

# Kirurgisen potilaan preoperatiivinen hoitotyö

Video potilaalle

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö AMK  
Syksy 2017  
Seda Osman  
Nea Ritva  
Jemina Silvola

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala  
Sairaanhoitaja

SEDA OSMAN,  
NEA RITVA,  
JEMINA SILVOLA:

Kirurgisen potilaan preoperatiivinen  
hoitotyö  
Video potilaalle

Sairaanhoidon opinnäytetyö, 33 sivua, 5 liitesivua

Syksy 2017

TIIVISTELMÄ

---

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan osaston 63 kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä opetusvideo leikkausta edeltävästä hoitotyöstä. Video on erityisesti suunnattu potilaille, jotka ovat tulossa leikkaukseen. Opinnäytetyö toimii myös hoitohenkilökunnan tukena LEIKO-haastattelussa. LEIKO- prosessissa potilas tulee leikkaukseen kotoa, jolloin suurin osa valmisteluista tapahtuu kotona sekä osastolla. Opinnäytetyö on rajattu preoperatiiviseen hoitotyön osa-alueisiin. LEIKO-videossa näytettiin konkreettisesti, miten potilas valmistellaan leikkaukseen.

Opinnäytetyön videon kuvauksessa ja editoinnissa avusti M.IDEA, joka on Fellmannin Campuksella toimiva mediatoimisto. M.IDEA:lla voi suorittaa erilaisia projekteja, työharjoitteluita, opinnäytetöitä sekä opintokursseja. (M.IDEA. 2017.) Video kuvattiin M.IDEA:n kanssa Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 63 sekä leikkaussalissa.

Opinnäytetyö helpottaa hoitohenkilökunnan työtä, koska videolla käsiteltiin asioita selkeästi, joita on hyvä käydä läpi potilaan kanssa ennen leikkauspäivää. Potilas katsoo videon sairaanhoitajan kanssa. Kirjallisen osion on tarkoitus olla helppolukuinen, tiivistetty ja helposti hyödynnettävä tuotos, joka tukee jo olemassa olevaa opetusmateriaalia. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää myös uusien hoitajien sekä opiskelijoiden perehdytyksessä.

Videon tekemistä varten laadimme kyselytutkimuksen (Katso LIITE 2) osastolla työskenteleville LEIKO- haastatteluita tekeville hoitajille. Tutkimus oli määrällinen tutkimus, johon vastasi yhteensä 12 hoitajaa. Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitä hoitajat haluavat videon käsittelevän.

Asiasanat: opetusvideo, leikkaukseen kotoa, preoperatiivinen hoitotyö

Lahti University of Applied Sciences  
Faculty of Social and Health Care  
Degree Programme in Nursing

OSMAN, SEDA

RITVA, NEA

JEMINA SILVOLA:

Surgical patient preoperative nursing  
Video for patient

Bachelor's Thesis in Nursing, 33 pages, 5 pages of appendices

Autumn 2017

ABSTRACT

---

This thesis was made in co-operation with the women's disease department, the central hospital of Päijät-Häme. The object of this thesis was to make a tutorial video about care before a surgical operation. This video was made especially for patients who are coming to surgical operations. Our thesis helps to support the nursing staff in the LEIKO-interview. In the LEIKO-process, the patient will be prepared when they come to a surgical operation, since most of the preparation will happen at home and also in the medical department with a nurse. This thesis is restricted for pre-operative sectors. The LEIKO-video shows specifically and clearly how the patient is prepared for a surgical operation.

In the filming and editing of the thesis video, M. IDEA was assisting us. M. IDEA is a media office, active in Fellmanni Campus. In M. IDEA you can accomplish different projects, internships, thesis and also classes. (M.IDEA. 2017) The video was filmed in the central hospital of Päijät-Häme, in the women's disease department and also in the operating room.

The thesis helps the nursing staff prepare the patient for the operation better, because the video explains things more clearly, which are also good to go through with the patient preoperation. The patient watches the video together with a nurse. The written section easy to read and use, summarized well, understandable and it does agree with the teaching material already available. The thesis can also be used in the briefing of new nurses and students.

In making of the video, we conducted a survey for the nurses working in the department, who will perform the LEIKO-interview for the patients. Survey research was a quantitative research, which twelve nurses answered. Reason for the survey research was to resolve what nurses really want the video to contain.

Key words: FHTO, from home to operation, preoperative process/care

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	3
2.2	Osaston 63 kuvaus	3
3	LEIKKAUKSEEN KOTOA	4
3.1	Gynekologisen potilaan hoitopolku osastolle	4
3.2	Ravitsemus, luontaistuotteet ja päihteet	10
3.3	Tutkimukset	12
3.4	Koti- ja esilääkkeet	13
3.5	Leikkausvalmistelut	14
3.6	Antitromboosisukat	17
3.7	Sängystä ylös nousu	19
3.8	Lähtö leikkaussaliin ja raportti	19
4	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	22
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	22
4.2	Videomateriaalin käyttö hoitotyössä	23
4.3	Opinnäytetyön ja videon toteutus	24
4.4	Prosessin arviointi	26
5	POHDINTA	29
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	29
5.2	Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet	30
	LÄHTEET	32
	LIITTEET	41

## 1 JOHDANTO

LEIKO- toimintaprosessissa potilas tulee leikkausaamuna osastolle, jossa hänet valmistellaan leikkausta varten. Potilas toteuttaa kotona suurimman osan leikkaukseen vaadittavista esivalmisteluista annettujen ohjeiden mukaisesti. Osastolla tehtyjen esivalmisteluiden jälkeen ja leikkaushenkilökunnan kutsuessa, potilas siirretään leikkaussaliin. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämön kautta takaisin vuodeosastolle. (Keränen 2006.) Kotiutus tapahtuu leikkauksen laajuudesta ja potilaan voinnista riippuen muutaman päivän sisällä (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 105-106). Tällöin on mahdollista välttää sairaalasta tarttuvia infektioita ja toipuminen leikkauksesta on nopeampaa. LEIKO- toiminta vähentää myös sairaalan kustannuksia. (Keränen 2006.) LEIKO tutkimuksessa selvisi, että LEIKO- prosessin avulla potilaiden sairaalajaksot lyhenivät reilusti puolen vuoden aikana (Keränen & Keränen 2011, 136-140). Osa potilaista käy ennen toimenpidettä preoperatiivisella poliklinikalla anestesia lääkäriin ja leikkaavan erikoislääkäriin vastaanotolla sekä sairaanhoitajan luona, joka valmistaa potilasta tulevaa leikkausta varten (Leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toiminta – turvallisuutta, laatua ja tehokkuutta leikkaustoimintaan 2016).

Suomessa LEIKO-toiminta on lisääntynyt sekä järjestelyn tuottavuutta tarkastellaan jatkuvasti. Leikkaustoiminnan uudistamiseksi, on myös kunnille asetettu paljon paineita. Haasteena on myös hoitohenkilökunnan työnkuvan muutos, sillä LEIKO-potilaiden ohjaustyö korostuu toimintaprosessissa huomattavasti. (Keränen 2006; Keränen & Keränen ym. 2011, 136-140.) LEIKO-toiminta käynnistyi Suomessa vuonna 2000 Hyvinkään sairaalan väliaikaisissa tiloissa nykyistä pienimuotoisempana, josta se on levinnyt muihin sairaaloihin. LEIKO-prosessi on yksi merkittävimmistä muutoksista pariin kymmeneen vuosiin sekä se on kansallisesti palkittu. (Leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toiminta – turvallisuutta, laatua ja tehokkuutta leikkaustoimintaan 2016.)

LEIKO-prosessi sitoo perinteiseen vuodeosasto hoitomalliin nähden 73 % vähemmän aikaresursseja sairaalan hoitohenkilökunnalta (Leikkaukseen

kotoa (LEIKO)-toiminta – turvallisuutta, laatua ja tehokkuutta leikkaustoimintaan 2016). Toiminta mahdollistaa yhdenmukaiset toimintatavat anestesia- ja leikkauslääkäreiden, leikkaavien lääkärien sekä hoitohenkilökunnan välille (Leikkauksen kotoa (LEIKO)-toiminta – turvallisuutta, laatua ja tehokkuutta leikkaustoimintaan 2016; Tohmo 2010, 43). Prosessin myötä keskeisimpänä asiana on ollut yhä enemmän potilaan hyvinvointi sekä turvallisuus (Tohmo 2010, 43).

Vuosittain Päijät-Hämeen keskussairaalaossa tehdään elektiivisistä eli suunnitelluista leikkauksista noin 70 % LEIKO:na. (Leikkaus, anestesia ja tehostetun hoidon yksikkö 2015.) Päijät-Hämeen keskussairaalan leikkaus-, anestesia-, tehohoidon ylilääkäri Kuosan mukaan keskussairaalan LEIKO-potilaiden määrä on nostettavissa jopa 90 %:iin vuodessa. Sairaalaapaikkojen vähentämisen vuoksi LEIKO-toiminta helpottaa huomattavasti kirurgista hoitotyötä. (Yhä useampi potilas tulee leikkaukseen suoraan kotoa 2013.) Hyvinkäällä potilaat ovat olleet tyytyväisiä LEIKO-malliin ja erityisesti siihen, että ovat saaneet tulla leikkaukseen suoraan kotoa (Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008).

Gynekologiset leikkaukset voidaan tehdä monella eri tavalla kuten muun muassa emättimen kautta eli laparatomisesti tai vatsaontelon avausleikkauksena. (Botha ym. 2016, 105-106.) Lisäksi voidaan käyttää tavallista laparoskopioita eli vatsaontelon tähytystä tai robottivälineillä laparoskopioita (Gynekologiset leikkaukset 2017). Gynekologisista toimenpiteistä yleisimpiä ovat kohdunpoistot, kohdun lihaskyhyt, vuotohäiriöt, virtsankarkailun leikkaushoidot, laskeumaleikkaukset sekä toimenpiteet, jotka kohdistuvat kohdun ja munasarjojen muutoksiin. Gynekologisiin leikkauksiin kuuluvat myös endometrioosi- sekä naistentautiset syöpäleikkaukset. (Botha ym. 2016, 105–106.)

Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä video LEIKO-haastatteluun ohjeistamaan potilasta preoperatiiviseen eli leikkausta edeltävään valmisteluun. Video on suunnattu potilaiden lisäksi hoitohenkilökunnalle avuksi potilastyöhön.

## 2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä video gynekologista leikkausta edeltävään preoperatiiviseen haastatteluun hoitohenkilökunnan ja potilaiden tueksi. Tavoitteena oli saada potilaille selkeät ohjeistukset gynekologiseen leikkaukseen valmistautumiseen video-muodossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä Päijät-Hämeen keskussairaalan osaston 63 hoitohenkilökunnan osaamista sekä potilasturvallisuutta. Tarkoituksena oli myös perehdyttää opiskelijoita aiheeseen.

Opinnäytetyön pidemmän tähtäimen tarkoituksena olisi pyrkiä käyttämään enemmän videomateriaalia hoitotyössä. Tarkoituksena olisi se, että haastatteluiden toimintatapa, laatu ja sisältö pysyisivät samana joka haastattelukäynnillä. Video yhtenäistää hoitohenkilökunnan toimintatapoja sekä toimintaohjeita hoitotyössä.

### 2.2 Osaston 63 kuvaus

Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 63 on yhteensä 12 vuodepaikkaa. Osaston henkilökunta koostuu sairaanhoitajista, kättilöistä, osastosihteeristä, lääkäreistä ja laitoshuoltajista. Aamuvuorossa on hoitajia 3-4, iltavuorossa on 3 sekä yövuorossa 2 sairaanhoitajaa tai kättilöä. Hoitajien ja lääkäreiden lisäksi osastolla käytetään moniammatillista työryhmää aina tarvittaessa, kuten sairaalapappia, psykiatrista sairaanhoitajaa, seksuaalineuvojaa sekä fysioterapeuttia. (Naistentautien vuodeosasto 63 2017; Osaston 63 sairaanhoitaja 2017.)

