavia eroja. TVT-leikkauksessa paranemistulos objektiivisesti mitattuna oli 90% ja TVT-O-leikkauksessa 97,5%.

Komplikaatioiden tuloksissa ilmenee ristiriita, koska Karateken ym. (2009, 103) tutkimuksen mukaan TVT-O-leikkauksessa ei esiintynyt virtsarakon-, verisuonten- ja suolenvammoja eikä heidän mukaansa komplikaatioiden määrässä ole eroja eri leikkaustekniikoissa. Kuitenkin Al-Nissilän ja Kiilholman (2008) tutkimuksessa TVT-leikkauksessa esiintyi näitä sekä hermostollisia komplikaatioita. Nauhaleikkaushoidon paranemistuloksia taas vertaillen 3 kuukauden jälkeisen yskäisytestin ja 11 vuoden pitkäaikaisseurannan välillä eroavaisuudet eivät ole ajallisestikaan merkityksellisiä paranemistulosten suhteen.

Palva totesi tutkimuksessaan (2011,12) TVT-, TVT-O- ja TOT-nauhaleikkauksien välisen tehokkuuden yhtenäiseksi, sillä tiheentyneen virtsaamisen tarpeen ja pakkovirtsankarkailuoireiden esiintyvyys väheni kaikkien kyseisten leikkauksien myötä. Leikkausmenetelmien leikkausajalla ei ollut merkitystä itse leikkaustuloksiin, mutta huomattava tieto oli se, että TVT-O-menetelmän leikkausaika oli lyhyempi kuin TVT-leikkauksessa. Leikkausajan pituus voi olla vaikuttava tekijä potilaan leikkausmenetelmän valinnassa. Vaikka useiden käytettyjen tutkimusten mukaan käytössäolevien nauhaleikkauksien paranemistulokset, komplikaatiomäärät ja tehokkuus ovat melko samaa luokkaa, niin TVT:llä todetaan olevan erittäin hyvät pitkäaikais-tulokset ponnistusinkontinenssin kirurgisessa hoidossa.

Opinnäytetyön tuloksissa liittyen hoidon ohjauksen tutkimuskysymykseen kävi ilmi, että potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti eivät kohdanneet ohjauksessa ja potilaat eivät saaneet tarpeeksi neuvontaa itse tärkeiksi kokemissaan asioissa (Aro ym. 2007. 177). Kirurgiset hoitajatkin olivat sitä mieltä, että ohjauksessa tulisi olla selkeä ohjausrunko. Myös työntekijöiden kunnollinen perehdytys, täydennyskoulutukset ja mahdollinen pitkä työkokemus nousivat oleellisiksi asioiksi hyvän ohjauksen lähtökohdissa. Tuloksissa kävi ilmi, kuinka tärkeää on potilaan kohtaaminen yksilönä ja ohjauksen rakentaminen sekä suunnitteleminen jokaisen potilaan kohdalla potilaslähtöisesti. Tämä potilaan tarpeiden kuunteleminen yksilöllisesti auttaisi siinä, että potilaat saisivat neuvontaa juuri itse kokemissaan asioissa. Myös Vänskä ym. (2011) on kuvannut potilaan yksilöllisen ohjauksen tärkeyttä. Potilaat suhtautuvat aina ohjaustilanteisiin eri tavalla. Tähän vaikuttavat muun muassa ohjausympäristö, ohjattavan historia ja elämäntilanne sekä aikaisemmat ohjauskokemukset. Kyngäs ym. (2007, 80-81) käsittelevät myös kuuntelemisen tärkeyttä ohjauksessa. Ohjaajalla tulee olla taito erottaa kuullusta keskeiset asiat ja tehdä niistä päätelmiä. Tarkennuskysymyksillä voidaan varmistaa asioiden oikein ymmärrys.

Tärkeänä asiana tuloksissa ilmeni, kuinka kotihoito-ohjeet ja kirjallisen materiaalin saaminen ohjaukseen ja hoitoon liittyen oli heikkoa, niin potilaiden kuin myös hoitajien mielestä. Sairaanhoidajat kokevat, kuinka tärkeää on oikeanlaisen tiedon välittäminen ja ymmärryksen varmistaminen, mutta silti potilaat kokevat, että esimerkiksi kotihoito-ohjeiden saaminen on heikkoa. Ristiriitana tuloksissa ilmeni myös läheisten huomioinen potilaan ohjauksessa. Läheisten huomioinen ohjauksessa sairaanhoidajien mielestä lukeutuu oleellisesti ohjauksen valmiuksiin ja sosiaalisten voimavarojen turvaamiseen. Kuitenkin huono yhteistyö omaisten kanssa korostui niin sairaanhoidajien, mutta erityisesti lääkärin ja omaisten välillä potilaiden itse kokemana. Haitallista tuloksissa oli potilaiden asioista puhuminen muiden potilaiden kuullen.

