

Milla Ylinaatu

ELÄMÄ LEIKKAUKSEN JÄLKEEN – POTILASOPAS
ENDOMETRIOOSIPOTILAALLE

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

ELÄMÄ LEIKKAUKSEN JÄLKEEN –
POTILASOPAS ENDOMETRIOOSIPOTILAALLE

Ylinaatu, Milla
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Syyskuu 2011
Ohjaaja: Kurittu, Kristiina
Sivumäärä: 36
Liitteitä: 1

Asiasanat: Endometrioosi, vatsaontelontähystys, potilasohjaus, potilasneuvonta

Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä projektina, jonka tilaajana oli Endometrioosiyhdistys. Projektin tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa potilasopas endometrioosin operatiivisen hoidon läpikäyneille potilaille, jolle oli noussut tarve aikaisemmin Endometrioosiyhdistykselle tehdyn opinnäytetyön pohjalta. Opinnäytetyöprojektin tavoitteena oli varmistaa potilaiden ohjaus ja tuki endometrioosin operatiivisen hoidon jälkeen. Endometrioosiyhdistys jakaa projektissa tuotettua potilasopasta edelleen sairaaloihin, joissa endometrioosia hoidetaan operatiivisesti.

Projektin teoreettiset lähtökohdat koottiin endometrioosia sairautena ja potilaan ohjausta käsittelevästä kirjallisuudesta. Teoriaosassa käsiteltiin endometrioosia sairautena ja sen hoitoa, sekä laadukasta potilasohjausta ja hyvän potilasoppaan kriteereitä. Teorian pohjalta laadittiin projektin tuotos eli potilasopas, joka sisältää kotihoito-ohjeet, tietoa taudinkulusta operatiivisen hoidon jälkeen ja tietoa vertaistuesta.

Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen, koska endometrioosin operatiivinen hoito on yleistynyt laparoskooppisten menetelmien kehityttyä ja samalla potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet. Aiempien tutkimusten mukaan potilasohjaus on merkittävä osa potilaan kokonaihoitoa. Tästä tiedosta huolimatta potilaan ohjaus on edelleen tutkimusten mukaan puutteellista kirurgisilla osastoilla. Kirurgisilla osastoilla potilaanohjauksessa korostuvat kotihoito-ohjeet ja potilaiden jokapäiväiseen selviytymiseen vaikuttavat asiat.

Tämän päättyneen projektin pohjalta nousi tarve kyselytutkimukseen Elämä leikkauksen jälkeen – endometrioosipotilasoppaan käyttäjille, siitä millaisena he kokevat oppaan, onko siitä ollut heille apua, ja mitä he toivoisivat oppaassa muutettavan tai siihen lisättävän. Tämä kysely auttaisi kehittämään ja päivittämään opasta tulevaisuudessakin ja varmistamaan kirjallisen potilasohjauksen kehittymisen sekä potilaiden luotettavan tiedonsaannin turvaamisen.

LIFE AFTER THE OPERATION – WRITTEN PATIENT EDUCATION HANDBOOK FOR ENDOMETRIOSIS PATIENT

Ylinaatu, Milla

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

September 2011

Supervisor: Kurittu, Kristiina

Number of pages: 36

Appendices: 1

Keywords: Endometriosis, laparoscopy, patient guidance, written patient education

This Bachelor's thesis was carried out as a project, which was ordered by Endometriosisyhdistys. The purpose of this Bachelor's thesis project was to ensure patient guidance and support after operative treatment of endometriosis. The purpose was to devise and implement written patient education handbook for endometriosis patients who have been treated surgically. The need for the education handbook was originated from the Bachelor's thesis published earlier. The patient guidebook will be delivered by the working life partner Endometriosisyhdistys to the hospitals where endometriosis operations are made.

The theoretical background of the project was written based on literature of endometriosis, endometriosis treatment and patient guidance. The theoretical study consisted of endometriosis as a disease, its treatment methods particularly surgical method, adequate means and requirements of good qualified patient guidance and the good written patient education materials criterion. The written patient education handbook based on this theoretical study, including care instructions, information of the endometriosis prognosis after the operation and peer support via Endometriosisyhdistys.

The subject of this thesis was current, because of the continuously developing laparoscopic method, the operational treatment of endometriosis had become more general and simultaneously the caring time has been decreased. Based on previous studies it is known that patient guidance is significant part of the patient care. Even then, patient guidance is inadequate in surgical wards. In these wards, the written care instructions and daily management are emphasized in patient guidance. Based on this ended project arose the need for a follow-up study, in which the patients used this written patient education handbook would be interviewed and asked their opinion of the handbook. This would help the development of the written patient education materials and to secure patient possibility to receive reliable information.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	PROJEKTIN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT	6
3	PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
3.1	Endometrioosipotilaan hoito.....	7
3.1.1	Endometrioosi sairautena	7
3.1.2	Operatiivinen hoito.....	11
3.1.3	Postoperatiivinen hoito ja toipuminen.....	15
3.2	Potilasohjaus ja potilasopas	16
3.2.1	Potilasohjaus sairaalassa	16
3.2.2	Hyvän potilasoppaan kriteerit	18
3.3	Endometrioosipotilaan potilasohjaus ja potilasopas	20
3.3.1	Kotihoito-ohjeet	20
3.3.2	Taudinkulku	23
3.3.3	Vertaistuki	24
4	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE	25
5	PROJEKTIN SUUNNITTELU	25
5.1	Aikataulu	25
5.2	Resurssit	26
5.3	Riskit ja rajaus	26
6	PROJEKTIN TOTEUTUS JA TUOTOS.....	27
7	PROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	30
	LÄHTEET.....	34
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Endometrioosissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta eli endometriumia on kohdun ulkopuolella. Kohdun ulkopuolella oleva endometrium muodostaa kudosten pinnalle endometrioosipesäkkeitä. Endometrioosin syntymekanismeja ei vielä tunneta. Kyseessä on krooninen sairaus, koska taipumus pesäkemuodostukseen säilyy koko potilaan elämän ajan. Keskeisessä osassa on sairauden riippuvuus estrogeenista. Sairauden oireisto on vaihteleva ja siihen ei ole parantavaa hoitoa. (Setälä ym. 2009, 4141–4142; Härkki 2006a, 1869; Santala & Kauppila 2004, 96–97.) Sairauden aiheuttamia oireita voidaan kuitenkin lievittää lääkehoidolla ja operatiivisella hoidolla (Hippeläinen 2001, 707). Operatiivisen hoidon kehittymisen myötä endometrioosia hoidetaan nykyään pääasiassa laparoskooppisesti (Setälä 2010, 6).

Potilaan hoidossa ohjauksella on keskeinen osa. Hoitoaikojen lyhentyessä entisestään ohjauksen rooli vain korostuu. Toisaalta hoitohenkilökunnalla on entistä vähemmän aikaa ohjata potilaita ja toisaalta taas ohjauksen tulisi olla potilaan voimavaroja tukevaa, jotta vastuu potilaan toipumisesta siirtyisi enemmän hänelle itselleen. (Lipponen ym. 2006, 1.) Vaikka potilasohjauksen merkitys potilaan hoidossa on yleisesti tiedossa, niin tutkimusten mukaan ohjaus on edelleen potilaiden mukaan puutteellista. Erityisesti kirurgisilla vuodeosastoilla, joissa korostuu nopea vaihtuvuus ja lyhyet hoitoajat, kirjallisen potilasohjausmateriaalin tarve on ilmeinen (Eloranta 2008, 115).

Olen toteuttanut opinnäytetyöni ajankohtaisena työelämälähtöisenä projektina, joka noudattaa projektille tunnusomaisia piirteitä. Opinnäytetyö projektin tilaaja on Endometrioosiyhdistys. Yhteistyö pohjautui Endometrioosiyhdistyksen Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnäytetyö-aihepankin ilmoitukseen. Projektin aiheenvalinta toteutettiin yhteistyössä Endometrioosiyhdistyksen kanssa. Endometrioosiyhdistyksessä oli noussut ajankohtaiseksi endometrioosipotilaiden leikkauksen jälkeisen kirjallisen ohjauksen puutteet. Tämä kävi ilmi Elina Aaltosen ja Suvi Roukkulan joulukuussa 2010 valmistuneessa opinnäytetyössä Endometrioosipotilaan leikkauksen jälkeinen tuki ja ohjaus vuodeosastolla (Aaltonen & Roukkula 2010).

Aihe on ajankohtainen, koska endometrioosin operatiivinen hoito on kehittynyt ja yleistynyt, sekä hoitoajat ovat lyhentyneet (Setälä 2010, 6).

Projektin tarkoituksena on ollut suunnitella ja toteuttaa potilasopas endometrioosin operatiivisen hoidon läpikäyneille potilaille. Potilasopas sisältää kotihoito-ohjeet, tietoa taudinkulusta operatiivisen hoidon jälkeen ja vertaistuesta. Endometrioosiyhdistys jakaa tätä potilasopasta edelleen sairaaloihin, joissa endometrioosia hoidetaan operatiivisesti. Opinnäytetyöprojektin tavoitteena oli varmistaa potilaiden ohjaus ja tuki endometrioosin operatiivisen hoidon jälkeen.

2 PROJEKTIN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT

Projekti voidaan määritellä kokonaisuudeksi, jossa työskennellään kertaluontoisen tavoitteen saavuttamiseksi (Pelin 2009, 25). Projektille tunnusomaisia piirteitä ovat sen kertaluontoisuuden ja tavoitteellisuuden lisäksi selkeät aloitus- ja lopetusajankohdat, suunnitelmallisuus, jonka keskeisessä osassa on projektisuunnitelma, ennalta määritellyt resurssit, selkeä organisaatio sekä tilaaja. Projektille on määritetty elinkaari, joka voidaan jakaa vaiheisiin. Projektin vaiheistamisesta on esitetty useita eri malleja, joista kaikista on löydettävissä samat perusvaiheet: perustaminen, suunnittelu, toteutus ja päättäminen. Näille vaiheille on tunnusomaista niiden päällekkäisyys. (Ruuska 2001, 9-27.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan työelämälähtöisenä projektina, joka noudattaa projektille tunnusomaisia piirteitä. Yhteistyö perustui Endometrioosiyhdistyksen Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnäytetyöaihepankin ilmoituksen perusteella. Projektin aiheenvalinta toteutettiin yhteistyössä Endometrioosiyhdistyksen kanssa. Endometrioosiyhdistyksessä oli noussut ajankohtaiseksi endometrioosipotilaiden leikkauksen jälkeisen kirjallisen ohjauksen puutteet. Tämä kävi ilmi Elina Aaltosen ja Suvi Roukkulan joulukuussa 2010 valmistuneessa opinnäytetyössä Endometrioosipotilaan leikkauksen jälkeinen tuki ja ohjaus vuodeosastolla (Aaltonen

& Roukkula 2010). Aihe on ajankohtainen, koska endometrioosin operatiivinen hoito on kehittynyt ja yleistynyt, sekä hoitoajat ovat lyhentyneet (Setälä 2010, 6).

Projektin onnistumisen kannalta projektin suunnitelmallisuus on keskeisessä asemassa. Projektia aloitettaessa laaditaan aina projektisuunnitelma. Projektisuunnitelman tarkoituksena on luoda kuva siitä miten asetetut tavoitteet voidaan saavuttaa eli projektisuunnitelma vastaa kysymyksiin: mitä tehdään, kuka tekee, milloin tehdään ja miten tehdään. Projektin valvonta ja arviointi perustuvat projektisuunnitelmaan. (Pelin 2009, 85–89.) Projektin aiheenvalinnan jälkeen opinnäytetyöprojektissa tehtiin projektisuunnitelma, joka pohjautui aiheesta tehtyihin aikaisempiin tutkimuksiin.

Projektia koskeva aikaisempi tutkimustieto on jäsenelty kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen luvussa 3, projektin teoreettiset lähtökohdat. Projektin aineisto kerättiin kirjallisuushauilla. Tietokannoiksi valittiin elektroniset suomenkieliset Linda ja Medic, sekä englanninkieliset CINAHL, MEDLINE, PubMed ja Science Direct. Suomenkielisissä tietokannoissa käytettiin hakusanoja endometrioosi, laparoskopia, potilasohjaus, potilasohje* ja potilasopas, sekä englanninkielisissä tietokannoissa hakusanoja endometriosis ja laparoscopy.

3 PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Endometrioosipotilaan hoito

3.1.1 Endometrioosi sairautena

Endometrioosissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta eli endometriumia on kohdun ulkopuolella. Endometriumista muodostuneet toimivat solukkopesäkkeet esiintyvät yleensä vatsaontelossa kohdun läheisyydessä, kuten munasarjoissa, kohdun tai vatsakalvon pinnalla. (Setälä ym. 2009, 4141–4142; Härkki 2006a, 1869; Santala & Kauppila 2004, 96–97.) Muita harvinaisempia esiintymispaikkoja ovat esimerkiksi

virtсарakko, suolisto, emätin, ulkosynnyttimet, arvet, keuhkot ja keskushermosto (Setälä ym. 2001, 3; Santala & Kauppila 2004, 96–97). Endometrioosin syntymekanismeja ei vielä tunneta. Kyseessä on krooninen sairaus, koska taipumus pesäkemuodostukseen säilyy koko potilaan elämän ajan. Keskeisessä osassa on sairauden riippuvuus estrogeenista. Sairauden oireisto on vaihteleva ja siihen ei ole parantavaa hoitoa. Sairauden oireiston vaihtelevaisuuden vuoksi sairaus on alidiagnosoitu. (Setälä ym. 2009, 4141–4142; Härkki 2006a, 1869; Santala & Kauppila 2004, 96–97.)

Implantaatioteorian mukaan endometrioosin ajatellaan syntyvän kuukautisten aikana, kun endometriumin soluja siirtyy munatorvien kautta vatsaonteloon. Vatsaontelossa solut implantoituvat yleensä lähellä olevaan sidekalvoon ja kiinnittymisen jälkeen ne erikoistuvat rauhas- ja väliainesolukkoa sisältäväksi endometrioosipesäkkeiksi. Tämä endometriumin solujen implantaatio mahdollistuu retrogradiaalisen kuukautisvuodon vuoksi. Implantoituneet rauhaset toimivat kuten kohdun limakalvo. On kuitenkin mahdollista, että kudokseen ei vaikuta hormonitason vaihtelut. (Santala & Kauppila 2004, 96–98.) Endometrioosipesäkkeet aiheuttavat vatsaonteloon ärsytystä, kroonisen tulehdusreaktion, ja lopulta jopa arpeutumista (Cox ym. 2003, 63; Setälä ym. 2009, 4142). Miltei kaikilla naisilla, joilla munatorvet ovat avoimet, kulkeutuu kuukautisten aikana kohdun limakalvoa vatsaonteloon. Kuitenkaan heillä kaikilla ei todeta endometrioosia vaan elimistön puolustusmekanismit tuhoavat vatsaonteloon tunkeutuneet solut. (Setälä ym. 2001, 3.)