Yleisimpiä syitä osastohoitoon ovat vakavat gynekologiset infektiot, raskauden ongelmatilanteet sekä raskauden keskeytykset, keskenmenot, gynekologiset – ja rintasyöpäpotilaat leikkaushoidot, tarkkailua vaativat lapsettomuushoidot ja gynekologisten syöpien ongelmatilanteet sekä lisätutkimukset (Naistentautien vuodeosasto 63 2017).

### 3 LEIKKAUKSEEN KOTOA

#### 3.1 Gynekologisen potilaan hoitopolku osastolle

Jokaisen leikkauspotilaan hoitopolku on yksilöllinen, joka suunnitellaan sopivaksi potilaan tilanteeseen. Hoitoprosessi alkaa siitä, kun potilaalta löydetään gynekologinen vaiva työterveydessä tai omalääkärin vastaanotolla, josta lääkäri tekee lähetteen naistentautien poliklinikalle. Naistentautien poliklinikalla lääkäri tutkii potilaan ja valitsee hoitomuodon yhteistyössä potilaan kanssa. (Botha ym. 2016, 106.) Hoito voi olla joko kirurginen tai konservatiivinen eli säästävä ja rajoitettu hoitomenetelmä (Botha ym. 2016, 106; Konservatiivinen hoito 2017). Potilas voi valita hoitopaikakseen myös yksityisen sairaalan, jolloin kansaneläkelaitos kustantaa osan tutkimusten ja hoitojen määrästä riippuen toimenpiteestä. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 16).

Terveysihuoltolaki (2010/1326, 58 §) toteaa seuraavaa:

*Jos terveydenhuollon toimintayksikössä on hoidettavana potilas, joka ei ole toimintayksikköä ylläpitävän kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymää ylläpitävän kunnan asukas, on sen kunnan tai kuntayhtymän, jolla on vastuu hoidon järjestämisestä, korvattava hoidosta aiheutuneet kustannukset, jollei hoitokustannusten korvaamisesta muualla toisin säädetä.*

*Korvauksen on perustuttava tuotteistukseen tai tuotehintaan, jolla terveydenhuollon toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa tai jolla kuntayhtymä laskuttaa jäsenkuntiansa. Korvauksesta vähennetään hoidosta potilaan suorittama asiakasmaksu ja muut palvelun tuottajan hoitoon liittyen saamat toimintatulot. Asiakasmaksu määräytyy sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) mukaisesti perustuen palvelun antavan kunnan päätökseen. Palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä voidaan säätää sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksella.*

Leikkauspäätöksen saatuaan potilas pääsee leikkausjonoon, josta hänet kutsutaan preoperatiivisiin tutkimuksiin sekä haastatteluun. Leikkaukseen



pääsyyn vaikuttavat leikkauksen kiireellisyys sekä leikkausjonon pituus. Leikkaukset, joita ehditään suunnittelemaan etukäteen, kutsutaan elektiivisiksi leikkauksiksi. (Karma ym. 2016, 16-17.)

Terveystieteellisen lain (2010/1326, 52 §) mukaan

*Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.*

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785 5§) mukaan

*Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveystieteellisen lain ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveystieteellisen lain ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.*

Perusteellinen leikkaukseen valmistautuminen preoperatiivisella käynnillä on menestyneen hoitoprosessin kulmakivi (Karma ym. 2016, 18).

Kylliäisen tehdyssä potilastyytyväisyys- kyselyssä huomattiin potilaiden, jotka tulivat suunnitellusti hoitoon olevan tyytyväisempiä kuin päivystyksenä tulleet potilaat. Suunnitellusti tulleista potilaista noin 61%

kokivat saaneensa riittävästi tietoa, toisin kuin päivystyspotilaista vain 44% olivat tätä mieltä. (Kylliäinen 2012, 24-25.)

Kirurgisen potilaan ohjauksen tutkimuksessa todetaan hoitohenkilökunnan tärkeimpiä ominaisuuksia olevan ajanmukainen hoitotiedon ylläpitäminen, työkokemus, organisaation henkilökohtaiset käytänteet, potilas- ja perhelähtöisyys sekä motivaatio ohjaustyöhön (Saarela 2013, 54). Sjöling, Norbergh, Malcker ja Asplund (2005) esittävät tekstissään tärkeitä potilaan kohtaamisen menetelmiä ohjaustilanteissa. Pääkohtana on potilaan kohtaaminen ihmisenä sekä potilaan tunteiden huomioiminen ja kunnioittaminen. Hoitohenkilökunnan tulee osata esittää tietoa selkeästi ja yksilöllisesti. (Saarela 2013, 10.) Hyvä potilasohjaus vaatii organisaatitaitoja, täsmällisyyttä ja tehokasta työntekoa (Karma ym. 2016, 18).

Kokonaisvaltainen ohjaus sisältää potilaalle annettavat kirjalliset ja suulliset ohjeet (Karma ym. 2016, 18). Langdonsin, Hardinin ja Learmonthin (2002) mukaan kirjallisten ohjausmateriaalien on tutkittu parantavan potilasohjeiden muistamista (Saarela 2013, 11). Palokosken tutkimuksen perusteella suurin osa potilaista eli 83 % olivat tyytyväisiä potilasohjaukseen, kun taas 13 % potilaista pitivät ohjaustilannetta tyydyttävänä. Potilaat kokivat tällöin, etteivät ole tulleet kuulluksi ohjausta annettaessa. (Palokoski 2007, 49.) Potilaat arvioivat tiedonsaantia hoitajilta hieman paremmaksi kuin lääkäriltä (Palokoski 2007, 64). Aikaisempien tutkimusten Eldhnin, Ekmanin, Ehnforsin (2010) ja Lawin (1997) pohjalta potilaat perustelivat vastaustaan sillä, että kirurgilta saadut ohjeet oli vaikea muistaa, toisin kuin hoitajien antamia (Palokoski 2007, 64).

Kearneyin, Jennrichin, Lyonsin, Robinsonin ja Bergerin (2011) mukaan potilaiden saadessa mahdollisuus osallistua omaan ohjausprosessiin ennen toimenpidettä kokevat olevansa paremmin valmistautuneita leikkaukseen (Saarela 2013, 10). Sjölingin ym. (2005) toteavat, potilaiden tahtovan tietää käytännössä, kuinka heidän tulisi valmistautua leikkaukseen kotona ennen toimenpiteeseen saapumista (Saarela 2013,

10). Saarela on tutkinut useita alkuperäistutkimuksia, joiden mukaan potilaan hoidon ohjaus edellyttää potilaan läsnäoloa, sitoutumista hoitotoimenpiteisiin ja leikkaukseen. Samalla potilaan tulisi ymmärtää ja huomioida mahdolliset hoitoon vaikuttavat riskitekijät. (Saarela 2013, 10.)

Erämiehen tutkimuksen mukaan potilaan toimintakyvyn ja leikkaukseen liittyvien vaarojen arviointi, leikkaustuloksen heikentävien sairauksien hoito ja potilasohjaus vahvistavat potilaan toipumista toimenpiteestä sekä anestesiasta (Erämies 2015). Preoperatiivisella käynnillä potilas voi kertoa omista toiveistaan sekä peloistaan. Tarkoituksena on, että potilas tulee kuulluksi sekä ahdistuksesta ja peloista voidaan keskustella. (Aantaa, Alahunta, Olkkola, Reinikainen & Yli-Hankala 2016.) Carrinin ja hänen yhteistyökumppanien tutkimuksen mukaan leikkauksen edeltävänä iltana potilaan ahdistus ja pelko kasvoivat suurimmilleen siirtyessä vuodeosastolta leikkaussaliin. Tutkimuksen mukaan juuri ennen anestesian alkamista ahdistus oli huipussaan ja leikkauksen jälkeen koettu ahdistuneisuus yhdistettiin kipuun. Mitä ahdistuneempi potilas oli ennen leikkausta, sitä kivuliaampi hän oli leikkauksen jälkeen. Gynekologisen leikkauspotilaan puhelinneuvonta paransi myös potilaan elämänlaatua kotiutumisen jälkeen. (Botha ym. 2016, 107.)

Potilas tapaa leikkaavan lääkärin sekä hänen kanssaan käydään läpi vielä yksityiskohtaisesti leikkauksen kulkua. Anestesia lääkäri arvioi potilaan anestesiakelpoisuutta ASA-luokituksen (Taulukko 1.) avulla. Anestesiakelpoisuuden arviointiin tarvitaan tämänhetkiset laboratoriotutkimukset sekä anamneesi eli potilaan taustatiedot. (Aantaa ym. 2016.)

TAULUKKO 1. Anestesiariiskiluokitus – ASA-luokitus (Aantaa ym. 2016)

ASA-luokka	Määritelmä	Esimerkkejä (lista ei ole kattava)
<b>ASA I</b>	Terve	Terve, ei tupakoi, ei käytä alkoholia ollenkaan tai käyttää vain vähäisiä määriä.
<b>ASA II</b>	Lievä yleissairaus	Ei rajoita toimintakykyä merkittävästi. Tupakointi, kohtuullinen alkoholinkäyttö, raskaus, lihavuus (BMI 30-40), hyvässä hoitotasapainossa oleva diabetes tai verenpainetauti, lievä keuhkosairaus.
<b>ASA III</b>	Vakava yleissairaus	Rajoittaa toimintakykyä merkittävästi. Yksi tai useampi kohtalainen tai vakava sairaus. Esimerkiksi huonossa tasapainossa oleva diabetes tai hypertensio, keuhkohtaumatauti, sairaaloinen lihavuus (BMI $\geq$ 40), aktiivinen hepatiitti, alkoholi-riippuvuus tai väärinkäyttö, implantoitu tahdistin, kohtalaisesti alentunut ejektiofraktio, säännöllinen dialyysihoito loppuvaiheen munuaissairauden vuoksi, keskonen, jonka raskauden keston ja syntymän jälkeisen kalenteri-iän summa on alle 60 viikkoa, yli 3 kk sitten sairastettu sydäninfarkti, aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai TIA, yli 3 kk sitten tehty sepelvaltimoiden stenttaus tai sepelvaltimotauti ilman epästabieleja tapahtumia viimeisten 3 kk sisällä.
<b>ASA IV</b>	Jatkuvasti henkeä uhkaava vakava yleissairaus	Akuutti sydänlihaskeskemia, vaikea läppävika, matala ejektiofraktio, äskettäin (< 3 kk) sairastettu sydäninfarkti, aivoinfarkti, aivoverenvuoto, TIA tai äskettäin (<3 kk) tehty sepelvaltimoiden stenttaus, sepsis, DIC, ARDS tai loppuvaiheen munuaissairaus ilman säännöllistä dialyysihoitoa.
<b>ASA V</b>	Kuolemansairas potilas, jonka ei odoteta jäävän henkiin ilman leikkausta	Rupturoitunut aortan aneurysma, henkeä uhkaava vamma, kallonsisäinen vuoto, jossa keskiviivasiirtymä, suoli-iskemia ja samanaikainen vakava sydäntauti tai monielinvaurio.
<b>ASA VI</b>	Aivokuollut elinluovuttaja	

Merkintä "E" ASA-luokan perässä tarkoittaa kiireellistä toimenpidettä (päivystys). Päivystyksestä on kyse silloin, kun viive hoidon aloittamisessa lisää merkittävästi kuoleman tai pysyvän vaurion riskiä.

Preoperatiivisen käynnin ja ASA-luokituksen perusteella anestesia lääkäri suunnittelee toimenpiteessä käytetyn anestesianmuodon sekä kipulääkityksen. Anestesia lääkäri tekee päätökset sairauskertomuksen ja sairaanhoitajan tapaamisen perusteella, jos tapaamista ei pystytä järjestämään. Tarkoituksena on selvittää riskitekijät anestesian komplikaatioihin sekä saada sairaudet hoitotasapainoon ennen

leikkauksen suoritusajankohtaa. (Karma ym. 2016, 54.) Tavoitteena on myös, että potilaalle selvitetään etukäteen kuntoutumisen kannalta tärkeät jatkohoidon ohjeet kuten oikeaoppinen hengitys- ja yskimistekniikka sekä liikkuminen (Erämies 2015).