Tulee muistaa, että jokainen ohjaaja on oma yksilönsä, joten ohjaukseen vaikuttaa paljon erilaiset ohjaajakokohtaiset ominaisuudet ja esimerkiksi asiakkailta saatu palaute, joka lisää tai

joskus vähentää motivaatiota ohjaamiseen. Jokaiselle ohjaajalle olisi kuitenkin tärkeää omistaa puheeksi ottamisen taito, koska monet asiat saattavat olla hyvinkin arkaluontoisia. Myös moniammatillinen yhteistyö on erittäin tärkeää ohjauksessa. Esimerkiksi sairaanhoitajat ja lääkärit tekevät paljon yhteistyötä ja vuorovaikutus heidän välillään tulisi toimia.

8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tulosten tarkastelusta voi päätellä TVT-, TVT-O- ja TOT-leikkausten olevan lähes tulkoon yhtä tehokkaita. Paranemistuloksissa ei objektiivisesti mitattuna ole juurikaan eroja. Komplikaatioiden määrissä oli tutkimusten välillä pientä ristiriitaa, mutta suurimmaksi osaksi leikkauksissa välttyttiin komplikaatioilta. Sillä, kuinka kauan aikaa leikkauksesta oli kulunut ei ollut merkitystä paranemistuloksien suhteen. Kirurgisen hoidon erityispiirteiden tuloksissa tulee huomioda, että tulokset pohjautuivat pääasiassa lääketieteelliseen näkökulmaan, jolloin hoitotyön rooli tähän tutkimuskysymykseen liittyen on vähäistä.

Hoidon ohjaukseen liittyvistä tuloksista voi todeta, että potilaat pitäisi kohdata aina yksilöllisesti ja ohjaukselle tulisi olla selkeä ohjausrunko. Voimavaralähtöisessä ohjauksessakin ohjaus tapahtuu aina asiakaslähtöisesti, jotta asiakas todella tulee kuulluksi (Vänskä ym. 2013, 80-81.) Tällaisen selkeän ohjausrungon avulla kirurgiset hoitajat voisivat keskittyä selkeästi oikeisiin asioihin ja tärkeät asiat eivät jäisi niin helposti käymättä läpi potilaan kanssa. Ohjauksen perustuessa tutkittuun tietoon hoitajien tiedot hoitovaihtoehtoista, riskeistä, lääkehoidosta ja toipumisestakin olisivat paremmat, jolloin esimerkiksi lantionpohjalihasten harjoittelun tärkeys inkontinenssileikkauksen jälkeen olisi varmasti paremmin esillä ohjauksessa. Potilaiden tiedontarpeiden ja tiedonsaannin ristiriidat voitaisiin ehkäistä kunnollista ohjausrunkoa käyttämällä. Huomiota tulisi kiinnittää kirjallisen materiaalin käyttämiseen ohjaustilanteissa niin hoitajien kuin potilaiden osalta. Jotta ohjaus olisi onnistunut, tulisi yhteistyön sujua kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Myös Vänskä ym. (2013) totesivat, että hoitotyön ohjauksessa vuorovaikutus tapahtuu kaikkien hoitoon osallistuvien kesken.

Inkontinenssi-naispotilaan ohjauksessa on selkeästi puutteita esimerkiksi hoitajien tiedoissa inkontinenssin oireista, kokonaisvaltaisesta hoidosta ja toipumisesta. Urologisella osastolla hoitajien tulee varmasti tietää hyvin laaja-alaisesti useista eri urologisista sairauksista, joten tarvetta olisi urologisella osastolla työskentelevän hoitajan kouluttautumiselle erityisesti inkontinenssin hoitoon ja ohjaukseen. Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin koota urologiselle osastolle selkeä ohjausrunko inkontinenssin hoitoon liittyen. Toisena jatkotutkimuksena voitaisiin tutkia hoitajien ymmärrystä ja toimintaa itse ohjaustilanteissa sekä sitä, miten hoitajat kokevat esimerkiksi voimavaraisen ohjauksen.

8.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksissa eettinen vastuu on yksittäisillä tutkijoilla, mutta tutkimusetiikka koostuu myös kollegiaalisesti sovituista yhteisistä tavoitteista ja periaatteista. (Kuula 2011, 26). Yhteisesti sovitut pelissäännöt tutkimuskohteen, kollegoiden, rahoittajien, toimeksiantajien ja yleisön välillä ovat tutkimusetiikan kulmakivi. (Vilkka 2015, 41).