Endometrioosi on yleisesti ottaen hedelmällisessä iässä olevien naisten tauti. Sitä esiintyy noin 10 prosentilla sukukypsässä iässä olevilla naisilla. Sairaus voidaan diagnosoida heti kuukautisten alkamisen jälkeen. Koska taipumus pesäkemuodostukseen säilyy, voi sairaus esiintyä myös menopaussin läpi käyneillä naisilla, joilla on käytössä estrogeenin korvaushoito. (Setälä ym. 2009, 4141–4142.) Endometrioosiin sairastumisriskiä nostavat synnyttämättömyys, kohdun kehityshäiriöt, erityisesti sellaiset joissa kuukautisveren poistuminen kohdusta häiriintyy, sekä runsaat kuukautiset eli menorrhagia (Hippeläinen 2001, 705). Endometrioosin on todettu olevan länsimaalaisten naisten sairaus (Santala & Kauppila 2004, 96–97). Sairastumisalttiuteen vaikuttavat myös perintötekijät, tautia

esiintyy joissain suvuissa enemmän kuin toisissa (Setälä ym. 2001, 4; Santala & Kauppila 2004, 98).

Endometrioosin oireet ovat vaihtelevia. Jopa neljännes endometrioosia sairastavista naisista on oireettomia (Santala & Kauppila 2004, 100). Merkittävin ja yleisin oire on voimakas kuukautiskipu. Tyypillisesti ennen kivuttomat kuukautiset muuttuvat kivuliaiksi tai kuukautiskipu muuttaa luonnettaan. Kipua esiintyy ajoittain kuukautiskierrosta riippumatta, selkeä kuukautiskipu alkaa päiviä ennen kuukautisten alkua ja kipu voimistuu vuodon ajaksi. Lisäksi tyypillisenä oireena on yhdyntäkipu. Yhdyntäkipu voi olla niin voimakasta, että yhdyntä ei onnistu ilman kipulääkkeitä. Kivun paikallistuminen on apuna määrittäessä endometriosipesäkkeiden sijainteja. (Setälä ym. 2001, 6; Santala & Kauppila 2004, 100–101; Evans ym. 2007, 22.) Esimerkiksi suolen seinämän endometriosipesäkkeet aiheuttavat usein ulostuskipua, virtsarakon päällä oleva tai sen seinämän endometriosipesäkkeet virtsaamiskipuja sekä virtsaamisvaikeutta (Setälä ym. 2001, 6; Setälä ym. 2009, 4143–4144).

Muita tärkeitä oireita ovat lapsettomuus ja kuukautisvuotohäiriöt. Vaikeissa taudinmuodoissa endometrioosi aiheuttaa lapsettomuutta vaurioittamalla munatorvia sekä munasarjoja. Lapsettomuutta voi ilmetä, vaikka munatorvet olisivatkin auki. Tällöin syynä on endometrioosin hedelmöittymisen heikentävä vaikutus, jonka mekanismeja ei vielä tunneta. (Setälä ym. 2001, 7.) Endometrioosi aiheuttaa kuitenkin harvoin steriliteettiä (Santala & Kauppila 2004, 102). Jopa kahdella kolmanneksella endometriosipotilaista voidaan todeta kuukautisvuotohäiriöitä, jotka ilmenevät tiputteluna, menorragiana tai kierron lyhentymisenä. (Santala & Kauppila 2004, 102.)

Endometrioosin diagnosoinnissa haasteena on taudin oireiston vaihtelevuus. Oireet kuten kivut, erityisesti kuukautis- ja yhdyntäkivut, sekä lapsettomuus antavat usein viitteitä endometrioosista. Pelkän oireiston perusteella ei kuitenkaan voida tehdä diagnoosia ja tautia tavataan täysin oireettomillakin naisilla. Endometrioosin diagnosointi menetelmiä ovat gynekologinen sisätutkimus, ultraäänitutkimus ja laparoskopia eli vatsaontelon tähytysleikkaus. Näistä menetelmistä laparoskopia varmistaa epäillyn diagnoosin. (Hippeläinen 2001, 706.) Jos on syytä epäillä vaikeaa

endometrioosia, voidaan laparoskopian sijasta tehdä laparotomia eli avoleikkaus (Setälä ym. 2001, 8).

Endometrioosin diagnoosi perustuu visuaaliseen havaintoon. Laparoskopiassa nähdyt endometrioosimuutokset riittävät diagnoosin varmistamiseen. On suositeltavaa kuitenkin ottaa muutoksista koepalat. (Setälä ym. 2009, 4144.) Jotta endometrioosi voidaan diagnosoida, tulee vatsaontelo tutkia huolellisesti kauttaaltaan. Vatsakalvon endometrioosi on yleisin endometrioosin muoto ja pesäkkeet jaetaan värinsä perusteella kolmeen luokkaan: punaiset eli epätyypilliset pesäkkeet, mustat eli tyypilliset pesäkkeet ja valkoiset eli arpiset pesäkkeet sekä vatsakalvoon muodostuneet taskut ja puutosalueet. Endometrioosi voidaan jakaa myös laparoskopian löydösten perusteella neljään eri vaikeusasteeseen. Luokitus perustuu raskauden mahdollisuuteen eri vaikeusasteita sairastavilla potilailla. (Setälä ym. 2001, 8.) Vaikeusaste määritellään kummankin munasarjan ja -munajohtimen muutoksista ja kiinnikkeistä ja nämä pisteytetään. Yhteenlasketun pistemäärän avulla voidaan seurata taudin kehittymistä sekä arvioida hoitovastetta. (Hippeläinen 2001, 706.)

Endometrioosiin ei ole vielä löydetty parantavaa hoitoa. Sairauden aiheuttamia oireita voidaan kuitenkin lievittää lääkehoidolla ja operatiivisella hoidolla. Valittuihin hoitolinjoihin vaikuttavat potilaan oireet, löydökset sekä potilaan elämäntilanne, kuten raskausoire. Endometrioosin lääkehoito perustuu kivunhoitoon ja estrogeenitason laskuun. Kirurginen hoito taas perustuu endometrioosin aiheuttamien muutosten poistoon, jotta voidaan palauttaa elimistön normaali anatomia. (Hippeläinen 2001, 707.)

Estrogeenitason laskuun käytetään lääkehoitona ehkäisytabletteja, jatkuvaa keltarauhashormonihoitoa, danatsolia ja GnRH-agonisteja eli gonadotropiinin vapauttajahormonien kaltaisia synteettisiä valmisteita. Lääkehoidon tavoitteena on kipujen lievittäminen, se ei paranna hedelmällisyyttä vaan heikentää sitä. Leikkauksen jälkeisessä hoidossa lääkehoito auttaa potilasta pysymään pitempään oireettomana. (Hippeläinen 2001, 707; Setälä ym. 2001, 9-18.)

Mikäli oireet ovat lievät, hoito aloitetaan yleensä tulehduskipulääkkeillä sekä yhdistelmäehkäisytabletteilla. Yhdistelmäehkäisytablettien hyötynä on saada aikaan kohdun limakalvon oheneminen ja näin vuotojen niukkeneminen. Jatkuva keltarauhashormonien käyttö aiheuttaa kuukautisten puuttumisen eli amenorreaa, jolloin kipuoireet tavallisesti helpottavat. Tämä on käytetyin lääke endometrioosin hoitoon, mutta ongelmia sen käytössä aiheuttavat useat haittavaikutukset, esimerkiksi painon nousu, akne ja masennus. Myös danatsoli estää kohdun limakalvon kasvun ja näin saa aikaan amenorreaa, mutta lääkkeellä on samanlaisia haittavaikutuksia kuin keltarauhashormoneilla. GnRH-agonisteilla mahdollistetaan vaihdevuotia vastaava tila, jolloin elimistössä munasarjojen toiminta tilapäisesti loppuu jolloin myös hormonieritys pysähtyy. Tällöin estrogeenin määrä potilaan elimistössä vähenee huomattavasti ja tästä oletetaan johtuvan pesäkkeiden kasvun loppuminen ja jopa surkastuminen. Ongelmina GnRH-agonisti hoidossa on sen hinta, estrogeenin vähenemisen aiheuttamat oireet ja puutokset. (Hippeläinen 2001, 707–708; Setälä ym. 2001, 9-18.)

3.1.2 Operatiivinen hoito

Endometrioosin operatiivinen hoito on nykyään pääasiassa laparoskooppista hoitoa. Vatsakalvon endometriosipesäkkeitä on mahdollista hoitaa laparoskooppisessa leikkauksessa elektrokoaguloimalla, höyrystämällä, laserilla tai poistamalla kokonaan saksilla tai ultraääniveitsellä. Syvien endometriosipesäkkeiden, jotka kasvavat vähintään viisi millimetriä vatsakalvonalaan kudokseen, kohdalla pyritään kokonaispoistoon joko saksilla, veitsellä tai laserilla. (Setälä ym. 2001, 18–24.) Syvien endometriosipesäkkeiden poistossa vaaditaan laajaa osaamista suolikirurgiasta. Lisäksi liian suuret poistot ja toimenpiteet, joita joudutaan tekemään toistuvasti, saattavat aiheuttaa tuhoa munasarjakudoksessa ja heikentävät näin hedelmällisyyttä. Toisaalta taas liian suppeat operaatiot lisäävät uusiutumismahdollisuutta. Toistuvasti uusiutuvissa tapauksissa ja silloin kun lääkehoidon vaste jää riittämättömäksi joudutaan turvautumaan usein kohdun ja munasarjojen poistoon. Endometriosimuutosten poistaminen vähentää potilaiden kokemia kiputunteja ja parantaa tutkimusten mukaan elämänlaatua. (Hippeläinen 2001, 708–709; Setälä ym. 2001, 18–24.)

Endometrioosin operatiivisessa hoidossa tavoitteena on poistaa kaikki näkyvät endometriosipesäkkeet sekä mahdolliset kiinnikkeet. Tällöin endometrioosin aiheuttamat kipuoireet sekä pesäkkeiden uudelleen muodostus vähenevät. Lisäksi potilaan elämäntilanne huomioonottaen operatiivisella hoidolla pyritään parantamaan myös raskauden mahdollisuutta. Operatiivisen hoidon kehittymisen myötä endometrioosia hoidetaan nykyään pääasiassa laparoskooppisesti. (Setälä 2010, 6.) Laparotomiaa harkitaan vaikean taudinkuvan hoitomuotona, jolloin endometrioosia esiintyy suolistossa tai virtsateissä, endometriosipesäkkeet ovat suuria. Jos tauti uusiutuu toistuvasti eikä lääkehoidolla saavuteta toivottua vastetta, ainoana ratkaisuna voidaan pitää kohdun ja munasarjojen radikaalia poistoa. (Hippeläinen 2001, 709–710.)

Ensimmäiset laparoskopiat eli vatsaontelontähystykset tehtiin Pohjoismaissa jo 1900-luvun alussa, kuitenkin laparoskooppiset toimenpiteet yleistyivät vasta 1980-luvulla, kun videolaparoskopia mahdollistui. Nykyään laparoskopialla tehtävien toimenpiteiden kirjo on laaja. (Härkki 2006b, 429.) Operatiivisten menetelmien kehittyminen on myös vaikuttanut endometrioosin hoitoon. Setälän (2010, 6) mukaan voidaankin sanoa, että laparoskopia on kuin tehty endometrioosin hoitoon.

Laparoskopiassa eli vatsaontelontähystyksessä tähystin eli laparoskooppi viedään vatsaonteloon pienen vatsanseinämään tehdyn viillon kautta. Laparoskooppi välittää kuvan vatsaontelosta ja siellä olevista elimistä kuvaruudulle. Laparoskooppisessa toimenpiteessä voidaan viedä vastaavien viiltojen kautta myös tarvittavia instrumentteja vatsaonteloon, jolloin tähystysleikkauksen yhteydessä voidaan suorittaa kirurgisia toimenpiteitä. (Lavonius 2002, 3063.) Toimenpiteen suorittaa kirurgi sekä vähintään yksi avustaja (Burkitt, Quick & Reed 2007, 168). Laparoskooppinen leikkaus suoritetaan yleisanestesiassa. Leikkaus vaatii yleisanestesian lisäksi trakealisen intubaation ja mekaanisen ventilaation. (Hirvonen 2006, 681.) Laparoskooppinen leikkaus vaatii myös yleensä täydellisen lihasrelaksaation, jotta mahdollistetaan turvallinen ja täysi vatsaontelon täyttö kaasulla (Burkitt, Quick & Reed 2007, 168).

Vatsaontelon täyttö kaasulla tapahtuu johtamalla kaasu, hiilidioksidi, niin sanotulla tylpällä kanyylilla vatsaonteloon kontrolloidulla paineella. Tämä kaasu nostaa vatsaontelon seinämän ylös sisäelinten päältä ja mahdollistaa näin näkyvyyden kohde-elinten ympärillä. Nykyään kaasun puhaltamiseen vatsaonteloon käytetään yleisemmin tylppää kanyyliä, joka asetetaan paikalleen avotekniikalla. Tämä tapa on korvaamassa niin sanotun sokean-tekniikan, jossa Veressin neulalla puhkaistaan vatsaontelo. (Burkitt, Quick & Reed 2007, 168.) Vatsaontelon täyttämisen kaasun paine tulee olla 15 mmHg (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 44) huomioiden potilasturvallisuus (Burkitt, Quick & Reed 2007, 168.)

Vatsaontelon täyttämisen jälkeen viedään vatsaonteloon laparoskooppi, jossa on videokamera, jotta saadaan monitoreihin kuva vatsaontelosta. Lisäksi laparosooppisissa leikkauksissa tarvitaan yleensä vielä lisäkanyyleita niin sanottuja troakaareja, joiden läpi voidaan viedä vatsaonteloon ja leikkausalueelle tarvittavat instrumentit kuten polttokoukku, kiinnipitopihdit ja neulankuljettaja. Näiden troakaarien sijainnit riippuvat leikkaustyyppistä, mutta myös kirurgin toiveista. (Burkitt, Quick & Reed 2007, 168.)