Ennen leikkausta potilaan kanssa täytetään esitieto- ja anestesiakaavake. Lomakkeet tulee täyttää huolellisesti toimenpiteen ja anestesian onnistumisen kannalta. Lomakkeeseen merkitään potilaan pituus ja paino. (Ilola ym. 2013.) Anamneesia eli potilaan esitietoja kartoittaessa halutaan tietää potilaan aikaisemmat sairaudet, lääkitykset, luontaistuotteet, allergiat, päihteiden käyttö, aikaisemmat toimenpiteet ja nukutukset, verenvuototaipumus, raskauden mahdollisuus, apuvälineet, proteesit, kuulolaitteet sekä potilaan vointi ja lähiaikoina koetut voinnin muutokset. (Karma ym. 2016, 54.) Haapakosken ja Annilan tekemän tutkimuksen mukaan huolellisesti ja ajoissa tehty esitietojen tarkastaminen potilaalta lisää leikkausprosessin onnistumista sekä potilasturvallisuutta (Haapakoski & Annila 2006, 39).

*Leikkausajankohtaan gynekologisissa toimenpiteissä saattaa vaikuttaa kuukautiskierto* (Botha ym. 2016, 106). Kuopion yliopistollisessa sairaalan hyvänlaatuisen kasvainten leikkaushoito-ohjeistuksessa kerrotaan, että hysteroskopiaa eli kohtuontelon tähytystä suositellaan tehtävän kuukautisten jälkeisellä viikolla, jolloin kuukautisvuotoa ei ole. Tällöin näkyvyys kohtuun on kaikista paras. Hysteroskopiaa käytetään selvittäessä kohdun rakennetta tai vuotohäiriöiden syitä tai etsiessä limakalvokasvaimia tai lihaskasvaimia, rakennepoikkeamia tai kiinnikkeitä. (Hyvälaatuisten kasvainten leikkaushoito 2013; Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri.)

Potilaan fyysinen toimintakyky tulee selvittää lomakkeeseen mahdollisten sydän- ja keuhkosairauksien vuoksi. Anamneesia tehtäessä tulee huolellisesti selvittää potilasasiakirjojen ja haastattelun avulla edellä mainitut asiat, jotta vältettäisiin mahdollinen riskitilanne potilaan ja hoitohenkilökunnan turvallisuudessa. (Ilola, Hoikka, Heikkinen, Honkanen & Katomaa 2013, 6-7.) Potilas voi halutessaan tuoda tahtonsa julki

hoitotahdon avulla omaan hoitoonsa liittyen, jos hän ei jostain syystä kykenisi osallistumaan päätöksen tekoon tulevaisuudessa. Hoitotahto on pysyvä, ellei potilas pura tai muuta sitä. Hoitotahto tulee aina kirjata potilastietojärjestelmään. Hoitotahto otetaan vastaan mieluiten kirjallisena, mutta myös suullinen hoitotahto on yhtä sitova. Hoitotahdon vastaanottamiseen suositellaan kahden perheeseen kuulumattoman henkilön allekirjoitus, mutta on voimassa ilman niitäkin. (Ilola ym. 2013, 17.)

LEIKO- prosessissa potilas saapuu leikkausaamuna osastolle sovittuna ajankohtana. Osastolla potilas valmistellaan leikkaukseen. Potilas on aikaisemmin käynyt tarvittavissa valmistavissa ohjauksissa, haastatteluissa sekä tutkimuksissa. (Karma ym. 2016, 18.) Potilasta tulee ohjata soittamaan hoidonvaraajalle, jos hänelle ilmenee kuumetta, bakteeritulehduksen oireita tai ihorikko, jolloin leikkausaikaa tulisi lääkärin harkinnan mukaan siirtää. Potilaan tulisi aina informoida peruutuksista hoidonvaraajalle hyvissä ajoin. (Syväoja, Palander & Hakala 2015.)

### 3.2 Ravitsemus, luontaistuotteet ja päihteet

Osastolla 63 ohjataan potilaita olemaan ravinnotta alkaen kello: 24:00 edeltävästä yöstä (Osaston 63 sairaanhoitaja 2017). Paastoajan tarkoituksena on minimoida vatsan sisältöä sekä vähentämään happamuutta mahalaukussa. Lisäksi mahalaukun sisällön nouseminen ruokatorveen, suuhun sekä keuhkoihin pyritään estämään. (Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015.) Leikkausaamuna on tärkeää varmistaa, onko potilas toiminut ohjeiden mukaisesti ja ollut ravinnotta, sillä paastoaikana syöminen saattaa johtaa toimenpiteen siirtämiseen (Ilola ym. 2013; Syväoja ym. 2015).

Alkoholin käyttö on kokonaan kielletty 24 tuntia ennen sairaalaan tuloa, toimenpidepäivänä sekä toimenpideiltana. Leikkauksessa käytettyjen lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset voivat olla vaarallisia. (Valmistautumisohjeet ovat tärkeitä ennen leikkausta 2016.) Pitkäaikainen alkoholin käyttö lisää leikkauskomplikaation mahdollisuutta heikentämällä

immuunipuolustusta, hyytymistekijöitä ja aiheuttamalla sydämen vajaatoimintaa sekä rytmihäiriöitä, jonka seurauksena kudoshapetus laskee. Tutkimuksen mukaan alkoholin käyttäjien sairaalahoidon kesto kasvoi 1,24 – kertaiseksi ja tehohoito 1,29 – kertaiseksi. (Paajanen 2014.)

*Luontaistuotteet ovat luontaiskaupoista* saatavia valmisteita, joilla on vähän lääkkeen kaltaisia vaikutuksia. Joillain luontaistuotteilla on lääkkeitä vahvistavia tai heikentäviä vaikutuksia. Ne saattavat myös lisätä lääkkeiden haittavaikutuksia. Preoperatiivisessa haastattelussa tulisi selvittää potilaalta lääkkeiden ja päihteiden lisäksi myös luontaistuotteiden käyttö. Suositeltava yleinen aika luontaislääkkeiden lopettamiseen on kaksi viikkoa. (Ilola ym. 2013, 16.)

Luontaistuotteet kuten esimerkiksi valkosipuliuute, gingseni ja ginko tulisi suosituksen mukaan jättää tauolle seitsemän vuorokautta ennen toimenpidettä. Edellä mainittujen luontaistuotteilla ei ole katsottu lisäävän merkittävästi verenvuotoriskiä, vaikka niillä on verihituleiden paakkuuntumista estävä vaikutuksia. (Leikkausta edeltävä arviointi 2014, 28.)

Mäkikuisma tulisi jättää tauolle viisi vuorokautta ennen toimenpidettä. Mäkikuisma nopeuttaa kliinisesti monien lääkkeiden kuten anestesiassa käytettyjen opioidien poistumista elimistöstä. Omega-3-rasvahappovalmisteen käyttämisestä on huomattu, että ne saattaisivat lisätä verenvuototaipumusta, mutta tätä asiaa ei ole pystytty osoittamaan toimenpiteessä tai tutkimuksissa. (Leikkausta edeltävä arviointi 2014, 28.) Päijät-Hämeen keskussairaalan käytäntöjen mukaan Omega-3-rasvahappovalmisteet tulee tauottaa jo potilaan päästessä leikkausjonoon (Osasto 63 sairaanhoitaja 2017).

*Potilaalta tulisi aina selvittää, polttaako potilas* tupakkaa. Tupakointi heikentää leikkaustulosta sekä lisää komplikaatioiden riskiä 30–70 prosenttia. Tupakointi heikentää myös leikkauksesta toipumista. Suosituksen mukaan tupakan poltto tulisi lopettaa vähintään 4-8 viikkoa ennen leikkausta, mutta pidemmästä aikavälistä on enemmän hyötyä

leikkauksen ja siitä toipumisen kannalta. (Grönholm, Karhunen-Enckell & Liira 2017; Koivusipilä ym. 2015.)

Tupakoinnin haittana leikkauksessa on hengitystie – ja verenkiertokomplikaatiot, immuunijärjestelmän heikkeneminen eli infektioriski sekä tupakointi lisää tehohoidon, uusintaleikkauksien ja kuoleman riskiä. Tupakointi lisää sairaalajakson pituutta sekä kustannuksia. Tutkimuksien mukaan potilaat eivät usein tiedäneet tupakoinnin aiheuttamista riskeistä leikkauksessa. (Grönholm ym. 2017.)

Ensiarvoisen tärkeänä pidetäänkin terveydenhuollon ammattilaisten tietoutta tupakoinnista sekä erilaisia tukitoimia tupakoinnin lopettamiseen. Potilaalle tulee kertoa myös nikotiinikorvaustuotteiden saatavuudesta. (Grönholm ym. 2017.) Tutkimuksen mukaan elektiivinen toimenpide on hyvä mahdollisuus vieroittua tupakan polttamisesta. Hoitohenkilökunnan tulisi siis aina tarttua tilaisuuteen päihdevalistuksen suhteen. (Vikatmaa, Hersio & Olkkola 2017.)

### 3.3 Tutkimukset

Toimenpidettä varten vaadittavat tutkimukset riippuvat potilaan esitiedoista. Tutkimuksien määrittelyyn tulee huomioida tarvittavat aikaisemmat tutkimukset ja leikkauksen laajuus sekä ASA-luokitus. (Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015.)

Tarvittaessa lääkärin määrätessä tulee selvittää ennen leikkausta potilaan sydämen, keuhkojen ja munuaisten tila, potilaan verenpaine, verensokeri sekä mahdolliset yliherkkyydet. Lisäksi tulee selvittää sellaiset asiat, joilla voi olla merkitystä potilaan selviytymiselle leikkauksesta sekä leikkauksen jälkeisen toipumisen kannalta. Huonossa hoitotasapainossa olevien perussairauksien tehostettu hoito saattaa olla tarpeen ennen leikkausta. (Koivusipilä ym. 2015.)

Potilaan ollessa perusterve, hänen sairautensa ollessa hyvässä hoitotasapainossa tai leikkaukseen liittyvät riskit ovat muuten pienet, ei pieneen toimenpiteeseen mentäessä yleensä tarvita mitään erityisiä



tutkimuksia. (Koivusipilä ym. 2015.) Tutkimukset ja verikokeet valitaan potilaan perussairauksien, kliinisen tutkimusten, tulevan leikkauksen ja riskitekijöiden perusteella. Tavallisimpia tutkimuksia leikkaukseen mentäessä ovat PVK (perusverenkuva), X-koe (veren sopivuuskoe), EKG eli sydänfilmi, veriryhmän sekä vasta-aineiden määrittäminen. Ennen leikkausta tulisi tehdä raskaustesti (S-hCG), jos epäillään raskautta. (Ilola ym. 2013, 14, 476.) Laboratorionäytteet sekä muut tutkimukset otetaan perusterveydenhuollossa tai toimenpideaamuna sairaalassa ennen leikkausta (Osasto 63 sairaanhoitaja 2017).

### 3.4 Koti- ja esilääkkeet

Kotilääkkeiden käytöstä tulisi keskustella lääkärin kanssa ennen tulevaa leikkausta. Usein kotilääkkeet jatkuvat normaalisti leikkauspäivän aamuun asti, jotta hoitotasapaino säilyisi. Kotilääkkeet potilas voi ottaa pienen nestemäärän kanssa. (Leikkausta edeltävä arviointi 2014.)