Tutkimuksessa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, joka tarkoittaa luotettavien tiedonhankintamenetelmien ja tutkimusmenetelmien käyttöä. Tiedonhankinta ja tutkimusmenetelmät tulee olla tiedeyhteisön hyväksymiä. Tutkijan tulee perustaa tiedonhankintansa muun muassa oman alan kirjalliseen tuntemukseen sekä asianmukaisiin tietolähteisiin. (Vilkka 2015, 41-42.) Ammattietiikan näkökulmassakin yksi tutkimusetiikan normeista on tiedon luotettavuus ja totuuden etsiminen. (Kuula 2011, 24). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös toisten tutkijoiden saavutusten ja töiden kunnioittaminen. Tutkijan on toimittava rehellisesti muita tutkijoita kohtaan. (Vilkka 2015, 42.)

Tutkimuksissa on hyvin yleistä lähdeviitteiden epätarkkuus ja puutteellinen viittaaminen. Tämä johtuu usein erityistiedon ja yleisen tiedon suhteesta. Tutkimusta tehtäessä omalle toimialalle tutkijat tietävät perustiedon ja yleistiedon eron. Tutkijan tulee tuoda esille käyttämänsä lähteet selkeästi sekä tekstissä että lähdeluettelossa. (Vilkka 2015, 42.)

Lähteitä olemme etsineet erilaisista hakukoneista, kuten Cinahl ja Medic. Lisäksi olemme käyttäneet kirjojen lisäksi paljon erilaisia Internet-julkaisuja. Internetlähteitä käytettäessä eettinen näkökulma on haastava. Paikan ja todellisuuden käsitteet voivat muuttua sekä julkisen ja yksityisen teorian raja voi olla häilyvä. (Kuula 2011, 192.) Hakutulostemme rajaus 10 vuoteen lisää aiheen ajankohtaisuutta ja luotettavuutta. Olemme ajan kanssa käyneet mahdollisia opinnäytetyön lähteitä läpi lähdekriittisesti ja karsineet turhat aineistot pois. Olemme käyttäneet lähteinä vain tähän aiheeseen sopivia julkaisuja ja teoksia. Opinnäytetyön lähteissä olemme pyrkineet lähteiden vuoropuheluun eli olemme pyrkineet löytämään samasta aiheesta monia lähteitä, mikä lisää entisestään opinnäytetyömme luotettavuutta. Luotettavuutta osoitetaan tässä työssä myös muun muassa tarkasti täytetyllä taulukolla, jossa näkyy tiedonhankinnan prosessi; tietokannat, hakusanat sekä tulokset. Lähdeluettelossa on merkitty kirjallisen ohjeen mukaisesti kaikki opinnäytetyössä käytetyt lähteet.

Etiikassa teoreettinen tieto sisältää perus- ja refleктоivan tason. Perustasolla sairaanhoitaja tietää erilaisia ohjeita ja periaatteita, joita noudattaen hän tietää millainen hoitajan pitäisi olla ja miten pitäisi toimia. Eettisestä näkökulmasta perustason hoitaja osaa kuvailla hyvän toiminnan periaatteita, mutta tieto jää kuitenkin yksinkertaiselle tasolle. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 86.) Tutkimuksen luotettavuutta saattaa siis vähentää jonkin verran meidän kokemattomuus hoitotyössä ja tutkimusten tekemisessä. Olemme opiskelijoita, joten eettinen

osaamisemme kehittyä vielä. Tämän tutkimuksen eettinen vastuu on pelkästään meillä ja olemmekin pyrkineet noudattamaan sairaanhoitajan eettisiä ohjeita tätä työtä tehdessämme. Voimme palauttaa työomme hyvillä mielin.

8.4 Ammatillinen kehittyminen

Meille opinnäytetyön aloittaminen oli hyvin vaikeaa. Opinnäytetyön suhteen vaatimukset ja odotukset olivat korkealla, niin meidän itsemme kuin varmasti myös opettajien toiveissa. Olemme alemman korkeakoulututkinnon loppuvaiheen opiskelijoita ja opinnäytetyön tekeminen on osa oppimisprosessia. Opinnäytetyön tekeminen oli kuitenkin meille samalla viimeinen näytön paikka ennen valmistumista, omasta osaamisesta, mikä luo osaltaan paineita.