Laparoskooppisten leikkausten etuna verrattuna avoleikkauksiin, on että potilaiden toipuminen on nopeampaa ja he joutuvat olemaan vuodepotilaina selkeästi lyhyemmän ajan. Tämä taas vähentää selvästi laskimotukosten riskiä. Lisäksi laparoskopia mahdollistaa myös erittäin lihaviin potilaiden leikkaamisen turvallisemmin. Koska leikkauksesta aiheutuvat riskit ja hoitoajat ovat pienemmät, ovat myös leikkauksesta aiheutuvat kustannukset pienemmät. (Bergqvist 2009, 8.) Vaikka laparoskopialla on huomattavia etuja verrattuna laparotomiseen leikkaukseen, ei sekään ole täysin riskitön. Endometriosisin hoito operatiivisesti luetaan kuuluvaksi vaikeisiin gynekologisiin leikkauksiin, jolloin riskit kasvavat. (Härkki 2006b, 429.)

Laparoskopia aiheuttaa merkittäviä muutoksia ihmisen elimistöön, koska leikkauksen aikana vatsaontelo täytetään kaasulla. Vatsaontelon täyttämiseen käytetty kaasu nostaa vatsaontelon painetta ja tämä taas aiheuttaa muutoksia verenkierrössä, kuten sydämen iskutilavuus pienenee, verenpaine nousee ja verenvirtaus vatsanalueen elimissä sekä alaraajoissa vähenee. Koska leikkauksessa

käytettävä kaasu on yleensä hiilidioksidia (CO₂), se imeytyy verenkiertoon. Ihmisen elimistöön on mahdollista varastoida rajallinen, vaikkakin suuri, määrä hiilidioksidia. Kun kylläisyysaste on saavutettu, ylimäärä voidaan poistaa vain keuhkojen kautta. Jos keuhkotuuleutusta ei voida tai ei nosteta hiilidioksidin poistamiseksi, muodostuu elimistöön respiratorinen asidoosi. (Hirvonen 2006, 678–683.)

Vatsaontelon ilmastuksesta sekä kaasun aiheuttamasta paineesta johtuvia leikkauskomplikaatioita ovat emboliakomplikaatiot, jolloin vahingoitetun verisuonen kautta verenkiertoon kerääntyy kaasua, tai kaasua pääsee muualle elimistöön esimerkiksi pleuraonteloon tai ihon alle. Lisäksi suurten kaasumäärien käyttö lisää potilaan leikkauksen aikaista lämmönhukkaa. Postoperatiivisesti hartiakipu on laparoskopian jälkeen yleinen. Se on voimakkaimmillaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä, mutta voi kestää useita päiviä leikkauksen jälkeen. (Hirvonen 2006, 678–683.)

Tutkimusten mukaan leikkauksen alun niin sanotussa sokkoiheessa, jolloin vatsa ilmastetaan Veressin neulalla sekä laparoskopiaportit viedään vatsaonteloon, tapahtuu merkittävä osa vakavista kirurgisista komplikaatioista kuten verisuonien, hermojen tai elinten vaurioita. Harvinaisen vatsanpeitteiden hermovaurion oireena on leikkauksen jälkeinen voimakas kipu, joka säteilee nivustaipeeseen tai alavatsalle. Myös tyrän muodostuminen laparoskopiaporttien sisäänvientikohtiin on mahdollista. Tätä tyrää kutsutaan Richterin tyräksi. Tyrää on syytä epäillä, kun sisäänmenokohdassa tuntuu aristava patti. Ilmaistuksen yhteydessä tapahtuvat suolivauriot yleistyvät, jos potilaalle on tehty aikaisempia vatsan alueen leikkauksia ja näistä on muodostunut kiinnikkeitä. Laparoskooppisen leikkauksen jälkeinen potilaan tuntema voimakas kipu, on aina aihe epäillä suolivauriota. Muita suolivaurion oireita ovat kuume ja kovat vatsanpeitteet. Oireet voivat ilmaantua jopa viikon kuluttua leikkauksesta. (Härkki 2006b, 429–430.)

Muita leikkauksen aikaisia kirurgisia komplikaatioita ovat virtsajohdin- ja virtsarakkovauriot, sekä suurten verisuonien vauriot. Virtsajohdinvauriossa potilaat tuntevat voimakasta kipua kylkikaarella ja osalla virtsa valuu emättimen kautta. Myöhemmin esiintyvänä oireena voi olla vain kohonnut verenpaine. Virtsarakkovaurioissa myöhemmin esiintyvänä oireena on peritoniitti tai virtsan

valuminen emättimen kautta kuten virtsajohdinvauriossakin. Leikkauksen jälkeen verisuonivauriot ilmenevät 12 tunnin kuluessa leikkauksesta. Verenvuodon merkkeinä ovat hemoglobiinipitoisuuden ja verenpaineen lasku sekä pulssin kohoaminen. (Härkki 2006b, 430–431.)

3.1.3 Postoperatiivinen hoito ja toipuminen

Laparoskooppisen leikkauksen postoperatiivisessa vaiheessa on omat erityispiirteensä. Koska leikkauksen aikana potilaan vatsaontelo ilmastetaan hiilidioksidilla, joutuu hiilidioksidia elimistöön ja sitä ei voida poistaa kokonaan operaation lopussa. Potilaan on kyettävä poistamaan itse tämä ylimääräinen hiilidioksidi elimistöstään tehostamalla hengitystä. (Hirvonen 2006, 683.)

Potilaan leikkauksen jälkeen tuntemaa kipua hoidetaan yleensä tulehduskipulääkkeillä ja parenteraalisilla opiaateilla. Leikkauksen aikana tehty vatsaontelon ilmastus saattaa aiheuttaa potilaalle hartiakipua, niin sanotun hartiapistön. On tärkeää, että potilasta on ohjattu hartiakivusta jo preoperatiivisesti, jotta vältetään turhaa huolestumista ja pelkoa, että kipu on sydänperäistä. (Hirvonen 2006, 683.) Tähän hartiakipuun kipulääkkeet tehoavat huonosti, ja kipuun suositellaankin lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja, esimerkiksi kylmä pakkausta ja hierontaa. Kokemuksen mukaan vatsaontelon huuhtelu leikkauksen loppuvaiheessa ja niin sanotun kaasudreenin jättäminen vatsaonteloon vähentävät hartiakipua leikkauksen jälkeen (Hirvonen 2006, 683).

Laparoskooppisen leikkausmenetelmän myötä endometriosileikkausten jälkeiset hoitoajat ovat lyhentyneet (Setälä 2010, 6) ja osa leikkauksista voidaan suorittaa päiväkirurgisesti. Potilas voidaan kotiuttaa päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen, kun seuraavat kriteerit täyttyvät: Potilaan elintoiminnot ovat vakaat tunnin ajan. Potilas on orientoitunut aikaan ja paikkaan, kykenee kävelemään tuetta, pukeutumaan, juomaan ja on virtsannut. Potilas ei ole pahoinvoiva, kipeä ja leikkaushaava on siisti. Potilalle annetaan kirjalliset kotihoito-ohjeet ja ohjataan häntä kotona selviytymisessä. Lisäksi potilaalla tulee olla aikuinen saattaja kotimatkaa ja seuraavaa yötä varten. (Korttila & Kangas-Saarela 2006, 517.)

3.2 Potilasohjaus ja potilasopas

3.2.1 Potilasohjaus sairaalassa

Potilaan hoidossa ohjauksella on merkittävä osuus. Hoitoaikojen lyhentyessä entisestään ohjauksen rooli vain korostuu. Toisaalta hoitohenkilökunnalla on entistä vähemmän aikaa ohjata potilaita ja toisaalta taas ohjauksen tulisi olla potilaan voimavaroja tukevaa, jotta vastuu potilaan toipumisesta siirtyisi enemmän hänelle itselleen. Ohjauksen tulisi olla laadultaan myös niin hyvää, että potilas ymmärtää saamansa kotihoito-ohjeet ja jatkaa niiden noudattamista kotiutumisen jälkeen. (Lipponen ym. 2006, 1.) Vaikka potilasohjauksen merkitys potilaan hoidossa on yleisesti tiedossa, niin tutkimusten mukaan ohjaus on edelleen potilaiden mukaan puutteellista ja erityisesti kirurgisilla vuodeosastoilla, joissa korostuu nopea vaihtuvuus ja lyhyet hoitoajat, kirjallisen potilasohjausmateriaalin tarve on ilmeinen (Eloranta 2008, 115.). Heino (2005) mukaan ne potilaat, jotka saavat paljon kirjallista ohjausta saavat myös enemmän suullista ohjausta. Tämän mukaan kirjallisella ja suullisella potilasohjauksella on selvä yhteys. (Heino 2005, 101.)

Palokosken (2007, 57–58) tutkimuksen mukaan kirurgisten potilaiden ikä vaikutti heidän tyytyväisyyteensä leikkauksenjälkeisessä potilasohjauksessa. Alle 45-vuotiaat suhtautuivat kriittisemmin saamaansa ohjaukseen, kun taas yli 65-vuotiaat olivat pääasiassa tyytyväisiä. Toisaalta potilaiden kokemus ohjauksesta ja tiedonsaannista vaikuttivat potilaiden kokemuksiin kotona selviytymisestään leikkauksen jälkeen. Potilaat, joka kokivat saaneensa kattavasti tietoa ohjauksessa, kokivat leikkauksen jälkeisen tiedollisen ja toiminnallisen selviytymisen olleen parempaa.

Määritelmän mukaan ohjaus on toimintaa, jolla on selkeä päämäärä, potilas ja ohjaaja toimivat tämän päämäärän saavuttamiseksi ohjaussuhteessa, jolle ominaista on kaksisuuntainen vuorovaikutus. Ohjauksen päämäärät muodostuvat potilaan ja ohjattavan taustan mukaan. (Lipponen ym. 2006, 6.) Ohjausprosessille tyypillistä on, että ohjauksessa lähdetään liikkeelle ohjauksen tarpeen määrittelystä, tämän jälkeen suunnitellaan ohjauksen kulku ja toteutus, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen sekä sen vaikuttavuus. (Lipponen ym. 2006, 10–11.)

Potilaan ohjaus tapahtuu jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja alkaa siitä hetkestä kun potilas tulee hoidon piiriin. Hoidon aikana potilaan tarpeet muuttuvat ja potilaan ohjauksen tulee muuttua näiden tarpeiden mukana. (Lipponen ym. 2006, 10–11.) Tutkimusten mukaan merkittävä osa potilasta kokee saamansa potilasohjauksen olleen potilaslähtöistä, jolloin potilaat kokivat tullessa kuulluiksi ja voineensa esittää selventäviä kysymyksiä. Kuitenkin jopa neljännes koki, ettei ohjausta ollut sovellettu heidän elämäntilanteeseensa. (Kääriäinen 2005, 12.)

Lipponen (2006, 11) määrittelee potilasohjauksen mallin, jossa potilasohjaus on jaettu potilaan hoitopolun mukaan kolmeen vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat sairaalaan tulo -vaiheen, osastovaiheen ja sairaalasta lähtö -vaiheen ohjaus. Sairaalaan tulo -vaihe jakautuu edelleen sairastumisvaiheeseen ja ensitietovaiheeseen. Osastovaihe jakautuu edelleen kolmeen osaan: akuutti sairastuminen, oireiden syyn selvittäminen ja hoito, sekä selviytyminen ja muuttunut elämäntilanne. Kolmas vaihe eli sairaalasta lähtövaihe taas kattaa kotiutuksen ja jatkohoidon.

Jokaisessa vaiheessa nousee esille omat potilasohjaukseen vaikuttavat erityispiirteensä. Ensimmäisessä vaiheessa korostuvat ohjaustarpeen määrittely ja potilaan taustatietojen kerääminen. Toisessa vaiheessa potilas tarvitsee ohjausta ja tukea oman tilanteensa ymmärtämiseen, kun sairauden syy on selvillä ja potilas saa hoitoa. Häntä tuetaan ja ohjataan muuttuneessa elämäntilanteessa. Toisen vaiheen lopussa pyritään jo motivoimaan potilasta itsehoitoon. Kolmannessa vaiheessa keskeiseen osaan nousevat kotihoito-ohjeet, näiden ohjeiden on hyvä olla kirjallisia. (Lipponen ym. 2006, 11–15.) Kirjalliset ohjeet eivät kuitenkaan korvaa suullista ohjausta. On myös huomioitava, että potilaiden riittävä tiedonsaanti ei tarkoita samaa kuin riittävä tiedon antaminen, vaan ohjaajien tulee varmistaa, että potilaat myös ymmärtävät saamansa tiedon. (Heino 2005, 38.) Lyhyiden hoitoaikojen vuoksi potilaat eivät ehdi käsittelemään kaikkea kokemaansa sairaalassa, vaan käsittelevät kohtaamaansa elämänmuutosta vasta kotiutumisen jälkeen. Tämän vuoksi kolmannen vaiheen ohjauksessa tulisi ottaa huomioon myös vertaistuen ja verkostoitumisen merkitys. (Lipponen ym. 2006, 11–15.)

Potilasohjauksen malli ja potilaan ohjauksen tarpeen määrittely auttavat toteuttamaan potilaslähtöistä laadukasta potilasohjausta. Laadukkaan potilasohjauksen saavuttamiseksi haasteeksi nouseekin työelämässä henkilökunnan aika sekä rauhallisen tilan löytyminen henkilökohtaiseen ohjaukseen. Laadukas potilasohjaus vaatii myös hoitohenkilökunnan omien tietoja ajantasaistamista sekä laadukasta ohjausmateriaalia. (Lipponen ym. 2006, 16.)

3.2.2 Hyvän potilasoppaan kriteerit

Kirjallinen potilasohjaus perustuu hoitoaikojen lyhentymiseen sekä henkilökohtaisen ohjauksen vähäisiin mahdollisuuksiin. Kirjallisissa potilasohjeissa korostuu ohjeiden oikeat, tarkastetut tiedot, sekä niiden kirjallinen asu, jotta ohjeet tukevat potilaita itsensä hoitoon sekä vastaavat potilaiden kysymyksiin. Potilasohjeita laadittaessa tulee oppaassa huomioida sekä potilasta hoitavan osaston, että potilaan itsensä näkökulma. Osaston näkökulmasta tulee kannustaa potilasta toimimaan halutulla tavalla, jotta toipuminen mahdollistuu. Potilaan näkökulmasta potilasoppaan tarkoituksena onkin sekä antaa potilaan kaipaamaa tietoa, mutta myös ennalta ehkäistä väärinkäsityksiä, lievittää potilaan tuntemaa ahdistuneisuutta ja lisätä potilaan tietoa mahdollisista palveluista ja tukiverkoista. (Lipponen ym. 2006, 66–67.) Kirjallisen ohjauksen tärkeimpänä hyötynä on potilaalle mahdollistuva ohjeisiin tutustuminen omassa tahdissa sekä tarvittaessa niihin palaaminen uudestaan vielä kotiutumisen jälkeinkin. (Heino 2005, 39.)