Sydänlääkkeet otetaan normaalisti ennen leikkausta. Näihin lääkkeisiin kuuluvat beetasalpaajat, alfasalpaajat, klonidiini, rytmihäiriölääkkeet ja pitkävaikutteiset nitrot. Lisäksi tulee ottaa normaalisti myös astmalääkkeet, kortisoni, psykelääkkeet, epilepsialääkkeet ja aspirin. Osa lääkkeistä tulee ottaa lääkärin määräämän erillisten ohjeiden mukaisesti, kuten varfariini, jossa yleensä pidetään kolmen päivän tauko ennen leikkaukseen tuloa. Jos potilaalla on läppävika, tauko on lyhempi tai varfariinia ei tauoteta laisinkaan. Muiden tromboosiprofylaksialääkkeiden kohdalla, esimerkiksi klopidogreelissä, tauko tulee olla 5-7 päivää. Diabeteslääkkeet otetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti. (Vuorialho 2005, 23–24.)

Lääkkeet, joita ei tule ottaa ennen leikkausta ovat ATR-salpaajat, reniini-angiotensiinijärjestelmään vaikuttavat aineet sekä ACE-estäjät, joita käytetään kohonneeseen verenpaineeseen sekä sydämen vajaatoiminnan hoidossa. (Syväne 2014a; Syväne 2014b; Vuorialho 2005, 25.) Ca-kanavansalpaajat (kalsium), diureetit, digoksiini ja luontaistuotteita ei tulisi ottaa ennen leikkausta. (Vuorialho 2005, 25.)

*Potilas saa esilääkkeen perustuen hänen ikäänsä, painoindeksiin, yleisvointiin sekä aikaisempiin toimenpiteissä käytettyihin lääkityksiin ja niissä ilmenneihin ongelmiin. Lääkeannoksen valintaan vaikuttaa myös leikkauksen tapa. (Karma ym. 2016, 72.)*

Esilääkitys annetaan noin tunti ennen anestesian aloitusta. Esilääkitys annetaan anestesiassa käytettyjen listalääkkeiden lisäksi, vähentämään potilaan pelkoa ja ahdistusta. Esilääkkeiden avulla pystytään heikentämään mahanesteen happamuutta ja siten vältettäisiin aspiraation vaaraa. Pahoinvointia estävillä eli antiemeettisillä lääkityksillä voidaan ennaltaehkäistä leikkauksen jälkeistä pahoinvointia. Tutkimuksien mukaan esilääkkeillä on edistävä vaikutus leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen ja ehkäisevä vaikutus leikkauksesta johtuvaan kivun kroonistumiseen. (Karma ym. 2016, 72.)

Päiväkirurgian yleisyyden vuoksi, potilaille annetaan usein esilääkkeeksi sedatiivien eli rauhoittavien aineiden sijasta paracetamolia tai tulehduskipulääkkeitä (Karma ym. 2016, 72; Ahdistuneisuutta lievittävät ja rahoittavat lääkkeet). Potilaan saamat esilääkkeet kirjataan tarkasti potilastietojärjestelmään sekä anestesiakaavakkeeseen, jotta leikkaussalin henkilökunta on tietoinen toteutuneesta lääkityksestä (Erämies 2015).

### 3.5 Leikkausvalmistelut

Leikkauispäivänä potilaan saapuessa osastolle, potilasohjaus on pääosin sairaanhoitajan vastuulla. Sairaanhoitaja esittelee potilaalle osaston ja potilashuoneen sekä kertoo päivän ohjelmasta ja aikataulusta. Potilaalle on kerrottava osaston käytänteistä. Sairaanhoitajan tehtävänä on kerrata potilaan kanssa lääkärin ja anestesia­lääkärin antamat ohjeet sekä keskustella potilaan mahdollisista huolista ja peloista. (Osaston 63 sairaanhoitaja, 2017.)

Tutkimuksen mukaan potilaan leikkausvalmistelut ehkäisevät leikkaushaavan tulehtumista (Mariana 2013, 193–196). Leikkausalueen ihon eheys sekä puhtaus tulisi aina tarkistaa leikkausaamuna huomioiden

mahdolliset ihorikot kuten hautuma, haavauma, ihottuma, hyttysen purema, jotka saattavat peruuttaa toimenpiteen. Toimenpide aamuna tai edeltävänä iltana potilaan tulee käydä suihkussa ja pestä hiukset huolellisesti. Puhtaudessa tulee erityisesti kiinnittää huomiota navan seutuun ja taivealueisiin. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2015, 101.) Ennen leikkausta tulisi varmistaa potilaan emättimen limakalvojen kunto (Botha ym. 2016, 107).

Potilaan ei tulisi itse leikata ihokarvoja leikkausalueelta toimenpidettä edeltävinä päivinä (Ahonen ym. 2015, 101). Ihokarvoja poistattaessa leikkausajan kohtaa ajatellen tulee se tehdä mahdollisimman lähellä toimenpidettä sekä mahdollisimman hellävaraisesti niin, että iho ei vaurioidu. Paras ajankohta ihonkarvojen poistoon on juuri ennen leikkausta leikkauspäivänä joko osastolla tai leikkaussalissa. (Rantala 2006.)

Leikkauspäivänä sairaalaan tullessa vaatteiden tulisi olla helposti puettavia ja väljiä, sillä tässä vaiheessa on jo hyvä huomioida haava-alueen paraneminen. Turvallisuuden vuoksi kaikki korut sekä lävistykset tulee olla otettuna pois ennen toimenpiteeseen saapumista. (Valmistautumisohjeet ovat tärkeitä ennen leikkausta, 2016.) Ennen leikkausta tulee poistaa kynsilakka sekä tekokynnet, koska ne häiritsevät veren happipitoisuutta mittaavan laitteen toimintaa (Ahonen ym. 2015, 101; Syväoja ym. 2015; Kaarlola, Larmila, Lundgren-Laine, Pyykkö, Rantalainen & Ritmala-Castren 2010, 12).

Pitkäkestoisten, gynekologisen leikkausten potilaille laitetaan kestopatetri, jotta nestetasapainoa voidaan arvioida sekä virtarakon venymistä ehkäistä (Hiltunen & Pakka 2013, 24). Salomaan tutkimuksessa selviää, että kestopatetria käytetään laparotomiassa, laparoskooppisissa toimenpiteissä, vaginaalisessa kohdunpoistossa sekä vaginaalisessa laskeumakorjauksessa (Salomaa 2011, 38). Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 63 kaikissa naistentautisissa LEIKO-toimenpiteissä potilaille asetetaan kestopatetri nukutuksessa tai

puudutuksessa (Osaston 63 sairaanhoitaja 2017). Kestokatetri häiritsee aina limakalvon normaalia toimintaa, koska se on vierasesine (Tays 2015).

Kestokatetri asetetaan virtsateihin puudutusgeelin avulla ja ballongi täytetään keittosuolalla. Katetrin kiinnitystä suositellaan varmuuden vuoksi teipillä naisilla reiteen ja miehillä vatsaan, jotta katetri ei pääse liikkumaan paikaltaan. Kestokatetrin edestakainen liike virtsaputkessa lisää infektion riskiä. Virtsapussia ei tule nostaa potilaan virtsarakon yläpuolelle, koska vaarana on virtsan takaisinvirtaus potilaan rakkoon. (Salomaa 2011,15.) Kestokatetri kiinnitetään aina suljettuun keräyspussiin, joka tyhjenetään pohjasta. (Carea 2017, 20–22; Tays 2015.) Lyytikäisen tutkimuksen mukaan leikkausalueiden infektiot olivat yleisimpiä leikkauksesta johtuvia infektioita, toisena olivat virtsatieinfektiot. Apisarnthanarakin ym. (2007), Crouzetin ym. (2007), Holroyd-Leduchin ym. (2007) tutkimuksien mukaan kestopatetit ovat aiheuttaneet ylimääräisiä kustannuksia, virtsatieinfektioita, sairaalainfektioita, pitkittyneitä sairaalajaksoja sekä pahimmissa tapauksissa jopa kuolemia (Salomaa 2011,15).

Salomaan tutkimuksen lähtökohtana oli kuvata hoitokäytänteitä ja sairaanhoitajan taitoja ja tietoja aikuisten erikoissairaanhoidon piirissä. Tutkimukseen osallistuivat eri erikoisalajat, kuten sisätautien erikoisalajat, mukaan lukien naistentaudit. Tutkimuksessa selviää, että sairaanhoitajat kokevat, että kestopatetrin poisto ajankohtaa ei määritellä asettamisen yhteydessä vaan keskitytään enemmän sen asettamiseen. Sairaanhoitajilla on tietoa kestopatetreihin liittyvistä virtsatieinfektioista ja niiden hoidosta, mutta kestopatetrin poistamisesta ja vaihtamisesta virtsatieinfektion yhteydessä tiedettiin huonosti. (Salomaa 2011,1.)

Puolet kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että kestopatetrin asettamisen ajankohtaa ja laittajaa ei kirjata potilastietojärjestelmään, eikä jatkosuunnitelmaa kestopatetrin suhteen ole. Suurin osa sairaanhoitajista kokivat katetroinnin koulutuksen tarvetta. Puolet vastaajista eivät olleet osallistuneet katetrointikoulutukseen ja yli puolet olivat osallistuneet koulutukseen vain satunnaisesti. Sairaanhoitajien tieto kestopatetrin vaihtamisesta ja poistamisesta virtsatieinfektioiden yhteydessä oli huonoa,

vaikka sairaanhoitajilta löytyi tietoa kestopatenttien hoidosta ja virtsainfektioista. (Salomaa 2011,1.)

### 3.6 Antitromboosisukat

Tukisukkia on olemassa erilaisia ja niiden käyttötarkoitus myös poikkeaa toisistaan. Tukisukat voidaan luokitella lääkinällisiin tukisukkiin, antitromboosisukkiin eli veritulppien ennaltaehkäiseviin sukkiin sekä lääkinällisiin kompressiosukkiin. Antitromboosisukkia käytetään usein ennen ja jälkeen leikkauksien, haavojenhoidossa kompressiositeenä ja jalkojen veritulppien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. (Tukisukilla on monta nimeä.) Virtaus jalkojen laskimoissa saattaa heikentyä johtuen leikkauksen aikaisesta liikkumattomuudesta sekä itse toimenpiteestä.

Laskimovirtauksen vilkastamiseksi käytetään tukisukkia. (Tukisukat leikkauksessa 2017.)

Hoitosukat mitoitetaan yksilöllisesti, jotta sukista saadaan asteittain aleneva lihaspumpua hyödyntävä hoitopaine. Väärin puettuista sukista ei ole hyötyä laskimoverenkierrolle leikkauksessa. (Saarikoski, Stolt ja Liukkonen 2012.) Sukissa on myös hyvä olla avonainen kärki, jotta jalan verenkierto pystytään seuraamaan (Tukisukat leikkauksessa 2017). Tukisukkia mitattaessa mittanauhan tulisi olla kevyesti ihoa vasten, niin ettei mittanauha kiristä ihoa. Varmista vielä ennen mittausta, ettei mittanauha ole vinossa. Tukisukkia varten tulisi mitata (KUVA 1) cC – pohkeenympäryys, leveimmältä kohdasta ja cF – reidenympäryys, keskikohdasta. Tukisukkien valintaa varten tarvitaan vielä potilaan jalan pituus lattiasta haaroihin asti. Jalan pituus kannattaa mitata potilaan ollessa seisoma asennossa paljain jaloin, jotta saataisiin mahdollisimman luotettava tulos. (Fotgrossisten 2017.)

Kokotaulukko					
Ympärysmitta cm					
SIZE	S	M	L	XL	XXL
<b>N</b> <b>C</b>	1	2	3	4	5
cG	48–56	52–60	56–64	60–68	64–72
cF	39–44	43–48	47–52	51–56	55–60
cD	26–31	30–35	34–39	38–43	42–47
cC	29–34	32–37	35–40	38–43	42–47
cB	19–21	21–23	23–25	25–27	27–29
Pituus cm					
SIZE	S	M	L	XL	XXL
<b>N</b>	1	2	3	4	5
IG	71–72	72–73	73–74	74–75	75–76
IF	59–60	60–61	61–62	62–63	63–64
ID	38–39	39–40	39–40	40–41	40–41
IC	30–31	31–32	31–32	32–33	32–33

KUVA 1. Kokotaulukko (Fotgrossisten 2017)

Tukisukat puetaan aamulla ennen ylösousemista, jolloin alaraajoissa ei vielä ole turvotusta. Kuitenkin jos potilas olisi aamulla ollut jalkeilla, hänen tulisi tällöin pitää alaraajoja koholla sekä olla makuuasennossa vähintään puoli tuntia ennen sukkien pukemista. Nilkkojen ojennus- ja alaraajojen koukistus- liikkeet seinää vasten tehostavat turvotuksen poistumista. Alaraajoja voidaan myös kevyesti hieroa nilkasta reiteen päin, joka laskee myös turvotuksia. (Saarikoski ym. 2012.)