Opinnäytetyön ensimmäisten kuukausien aikana sen työstäminen tuntui hyvin haastavalta. Emme tienneet tarkasti mitä meiltä vaaditaan. Pehdyimme kuitenkin opinnäytetyön tekemiseen Laurean kirjallisten ohjeiden ja työpajojen avulla. Vähitellen opinnäytetyön rakenne ja vaadittava sisältö tulivat tutuiksi. Tapaamiset ohjaajan kanssa olivat korvaamattomia opinnäytetyön etenemisen kannalta. Kuitenkin vasta suunnitelmavaiheen puolella välissä meistä tuntui, että tiedämme, mitä meidän tulee tehdä ja mitä meiltä vaaditaan. Tämä lisäsi varmuutta ja motivaatiota kirjoittaa työtämme.

Tiedonhaun prosessin aloitimme käymällä tiedonhankintatyöpajassa, josta emme kuitenkaan heti saaneet odotettua ymmärrystä ja valmiutta lähteä etsimään tutkittua tietoa opinnäytetyötä varten. Suunnitelmaa varten tehdyssä tiedonhaussa käytimme aluksi lähteinä lähinnä terveysalan kirjallisuutta ja luotettavia Internetlähteitä ja julkaisuja. Tällaisten lähteiden käyttäminen oli meille hyvin tuttua jo aikaisemmista koulutehtävistä, joten se sujui helposti. Kävimme suunnitelmavaiheen puolella välissä uudestaan tiedonhankintatyöpajassa, sillä sen hetkinen osaamisemme ei riittänyt opinnäytetyön jatkamiseen. Viimeisimmässä tiedonhankintatyöpajassa sisäistimme tutkimuksellisen tiedonhaun menetelmiä paremmin ja laajalaisemmin.

Päätimme jo varhaisessa vaiheessa, että teemme opinnäytetyön yhdessä parityönä. Olemme tunteneet vuosia ja parityöskentely tuntui siksi varmalta idealta. Luotto toisen osaamiseen ja tekemiseen on ollut suuri koko ajan. Suunnitelmavaiheen aikana meille ei ole syntynyt suurempia erimielisyyksiä. Työnjako on tapahtunut kuin itsestään ja se on ollut erittäin tasapuolista. Olemme jakaneet aiheita puoliksi ja kirjoitusprosessi on onnistunut hyvin molemmin puolin. Olemme myös muistaneet perehtyä toisen tekstiin ajan kanssa, antamaan palautetta ja lisäämään omia näkökulmia tarvittaessa. Parityöskentelyssä vastuuta ja stressiä pystyy jakamaan, mikä on meille ollut erityisen hyvä puoli. Parityöskentelyämme on vaikeuttanut hieman se, että asumme eri kaupungeissa ja olemme erilaisissa elämäntilanteissa koulun ulkopuolella.

Opinnäytetyö prosessina oli rankka ja työläs, mutta hyvin opettavainen. Koemme, että valmiudet tutkimusten tekemiseen tulevaisuudessa ovat nyt paljon paremmat. Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä tiedonhaku on hyvin tärkeä osa työtä ja koemme, että opimme tekemään sitä opinnäytetyön aikana paljon paremmin. Ajankäyttö opinnäytetyötä tehdessä oli vaativaa, mutta onnistuimme tekemään opinnäytetyön ajallaan kaiken muun opiskelun sekä työn ohella. Olemme opinnäytetyön prosessin aikana oppineet ajankäytönsuunnittelua ja toteuttamista. Opinnäytetyön myötä saimme valmiuksia ja kattavan tietoperustan inkontinenssi-naispotilaan kirurgisesta hoidosta ja siihen liittyvästä ohjaamisesta. Toivomme, että opinnäytetyötä pystytään hyödyntämään meidän odotusten mukaisesti Urologisilla osastoilla.

Lähteet

Sähköiset lähteet

Ala-Nissilä, S. 2011. Duodecim. Käypä hoito. Mini-invasiiviset toimenpiteet ponnistusvirtsan-karkailun leikkaushoidossa. Viitattu 6.4.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00572#R3>

Ala-Nissilä, S. & Kiilholma, P. 2008. Mikä avuksi naisen virtsankarkailuun? Lääkärilehti 44/2008 vsk 63, 3769-3774. Viitattu 6.4.2017.

<http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/mika-avuksi-naisen-virtsankarkailuun/>

Ala-Nissilä, S. & Valpas, A. 2011. Duodecim. Käypähoito. Nauhaleikkaus ja uusiutunut virtsan-karkailu. Viitattu 6.4.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=3EFDCF97F505A68F27C0A71A79D47273?id=nak05536>

Ala-Nissilä, S. & Valpas, A. 2011. Duodecim. Käypähoito. Ponnistusvirtsankarkailun kirurginen hoito. Viitattu 15.4.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak05543>

Carpenter, Deaun A. & Visovsky, C. 2010. Stress Urinary Incontinence: A Review of Treatment Options. AORN Journal Vol 91/April 2010 No 4. Viitattu 18.4.2017.