Kirjallisille potilasohjeille on olemassa omat yleiset tapansa, kuitenkin jokainen potilasopas kertoo tekijästään. Potilasohjetta laadittaessa keskiössä on kohderyhmä ja sen tarpeet. Sisällöllisesti ohjeen tulee olla kirjoitettu yksiselitteisesti, potilasta puhuttelevasti ja siten, että tärkein tieto kerrotaan ensin jonka jälkeen siirrytään vähemmän tärkeisiin asioihin. Näin potilaan huomio kiinnitetään tärkeimpiin asioihin ja nekin, jotka vain selailevat opasta saavat siitä tietoa. (Lipponen ym. 2006, 67.) Voi olla haasteellista määritellä miten yksityiskohtaista tietoa potilaat sairaudestaan tarvitsevat, kuitenkin jättämättä mitään sairauden kannalta oleellista tietoa pois (Alho & Nylund 2002, 24–25.)

Potilasohjeiden on todettu painottuvan ennen kaikkea biologisiin ja fysiologisiin sisältöalueisiin eli sairauteen ja sen hoitoon liittyvään asiantietoon (Salanterä ym. 2005, 226). Kuitenkin potilaan sisäinen hallinta koostuu Leino- Kilven ym. (1999, 33) mukaan seitsemästä alueesta, joista biologis-fyysinen alue on vain yksi. Hyvässä potilasohjeessa tulee huomioida sisällössä myös nämä kuusi muuta aluetta: toiminnallinen, tiedollinen, sosiaalisyhteisöllinen, kokemuksellinen, ekonominen ja eettinen sisältöalue. Keskeisten sisältöalueiden lisäksi potilasohjeessa tulee olla lähdeluettelo, päivämäärä, jolloin opas on julkaistu, tiedot ohjeen tekijästä, sekä yhteystiedot tahosta jonne voi ottaa yhteyttä, jos potilaalle tulee kysymyksiä (Torkkola 2002, 45–46.)

Kirjallisen potilasohjeen tärkein ominaisuus on sen luettavuus. Luettavuus tarkoittaa painojälkeä, kieliasua, ymmärrettävyyttä, kirjoitustyylin helppoutta sekä sisällön mielenkiintoisuutta. Jos potilasohje ei ole luettava sekä ymmärrettävä, saattaa tämä pahimmassa tapauksessa johtaa jopa potilaan hoitokielteisyyteen sekä hoitoon sitoutumattomuuteen. Kuvat havainnollistavat usein ohjeen kirjallista viestiä. Tekstiä täydentävät sekä selittävät kuvat lisäävät luettavuutta. Ohjeen kieliasu lisää luettavuutta silloin kun se on rakenteeltaan ja sanastoltaan kirjoitettu niin, että lukija kokee sen kirjoitetuksi juuri hänelle. Yleiskieltä on hyvä käyttää silloin kun lukijat eivät käytä ammattikieltä, koska yleiskielessä noudatetaan kirjakielen normeja, mutta se ei sisällä ammattiterminologiaa. (Alho & Nylund 2002, 25–26.)

Koska potilasohjeiden tavoitteena on saada potilas toimimaan toivotulla tavalla, tulee potilasohjeiden tekstin sävy valita huolellisesti. Sävyn tulisi olla toisaalta objektiivista, mutta kuitenkin persoonallista ja ennen kaikkea kohteliasta. Kohteliaisuus osoittaa vastaanottajan arvostusta. Ohjetta kirjoitettaessa tulee valita sinutteleeko vai teititteleekö potilasta ja olla johdonmukainen käyttämässään tavassa. Ohjeena voidaan pitää sitä, että teitittely on aina sopivaa. Passiivin käyttöä tulee välttää, koska se antaa kuvan siitä, ettei ohjeen tekijä ole osannut päättää mitä puhuttelumuotoa käyttää ja on yrittänyt kiertää ongelman passiivilla. Passiivi ei myöskään puhuttele potilasta. Ohjeen sävy voi olla myös käskevä, mutta käskyt ja kiellot tulee perustella riittävän laajasti, jotta vältetään mielikuva auktoriteetin antamista käskyistä, joita potilaan tulee sokeasti noudattaa. (Alho & Nylund 2002, 26–28.)

Potilasohjeen ulkoasu korostaa ohjeen sisältöä. Hyvin taitettu ohje, jolloin tekstin ja mahdollisten kuvien asettelu paperille on huolellista, houkuttelee potilasta lukemaan ohjetta ja edesauttaa ohjeen sisällön ymmärrettävyyttä. Värien käytössä kannattaa olla varovainen, sillä väreihin liittyy voimakkaita tunteita, ja ne saattavat vääristää ohjeen viestiä. Potilasohjetta kirjoitettaessa tulee kiinnittää myös huomiota kirjasin tyyppien ja kokojen valintaan, marginaalien leveyteen, tekstin tasaamiseen sekä paperin valintaan. Ohjeen tärkeimmäksi osaksi muodostuvat luettavuuden, mutta myös ulkoasun kannalta otsikot. Hyvä otsikko on lyhyt ja selkeä, jossa kerrotaan tärkein asia. (Lipponen ym. 2006, 67–68.)

Tutkimuksen mukaan (Salanterä ym. 2005, 223–227) kirjalliset potilasohjeet ovat yleisesti selkeitä kielellisesti ja rakenteellisesti. Kuitenkin tutkimuksessa kävi ilmi, että puutteita oli paljon potilasohjeiden sisällöissä. Sisältö koettiin puutteelliseksi kaikilla muilla toimialoilla psykiatria lukuun ottamatta. Vastaavasti sisältö oli puutteellinen kaikissa eri tarkoituksiin suunnatuissa potilasohjeissa, mukaan lukien kotihoito-ohjeet. Tutkimuksessa sisällön katsottiin käsittävän edellä mainitut seitsemän selviytymis- eli sisäisenhallinnan aluetta Leino-Kilven ym. (1999, 33) mukaan. Potilasohjeiden opetuksellisuudessa oli toimialoittain ja tarkoituksittain suuriakin eroja. Opetuksellisuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että potilasoppaassa on kerrottu kenelle opas on tarkoitettu ja minkä vuoksi, minne tulee tarvittaessa ottaa yhteys, miten potilaan tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi ja miten hoidon vaikutusta seurataan sekä näitä havainnollistavia esimerkkejä. Sisällön ja opetuksellisuuden puutteellisuus vaikuttavat väärinymmärryksien syntyyn ja heikentävät potilaan omaa hoitoon osallistumista.

3.3 Endometriosipotilaan potilasohjaus ja potilasopas

3.3.1 Kotihoito-ohjeet

Tutkimusten mukaan kirjallisissa kirurgisen potilaan kotihoito-ohjeissa tulisi olla tietoa kaikista niistä asioista, jotka vaikuttavat tai liittyvät potilaan kotona toipumiseen ja arjesta selviytymiseen (Alho & Nylund 2002, 24–25; Heino 2005,

27.) Selviytymisellä tarkoitetaan terveen aikuisen jokapäiväisistä toimista suoriutumista, yksilön kokemaa subjektiivista hyvinvoinnin tunnetta sekä elämää vaikeuttavien oireiden puuttumista. (Heino 2005, 27.) Hovin (2003) mukaan myös kirurgisen potilaan toimenpiteellä on merkitystä siihen millaista ohjausta potilas on saanut ja millaiset ovat olleet kotihoito-ohjeet. Lisäksi Hovin tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat kokivat, ettei heille ollut ohjattu kotona tarvittavia taitoja riittävästi, esimerkkinä haavanhoito. Osa potilaista olisi toivonut enemmän tietoa leikkauksesta toipumisesta, ennusteesta ja kotona selviytymisestä. Kirjallisiin kotihoito-ohjeisiin kaivattiin myös henkilökohtaisempaa otetta, eikä vain ohjeita yleisellä tasolla. (Hovi 2003, 63–64.)

Alho ja Nylund (2002) määrittelevät kirurgisen potilaan kotihoito-ohjeille kolme ohjeiden keskeistä sisältöaluetta: elimistön toimintaongelmat, leikkaushaava ja päivittäiset toiminnot (Taulukko 1). Kotihoito-ohjeissa on todettu painottuvan fyysinen toipuminen ja arjessa selviytyminen ja psykososiaaliset tekijät jäävät huomioimatta. (Alho & Nylund 2002, 24–25.)

Taulukko 1. Kirurgisen potilaan kotihoito-ohjeiden keskeinen sisältö (Alho & Nylund 2002, 24.)

Elimistön toimintaongelmat	Leikkaushaava	Päivittäiset toiminnot
Kipu	Paranemisaika	Nostaminen
Ruoansulatuskanavan ongelmat	Tulehduksen merkit	Liikkuminen
Päänsärky	Ompeleiden pitoaika	Hygienia
Anestesian vaikutukset	Ompeleiden poisto	Ruokailu
Laskimotukoksen ehkäisy	Haavan ulkonäkö	Saunominen
	Haavavuoto	Sukupuolielämä
	Haavaturvotus	
	Haavasidokset	

Alhon ja Nylundin (2002) mukaan potilaat toivovat ensisijaisesti tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta, sen hoidosta ja mahdollisesta oksentelusta sekä anesteettien vaikutuksesta leikkauksen jälkeen. Potilailla esiintyy yleisesti kipua ja pahoinvointia leikkausten jälkeen, vaikka niitä pyritäänkin ehkäisemään lääkkeillä jo leikkauksen aikana. Potilaat tuntevat varsinkin haavakipua. Haava saattaa myös erittää leikkauksen jälkeen, siinä saattaa olla mustelmia sekä turvotusta. Kotihoito-ohjeiden tarkoituksena on antaa potilaalle ohjeet siitä, milloin tilanne on normaali ja milloin taas on syytä ottaa yhteyttä ammattihenkilöön. Kotihoito-ohjeissa on tärkeää myös kertoa selkeästi, millaiset ompeleet leikkaushaavassa on, ovatko ne sulavat vai tarvitseeko ompeleet poistattaa tietyn ajan kuluttua. Ohjeisiin tulisi merkitä ompeleiden poiston ajankohta ja paikka. (Alho & Nylund 2002, 23, Heino 2005, 27–35.)

Jos toimenpide kohdistuu vatsan- tai suoliston alueelle, tulisi kotihoito-ohjeissa olla tieto siitä milloin potilas voi syödä normaalisti, sekä miten leikkaus ja siinä käytetyt anesteetit vaikuttavat leikkauksen jälkeisinä päivinä suolentoimintaan. Potilaat kaipaavat myös tarkkaa tietoa siitä miten heidän tulisi toimia leikkauksen jälkeisinä päivinä, onko heillä leikkauksen vuoksi nosterajoituksia, miten he voivat liikkua, ajaa autoa, peseytyä, saunaan tai olla sukupuoliyhteydessä. Varsinkin sukupuolielämää koskevat asiat ovat vaikeasti esille otettavia, mutta tärkeitä toipumisen kannalta. (Alho & Nylund 2002, 23–24, Heino 2005, 27–35.)

Konkreettisten toimintaohjeiden lisäksi kirurgiset potilaat tarvitsevat myös emotionaalista tukea. Emotionaalinen tuki edesauttaa potilaan paranemista ja toimenpiteestä toipumista. Tässä korostuu erityisesti perheenjäsenen merkitys hoitoon osallistumisessa. Emotionaalisen tuen voidaan määritellä olevan empatiaa, välittämistä, luottamusta, kannustusta ja arvostamista. Tuki voi ilmetä vuorovaikutuksessa hyvin pienilläkin eleillä. Lisäksi potilaat tuovat ilmi omien tunteidensa ilmaisuun rohkaisemisen. Emotionaalinen tuki on merkittävässä asemassa, kun tuetaan potilasta selviytymään toimenpiteeseen liittyvästä pelosta ja ahdistuksesta, jotka taas edelleen vaikuttavat toipumiseen. Potilaat kuitenkin kokevat, että hoitajat ja heidän antamansa ohjaus keskittyvät vain fyysiseen hyvinvointiin ja emotionaalista tukea ei ole saatavilla. (Heino 2005, 34–35.)

3.3.2 Taudinkulku

Endometrioosi on sairautena monialainen ja vaikuttaa merkittävästi naisen elämänlaatuun, sitä huonontaen. Endometrioosiin ei ole vielä löydetty parantavaa hoitoa, mutta sitä voidaan lievittää monin eri keinoin. Toisaalta taudin kuvaa voidaan luonnehtia hyvänlaatuiseksi. Todennäköisyys sairauden muuttumiseksi pahanlaatuiseksi on pieni ja oireet helpottavat yleensä vaihdevuosien jälkeen estrogeenituotannon vähentymisen myötä. (Hippeläinen 2001, 710–711.)

Viime vuosina operatiivinen hoito on yleistynyt. On todettu, että kipuoireet vähentyvät merkittävästi ja taudin uusiutumISRISKIÄ on voitu pienentää, jos kaikki näkyvät endometriosipesäkkeet on saatu poistettua leikkauksessa. (Setälä 2010, 6.) Saksassa tehdyn tutkimuksen mukaan laparoskopialla tehdyn endometriosipesäkkeiden poiston jälkeen sairauden oireiden uusiutumISRISKI vaihteli pesäkkeiden poistomenetelmän mukaan ollen keskimäärin 9 prosenttia. Potilaiden oireet palasivat, kun leikkauksesta oli kulunut keskimäärin vuosi. Tutkimuksessa seurattiin potilaita kahden vuoden ajan leikkauksen jälkeen. (Radosa ym. 2010, 196 – 197.)

Operatiivisen hoidon jälkeen aloitettu puolen vuoden lääkehoito saattaa pienentää kipuoireiden uusiutumISRISKIÄ. Tällöin lääkityksenä on ehkäisytabletti, progestiini tai GnRH-agonistit. Endometrioosi ei uusiudu kaikilla operatiivisesti hoidetuilla potilaille. Toistaiseksi ei tiedetä, mitkä tekijät edesauttavat sairauden uusiutumista. Tämän vuoksi kaikille potilaille ei aloiteta leikkauksen jälkeistä lääkitystä. (Setälä 2001, 32.)