Tukisukkia laittaessa tulee asettaa käsi tukisukan sisäpuolelle ja kääntää se nurinpäin kantapäähän asti, jotta sukan terä asettuu oikein. Tämän

jälkeen tukisukkaa vedetään tukisukan varresta säärtä pitkin ylös nivustaipeeseen asti. Lopuksi tulee varmistaa, että tukisukka on mukavasti paikoillaan eikä paina tai ole rypyssä. (Jopst 2017.)

### 3.7 Sängystä ylösnousu

Potilaalle tulisi ohjata sängystä ylösnousemisen tekniikka ennen leikkausta, jotta se sujuisi oikeaoppisesti leikkauksen jälkeen. Vatsan alueen leikkauksissa vuoteesta tulisi nousta aina kyljen kautta ylös, jolloin venytystä ja kipua aiheutuu vähiten leikkausalueelle. Polvet asetetaan koukkuun potilaan maata selällään, josta käännetään kyljelleen. Potilas vetää jalat vuoteen yli, jonka jälkeen hän käsien avulla auttaa itsensä istumaan. Vuoteeseen meneminen tapahtuu päinvastaisessa järjestyksessä. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014; Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä 2017.) Apuvälineinä ylösnousemiseen voidaan käyttää nousutukea, siirtolevyä tai vuoteeseen voidaan asettaa kitkaa vähentämään liukulakana (Potilassiirrot 2017).

### 3.8 Lähtö leikkaussaliin ja raportti

Sairaanhoitaja varmistaa vielä ennen leikkaussaliin lähtöä esilääkkeen saamisen, tiedot muista sairauksista, verivarauksesta, lääkehoidosta, erityismääräyksistä sekä potilaan ravinnosta olosta. Hoitaja tarkistaa vielä anestesiakaavakkeen sekä ottaa uudet vertailukelpoiset verenpaineet ja pulssin. (Hiltunen, Pakka 2013, 24.)

Esilääkkeen saanut potilas saatetaan leikkaussaliin aina sängyllä. Lääkitsemätön potilas voidaan saattaa kävellen, mutta sänky tulee ottaa aina mukaan, sillä potilas tarvitsee sängyn heräämööseen ja osastoon siirtoa varten. (Erämies 2015.)

Leikkaussalissa on hoitotiimi, joka koostuu leikkaustiimistä. Hoitotiimiin kuuluu anestesia lääkäri, yksi tai useampi kirurgi, anestesia sairaanhoitaja, lääkintävahtimestari, instrumenttihoitaja, valvova hoitaja sekä tilanteen

vaatiessa muita hoitajia. Hoitajat esittelevät itsensä potilaalle ja pyrkivät pitämään tilanteen rauhallisena. (Hiltunen & Pakka 2013, 25.)

Leikkaussalissa raportissa tulee huomioida myös potilaan mahdolliset toiveet ja pelot (Erämies 2015). Sairaanhoitaja antaa raportin rauhalliseen sävyyn ja kertoo asiat loogisessa järjestyksessä (Hiltunen ym. 2013, 25). Kyselytutkimuksen vastauksissa käy ilmi potilaiden arvostavan hyvän yhteistyön toimimista hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaat arvostavat, kun heidän mielipiteitään kuunnellaan sekä heidät otetaan vakavasti. (Eldh, Ekman & Ehnfors 2010, 21.)

Leikkaussalissa leikkaustiimille annetaan aina suullinen raportti, esitetyt anestesiakaavake, sairauskertomus sekä tarvittavat röntgenkuvat, jolloin vastuu siirtyy heille, näin turvataan potilaan hoitoketjun jatkuvuus sekä potilasturvallisuus. (Erämies 2015; Hiltunen ym. 2013.) ISBAR -menetelmää tulee käyttää raporttia antaessa. ISBAR kehitettiin 1990-luvulla Yhdysvaltojen merivoimissa apuvälineeksi selkeään ja yhdenmukaiseen tiedonvälitykseen. Menetelmän avulla saadaan potilasta koskeva tieto tiiviiseen ja selkeään muotoon. ISBAR muodostuu sanoista Identify (tunnista), Situation (tilanne), Background (tausta), Assessment (nykytilanne) ja Recommendation (toimintaehdotus). (Ahonen ym. 2015, 105; Kupari 2012.)

ISBAR:in mukaisessa raportissa tulee ilmi miltä osastolta potilas on tullut, potilaan henkilötiedot (koko nimi, henkilöturvatus ja ikä), leikkauksen syy, mitä leikataan / kumpi puoli, perussairaudet, pituus ja paino, allergiat, lääkitykset, laboratoriotulokset, veriryhmä, X-koe, verivaraus, aiemmat leikkaukset, sekä saadut lääkkeet ja esilääkkeet. Leikkaustiimille kerrotaan tämän hetkinen vointi ja ASA- sekä puhtausluokitukset. Lisäksi hoitotiimille kerrotaan mahdollisista vierasesineistä elimistössä. (Hiltunen ym. 2013, 25.)

Hoitotiimille kerrotaan myös mitä suonensisäisiä nesteitä potilas on saanut ja milloin hän on syönyt viimeksi. Raportoidaan vielä viimeisimmät mittaukset kuten verenpaine, pulssi, lämpö ja saturaatio. Kerrotaan, jos potilaalla on virtsakatetri, proteesihampaat, silmälasit ja kuulolaite.



Tiedotetaan vielä potilaan toiveista, peloista tai uutisia odottavista omaisista. Selvitetään vielä, ettei ole tullut väärinkäsityksiä. (Hiltunen ym. 2013, 25). Lopuksi tulisi antaa vielä tilaisuus hoitotiimille sekä potilaalle kysymyksiin (Ahonen ym. 2015, 105).

## 4 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

### 4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Laadimme opinnäytetyön naistentautien hoitotyöstä, koska halusimme perehtyä aiheeseen. Koimme toiminnallisen opinnäytetyön meille parhaana tapana yhdistää teoria käytäntöön. Rajasimme aiheen naistentautien preoperatiiviseen hoitotyöhön, koska aihe oli alusta alkaen mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Lisäksi opinnäytetyössä halusimme perehtyä LEIKO-toimintaan, joka on lisääntymässä maailmanlaajuisesti. Teimme toiminnallisen opinnäytetyön osaston 63 toimeksiantajan toiveesta.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää työelämän haasteita sekä parantaa työskentelymalleja. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu aina myös konkreettisesta tuotteesta, mikä voi olla esimerkiksi kirja, tiedotustilaisuus, opaslehtinen tai Cd-levy. (Lumme, Leinonen, Leino, Falenius & Sundqvist 2010.) Toiminnallisissa opinnäytetöissä on yksi sama piirre, oli kysymys tapahtuman, näyttelyn tai videoinnin järjestämisestä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyi toiminnallisuus, tutkimuksellisuus, näyttöön perustuva tieto sekä raportti. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51.)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuului myös määrällinen tutkimus, jonka voi tehdä toiminnan ideointivaiheessa tai kehittämisvaiheessa (Vilkkä ym. 2003, 51). Laadimme määrällisen tutkimuksen kyselylomake muodossa osaston sairaanhoitajille ideointivaiheessa, jolloin tiedusteltiin enemmistön mielipidettä videon sisällöstä. Näin saatiin mahdollisimman hyvä ja hyödyllinen aineisto.

Kyselylomake on yleisin käytetty tutkimusmenetelmä, jolla saadaan helposti ja nopeasti suuriakin joukkoja haastateltua (Vilkkä 2015, 94). Määrällisen tutkimuksen avulla pystyimme selvittämään lukumääriä ratkaisevia tutkimuskysymyksiä. Tutkimuksessa käytimme tutkimuslomaketta, jossa on valmiina rastitettavia vastauksia. (Heikkilä,

2014.) Kyselylomakkeessa vastaukset saatiin kyllä tai ei-vastausperiaatteella. Jätimme kyselylomakkeeseen myös avoimen vastauksen, mihin sairaanhoitajat pystyivät kertomaan toiveistaan videon suhteen. Näin varmistimme, että videosta tuli mahdollisimman käytännöllinen. (kts Liite 1.) Heikkilän (2014) mukaan määrällisen aineiston keruun ansioista pystyimme selvittämään jo olemassa oleva tilanne, mutta ei voitu selkeyttää asioiden syy-seuraus suhteita.

#### 4.2 Videomateriaalin käyttö hoitotyössä

Tekniikan edistyminen on antanut mahdollisuuden monipuolisille hoitokäytännöille. Teknologian avulla potilaiden hyvinvoinnin edistämiseen on saatu uudenlaisia mahdollisuuksia. Kehitettyjen menetelmien avulla hoitoajat ovat lyhentyneet huomattavasti tuoreiden hoitomenetelmien avulla, erityisesti kirurgiassa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 15.) Heikkinen (2011), Gautschin, Stienen, Hermannin, Cadoschin, Fournierin & Hildebrandthin (2010) mukaan videomateriaalin käyttö ohjausmenetelmänä on auttanut potilaita ymmärtämään hoidon prosessia ja leikkaukseen valmistautumista. Audiovisuaaliset keinot ovat lisänneet myös potilaiden tyytyväisyyttä hoidon laatuun. (Saarela 2013, 11.)

Nopean ja turvallisen leikkauksen vuoksi hoitoaika erikoissairaanhoidossa lyhenee, jolloin potilas pystyy siirtyä jatkohoitopaikkaan pikaisesti ja turvallisesti. Teknologian edistyessä myös tietoisuus asioista on lisääntynyt, jolloin hoitohenkilökunnalla on käytössä uusin ja luotettavin tieto. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 15.) Tappenin, Whiteheardin, Foldenin & Hallin (2003), McDonaldin, Hetrickin ja Greenin (2008) tutkimuksen perusteella videoita hyödyntäen leikkausten tulokset ovat hieman parantuneet (Saarela 2013, 11).

Hoitokulttuurissa tapahtunut muutos on pakottanut hoitohenkilökunnan suhtautumaan hoitotyöhön aivan eri tavalla, kuin ennen. Teknologian avulla potilaiden tietoisuus omista sairauksista ja vaihtoehtoisista hoitomuodoista ovat kasvaneet, jolloin vastuu terveydestä ja toipumisesta on siirtynyt myös potilaalle. (Leino-Kilpi ym. 2014, 15–16.)

Videomateriaalia on hyödynnetty hoitotyön opetuksessa lähinnä kliinisten taitojen kehittämiseen, jolloin katsoja pystyy havainnollistamaan toimenpiteitä ja näin asiat jäävät paremmin mieleen (Fobes, Oprescu, Phillips, McTier, Lord, Barr, Alla, Bright, Dayton, Simbag & Visser 2016, 53-56).

Potilaiden innostus ja aktiivisuus hoitoon asettaa opitut toimintatavat sekä hoitotyöntekijöiden menettelytavat uudelleen harkittavaksi. Hyvänä esimerkkinä on tilanne, jossa potilas on kutsuttu leikkaukseen ja hänelle on lähetetty toimenpidekutsun yhteydessä ohjeistus toimenpiteeseen liittyen. Suurin osa potilaista haluaa tutustua kattavasti toimenpiteeseen internetissä, jolloin toimenpidepäivänä potilas haluaa olla päätöksenteossa liiankin aktiivisesti mukana. Tällöin usein laadukas hoito kärsii ja joudutaan selvittämään millä perusteilla potilaat voivat esimerkiksi leikkausmenetelmiin puuttua sekä mikä tieto on oikeasti luotettavasta lähteestä. (Leino-Kilpi ym. 2014, 15–16.)

