



# **POTILAIDEN KOKEMUKSIA LEIKO- TOIMINNASTA JA SIIHEN LIITTYVÄSTÄ PREOPERATIIVISESTA OHJAUKSESTA**

Johanna Lehto

Sirja Lehtonen

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2012  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LEHTO, JOHANNA & LEHTONEN, SIRJA: Potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta

Opinnäytetyö 43 s., liitteet 7 s.  
Maaliskuu 2012

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää TURP- tai TURB-toimenpiteeseen tulevien Leiko-potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta eli leikkaukseen kotoa-toiminnasta sekä siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta erään Pirkanmaalla toimivan sairaalan urologisella osastolla. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta, millaisen preoperatiivisen vaiheen Leiko-toiminta pitää sisällään ja miten potilaat kokevat saamansa preoperatiivisen ohjauksen.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkittava aineisto kerättiin teemahaastattelemalla neljää (N=4) TURP- tai TURB-toimenpiteessä käynyttä Leiko-potilasta. Aineisto analysoitiin käyttämällä teoriaohjaavaa sisällönanalyysia.

Opinnäytetyön tulokset kuvaavat potilaiden positiivisia ja negatiivisia kokemuksia Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta. Opinnäytetyön tulosten mukaan kaikki potilaat tulisivat uudelleen Leiko-potilaiksi. Preoperatiiviseen ohjaukseen potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä. Osa potilaista olisi halunnut enemmän suullista ohjausta, kun taas kirjalliseen ohjausmateriaaliin oltiin tyytyväisiä. Potilaat olisivat halunneet saada aikaisemmin tietoonsa tarkan leikkauskellonajan. Kutsupaikkaan löytäminen sujui osalle potilaista ongelmitta, kun taas osa heistä koki sairaalan sisäisen opastuksen puutteellisenä. Hoitajien toiminta koettiin hyvänä, mutta negatiivista oli se, ettei Leiko-hoitaja ollut paikalla Leiko-huoneessa. Leiko-huoneesta potilaat kertoivat positiivisia asioita. Potilaat jäivät kaipaamaan informointia leikkauspäivänä odotusajan kestosta.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilaat kokevat myönteisesti Leiko-toiminnan ja siihen liittyvään ohjauksen. Kehittämisehdotuksiksi nousivat potilaiden kokemusten kautta suullisen ohjauksen lisääminen, opastuskylttien sijoittaminen silmien tasolle, leikkauskellonajan kertominen aikaisemmin ja väliaikaistiedottamisen lisääminen odotusajan kestosta.

---

Asiasanat: Leiko-toiminta, preoperatiivinen ohjaus, potilas.

## ABSTRACT

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

LEHTO, JOHANNA & LEHTONEN, SIRJA: Patients' Experiences of FHTO and Preoperative Guidance

Bachelor's thesis 50 pages, appendices 7 pages  
March 2012

---

The purpose of this thesis was to collect information on TURP and TURB patients' experiences of FHTO (From Home To Operation) and preoperative guidance. FHTO is a Finnish same day admission and discharge model. The tasks of this thesis were to find out patients' experiences of FHTO, the characteristics of preoperative period in the FHTO procedure and how patients experienced preoperative guidance.

The research approach was qualitative and the data were collected from 4 FHTO patients. We collected the data through thematic interviews and the data were analysed using qualitative content analysis.

The majority of the participants experienced FHTO positively. The participants felt preoperative guidance to be mostly satisfying. Some of the participants would have wanted more oral guidance. Written guidance was deemed good. The participants thought that nurses' actions were professional. The participants mentioned that the FHTO nurse had not been in the waiting room all the time.

All participants would come again to operation through the FHTO procedure. The findings indicated that there should be more verbal preoperative guidance. The exact time of operation should be given to patients earlier, and information about the time schedule should be given during the operation day. Additionally, there should be more guideposts directing to the waiting room in the hospital.

---

Key words: FHTO, preoperative education, patient.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
3.1 Elektiivinen leikkaus .....	8
3.2 Preoperatiivinen vaihe .....	9
3.3 Preoperatiivinen ohjaus .....	10
3.4 Leiko-toiminta .....	12
3.5 Eturauhasen liikakasvu.....	13
3.5.1 Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun oireet ja tutkimukset .....	14
3.5.2 Hoitomuodot .....	15
3.6 Pinnallinen rakkosyöpä.....	18
3.6.1 Pinnallisen rakkosyövän oireet ja tutkimukset.....	19
3.6.2 Hoitomuodot .....	20
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	23
4.1 Menetelmälliset lähtökohdat.....	23
4.2 Opinnäytetyön aineistonkeruu .....	24
4.3 Opinnäytetyön sisällönanalyysi .....	26
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	29
5.1 Preoperatiivisen ohjauksen sisältö .....	29
5.2 Leikkauspäivän kulku .....	30
5.3 Leiko-toiminta .....	31
6 OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN TARKASTELU .....	32
6.1 Preoperatiivisen ohjauksen sisältö .....	32
6.2 Leikkauspäivän kulku .....	33
6.3 Leiko-toiminta .....	34
7 POHDINTA .....	35
7.1 Opinnäytetyön eettisyys .....	35
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus .....	36
7.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet.....	39
LÄHTEET .....	41
LIITTEET .....	44

## 1 JOHDANTO

Suomessa leikkaukseen kotoa eli Leiko-toiminta on aloitettu Hyvinkään sairaalassa vuonna 2000. Toiminnan kehittäminen aloitettiin, koska se poisti tarpeen rakentaa uusi operatiivinen vuodeosasto. Perinteisesti potilas on tullut leikkaukseen edeltävänä päivänä vuodeosastolle, viettänyt yön sairaalassa ja tehnyt esivalmistelut yhdessä hoitajan kanssa. Leiko-toiminnalla vapautetaan resursseja vuodeosastohoitoa vaativille potilaille. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603; Järvi 2008, 9-10; Tohmo 2010, 310.) Saapuessaan sairaalaan leikkaukspäivän aamuna Leiko-potilas menee toimenpideyksikön Leiko-huoneeseen, joka toimii odotustilana. Vastaanottava hoitaja varmistaa, että potilas on osannut tehdä vaadittavat esivalmistelut. Leiko-toiminnan erityispiirteenä on se, että potilas tekee esivalmistelut kotona ohjeiden mukaan ja menee ensimmäisen kerran vuodeosastolle leikkauksen jälkeen jatkohoitoon. (Keränen 2006, 1412.)