Endometriosipotilaan on tärkeä tietää sairastamansa taudin luonne ja erilaisten hoitomuotojen vaikuttavuudesta. Potilaan tulee osallistua päätöksen tekoon hoitolinjoja valittaessa, jolloin huomioidaan potilaan ikä, aiemmat hoidot, potilaan toivomus hoidon asteesta ja mahdollinen raskaustoive. Setälän mukaan endometriosipotilaan seurannasta ei ole tutkimusnäyttöä, mutta kokemuksen perusteella sitä suositellaan. Koska osalle potilasta endometriosipesäkemuodostus alkaa leikkauksen jälkeen uudestaan, säännöllisessä seurannassa oleva potilas pääsee oireiden mukaiseen hoitoon tarvittaessa nopeastikin. Potilaita tulisikin kannustaa hakeutumaan säännöllisesti seurantaan. (Setälä 2001, 32.)

3.3.3 Vertaistuki

Määritelmän mukaan vertaistuki tarkoittaa samanlaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten halua tai tarvetta jakaa kokemuksiaan ja tietojaan toisiaan kunnioittaen. Vertaistuelle tunnusomaista on myös sen omaehtoisuus. Vertaistukitoiminnasta on kyse silloin, kun samassa elämäntilanteessa olevat ihmiset tapaavat toisiaan säännöllisesti jakaakseen kokemuksiaan esimerkiksi vertaistukiryhmässä. Vertaistuki on hyvin moninaista ja se tapahtuu saman kokeneiden, kahden tai useamman henkilön vuorovaikutuksessa. (Kosonen 2010, 17.)

Vertaistuen on todettu voimistavan potilaiden elämäntilannetta. Sillä on myönteisiä vaikutuksia ihmisten hyvinvointiin sekä terveyteen. Vertaistuki on sosiaalista tukea, jonka merkitys kasvaa äkillisissä elämäntilanteiden muutoksissa, kuten ihmisen sairastuessa. Vertaistuki on vapaaehtoisuuteen perustuvaa, potilaiden omaehtoista toimintaa, jossa samassa elämäntilanteessa olevat ihmiset voivat jakaa kokemuksiaan ja saada tukea toisiltaan. Tämä tuki edesauttaa heidän arjessa selviytymistään, vahvistaa heidän voimavarojansa sekä ehkäisee syrjäytymistä. Koettu kriisi, sairastuminen, aiheuttaa ihmisissä voimattomuuden ja avuttomuuden tunteita. Jotta ihmiset selviäisivät näistä tunteista he tarvitsevat tukea, jota aina eivät läheiset tai hoitohenkilöstö voi potilaan toivomalla tavalla antaa. Tällaista tukea voi olla vertaistuki, jossa ihmiset voivat puhua toisilleen, vertaisilleen, ja tuntevat että toinen saman läpikäyneenä kuin itse tietää miltä minusta tuntuu. (Kosonen 2010, 1.)

Vertaistukiryhmien lisäksi voidaan määritellä vertaistukiverkostoja. Tällaisia verkostoja ovat esimerkiksi internetin keskustelupalstat. Tekniikan kehittyessä yhä enemmän keskustelusta on siirtynyt internetiin ja toisaalta nämä keskustelupalstat mahdollistavat samassa elämäntilanteessa olevien kohtaamisen asuinpaikasta riippumatta. Näillä keskustelupalstoilla vertaistukea kaipaavat voivat halutessaan esiintyä anonymisti, nimimerkin takaa. (Räisänen 2007, 8.)

4 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE

Projektin tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa potilasopas endometrioosin operatiivisen hoidon läpikäyneille potilaille. Endometrioosipotilaille suunnatun potilasoppaan tulee olla selkeä, realistinen ja yksiselitteinen ja sen tulee mahdollistaa lisätiedon saanti. Projektin tuotoksena on potilasopas Endometrioosiyhdistykselle. Opas käsittelee kolmea aihealuetta: leikkauksen jälkeiset kotihoito-ohjeet, endometrioosin taudinkuva leikkauksen jälkeen ja Endometrioosiyhdistyksen esittely. Yhdistys jakaa tätä potilasopasta edelleen sairaaloihin, joissa endometrioosia hoidetaan leikkaushoidolla, laparoskooppisesti tai laparotomisesti.

Opinnäytetyöprojektin tavoitteena on varmistaa potilaiden ohjaus ja tuki endometrioosin operatiivisen hoidon jälkeen.

5 PROJEKTIN SUUNNITTELU

5.1 Aikataulu

Opinnäytetyön aiheen valinta tapahtui marraskuussa 2010, jolloin sain myös tiedon opinnäytetyöni ohjaajasta. Koska olin jo alustavasti tutustunut endometrioosiin sairautena ja aiheesta aikaisemmin julkaistuihin opinnäytetöihin sekä tutkimuksiin, saatoin aloittaa projektin teoriataustan kokoamisen joulukuussa 2010, sekä aloittaa projektisuunnitelman tekemisen.

Opinnäytetyöprojekti alkoi tammikuussa 2011, jolloin oli aiheseminaari. Toukokuussa 2011 projektisuunnitelma oli valmis ja sopimus opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitettiin. Projektin teoriaa kirjoitin koko projektin ajan ja kirjallisuuskatsaus oli valmis kesäkuussa 2011. Osallistuin suunnitteluseminaariin toukokuussa 2011 ja tein potilasoppaan kesällä 2011, jolloin osallistumiseni raportointiseminaariin elokuussa 2011 oli mahdollista. Opinnäytetyöprojekti päättyi syyskuussa 2011.

5.2 Resurssit

Projektin rahoituksesta vastaa opinnäytetyön tekijä. Projektista aiheutuvia kuluja ovat valmiin opinnäytetyön kansitus, postikulut, jotka koostuvat sopimuspapereiden ja kansitetun opinnäytetyön lähettämisestä Endometrioosiyhdistykseen sekä mahdolliset puhelin-, matka-, ja materiaalikustannukset. Opaslehtinen, joka projektissa tehdään, tulee olemaan sähköisessä muodossa, joten siitä ei synny kuluja. Aikaa projektin tekemiseen tulee kulumaan opinnäytetyöntekijältä noin 400 tuntia. Projekti tullaan tekemään pääasiassa Satakunnan ammattikorkeakoulun tiloissa, jolloin ammattikorkeakoulun puolesta käytettävissä ovat työn tekemiseen tarvittavat laitteet.

5.3 Riskit ja rajaus

Projekti rajattiin yhdessä Endometrioosiyhdistyksen koulutusvastaavan kanssa siten, että elämä leikkauksen jälkeen -potilasopas käsittelee kolmea aihealuetta. Nämä kolme tärkeimmäksi muodostunutta aluetta ovat leikkauksen jälkeiset kotihoito-ohjeet, endometrioosin taudinkuva leikkauksen jälkeen sekä Endometrioosiyhdistyksen esittely. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Eloranta 2008, Roukkula & Aaltonen 2010) kävi ilmi, että potilaat kokivat, etteivät he olleet saaneet selkeitä kotihoito-ohjeita ja toisaalta suulliset ohjeet koettiin helposti unohtuviksi. Potilaita kiinnosti myös taudinkuva leikkauksen jälkeen, koska leikkaus ei ole parantava hoito. Lisäksi Endometrioosiyhdistys toivoi opaslehtisen käsittävän myös yhdistyksen esittelyn, koska yhdistys tarjoaa tietoa endometrioosista ja endometrioosiin sairastuneille tärkeää vertaistukea.

Projektin ongelmaksi voi muodostua tarvittavan teoriapohjan muodostaminen, koska aiheesta on vähän lähdekirjallisuutta. Endometrioosi on monialainen sairaus ja sen syy on edelleen tuntematon. Lisäksi projektin etenemisen kannalta ongelmia voi aiheuttaa melko tiivis aikataulu. Projektin riskinä voidaan nähdä myös se, että projektista on vastuussa vain yksi henkilö. Jos opinnäytetyön tekijä ei voi saattaa projektia loppuun esimerkiksi sairastumisen vuoksi, hänelle ei ole määritetty sijaista, vaan projekti jää kesken. Sen lisäksi että projektissa on projektityöntekijään

kohdistuvia riskejä, myös projektissa tarvittavien laitteiden aiheuttama riski on myös huomattava. Koska työ tehdään pääasiassa tietokoneella, voi laitteen rikkoutuminen aiheuttaa koko työn tuhoutumisen. Opinnäytetyöntekijän on huolehdittava varmuuskopion ottamisesta työstään, jotta tämä riski voidaan välttää.

6 PROJEKTIN TOTEUTUS JA TUOTOS

Opinnäytetyöni aiheen valinnan ja projektin perustamispäätöksen jälkeen päätimme Endometrioosiyhdistyksen koulutusvastaavan kanssa, millainen operatiivisesti hoidetuille endometriosipotilaille suunnatun potilasoppaan tulisi olla. Oppaan keskeisten sisältöalueiden: leikkauksen jälkeiset kotihoito-ohjeet, endometrioosin taudinkuva leikkauksen jälkeen ja Endometrioosiyhdistyksen esittely, perusteella tein projektisuunnitelman. Projektisuunnitelmassa käsittelin projektin taustaa ja lähtökohtia, sen tarkoitusta ja tavoitetta, aikataulua sekä riskejä.

Projektisuunnitelman laatimisen ja hyväksyttämisen jälkeen aloitin opinnäytetyöprojektin toteutusvaiheen potilasoppaan taustalla olevan teorian kokoamisella. Teoreettisen taustan kirjoittamisen jaoin kahteen osaan. Ensimmäiseksi tutustuin endometrioosiin sairautena ja endometrioosin hoitoa sekä laparoskopiaa käsittelevään kirjallisuuteen, joka toimi potilasoppaan sisällön pohjana. Seuraavaksi tutustuin potilaanohjausta ja hyvän potilasoppaan kriteereitä käsittelevään kirjallisuuteen. Potilasohjausta ja potilasoppaan kriteereitä käsittelevä kirjallisuus muodosti teoriapohjan potilasoppaan rakenteelle.

Projektin tuotoksena on potilasopas endometriosipotilaille (Liite1), joiden sairautta on hoidettu operatiivisesti. Niin sanottuja endometriosileikkauksia tekevillä sairaaloilla on olemassa sekä laparoskooppisen toimenpiteen että gynekologisen toimenpiteen jälkeiset kotihoito-ohjeet. Kuitenkin potilasohjaus on todettu aikaisempien tutkimusten mukaan erityisesti kirjallisten ohjeiden osalta puutteelliseksi. Projektissa tuotettu potilasopas on tarkoitettu antamaan tietoa sairaudesta, leikkauksen jälkeisestä toipumisesta ja taudin kulusta tulevaisuudessa

sekä antamaan tietoa Endometrioosiyhdistyksen toiminnasta ja heidän tarjoamastaan mahdollisuudesta vertaistukeen. Pysin potilasopasta tehdessäni noudattamaan kirjallisuudesta esille nousseita hyvän potilasoppaan kriteereitä, niin rakenteellisesti kuin sisällöllisestikin.

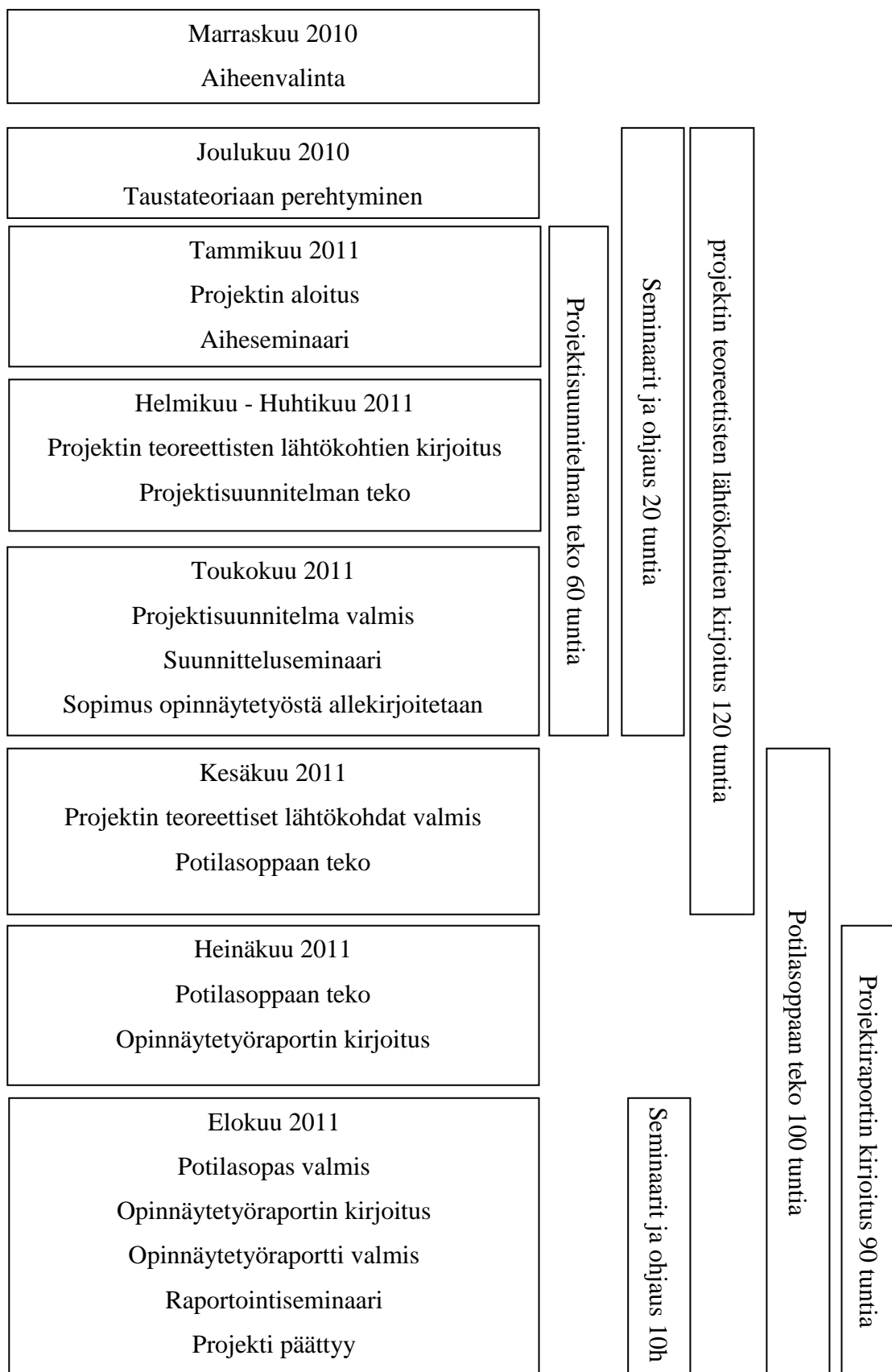
Päätimme Endometrioosiyhdistyksen koulutusvastaavan kanssa oppaan tuottamisesta sähköisessä muodossa A4-kokoisena, jotta oppaan voi yhdistyksen tarpeiden mukaan tuottaa joko vihkona tai kansiona. Potilasopas toteutettiin Microsoft Office Word 2007 -ohjelmalla. Oppaan taustaväri on valkoinen. Jotta opas olisi mahdollisimman selkeä ja oppaan luettavuus hyvä, on oppaassa käytetty mustaa tekstiä. Tekstissä kirjasimena on käytetty Times New Roman kokoa 14, ja vastaavasti otsikoissa samaa kirjasintyyppiä kokoa 22, 18 tai 16 riippuen otsikkojen tasosta.