#### 4.3 Opinnäytetyön ja videon toteutus

Tässä luvussa kerrotaan opinnäytetyön aikataulutuksesta ja prosessista (katso KUVIO 1). Luvussa käsittelemme videon suunnittelua sekä sen toteuttamista. Perustelemme videon toteutusta toimeksiantajan näkökulmasta esimerkiksi koskien ISBAR:in mukaista raportointia sekä sängystä ylösnosemista.

Yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden ja naistentautien osaston välillä alkoi saatuamme aiheen ja opinnäytetyöluvan (katso LIITE 2) helmikuussa vuonna 2017. Saimme opinnäytetyösuunnitelman valmiiksi maaliskuussa 2017. Opettajan ja toimeksiantajan hyväksyttäessä n, laadimme kyselylomakkeen huhtikuussa (katso LIITE 1) osaston hoitajille. Lomakkeen avulla kartoitimme, mitkä leikkausta edeltävät toimenpiteet ovat osaston sairaanhoitajien mielestä tärkeitä asioita, joita tulisi käydä läpi potilaan kanssa ennen leikkausta. Päätimme kyselylomakkeen perusteella, mihin asioihin erityisesti halutaan panostaa opinnäytetyössä.

KUVIO 1. Opinnäytetyön aikataulu. 2017



Valitsimme opetusvideon aiheiksi preoperatiivisen hoitotyön valmistelut, jotka erityisesti korostuivat kyselyn vastauksissa. Valitettavasti kaikkien hoitajien toiveita ei pystytty toteuttamaan, kuten leikkauksen jälkeistä jälkivuotoa sekä haavanhoitoa, sillä ne eivät varsinaisesti liittyneet potilaan leikkausvalmisteluihin. Leikkausvalmisteluihin ei niinkään kuulu potilaan sängystä ylösnousemisen ohjaus, kuitenkin kaikki hoitajat toivoivat tätä videoon näytettäväksi. Lisäsimme sängystä ylösnousun ohjeistuksen opinnäytetyöhön, koska koimme ylösnousemisen harjoittelun tärkeäksi myös preoperatiivisessa valmistelussa.

Videon toteutuksen suunnittelussa olivat osallisina opinnäytetyön tekijät ja M.IDEA. Keskustelun ja ideoiden pohjalta kirjoitimme käsikirjoituksen syyskuussa, jonka osaston 63 toimeksiantaja sekä videon kuvaaja hyväksyivät. Otimme yhteyttä Päijät-Hämeen keskussairaalan leikkausosaston osastonhoitajaan, jotta saisimme luvan kuvata

leikkaussalin tiloissa. Kuvasimme videon M.IDEAN kanssa sairaalan, osaston 63 sekä leikkaussalin tiloissa. Opinnäytetyön tekijät toimivat opetusvideossa itse hoitajina ja potilaina. Huomioimme, että videoon ei päätynyt potilaita. Kuvasimme videon lokakuussa 2017 sekä M.IDEA editoi videon valmiiksi marraskuuhun mennessä.

Videossa kuvasimme potilaan hoitopolun leikkaussaliin asti. Kyselylomakkeessa ei kysytty erikseen ISBAR raportointia leikkaussaliin, koska toive tuli jo suunnitteluvaiheessa toimeksiantajalta. Potilaan kanssa kävimme läpi hygienia asiat, ravitsemus, päihteiden käyttö ja arvoesineiden säilytys. Näytimme videolla konkreettisesti tukisukkien mittausta sekä niiden laittoa jalkoihin. Hoitaja kertoo myös esilääkitysestä. Hoitaja ohjaa videossa potilasta oikeaoppisesti sängystä ylös ja sinne takaisin menon. Videossa kerrotaan lyhyesti keuhkatetrin laitosta ja sen tarkoituksesta. Esivalmistelujen jälkeen leikkaussalista soitetaan, jolloin hoitaja lähtee viemään potilasta sängyllä leikkaussaliin. Hoitaja antaa ISBAR:in mukaisen raportin potilaasta leikkaussalin hoitajalle. Videota varten kehitimme potilastapaus tyyppillisestä naistentautien potilaasta, jolle tehtiin tutkimuspohjainen vatsan alueen tähystysleikkaus. Opetusvideo on koottu opinnäytetyön tietopohjan ja tutkimustuloksien perusteella, jolloin näyttöön perustuva tieto tukee videon sisältöä.

Viimeistelimme opinnäytetyötä loka- ja marraskuun aikana sekä teimme powerpoint –esityksen julkaisuseminaaria varten. Esitykseminäari oli marraskuussa, jolloin saimme vertaisarvioivan opiskelijoiden, toimeksiantajan sekä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan arvioinnit opinnäytetyöstä. Tämän pohjalta viimeistelimme opinnäytetyön julkaisuseminaariin. Pidimme julkaisuseminaarin Päijät-Hämeen keskussairaalan osaston tiloissa marraskuun lopussa.

#### 4.4 Prosessin arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä toimeksiantajalle preoperatiivisesta hoitotyöstä opetusvideo, joka lisää Päijät-Hämeen keskussairaalan osaston 63 hoitohenkilökunnan osaamista sekä potilasturvallisuutta.

Tarkoituksena oli myös perehdyttää opiskelijoita aiheeseen. Opinnäytetyöntekijöiden saumaton yhteistyö olennaisesti vaikutti opinnäytetyön onnistumiseen.

Kyselylomakkeen oli tarkoituksena olla selkeä ja johdonmukainen. Lomakkeen kysymyksen olivat yksinkertaisia, joihin vastattiin kyllä tai ei - vastausperiaatteella, jotta saisimme kysymyksiimme suorat vastaukset. Lisäksi hoitajilla oli mahdollisuus tuoda ilmi omia ehdotuksia kyselylomakkeen lopussa. Lomakkeiden avulla selvitimme hoitohenkilökunnan toivoman videon pituuden sekä videossa näytettävät hoitotoimenpiteet. Hoitohenkilökunta on toivonut videon kestävän enintään 10 minuuttia. Video kesti hieman yli seitsemän minuuttia, jolloin videosta saatiin selkeä ja ytimekäs. Valitettavasti monia hoitohenkilökunnan toiveista ei voitu täyttää, sillä muuten asiasisältö olisi ollut erittäin laaja sekä poikkesi rajatusta aihealueesta.

Opinnäytetyön ja opetusvideon suunnitteleminen ja toteuttaminen sujuivat suunnitelmien mukaan aikataulussa, mutta yhteisen viestinnän ja aikataulutuksen järjestäminen yhteistyötahojen kanssa tuotti hankaluuksia. Videomateriaalia arvioimaan kriittisesti koko kuvauksen ajan ja huomioiden osaston toiveet videon suhteen. Opetusvideo on koottu tietopohjan ja tutkimustuloksien perusteella, jolloin näyttöön perustuva tieto tukee videon sisältöä. Videota kuvattaessa kiinnitimme huomiota katsojaystävällisyyteen kuvaamalla videota kahdella kameralla. Saimme videon kuvattua useammasta eri kuva- ja näkökulmasta, jolloin videon katsojan on helpompi kiinnittää huomiota oleellisiin asioihin. Videossa pyrimme puhumaan selkokieltä, jotta potilaalla ei olisi vaikeuksia ymmärtää vaikeita ammattikäsitteitä.

Saimme aitoutta videoon sillä, että kuvasimme videon sairaalan tiloissa, käyttäen oikeita sairaalavaatteita, potilastapausta, hoitovälineitä sekä osaston ja leikkaussalin tiloja. Olimme kokonaisuudessa tyytyväisiä opetusvideoon, sillä hyvä etukäteissuunnitelma, käsikirjoitus, aito sairaalaympäristö sekä ammattitaitoiset kuvaajat lisäsivät videon laatua.

Alkuperäinen käsikirjoitus muuttui kuvausten edetessä selkeämmäksi, koska videon kuvaajat antoivat hyviä ehdotuksia videon kokonaiskuvaan liittyen.



## 5 POHDINTA

### 5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Vilkan mukaan tutkimukseksi voidaan kutsua melkein mitä tahansa toimintaa. Nykyaikana tutkimuksesta puhutaan silloin, kun tehdään kartoitusta, tiedon keräämistä, luokittelua sekä haastatteluaineistoon ja teoriaan liittyviä kuvauksia ja esityksiä. Ammattikorkeakouluissa erityisesti tutkimukseksi luokitellaan myös toiminnalliset työt. Toiminnallisissa töissä on käytetty eri lähteiden teoriaa, joiden avulla on toteutettu esimerkiksi kirja, esite tai tuote. Hyvien eettisten käytäntöjen noudattaminen kuuluu kaikille tutkimuksen tekijöille tasapuolisesti. Tutkimusetiikka tulee huomioida jo työn ideointivaiheesta julkaisuvaiheeseen saakka. (Vilka 2015, 30, 46.)

Kaikissa ammattimaisissa töissä käytetään hyödyksi tutkimuksellista näkökulmaa, johon sisältyy taustatietojen tarkastelua, tiedon hankkimista, tiedon yhdistämistä loogisesti sekä lopulta näistä muodostetaan tulkintakokonaisuus kirjallisena kokonaisuutena tai tuotoksena, tai molempina. Teoriaa tulee soveltaa käytäntöön, mutta käytännönmaailmasta teorit saavat alkunsa. Työelämässä tulee kokeilla ja testata eri teorioissa hyviksi havaittuja asioita. Käytännössä kuitenkin viimekädessä nähdään mitä teorioita tulee käyttää ja mitä ei. (Vilka 2015, 30-36.)

Sosiaali- ja terveyshuollon toimintatapa tulee olla turvallista, korkealaatuista sekä näyttöön perustuvaa hoitokäytäntöjen toteuttamista. Opinnäytetyötämme tukevat sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Päivittäisessä työssä ne tukevat päätöksen tekoa. Eettiset ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajan perustehtävät sekä periaatteet hänen työssään. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2014.)

Opinnäytetyötä tehdessä tulee aina arvioida mitkä asiat kuuluvat salassapitovelvollisuuden piiriin. Tällöin voidaan turvata opinnäytetyölle julkinen katseluoikeus, joka tärkeää oppilaitoksen opinnäytetyökulttuurin

sekä tiedon saamisen vuoksi (Vilkkä ym. 2003, 163.) Videolla ei esiintynyt oikeita potilaita tai potilascaseja salassapitovelvollisuuden vuoksi, vaan käytimme opiskelijoita potilaana sekä hoitohenkilökunnan rooleissa.

Aineistonhakuprosessimme on suoritettu eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä käyttäen. Käytännönläheisten toiminnallisten opinnäytetöiden lähteiden lukumäärä ei ratkaise opinnäytetyön arvoa, vaan tärkeämpää on lähteiden laatu ja soveltuvuus. Jokaisen lähteen tulee palvella työtä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 76.)

Hyvä eettinen työskentely edellyttää tutkijalta vilpitöntä ja rehellistä työskentelyä muita lähteitä ja tutkijoita kohtaan. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa tulee välttää epärehellisyyttä. Opinnäytetyötä tehdessä emme plagioineet tekstiä ja arvostimme lähteiden alkuperää tarkoin lähdeviittein. Käytetyissä lähteissä huomioimme lähdekriittisyyden ja kiinnitimme huomiota siihen, että raportointi ei ole harhaanjohtavaa tai puutteellista. (vrt Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25-27; Vilkkä 2015, 42.)

Luotettavuutta vääristää se, että käytimme lähteinä vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia, jolloin hyviä erikielisiä lähteitä jäi käyttämättä (Salanterä & Hupli 2003, 26–27). Englanninkieliset hakusanat ja tarkistimme tutkimukset useaan kertaan, jotta asiasisältö vastaisi aihealueisiin. Yhtenä lähdemuotona käytimme informatiivista haastattelua. Kaikkia osaston käytänteitä ei löytynyt netti- tai kirjallaisista lähteistä, joten haastattelemalla osaston henkilökuntaa saimme teoriaan luotettavuutta.