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=998a4b4c-0db8-4af0-9ecf-d6b6a3dbd7f8%40sessionmgr103&hid=123&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtYGl2ZQ%3d%3d#AN=105174578&db=c8h>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Sairaanhoito. Hoitotyö. Viitattu 30.3.2017.

<http://www.hus.fi/hus-tietoa/hoitotyö/Sivut/default.aspx>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Sairaanhoito. Urologia. 2013. Viitattu 16.2.2017.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/urologia/Sivut/default.aspx>

Karateke, A., Haliloglu, B., Cam, C. & Sakalli, M. 2009. Comparison of TVT and TVT-O in patients with stress urinary incontinence: short-term cure rates and factors influencing the outcome. A prospective randomised study. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. Viitattu 16.4.2017.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9ffbfbf3-a790-4b37-b9c1-dc56f5f7d731%40sessionmgr4010&vid=15&hid=4206>

Kiilholma, P., Ala-Nissilä, S., Airaksinen O., Aukee, P., Kivelä, A., Kujansuu, E., Leppilahti, M., Mäkinen, S., Nilsson, C., Nuotio, M., Parantainen, A., Patja, K., Ruutiainen, J., Stach-Lempinen, B. & Valpas, A. 2017. Naisten virtsankarkailun hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2007;123(9):1113. Viitattu 10.4.2017.

<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/9/duo96475>

Laurikainen, E. & Niemi, K. 2014. Transobturatorinen inkontinenssileikkaus (TVT-O) naisten virtsankarkailun hoidossa. Lääkärilehti. Viitattu 16.4.2017.

<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/transobturatorinen-inkontinenssileikkaus-tvt-o-naisten-virtsankarkailun-hoidossa/>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteidenlaitos. Hoitotiede. Viitattu 24.4.2017.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Maguire, T., Tincello, DG. & Mistri, A. 2011. An overview of surgical interventions for the treatment of urinary incontinence. Reviews in Clinical Gerontology. Gambridge. Viitattu 24.4.2017.

<http://search.proquest.com/docview/906478995?accountid=12003#center>

Palva, K. 2011. Mid-urethral slings for treatment of stress urinary incontinence - long- and mid-term follow-up. University of Helsinki.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/27542/midureth.pdf?sequence=1%20tvt:n%20tehokkuus>

Riikola, T., Kiilholma, P. & Vuorela, P. 2011. Virtsankarkailu - naisten yleinen ja turhaan sairailtu vaiva. Käypä hoito. Viitattu 14.5.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00063>

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 4.4.2017.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto.

http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf Viitattu 16.3.2017.

Tiitinen, A. 2016. Virtsankarkailu naisella. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.5.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk0018

Virtsankarkailu (naiset) (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. Viitattu 3.4.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50050>

Kirjat

Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Naisen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. 1. painos. WSOY.

Kiilholma, P. & Päivärinta, E. 2007. Inkontinenssin ABC - opas hyvään hoitoon. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, Kääriäinen. Poskiparta. Johansson. Hirvonen & Renfors. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY.

Lukkari, L. Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. WSOY.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita.

Schenkmanis, U. & Ulmsten, U. 2007. Inkontinenssi. WSOY. Helsinki.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R (toim.). 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint oy.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Juva: Bookwell Oy.

Vänskä, K. Laitinen-Väänänen, S. Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. 1. Painos. Helsinki: Edita Prima.

Artikkelit

Aro, A. Melender, H. Hölttä, R. & Salanterä, S. 2007. Potilaan tiedontarpeet päiväkirurgisessa ponnistusinkontinenssileikkauksessa. Kätilölehti 5/2007, 175-178.

Eloranta, S. Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2007. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. Hoitotiede 3/2008, 115-125.

Muut

Poutala, K. 2017. Urologian osasto K1. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Peijaksen sairaala.

Takku, T. 2010. Terveysteen liittyvä elämänlaatu virtsankarkailua kokevilla naisilla. Pro-gradu-tutkielma. Oulun yliopisto.

Kuviot

1 Kuvio: HUS:n Organisaatiokaavio	15
---	----

Taulukot

Taulukko 1: Kirjallisuuskatsaukseen tehty tiedonhaku.....	18
Taulukko 2: Opinnäytetyön aineisto	20
Taulukko 3: Opinnäytetyön aikataulu	22