Luettavuutta parantavat myös lyhyet, selkeät otsikot, sekä esipuhe, jossa kerrotaan kenelle potilasopas on tehty ja mitä opas sisältää. Opas on kirjoitettu aktiivissa ja passiivissa on pyritty välttämään sen persoonattomuuden vuoksi. Koska oppaan kohderyhmänä ovat nuoret ja työikäiset naiset, päätin kirjoittaa oppaan yksikön toisessa persoonassa, eli sinutellen potilaita. Näin pyrin luomaan endometrioosiin sairastuneille naisille kokemuksen, että opas on kirjoitettu juuri heille, heidän elämäntilanteeseensa ja tukeakseen heitä leikkauksen jälkeen.

Projektin tuotoksen valmistuttua, projektin viimeisessä vaiheessa kirjoitin projektista loppuraportin. Potilasoppaan ja raportin hyväksymisen jälkeen päätimme projektin. Projektin päättämisen jälkeen valmis ja hyväksytty potilasopas toimitettiin potilasyhdistyksen käyttöön. Endometrioosiyhdistys saa potilasoppaan käyttöönsä CD-ROM - levyllä tallennettuna.

Projekti eteni hyvin aikataulussa (Kuvio1). Projektiin käytetyt 400 työtuntia jakautuivat seuraavasti:

- Projektisuunnitelman teko 60 tuntia
- Kirjallisuuskatsauksen teko 120 tuntia
- Opaslehtisen teko 100 tuntia
- Projektiraportin kirjoittaminen 90 tuntia
- Seminaarit ja ohjaus 30 tuntia



Kuvio1. Projektin eteneminen ja projektiin käytettyjen työtuntien jakautuminen projektin eri vaiheisiin.

7 PROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

Toteutin opinnäytetyöni työelämälähtöisenä toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön aihe ja projektin tavoitteet laadin yhdessä Endometrioosiyhdistyksen koulutusvastaavan kanssa. Projekti perustuu aikaisemman opinnäytetyön perusteella nousseeseen tarpeeseen.

Opinnäytetyöprojektin tavoitteena oli varmistaa potilaiden ohjaus ja tuki endometrioosin operatiivisen hoidon jälkeen. Projektin tavoitteet saavutettiin suunnittelemalla ja toteuttamalla potilasopas endometrioosin operatiivisen hoidon läpikäyneille potilaille. Potilasopas sisältää kotihoito-ohjeet, tietoa taudinkulusta operatiivisen hoidon jälkeen ja vertaistuesta. Projektin tavoitteena ei ollut tuottaa varsinaisesti uutta tietoa vaan muodostaa jo olemassa olevan tiedon pohjalta potilasopas, joka edesauttaa endometrioosipotilaiden tiedonsaantia ja noudattaa hyvää hoitoa käsitellen kaikkia sisäisen hallinnan osa-alueita.

Mielestäni olen saavuttanut asetetut tavoitteet. Projektin tavoite oli realistinen ja sen täyttäminen onnistui annetun aikataulun ja tuntimäärän puitteissa. Yhteistyö Endometrioosiyhdistyksen kanssa on onnistunut hyvin koko projektin ajan ja olen saanut yhdistykseltä apua ja tukea, silloin kun olen sitä tarvinnut. Yhdistyksen koulutusvastaava on hyväksynyt potilasoppaan ennen projektin päättymistä.

Mielestäni projekti on edennyt hyvin aikataulussa. Yksittäisten työvaiheiden aikataulut ovat muuttuneet, toiset viivästyneet ja toiset taas edenneet suunniteltua nopeammin, kokonaistyömäärän silti pysyessä samana. Potilasopas on valmistunut suunnitelman mukaan. Jo projektisuunnitelmaa laatiessani tiesin, että yksityiselämäni muutokset tulevat vaikuttamaan aikatauluihin ja sen vuoksi olen tyytyväinen, että voin päättää projektin alkuperäistä suunnitelmaa aiemmin.

Potilasopas on selkeä ja oppaan luettavuus on hyvä. Luettavuus perustuu oppaan ulkoasuun sekä sisältöön. Oppaan ulkoasussa on huomioitu potilaat valitsemalla yksivärinen tausta, suuret kirjasinkoot sekä selkeä kirjasinmuoto. Oppaaseen on

valittu luontoaiheisia kuvia luomaan rauhallista ja luottavaista tunnelmaa, sekä lisäämään lukijoiden mielenkiintoa.

Oppaan sisältö perustuu lähdekirjallisuudessa esille nousseisiin teemoihin, siten että sisällössä on huomioitu potilaan sisäinen hallinta. Olen pyrkinyt ottamaan huomioon fyysisten tarpeiden lisäksi myös sosiaaliset ja psyykkiset tarpeet. Otsikot ovat yksinkertaiset ja ne kiinnittävät potilaan huomion. Oppaan alussa oleva esipuhe on potilasta puhutteleva ja siinä on kerrottu kenelle opas on tarkoitettu. Opas on kirjoitettu aktiivin yksikön toisessa persoonassa, joten sinuttelu oppaassa luo tunteen että opas on kirjoitettu lukijalle henkilökohtaisesti. Mielestäni sinuttelu on perusteltua, koska potilasryhmänä ovat nuoret ja työikäiset naiset, jolloin teittely tuntuisi kankealta. Tekstistä on pyritty jättämään pois lääketieteelliset termit, ja niiltä osin kun näitä termejä on käytetty, olen selittänyt ne. Sisällön luotettavuuden kannalta tekstin lopussa on oppaan tekijän nimi, tieto, että opas on tehty opinnäytetyönä, oppaan valmistuspäivämäärä ja työssä käytetyt lähteet. Oppaassa on pyritty käyttämään mahdollisimman uusia julkaisuja, potilasohjeita sekä Endometriosiyhdistyksen Internet-sivustoa, jonka tietoja olen varmentanut yhdistyksen koulutusvastaavalta.

Olen mielestäni onnistunut luomaan oppaasta yksilöllisesti kirjoitetun ja potilasta puhuttelevan. Kieliasullisesti opas on mielestäni kohtelias, mutta kuitenkin tietyissä kohdissa potilasta käsketään toimimaan halutulla tavalla. Koska olen kirjoittanut potilasoppaan yleisesti sairaaloiden käyttöön ja koskemaan kaikkia endometriosileikkauksia, olen jättänyt yksityiskohtaiset ohjeet pois ja näissä kohdin ohjannut potilasta ottamaan yhteyttä häntä hoitaneeseen hoitohenkilökuntaan. Potilasoppaan valmistuttua projektille määritetyt tavoitteet ovat täyttyneet siltä osin kuin ne projektin aikana voivat täytyä. Projektin päättymisen jälkeen potilasopas luovutetaan Endometriosiyhdistyksen käyttöön ja yhdistys jakaa opasta edelleen niin sanottuihin endometriosileikkauksiin erikoistuneisiin sairaaloihin.

Projektin aikana olen perehtynyt laajasti endometrioosiin sairautena ja tämän sairauden nykyaikaisiin hoitomuotoihin. Pysähdyttävää on ollut ymmärtää kuinka yleisestä sairaudesta on kyse ja kuinka paljon endometrioosin oireisto vaikuttaa sitä sairastavien naisten elämään. Koska vielä nykyäänkin endometrioosi on

alidiagnosoitu sairaus, koen, että tämä opaslehtinen täyttää tavoitteensa jakamalla tietoa sairastuneille. Endometrioosiin sairastuneet saavat tietoa heidän sairaudestaan ja ennusteestaan sekä siitä, etteivät he ole yksin sairautensa kanssa vaan heillä on oma potilasyhdistys, jonka kautta heidän on mahdollista saada vertaistukea vaikeassa elämäntilanteessa.

Endometrioosista sairautena ja sen hoitomuodoista oli sairauden yleisyys huomioonottaen verrattain vaikea löytää tietoa. Olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman uusia lähdeaineita ja tieteellisiä julkaisuja. Olen kuitenkin joutunut turvautumaan oppikirjoihin niiltä osin mitä tulee endometrioosin operatiiviseen hoitoon, erityisesti laparoskopiaan leikkausmenetelmänä. Mitä tulee tähän leikkausmenetelmään, olen käsitellyt sitä vain sillä tasolla kuin on olennaista leikkauksen jälkeinen toipuminen huomioon ottaen ja välttämään liiallista lääketieteellisyyttä pitäen mielessä hoitotyön näkökulman. Mielestäni laparoskooppisen leikkausmenetelmän tunteminen on kuitenkin tärkeää, koska se on tällä hetkellä tärkein endometrioosin hoitomuoto.

Projektin myötä olen myös perehtynyt potilaan ohjaukseen, potilasoppaisiin ja hyvän hoidon kriteereihin. Olen saanut aikaisempaa paremman käsityksen potilasohjauksen keinoista ja ohjauksen merkityksellisyydestä. Potilasohjausta ja olemassa olevia potilasoppaita on tutkittu Suomessa laajasti, näin ollen sain mielestäni vankan teoriapohjan omalle potilasoppaalle ja pyrin ottamaan huomioon tutkimuksissa esille nousseet näkökohdat. Potilasopasta laatiessani koin vaikeaksi saada sanottua yksiselitteisesti ja ymmärrettävästi toivomani asiat, sekä oppaan saamisen mahdollisimman tiiviiseen muotoon, jotta lukijan mielenkiinto säilyy koko oppaan ajan. Toivon selkeän sisällysluettelon antavan tietoa potilaille ja mahdollistavan tarpeen mukaan vain tiettyjen kohtien lukemisen.

Projektin ajan olen pyrkinyt noudattamaan hyvää ammattietiikkaa, käyttämällä asiaan kuuluvia lähdeviittauksia silloin kuin tekstini perustuu aikaisempiin tutkimuksiin tai muihin lähteisiin. Oppaassa ei ole kuvia potilaista ja kaikki kuvat ovat omiani. Oppaassa olen ottanut etiikan huomioon käyttämällä kohteliasta kieltä ja puhuttelemaan lukijaa henkilökohtaisesti. Näin lukijalle välittyy kokemus siitä, että häntä kohdellaan ainutkertaisena yksilönä.

Projektin viimeisessä vaiheessa kirjoitin projektin loppuraportin, jossa on kattava kirjallisuuskatsaus taustalla olevaan teoriaan, sekä seikkaperäinen kuvaus projektin kulusta ja sen toteutumisesta sekä oma arvioni koko projektista. Nyt projektin päätyttyä olen tyytyväinen, että päädyin toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Tämä projekti on mahdollistanut minulle paitsi omien tietojeni syventämisen endometriosista ja potilasohjauksesta, myös projektin hallinnasta. Käytännön kokemus projektityöskentelystä, projektin vaiheiden tunteminen ja projektisuunnitelman tekoon tutustuminen tulevat varmasti olemaan minulle hyödyksi tulevaisuudessa työelämään suuntautuessani.

Tämän päättyneen projektin pohjalta on noussut mielestäni tarve tehdä kyselytutkimus Elämä leikkauksen jälkeen – endometriosipotilasoppaan käyttäjille, siitä millaisena he kokevat oppaan, onko siitä ollut heille apua, ja mitä he toivoisivat oppaassa muutettavan tai siihen lisättävän. Tämä kysely auttaisi kehittämään ja päivittämään opasta tulevaisuudessakin ja varmistamaan kirjallisen potilasohjauksen kehittymisen sekä potilaiden luotettavan tiedonsaannin turvaamisen.

LÄHTEET

Aaltonen, E. & Roukkula, S. 2010. Endometriosispotilaan leikkauksen jälkeinen tuli ja ohjaus vuodeosastolla. Hämeen ammattikorkeakoulu.

Alho, S. & Nylund, A. 2002. Päiväkirurgisen potilaan kirjalliset hoito-ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Bergqvist, C.E. 2009. Robotassisterad laparoskopisk kirurgi inom gynekologi. *Pinsetti* 1, 8-10.

Burkitt, H. G., Quick, C.R.G. & Reed, J.B. 2007. *Essential Surgery. Problems, Diagnosis & Management.* 4.p. Elsevier Limited. 168.

Cox, H., Henderson, L., Wood, R. & Cagliarini, G. 2003. Learning to take charge: women's experiences of living with endometriosis. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* 9, 62-68.

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

Evans, S., Moalem-Tyler, G. & Tracey, D.J. 2007. Pain and endometriosis. *Pain* 123, 22–25.

Hippeläinen, M. 2001. Endometriosis. *Duodecim* 117, 703–711.

Hirvonen, E. 2006. Vatsaleikkauspotilaan anestesia. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen. *Anestesiologia ja tehohoito.* 2. uud. p. *Duodecim.* Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 672–684.

Heino, T. 2005. päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Hovi, P.-R. 2003. Lyhythoitoisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen annetusta ohjauksesta ja selviytymisestä kotona. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Härkki, P. 2006a. Endometriosis. *Duodecim* 122, 1869–1870.

Härkki, P. 2006b. Gynekologisen laparoskopian komplikaatiot. *Suomen lääkirilehti* 5, 429–433.

Korte, R., Rajamäki, A. & Lukkari, L. 1997. Perioperatiiviset hoitoselosteet. Porvoo: WSOY. 44.

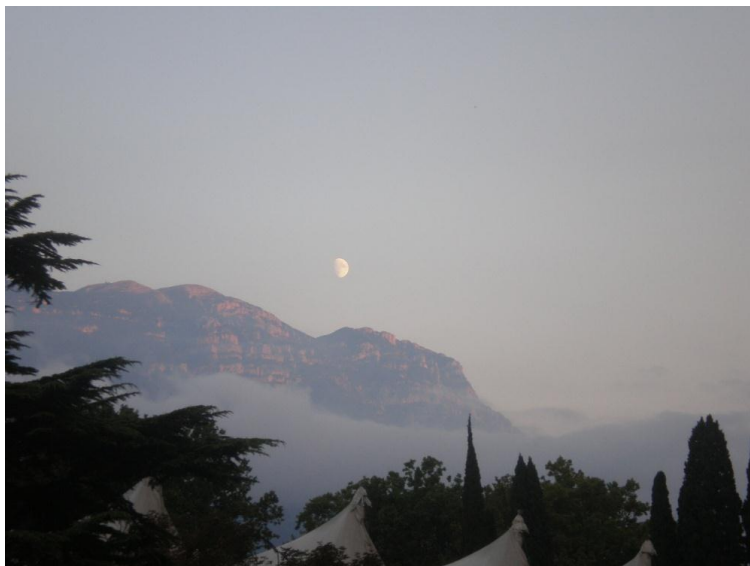
Korttila, K. & Kangas-Saarela, T. 2006. Päiväkirurginen anestesia. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen. *Anestesiologia ja tehohoito.* 2. uud. p. *Duodecim.* Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 512-520.