Ainestanalysointi tapahtui tutkimuksia ja teoriaa luettaessa, josta poimimme olennaiset asiat opinnäytetyöhön liittyen. Opinnäytetyön luotettavuutta vahvistaa jatkuva tekstin ja lähteiden kriittinen arvioiminen. Opinnäytetyön sisältöä arvioi osaston 63 toimeksiantaja, ohjaava opettaja sekä opponoijat eli muut opiskelijat.

## 5.2 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Videomateriaalin käyttöä olisi hyvä tulevaisuudessa kehittää sisällön puolesta. Seuraavaa videota voisi rajata tiettyyn osa-alueisiin kuten

esimerkiksi tiettyyn toimenpiteeseen, sairauden hoitoon, kestopatentointiin tai anestesiakaavakkeeseen. Tulevaisuudessa voisi myös kuvata videon, joka kuvaisi muita perioperatiivisen hoidon vaiheita, kuten esimerkiksi leikkaussaliyö, heräämö- sekä vuodeosastohoito aina kotiutukseen saakka.

Opetusvideota voisi käyttää osasto 63 lisäksi myös muilla osastoilla, ja täten luultavasti täytyisi lisätä tai muokata videoon joitain aihealueita. Tulevaisuudessa jatkotutkimuskohteina voisi olla selvittää potilaiden ja hoitajien käyttökokemukset videosta. Määrällisellä tai laadullisella tutkimuksella voitaisiin selvittää, miten videota on käytännössä hyödynnetty.

## LÄHTEET

Aantaa, R. Alahuhta, S. Olkkola, K. Reinikainen, M. Yli-Hankala, A. Finnanest. 2016, 49 [viitattu: 26.4.2017]. Saatavissa:

[http://www.finnanest.fi/files/nyt\\_asa.pdf](http://www.finnanest.fi/files/nyt_asa.pdf)

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, E., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2015. Kliininen hoitotyö. 1.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen. 2016. Naistentautien hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Carea 2017. Aikuisen virtateisen alatiekestokatetrointi ja katetrin hoito. 20-22 [viitattu 15.7.2017]. Saatavissa:

[http://ssh.y.fi/data/documents/luennot/2017/Str%C3%B6m\\_Virtsateiden%20katetrointi%20ja%20katetrin%20hoito.pdf](http://ssh.y.fi/data/documents/luennot/2017/Str%C3%B6m_Virtsateiden%20katetrointi%20ja%20katetrin%20hoito.pdf)

Eldh A, Ekman I & Ehnfors M. 2010. Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Healthcare Definitions. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 21 [viitattu 9.8.2017]. Saatavissa:

[https://www.researchgate.net/publication/227928989\\_A\\_Comparison\\_of\\_the\\_Concept\\_of\\_Patient\\_Participation\\_and\\_Patients%27\\_Descriptions\\_as\\_Related\\_to\\_Healthcare\\_Definitions](https://www.researchgate.net/publication/227928989_A_Comparison_of_the_Concept_of_Patient_Participation_and_Patients%27_Descriptions_as_Related_to_Healthcare_Definitions)

Erämies, T. 2015. Preoperatiivinen hoito. Terveysportti, Kustannus Oy Duodecim. Sairaanhoitajan käsikirja [viitattu 26.2.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk04661](http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04661)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Potilasohje päiväkirurgiseen sappirakon poistoleikkaukseen tulevalle [viitattu 15.7.2017]. Saatavissa:

[http://www.epshp.fi/files/4072/Potilasohje\\_paivakirurgiseen\\_sappirakon\\_poistoleikkaukseen\\_tulevalle.pdf](http://www.epshp.fi/files/4072/Potilasohje_paivakirurgiseen_sappirakon_poistoleikkaukseen_tulevalle.pdf)

Fobes, H., Oprescu, F.I., Downer, T., Phillips, N.M., McTier, L., Lord, B., Barr, N., Alla, K., Bright, P., Dayton, J., Simbag V., Visser I. 2016. Use of videos to support teaching and learning of clinical nursing education: A review. *Nurse Education Today* 42, 53-56 [viitattu 9.6.2017].

Saatavissa: [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(16\)30029-6/fulltext](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(16)30029-6/fulltext)

Fotgrossisten 2017. Kokotaulukko. KUVA1 [viitattu 15.10.2017].

Saatavissa: <http://www.fotgrossisten.se/fi/kokotaulukko-laakinnalliset-tukisukat-reisi-1.html>

Gynekologisen leikkauksen jälkeen. 2017. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri [viitattu 19.4.2017]. Saatavissa: [https://hoito-](https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Gynekologisen%20leikkauksen%20jälkeen.pdf)

[ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Gynekologisen%20leikkauksen%20jälkeen.pdf](https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Gynekologisen%20leikkauksen%20jälkeen.pdf)

Gönholm, A., Karhunen-Enckell, U. ja Liira, H. 2017. Duodecim.

Terveysportti. Tupakasta vieroitus ennen leikkausta [viitattu 30.5.2017].

Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti>

Haapakoski, M. ja Annala, P. 2006. Finnanest. Preoperatiivinen valmistelu päiväkirurgiassa [viitattu 31.7.2017]. Saatavissa:

[http://www.finnanest.fi/files/paivkir\\_preoper.pdf](http://www.finnanest.fi/files/paivkir_preoper.pdf)

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Hiltunen, M. Pakka, M. 2013 Perioperatiivisen hoidon turvaaminen tarkistuslistan avulla. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö [viitattu 1.10.2016]. Saatavissa:

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56281/Hiltunen\\_Mia\\_Pakka\\_Minna.pdf?sequence=2](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56281/Hiltunen_Mia_Pakka_Minna.pdf?sequence=2)

Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi

HUS. 2016. Leikkaukseen kotoa (leiko)-toiminta – turvallisuutta, laatua ja tehokkuutta leikkaustoimintaan [viitattu 25.2.2017]. Saatavissa:

[http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Leikkaukseen-kotoa-\(Leiko\)--toiminta---turvallisuutta,-laatua-ja-tehokkuutta-leikkaustoimintaan-.aspx](http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Leikkaukseen-kotoa-(Leiko)--toiminta---turvallisuutta,-laatua-ja-tehokkuutta-leikkaustoimintaan-.aspx)

HUS. 2017. Gynekologiset leikkaukset [viitattu 19.4.2017]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/gynekologiset-leikkaukset/Sivut/default.aspx>

HUS. 2017. Naistentaudit [viitattu 24.4.2017]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/Sivut/default.aspx>

JOBST. 2017. Sukkia koskevia vinkkejä ja neuvoja [viitattu 14.6.2017]. Saatavissa: <http://www.jobst.fi/vinkkejä-ja-neuvoja/>

Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgren-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, R. & Ritmala-Castren, M. 2010. Teho- ja valvonta hoitotyön opas. Kustannus Oy Duodecim.

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

Keränen, J. & Keränen, U. 2011. From Home to operation (FHto) – a new surgical admission centre: does the comprehensive initialisation of a new process harm surgery outcome? Scandinavian Journal of Surgery 100: 136–140 [viitattu 2.8.2017]. Saatavissa: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/145749691110000213>

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa - potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Terveysportti [viitattu 19.1.2017]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo95807&p\\_haku=leikkaukseen%20kotoa](http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95807&p_haku=leikkaukseen%20kotoa)

Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Duodecim. Terveyskirjasto. Leikkaukseen kotoa -malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä [viitattu 30.5.2017]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti>

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2017. Kirurgisen toimenpiteen jälkeinen liikunta [viitattu 22.10.2017]. Saatavissa: <http://www.soite.fi/sivu/media/Kirurgisen+toimenpiteen+j%C3%A4lkeinen+liikunta.docx/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcW==>

Koivuspilä, A., Tarnanen, K., Jalonen, J. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen – lisätietoa potilaalle. Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 10.4.2017]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00089](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089)

Konservatiivinen hoito. 2017. Duodecim Terveyskirjasto [viitattu 13.5.2017]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt01726](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01726)

Kuopion yliopistollinen sairaala. 2013. Hyvälaatuisten kasvainten leikkaushoito [viitattu 15.6.2017]. Saatavissa: <https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/naistentaudit/hyvalaatuiset-kasvaimet/leikkaushoito>

Kupari, P 2012. simulaatio-ohjaaja Malmin päivystystoimintojen yksikkö [viitattu 6.10.2017]. Saatavissa: <https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/isbar-menetelma-kupari.pdf>

Kylliäinen, K. 2012. Kirurgisen potilaan tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu [viitattu 9.8.2017]. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20121145/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20121145.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121145/urn_nbn_fi_uef-20121145.pdf)

Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO) – a preoperative process. Helsingin yliopisto [viitattu 22.6.2017]. Saatavissa: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis\\_laisi.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis_laisi.pdf?sequence=1)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 5 § Potilaan tiedonsaantioikeus [viitattu 6.10.2017]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leikkaus, anestesia ja tehostetun hoidon yksikkö. 2015. [viitattu: 25.2.2017]. Saatavissa:

<http://www.uusi.phsotey.fi/sivut/?id=1433&vy=4303&ryhma=316>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lumio, J. 2016. Ommellun haava hoito kotona. Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 19.4.2016]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01126](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01126)

M.IDEA. 2017. [viitattu 6.10.2017]. Saatavissa :

<http://www.lamk.fi/opiskelijalle/oppimisymparistot/midea/Sivut/default.aspx>

Mariana, A. 2013. The importance of the preoperative preparation guide for the prevention of surgical wound infection. Kliininen tutkimus.

VERSITA. ARS Medica Tomitana - 2013; 4(75): 193 -196 [viitattu 10.9.2017]. Saatavissa:

<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/arasm.2013.19.issue-4/arasm-2013-0034/arasm-2013-0034.pdf>

Metsämäki, H. 2013. Preoperatiivinen arviointi. Teoksessa: Ilola, T., Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R. & Katomaa, R. (toim.) 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö. Virtuaaliammattikorkeakoulu [viitattu 10.1.2017]. Saatavissa:

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>.

Naistentautien vuodeosasto 63. 2017. [viitattu: 15.10.2017]. Saatavissa:

<https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/vuodeosastot/naistentautien-osasto-63/>



Osaston 63 sairaanhoitaja 2017. VS: Opinnäytetyö. Sähköpostiviesti. 13.9.2017.

Paajanen, H. 2014. Alkoholili lisää leikkauskomplikaatioita. Potilaan lääkärilehti [viitattu 3.6.2017]. Saatavissa:

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/alkoholi-lisaa-leikkauskomplikaatioita/>

Palokoski M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro Gradu [viitattu 9.8.2017]. Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94271/gradu01622.pdf?sequence=1>

Rantala, A. 2006. Leikkausalueen infektioiden ehkäisykeinot. -tieto perioperatiivisten toimien merkityksestä lisääntyy [viitattu 30.5.2017].

Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/a\\_rantala.pdf](http://www.finnanest.fi/files/a_rantala.pdf)

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Pro Gradu [viitattu 1.8.2017]. Saatavissa:

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

Saarikoski, R., Stolt, M. & Liukkonen, I. 2012. Hoitosukat. Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 23.4.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=jal00164](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00164)

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 2014. [viitattu 25.2.2017]. Saatavissa:

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi.

Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyö. Lauri S. (toim.). WS Bookwell Oy, Juva, 21–39.

Salomaa, S. 2011. Hoitokäytännöt ja sairaanhoitajan tieto ja taito keuhkoteturoinnissa erikois-sairanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu [viitattu 15.7.2017]. Saatavissa:

[http://www.pkssk.fi/documents/601237/620533/PKSSK\\_Ohje\\_leikkaukseen\\_valmistautuminen\\_kotona.pdf/730eb40d-4e87-48de-b8d8-1216f1fc1e0c](http://www.pkssk.fi/documents/601237/620533/PKSSK_Ohje_leikkaukseen_valmistautuminen_kotona.pdf/730eb40d-4e87-48de-b8d8-1216f1fc1e0c)

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2014. Käypähoito suositus. Leikkausta edeltävä arviointi [viitattu 18.4.2017]. Saatavissa:

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50066.pdf>

Syvänne, M. 2014a. ATR:n salpaajat [viitattu 15.10.2017]. Saatavissa:

<https://sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/atrn-salpaajat>

Syvänne, M. 2014b. ACE-estäjät [viitattu 15.10.2017]. Saatavissa:

<https://sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/acen-estajat>

Syvöoja, S., Palander, T. & Hakala, T. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen kotona. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, Potilasohje [viitattu 15.6.2017].

Saatavissa:

[http://www.pkssk.fi/documents/601237/620533/PKSSK\\_Ohje\\_leikkaukseen\\_valmistautuminen\\_kotona.pdf/730eb40d-4e87-48de-b8d8-1216f1fc1e0c](http://www.pkssk.fi/documents/601237/620533/PKSSK_Ohje_leikkaukseen_valmistautuminen_kotona.pdf/730eb40d-4e87-48de-b8d8-1216f1fc1e0c)

Tays. 2015. Virtsarakon katetrointi [viitattu 8.7.2017]. Saatavissa:

[http://www.pshp.fi/fiFI/Ohjeet/Sairalahygieniaohjeisto/Aseptiikka\\_hoitotoimenpiteissa/Virtsarakon\\_katetrointi\(48509\)](http://www.pshp.fi/fiFI/Ohjeet/Sairalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Virtsarakon_katetrointi(48509))

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. 52 § Erikoissairaanhoidon pääsy [viitattu 25.2.2017]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. 58 § Potilaan kotikunnan vastuu hoidon kustannuksista [viitattu 15.10.2017]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki#L6P58>

Tohmo, H. 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa?

Finnanest, 43. [viitattu 5.6.2017]. Saatavissa:

[http://www.finnanest.fi/files/tohmo\\_miten.pdf](http://www.finnanest.fi/files/tohmo_miten.pdf)

Tukisukilla monta nimeä. – Mikä on oikein? 2017. [viitattu 22.4.2017].

Saatavissa: [http://www.tukisukat.fi/fin/Tukisukilla\\_on\\_monta\\_nimea.6.html](http://www.tukisukat.fi/fin/Tukisukilla_on_monta_nimea.6.html)

Työterveyslaitos. Potilassiirrot. Potilassiirtojen pienoisapuvälineet [viitattu

15.7.2017]. Saatavissa: <https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelinten-terveys/ergonomia/potilassiirrot/>

Valmistautumisohjeet ovat tärkeitä ennen leikkausta. 2016. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä [viitattu 10.4.2017]. Saatavissa:

<http://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/paivakirurgia/potilaa-na-leikkauksessa/ennen-leikkausta/>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2016. Leikkauksen jälkeen [viitattu

25.4.2017]. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukseen-valmistautuminen/Sivut/leikkauksen-jalkeen.aspx>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2017. Gynekologinen tähystysleikkaus

[viitattu 19.4.2017]. Saatavissa: <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSH/Gynekologinen%20tähystysleikkaus.pdf>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Kohtuontelon tähystys eli

hysteroskopia [viitattu 15.6.2017]. Saatavissa: <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSH/Kohtuontelon%20t%C3%A4hystys%20eli%20hysteroskopia.pdf>

Vikatmaa, L. Hersio, K & Olkkola, K. 2017. Suomen lääkärilehti.

Tupakkavalistus on olennainen osa leikkauksen valmistelua [viitattu 21.6.2017]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi/aineistot.lamk.fi/ajassa/paakirjoitukset/tupakkavalistus-on-olennainen-osa-leikkauksen-valmistelua/>

Vilka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki:

Tammi 15-16, 51, 76,164.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus 30-36, 46, 94.

Vuorialho, T. 2005. Päiväkirurgisen anestesiaan tulevan potilaan ohjeistus [viitattu 22.6.2017]. Saatavissa:

<http://www.vshp.fi/suopa/pdf/Paivakirurgisen%20potilaan%20ohjeistus%20Tuula%20Vuorialho.pdf>

Yhä useampi potilas tulee leikkaukseen suoraan kotoa. 2013. [viitattu 25.2.2017]. Saatavissa: <http://www.ess.fi/uutiset/kotimaa/2013/07/05/yha-useampi-potilas-tulee-leikkaukseen-suoraa-kotoaan>

## LIITTEET

LIITE 1

## OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS

PÄIJÄT-HÄMEEN hyvinvointiyhtymä	
<b>LUPAHAKEMUS</b> Opinnäytetyö tai kehittämishanke	
Saapumispäivä 6, 14 20 17	
PHHYKY Dnro: (tutkimuskoordinaattori täyttää) 28/2017	PHHYKY sisäisen laskutuksen SL-koodi: H 251
Opiskelija täyttää lomakkeen ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta	
<b>1. Toteutuspaikka</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> naistenautien osasto 63	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksikkö, jossa opinnäytetyö toteutetaan:	
<b>2. Tiedot opinnäytetyöstä</b>	
Opinnäytetyön nimi: Kirurgisen potilaan preoperatiivinen hoitotyö -video potilaalle	
Oppilaitos: Lahden ammattikorkeakoulu	
Opiskelijan nimi: Seda Osman, Nea Ritva, Jemina Silvola	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksella: <del>Ritva Ristinen</del>	
Ohjaajan puhelinnumero: <del>050-5588900</del>	
Ohjaajan sähköpostiosoite: <del>ritva.ristinen@lamk.fi</del>	
Opinnäytetyön yhdyshenkilö/ yhdyshenkilöt PHHYKY:ssä: Seda Westman puh. 040-5169246, email: seda.westman@photey.fi	
Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus: Tavoitteena on tehdä video potilaan preoperatiiviseen haastatteluun henkilökunnan ja potilaiden tueksi. Tarkoituksena on liittää neamieta sekä nollastuvallisuutta naistenautien osastolla	
Lyhyt kuvaus toteuttamisesta ja menetelmästä: Me opinnäytetyöhön osallistuvat opiskelijat tiedustelemme kyselylomakkeen avulla ensin, mitä asioita osasto 63 haluaa opetusvideoon Leiko-potilaille sen avulla näytettäväksi. Toteutamme kuvauksen yhdessä M.IDEAN kanssa kuvauksen osasto 63 tiloissa, jonka jälkeen video jää osasto 63:lle käytettäväksi.	
Opinnäytetyön aikataulu	
Suunniteltu aloitusaika	helmi kuu 20 17
Suunniteltu valmistumisaika	marras kuu 20 17
<b>3. Opinnäytetyön tekijä / tekijät</b>	
Nimi: Nea Ritva	Puhelin: 050-5587896
Osoite: Rajamäentie 31 04200 Kerava	Sähköposti: nea.ritva@student.lamk.fi
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto:	
Nimi: Seda Osman	Puhelin: 045- 8711311
Osoite: Piinokankatu 7 A 12 20610 Turku	Sähköposti: seda.osman@student.lamk.fi
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto:	
Nimi: Jemina Silvola	Puhelin: 040-5568622
Osoite: Laaksokatu 18 B 38 Lahti	Sähköposti: jemina.silvola@student.lamk.fi
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto:	

#### 4. Opinnäytetyön kustannuksista vastaa

<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija/tutkija	<input type="checkbox"/> jokin muu, mikä?
<input type="checkbox"/> PHHYKY:n yksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi)	

#### 5. Opinnäytetyön raportoinnista sopiminen

<input type="checkbox"/> Opinnäytetyön raportti toimitetaan luvan myöntäjälle sekä kirjaamoon
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä järjestetään osastokokous/-koulutus
<input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
<input checked="" type="checkbox"/> jokin muu tapa, mikä?

#### 6. Opiskelijan/ opiskelijoiden allekirjoitukset

Päiväys <u>Lahti</u> paikka	<u>21.03</u> 20 <u>17</u>	<u>Ma. Ritra</u> allekirjoitus Ma. Ritra nimen selvennys
Päiväys <u>Lahti</u> paikka	<u>23.3</u> 20 <u>17</u>	<u>Jenna Silta</u> allekirjoitus Jenna Silta nimen selvennys
Päiväys <u>Lahti</u> paikka	<u>24.3</u> 20 <u>17</u>	<u>Seda Osman</u> allekirjoitus Seda Osman nimen selvennys

#### 7. Ohjaavan opettajan / ohjaavien opettajien allekirjoitukset

Päiväys <u>Lahti</u> paikka	<u>24.3</u> 20 <u>17</u>	<input checked="" type="checkbox"/> suunnitelma hyväksytty
<u>[Redacted Signature]</u> allekirjoitus ja nimen selvennys		
Päiväys _____ paikka	____ / ____ 20 ____	<input type="checkbox"/> suunnitelma hyväksytty
_____ allekirjoitus ja nimen selvennys		

Allekirjoitettu opinnäytetöyhakemus toimitetaan:

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä  
Kirjaamo  
Keskussairaalankatu 7  
15850 Lahti

[kirjaamo@phhyky.fi](mailto:kirjaamo@phhyky.fi)

### 8. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

- Myönnetty lupa opinnäytetyöhön/kehittämishankkeeseen hakemuksen mukaisesti  
 Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä  
 Hakemus hylätty

Perustelut :

LH77 03104 20 17 Rus  
paikka allekirjoitus

Nimen selvennys ja arvo/tehtävänimike Viranhaltija

### 9. Liitteet päivättyinä

- Tutkimus- tai hankesuunnitelma  
 Opinnäytetyön toimeksiantosopimus  
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyönsä tekijänoikeus. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttö- ja päivitysoikeuden omaan toimintaansa. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.  
 Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta opinnäytetyösuunnitelmassa tai erillisellä liitteellä  
 Muut liitteet, mikä? \_\_\_\_\_

Luvan myöntäjä yksiköstä lähettää kopiot organisaation yhdyshenkilölle 6

## KYSELYLOMAKE

Hei!

Olemme Lahden ammattikorkeakoulun toisen vuoden opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä Naistentautien osastolle 63. Tavoitteenamme on tehdä video leikkaukseen valmisteluista kotona/osastolla oleville potilaille katsottavaksi LEIKO-haastatteluun. Toivomme, että saisimme sinulta ideoita. Pyytäisimmekin sinua vastaamaan lyhyeen kyselyyn tähän liittyen ja palauttamaan täytetyn lomakkeen viimeistään \_\_\_\_\_ **mennessä**. Valitettavasti emme kuitenkaan pysty ottamaan kaikkia asioita käsiteltäväksi opinnäytetyöhömme, sen takia kyselyn eniten kannatusta saaneet aiheet otamme opinnäytetyöhömme ja videointiin käyttöön. Valitsethan mielestäsi tärkeimmät asiat alla olevasta taulukosta.

Mitä seuraavista asioista haluat LEIKO- haastattelu videoon näkyväksi:

	Kyllä	Ei
<b>RAVITSEMUS</b>		
<b>TUKISUKKIEN LAITTO</b>		
<b>OIKEAOPPINEN YLÖSNOUSU SÄNGYSTÄ LEIKKAUKSEN JÄLKEEN</b>		
<b>MAHDOLLISIEN DREENIEN ESITTELY</b>		



<b>KESTOKATETRIN ESITTELY</b>		
<b>HAAVOJEN HOITO</b>		
<b>TURVOTUKSET</b>		
<b>JÄLKIVUOTO</b>		
<b>ESILÄÄKE</b>		
<b>KOTILÄÄKKEET</b>		
<b>HYGIENIA (karvat, kynsilakka, napa, meikki, suihku)</b>		
<b>TUPAKKA JA ALKOHOLI -ASIAT</b>		

MUUTA:

---



---



---



---

Minkä pituinen video olisi ? \_\_\_\_\_minuuttia

Kiitos vastauksistasi!