- Kosonen, K. 2010. ”Voimia ja virtaa vertaistuesta” – Tutkimus Invalidiliiton vertaistukeen perustuvasta toiminnasta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 1.3.2011.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04287.pdf>
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö. 1, 10–15.
- Lavonius, M. 2002. Vatsanontelontähystys kirurgiassa. Suomen Lääkärilehti 30–32, 3063. Viitattu 7.6.2011
http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=laparoskopia
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 4/2006. Viitattu 28.2.2011.
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf
- Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadunarviointiperustan kehittäminen. Stakes. Raportteja 229. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.
- Palokoski, M.-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 10.3.2011. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01622.pdf>
- Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. 6. uud. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Radosa, M.P., Bernardi, T.S., Georgiev, I., Diebolder, O.C. & Runnebaum, I.B. 2010. Coagulation versus excision of primary superficial endometriosis: a 2-year follow up. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 195 – 198, 150.
- Ruuska, K. 2001. Projekti hallintaan. 4. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Räisänen, R. 2007. Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusteluryhmissä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 1.3.2011. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01991.pdf>
- Salanterä, S, Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M.-L., Pulkkinen, M.-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjauksmateriaalin arviointi. Hoitotiede 4, 217–228.
- Santala, M. & Kauppila, A. 2004. Endometriosis. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino, 96–103.
- Setälä, M. 2010. Endometriosis tuo uusia haasteita leikkaussaliin. Pinsetti 4, 5-7.

Setälä, M., Hurskainen, R., Kauko, M., Kujansuu, E., Tiitinen, A., Vuorma, S. & Mäkelä, M. 2001. Endometrioosin aiheuttaman kivun hoito. FinOHTAn raportti 19. Helsinki: STAKESin monistamo.

Setälä, M., Härkki, P., Perheentupa, A., Heikkinen, A.-M. & Kauko, M. 2009. Särkylääke ei auta kuukautiskipuihin – epäile endometrioosia. Suomen lääkirilehti 48, 4141–4145.

Torkkola S, Heikkinen H & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Hygieia. Tampere: Tammer-Paino



ELÄMÄ LEIKKAUKSEN JÄLKEEN

—

POTILASOPAS

ENDOMETRIOOSIPOTILAALLE



Sisältö

TÄMÄ OPAS ON TARKOITETTU SINULLE.....	3
TIETOA ENDOMETRIOOSISTA	4
Endometrioosin hoito	5
Endometrioosin leikkaushoito	5
LEIKKAUKSEN JÄLKEEN	6
Toipuminen sairaalassa	6
Toipuminen kotona	7
Taudinkulku... ..	8
KOTIHOITO-OHJEET.....	9
Toipuminen... ..	9
Hygienia..... ..	10
Haava..... ..	10
Kipu..... ..	11
Suolentoiminta	11
Sukupuoliyhteys	12
Sairausloma... ..	12
Ota yhteyttä sairaalaan, jos.....	12
ENDOMETRIOOSIYHDISTYS RY	13
Vertaistukiryhmät.....	13
Jäsenyys..... ..	14
Yhteystiedot... ..	15

Tämä opas on tarkoitettu sinulle

Tämä opas on tarkoitettu sinulle, joka olet ollut endometrioosileikkauksessa. Olet ehkä vasta saanut varmuuden siitä, että sairastat endometrioosia ja olet aivan uuden tilanteen edessä. Toisaalta vihdoin oireillesi on löytynyt jokin syy ja sairaudellasi on nimi, toisaalta taas virallisen diagnoosin saaminen tuntuu pelottavalta ja tulevaisuus mietityttää sinua. Voi olla, että sinä olet sairastanut endometrioosia jo vuosia ja olet jo tullut tutuksi oman sairautesi kanssa. Tunnet oman kehosi ja tiedät mitkä oireet ovat sinulle tyypillisiä.

Tämä opas on kirjoitettu sinulle endometrioosileikkauksen jälkeisiin päiviin antamaan tietoa ja tukea sekä auttamaan sinua toipumisessa. Oppaassa on kerrottu aluksi yleisesti endometrioosista ja taudinkulusta. Tämän jälkeen oppaassa on yleiset kotihoito-ohjeet endometrioosileikkauksen jälkeen. Saat lisäksi henkilökohtaiset kotihoito-ohjeet hoitohenkilökunnalta omasta sairaalastasi. Lisäksi oppaassa kerrotaan endometrioosia sairastavien naisten omasta potilasyhdistyksestä - Endometrioosiyhdistyksestä, jonka kautta sinun on mahdollista saada lisää tietoa endometrioosista ja yhdistys tarjoaa sinulle myös vertaistukea omaan elämäntilanteeseesi sopivalla tavalla.



Tietoa endometrioosista

Endometrioosi on kohdun limakalvon pesäkesirottumatauti. Arviolta joka viides suomalainen nainen sairastaa endometrioosia. Endometrioosissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta eli endometriumia on kohdun ulkopuolella. Nämä endometriosipesäkkeet käyttäytyvät samankaltaisesti kuin kohdun limakalvo reagoimalla kuukautiskierron mukaiseen estrogeenitasojen vaihteluun. Kun estrogeenitaso nousee, endometriosipesäkkeet kasvavat, mutta kohdun ulkopuolella kasvava kudos ei pääsekään poistumaan elimistöstä kuten kuukautisvuoto. Vatsaonteloon vuotava veri ärsyttää ja tulehdyttää vieressä olevia kudoksia. Tulehdusten seurauksena voi muodostua arpikudosta ja niin sanottuja kiinnikkeitä, jotka liimaavat elimiä toisiinsa.

Endometrioosi aiheuttaa kroonista kipua, heikentää elämänlaatua ja aiheuttaa lapsettomuutta. Kyseessä on krooninen sairaus, koska taipumus pesäkemuodostukseen säilyy koko potilaan elämän ajan. Keskeisessä osassa on sairauden riippuvuus estrogeenista. Sairauden oireisto on vaihteleva ja siihen ei ole vielä löydetty parantavaa hoitoa. Oireita voidaan kuitenkin hoitaa esimerkiksi tulehduskipulääkkeillä, hormonilääkkeillä tai leikkauksella.

Juuri oireiston vaihtelevuuden vuoksi endometrioosia sairastaa moni nainen tietämättään. Leikkaus on ainoa tapa saada varma endometrioosidiagnoosi. Tällä hetkellä yleisin endometrioosin toteamiseen ja hoitoon käytetty kirurginen menetelmä on laparoskopia eli vatsaontelon tähystys.

Endometrioosin hoito

Endometrioosin hoito toteutetaan yksilöllisesti. Hoitomuotoon vaikuttavat muun muassa potilaan ikä, endometrioosipesäkkeiden levinneisyys ja sijainti, oireiden vakavuus ja raskaustoiveet. Jos endometrioosi on oireeton, riittää usein pelkkä seuranta. Oireita voidaan hoitaa kirurgisesti ja hormonivalmistein. Lisäksi endometrioosin aiheuttamiin kipuihin voidaan käyttää erilaisia tulehduskipulääkkeitä ja kipukynnystä nostavia lääkkeitä.

Endometrioosin leikkaushoito

Endometrioosileikkauksen tavoitteena on helpottaa kipuoireita eli poistaa kaikki endometrioosipesäkkeet. Leikkauksesta on myös apua lapsettomuuden hoidossa. Leikkaus tehdään joko laparoskopialla eli tähystämällä tai laparotomiana eli avoleikkauksena. Leikkausmenetelmän valinta riippuu endometrioosin vaikeusasteesta ja endometrioosipesäkkeiden sijainnista. Endometrioosin vaikeusaste voidaan määrittellä vasta leikkauksella. Endometrioosileikkaus tehdään aina nukutuksessa leikkaussaliolosuhteissa.

Laparoskopiassa vatsaan tehdään kahdesta neljään pientä, noin puolen senttimetrin mittaista viiltoa. Näiden pienten viiltojen kautta viedään vatsaonteloon kamera ja tarvittavat leikkausvälineet. Jotta kirurgi saisi parhaan näkyvyyden vatsaonteloon ja kohdun lähellä oleviin elimiin, vatsaonteloon johdetaan tutkimuskaasua. Tähystys voidaan tehdä päiväkirurgisena toimenpiteenä ja sen etuja ovat nopea toipuminen,

vähäisemmät leikkauksen jälkeiset kivut sekä lyhyempi toipumisaika kuin avoleikkauksella.

Laparotomia on laparoskopiaa laajempitoimenpide, joka tehdään avoleikkauksena. avoleikkauksessa vatsanpeitteet avataan vaaka- tai pystyviillolla. Toipuminen on hitaampaa kuin laparoskopiassa.

Leikkauksen jälkeen

Toipuminen sairaalassa

Leikkauksen jälkeen vointiasi seurataan parin tunnin ajan leikkausosaston heräämössä. Heräämössä saat vointiasi mukaan tarvittavan määrän pahoinvointi- ja kipulääkkeitä sekä lämpöpeiton. Kivun määrää, heräämistäsi ja verenpainettasi tarkkaillaan jatkuvasti. Heräämöstä siirryt vuodeosastolle tavallisesti muutaman tunnin kuluttua toimenpiteestä.

Sairaalassa viettämäsi aika riippuu toimenpiteen luonteesta. Laparoskooppisen endometriosisleikkauksen jälkeen on mahdollista, että kotiudut jo samana päivänä. Laparotomisen leikkauksen jälkeen joudut olemaan sairaalassa pitempään, mutta tämä määräytyy yksilöllisesti vointiasi ja sinulle tehdyn toimenpiteen mukaan.

Jos kotiudut sairaalasta samana päivänä, kun sinulle on tehty laparoskooppinen toimenpide, sinulla tulee olla aikuinen hakija, joka on seuranasi kotimatalla ja seuraavan yön yli. Yleensä samana päivänä kotiutuminen on mahdollista, kun olet toimenpiteen jälkeen pystynyt virtsaamaan ja ollut liikkeellä osastolla, etkä kärsi voimakkaasta pahoinvoinnista. Sairaalaan saa kuitenkin tavallisesti jäädä yöksi, jos tunnet olosi sellaiseksi, ettet selviydy kotona.

Leikkauksen jälkeen sinun tulisi oman vointiasi ja hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaan nousta jalkeille viimeistään leikkauksen jälkeisenä päivänä. Älä kuitenkaan

lähde yksin liikkeelle, vaan pyydä aluksi aina sairaanhoitaja mukaasi. Voit yllättäen tuntea huonovointisuutta tai sinua saattaa huimata, vaikka jalkeille noustessasi olisitkin tuntenut olosi hyväksi. Jalkeilla olo edistää toipumista ja vähentää veritulppariskiä. Sinun tulisi olla jalkeilla niin, että olet jalkeilla joka päivä hieman enemmän, lepoa kuitenkin unohtamatta.

Sairaalassa ollessasi saat tukea ja ohjeita muuttuneeseen elämäntilanteeseen paitsi sairaalanhoitohenkilökunnalta mutta myös sosiaalityöntekijöiltä, jotka osaavat auttaa talouteen liittyvissä asioissa sekä sosiaali- ja terveystalouden käytössä. Lisäksi sairaalassa toimii potilaita varten potilasasiamies, johon voit ottaa yhteyttä jos olet tyytymätön saamasi hoitoon. Sekä sairaalapastori, joka on evankelisluterilaisen kirkon työntekijä. Hoitohenkilöstö opastaa muihin uskontokuntiin kuuluvia tai kuulumattomia yhteyden pidossa omaan yhteisöönsä sielunhoidollisissa kysymyksissä.

Kotimatikalle sinun kannattaa varata mukaasi tyyny sekä oksennuspusseja mahdollisen pahoinvoinnin varalle. Vaikka voitisi olisi hyvä vielä osastolta lähtiessäsi, saattaa epätasainen automatik muuttaa sitä. Tyyny on hyvä laittaa vatsaasi vasten vatsan ja turvavyön väliin. Tyyny lievittää turvavyön mahdollisesti aiheuttamaa kiputuntemusta ja painamalla tyynyä vatsaasi vasten tien epätasaisuudet tuntuvat mukavammilta.

Toipuminen kotona

Anna omalle toipumisellesi aikaa. Anna itsellesi lupa olla toipilas ja lepää ensimmäisten kotiutumisesi jälkeisinä päivinä paljon. Liiku voimiesi mukaan. Pyri olemaan joka päivä hieman enemmän jalkeilla, sillä liikunta edistää toipumistasi ja vaikuttaa myös mielialaasi. Tee asioita, joista nautit oman jaksamisesi mukaan.

Kotona ollessasi noudata sairaalastasi saamiasi kotihoito-ohjeita. Toimenpiteen jälkeinen kivun määrä on yksilöllistä. Ota tarvittaessa kipulääkkeitä ja kokeile muita kivunlievitys keinoja kuten tyynyjä, hierontaa tai kylmäpussia. Älä epäröi ottaa yhteyttä sairaalaan, jossa sinua on hoidettu, jos sinulla on kysyttävää tai vointisi huononee. Kotihoito-ohjeissa on lueteltu oireita joiden ilmaantuessa on viipymättä otettava yhteys sairaalaan.

Anna itsellesi aikaa. Ota rauhallisesti, älä vaadi itseltäsi liikojia. pidä kaikin puolin hyvää huolta itsestäsi.

Taudinkulku

Endometrioosi on sairautena monialainen ja vaikuttaa merkittävästi naisen elämänlaatuun, sitä huonontaan. Endometrioosiin ei ole vielä löydetty parantavaa hoitoa, mutta sitä voidaan lievittää monin eri keinoin. Viime vuosina leikkaushoito on yleistynyt, ja sillä on saavutettu hyviä tuloksia. On todettu, että kipuoireet vähentyvät merkittävästi ja taudin uusiutumisriskiä on voitu pienentää, jos kaikki näkyvät endometriosipesäkkeet on saatu poistettua leikkauksessa. Joka kahdeksannella leikkauksen läpi käyneellä naisella endometriosin aiheuttamat kipuoireet helpottavat. Kipuoireet kuitenkin uusiutuvat joka neljännellä naisella kolmen vuoden kuluessa ja edelleen noin joka kymmenes joutuu uusintaleikkaukseen. Leikkauksen jälkeenkin endometriosin oireita voidaan lievittää lääkehoidolla.



Kotihoito-ohjeet

Toipuminen

Ensimmäisten leikkauksen jälkeisten päivien aikana sinun kannattaa levätä mahdollisimman paljon. Sairauslomasi on tarkoitettu voimien keräämiseen ja leikkauksesta toipumiseen. Toipumista voit edistää liikkumalla voimiesi mukaan, lepäämällä riittävästi ja syömällä monipuolisesti. Kuuntele omaa kehoasi ja tuntemuksiasi. Anna itsellesi aikaa ja lupa olla toipilas. Anna itsellesi lupa tulla hemmotelluksi.

Leikkauksen jälkeen voit olla jalkeilla omien voimiesi mukaan. Autolla voit ajaa leikkauksen jälkeisestä päivästä lähtien oman vointisi ja harkintasi mukaan. Aluksi kannattaa pitää tyynyä vatsan päällä, jottei turvavyö painaisi vatsan aluetta. Pyöräilyn aloittamisessa pitää odottaa pitempään, sairausloman loppupuolelle saakka. Kävelylenkit ovat aluksi suositeltavin liikuntamuoto ja edistävät toipumistasi. Muista kuitenkin liikkua voimiesi mukaan ja välttää liiallista räsitusta. Alkoholia ei saa nauttia 24 tunnin jälkeen leikkauksesta.

Hygienia

Leikkauksen jälkeen suihku on suositeltavin peseytymistapa. Koska toimenpiteen jälkeen verinen vuoto emättimestä on tavallista, myös intiimihygieniasta tulee huolehtia hyvin. Alapesu tulisi tehdä käyttäen pelkästään vettä vähintään kaksi kertaa vuorokaudessa. Side tulisi myös vaihtaa aina pesun yhteydessä. Jälkivuodon aikana ei suositella tamponien käyttöä, uimista tai ammekylpyjä tulehdusvaaran vuoksi. Saunaan voi mennä viikon kuluttua toimenpiteestä.

Haava

Pese kädet aina ennen haava-alueen koskettelua. Voit poistaa haavataitokset toimenpiteen jälkeisenä päivänä 24 tunnin kuluttua toimenpiteestä. Haavataitosten poistamisen jälkeen voit myös kastella haavat. Peseytymisen jälkeen haava-alue tulee kuivata puhtaalla pyyhkeellä kevyesti taputtelemalla.

Laparoskopiassa sinulle on tehty kahdesta neljään pientä viiltoa vatsan eripuolille. Alavatsalla olevat viillot paranevat yleensä hyvin ja niistä johtuvat tuntemukset ovat yleensä kutinaa pikemmin kuin särkyä. Navan alue on kipeämpi. Viillot suljetaan yleensä itsestään sulavin ompelein, jolloin ompeleiden poistoa ei tarvita.

Laparotomiassa sinulle on tehty pitempi joko vaaka- tai pystyviilto vatsan alueelle. Tällöin haava paraneminen kestää kauemmin kuin laparoskopiassa tehtyjen viillojen. Jotta haava saisi aikaa parantua, sinun tulee välttää fyysistä rasitusta, nostamista, äkillisiä liikkeitä, sekä kurkottelua sairausloman viimeiselle viikolle asti. Leikkaushaava on usein suljettu sulamattomin ompelein, joten saat hoitohenkilökunnalta yksilölliset ohjeet siitä milloin ja missä ompeleet tulee poistattaa.

Kipu

Leikkauksen jälkeen kivun määrä on yksilöllinen. Kokemaasi kipuun vaikuttaa myös tehdyn leikkauksen luonne. Toimenpiteen jälkeen saattaa esiintyä hartiapistosta, vatsakipuja ja turvotusta. Nämä tuntemukset ovat normaaleja ja johtuvat leikkauksessa vatsaontelon laajentamisessa käytetystä tutkimuskaasusta. Näitä kiputuntemuksia voi lievittää apteekista ilman reseptiä ostettavilla kipulääkkeillä, liikkumalla, huolehtimalla suolentoiminnasta ja voit myös kokeilla auttaisiko kylmä tai lämmin. Hartiapistoa voit kokeilla lievittää hieromalla.

Sinun kannatta välttää kireitä ja vatsanseutua hankaavia vaatteita leikkauksen jälkeen. Alkuvaiheessa, heti leikkauksen jälkeisinä päivinä kipulääkkeitä kannattaa ottaa säännöllisesti. Kipulääkkeet vähentävät nimittäin myös haava-alueen turvotusta.

Eräs hyvä apuväline kivunhoidossa on tyyny. Tyynyn avulla saat paremmin itsellesi mukavan asennon niin istuessasi kuin makuullakin. Lisäksi painamalla tyynyä vasten vatsaasi nauraessasi, yskiessäsi tai aivastaessasi saat tuettua haava-alueita ja vatsalihaksiasi, jolloin kipu tuntuu lievemältä.

Suolentoiminta

Sinun tulisi juoda paljon nestettä leikkauksen jälkeisinä päivinä ja palata vähitellen normaaliin ruokavalioon. Nukutuksessa käytetyt nukutuslääkkeet sekä leikkauksen jälkeen käytetyt kipulääkkeet aiheuttavat usein ummetusta. Monipuolinen ravinto edistää toipumistasi ja vähentää ummetusta. Tarvittaessa voit käyttää suolentoiminnan parantamiseksi luumuja, leseitä ja apteekista saatavia ulostuslääkkeitä.

Sukupuoliyhteys

Toimenpiteen jälkeen esiintyy tavallisesti veristä jälkivuotoa emättimestä. Jälkivuodon aikana ei suositella sukupuoliyhdyntää tulehdusvaaran vuoksi. Muista myös kuunnella itseäsi ja omaa vointiasi.

Sairausloma

Sairausloman määrää sinulle yksilöllisesti sinua hoitanut lääkäri.

Ota yhteyttä sairaalaan, jos

Ota yhteyttä siihen sairaalaan missä toimenpide tehtiin, mikäli sinulla ilmenee:

- Voimistuvaa kipua
- Runsasta veristä tai pahanhajuista vuotoa emättimestä
- Leikkaushaava tai sen ympäristö muuttuu kipeämmäksi, punoittavaksi, turvonneeksi tai kovaksi
- Haavasta vuotaa veristä nestettä tai märkää
- Kuumetta
- Vaikeaa ummetusta, ripulia tai oksentelua
- Ongelmia virtsatessa - virtsan tulo on vaikeaa, kärsit tihentyneestä virtsaamistarpeesta tai kirvelyä virtsatessasi

Endometrioosiyhdistys ry

Endometrioosiyhdistys on endometrioosia sairastavien naisten oma potilasyhdistys. Jäseniksi ovat tervetulleita kaikki endometrioosia sairastavat, heidän läheisensä, sekä asiasta kiinnostuneet. Endometrioosiyhdistyksen tärkein tehtävä on tarjota jäsenilleen arvokasta vertaistukea. Yhdistyksen jäsenet voivat osallistua monilla paikkakunnilla toimiviin vertaistukiryhmiin, saavat jäsenlehden neljä kertaa vuodessa, sekä tietoa endometrioosista.

Vertaistukiryhmät

Vertaistukiryhmiä on jo usealla paikkakunnalla ja yhdistys pyrkii perustamaan jatkuvasti uusia ryhmiä, jotta mahdollisimman moni endometrioosiin sairastunut nainen voisi käyttää vertaistukiryhmien tarjoamaa tukea. Vertaistukiryhmien lisäksi Endometrioosiyhdistys ylläpitää keskustelupalstaa.

Vertaistukiryhmässä kävijät voivat jakaa omakohtaisia kokemuksiaan elämästä endometrioosin kanssa muiden samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Sairastuminen aiheuttaa ihmisissä hyvin usein voimattomuuden ja avuttomuuden tunteita. Jotta ihmiset selviäisivät näistä tunteista, he tarvitsevat tukea. Tukea, jota eivät läheiset tai hoitohenkilöstö voi aina antaa potilaan toivomalla tavalla. Tällaista tukea voi olla vertaistuki, jossa ihmiset voivat puhua toisilleen, vertaisilleen. Monille endometrioosia sairastaville tapaaminen vertaistukiryhmän kanssa saattaa olla ensimmäinen kerta, jolloin hän kokee, että toinen saman läpikäyneenä kuin itse tietää miltä minusta tuntuu.

Vertaistukiryhmät ovat avoimia kaikille yhdistyksen jäsenille ja mukaan voi ilmoittautua ottamalla yhteyttä sähköpostilla oman kaupungin vertaistukiryhmän vetäjään tai vertaistukikoordinaattoriin vertaistuki@endometrioosi.fi

Vertaistukiryhmiä on seuraavilla paikkakunnilla:

Imatra/Lappeenrannan alue:

etela-karjala@endometrioosi.fi

Joensuu: joensuu@endometrioosi.fi

Jyväskylä: jyvaskyla@endometrioosi.fi

Kajaani: kajaani@endometrioosi.fi

Kotka: kotka@endometrioosi.fi

Kuopio: kuopio@endometrioosi.fi

Lahti: lahti@endometrioosi.fi

Mikkeli: mikkeli@endometrioosi.fi

Oulu: oulu@endometrioosi.fi

Pori: pori@endometrioosi.fi

Pääkaupunkiseutu:

pk-seutu@endometrioosi.fi

Seinäjoki: seinajoki@endometrioosi.fi

Tampere: tampere@endometrioosi.fi

Turku: turku@endometrioosi.fi

PÄIVYSTÄVÄ PUHELIN

050-380 6715

KESKIVIIKKOISIN

KLO 19–21

Jäsenyys

Endometrioosiyhdistykseen voi liittyä joko varsinaiseksi jäseneksi tai kannatusjäseneksi.

Varsinaiset jäsenet ovat yleensä endometrioosia sairastavia henkilöitä ja heidän jäsenmaksuksi on vuodelle 2011 vahvistettu 22 €. Varsinaiseksi jäseneksi liitytään Liity jäseneksi-sivun lomakkeen kautta Endometrioosiyhdistyksen internet-sivuilla

osoitteessa www.endometrioosiyhdistys.fi. Liittyttyään varsinaiseksi jäseneksi henkilö saa laskun. Laskun maksamisen jälkeen hän saa yhdistyksen toimittaman infopaketin endometrioosista, neljä kertaa vuodessa ilmestyvän Endorfiini -jäsenlehden ja mahdollisuuden osallistua yhdistyksen tukemien vertaistukiryhmien toimintaan.

Lisätietoja varsinaisesta jäsenyydestä, kannattajajäsenyydestä ja jäsenlehdestä saa yhdistyksen verkkosivuilta www.endometrioosiyhdistys.fi.

Yhteystiedot

Endometrioosiyhdistys ry

PL 142

00531 HELSINKI

Yhdistyksen puheenjohtajan puhelinnumero 050 372 5903

Yhdistyksen päivystävä puhelin on tukenasi keskiviikkoisin klo 19–21 numerossa 050 380 6715. Tällöin voit keskustella luottamuksellisesti taudistasi, kokemuksista ja tuntemuksista sekä kysyä hoidoista ja leikkauksista. Jos pyhäpäivä osuu keskiviikolle, tukipuhelin ei päivystä.

Yhdistyksellä on käytössä seuraavat sähköpostiosoitteet:

Kaikissa yleisissä kysymyksissä voi ottaa yhteyttä puheenjohtajaan osoitteella endo@endometrioosi.fi tai sihteerin sihteerin@endometrioosi.fi

Jäsenasioissa (esim. osoitemuutokset) ja kannatusjäsenmaksuista kiinnostuneet voi ottaa yhteyttä jäsenrekisterin ylläpitäjän osoitteeseen jasenasiat@endometrioosi.fi

Jäsenlehti Endorfiiniin voi lähettää mm. omia kokemuksia, juttuvinkkejä ja tarinoita toimitus@endometrioosi.fi

Vertaistukiryhmistä voi lähettää tiedusteluja osoitteeseen

vertaistuki@endometrioosi.fi

Tiedustelut ja ilmoittautumiset tapahtumiin osoitteeseen

tapahtumat@endometrioosi.fi

Yhdistyksen kirjastosta voi lainata materiaalia osoitteesta

tapahtumat@endometrioosi.fi



Tämä opas on tehty opinnäytetyönä yhteistyössä Endometrioosiyhdistyksen kanssa

Milla Ylinaatu ©

Kuvat ovat tekijän.

Satakunnan Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Hoitotyön koulutusohjelma

12.8.2011

Lähteet:

- Endometrioosin leikkaushoito. Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 21.6.2011. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2789/17864/>
- Endometrioosiyhdistyksen www-sivut, viitattu 21.6.2011
<http://www.endometrioosiyhdistys.fi/index.php?section=1>
- Gynekologinen täyhystysleikkaus. Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 21.6.2011. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2789/4846/>
- Gynekologisen leikkauksen jälkeen. Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 21.6.2011. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2789/4864/>
- Hippeläinen, M. 2001. Endometrioosi. Duodecim 117, 703–711.
- Härkki, P. 2006a. Endometrioosi. Duodecim 122, 1869–1870.
- Kosonen, K. 2010. ”Voimia ja virtaa vertaistuesta” – Tutkimus Invalidiliiton vertaistukeen perustuvasta toiminnasta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 1.3.2011. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04287.pdf>
- Leikkauspotilaan kotihoito-ohjeet. Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 21.6.2011
- Santala, M. & Kauppila, A. 2004. Endometrioosi. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino, 96–103.
- Setälä, M. 2010. Endometrioosi tuo uusia haasteita leikkaussaliin. Pinsetti 4, 5-7.
- Setälä, M., Hurskainen, R., Kauko, M., Kujansuu, E., Tiitinen, A., Vuorma, S. & Mäkelä, M. 2001. Endometrioosin aiheuttaman kivun hoito. FinOHTAn raportti 19. Helsinki: STAKESin monistamo.
- Setälä, M., Härkki, P., Perheentupa, A., Heikkinen, A.-M. & Kauko, M. 2009. Särkylääke ei auta kuukautiskipuihin – epäile endometrioosia. Suomen lääkärilehti 48, 4141–4145.
- Vatsaontelon täyhystystutkimus eli laparaskopia. Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 21.6.2011 <http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8270&culture=fi-FI&contentlan=1>