Sairauden merkitys potilaalle koostuu monista asioista. Sairauden vakavuusaste, äkillisyys ja kesto, hoitomahdollisuudet ja aikaisemmat kokemukset vaikuttavat siihen, miten potilas kokee sairautensa ja tilanteensa. Useimmiten tuleva leikkaukokemus jännittää ja pelottaa potilaita sen tuntemattomuuden vuoksi. Jotta potilas kokisi olonsa turvalliseksi ja tyytyväiseksi, on hoitajan tärkeä muistaa, että leikkaussali ympäristönä on potilaalle vieras. Useimmat potilaat kokevat leikkaussalin pelottavana, meluisana ja teknisenä. On tärkeää, että hoitohenkilökunta on kertonut potilaalle ymmärrettävästi leikkaukspäivän kulusta ja leikkauksesta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2001, 15.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää TURP- tai TURB-toimenpiteeseen tulevien Leiko-potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta eli leikkaukseen kotoa-toiminnasta sekä siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta eräällä Pirkanmaalla toimivan sairaalan urologisella osastolla. Koska Leiko-toiminta on ollut käynnissä kyseisellä osastolla vasta muutaman vuoden verran, on potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta hyvä tutkia tällä opinnäytetyöllä. Potilaiden mielipiteiden ja kokemusten kartoittaminen oli osaston toive sekä oman kiinnostuksemme kohde. Aihe rajautui TURP- ja TURB-toimenpiteisiin, koska ne

ovat kyseisen osaston yleisimpiä Leikon kautta tehtäviä toimenpiteitä. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen ja toteutetaan teemahaastattelulla.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää TURP- tai TURB-toimenpiteeseen tulevien Leiko-potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta.

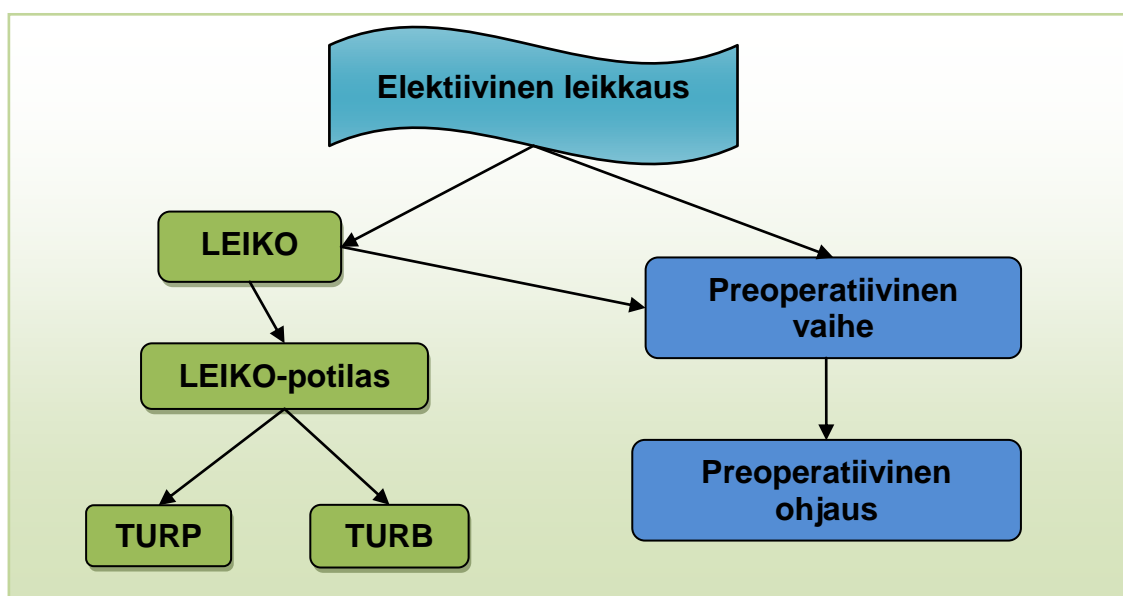
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaisia kokemuksia potilailla on Leiko-toiminnasta?
2. Millainen on preoperatiivinen vaihe Leiko-toiminnassa?
3. Miten Leiko-potilaat kokevat saamansa preoperatiivisen ohjauksen?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa eräälle Pirkanmaalla toimivan sairaalan urologiselle osastolle tietoa Leiko-potilaiden kokemuksista Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä ohjauksesta, sekä sitä kautta auttaa kehittämään Leiko-toimintaa ja siihen liittyvää ohjausta potilaslähtöisemmäksi.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme selvittää potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta eli leikkaukseen kotoa -toiminnasta. Opinnäytetyömme kohdistuu urologisiin potilaisiin, joille on tehty joko TURP- tai TURB-toimenpide. Opinnäytetyössä tulemme tarkastelemaan potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

#### 3.1 Elektiivinen leikkaus

Elektiivinen leikkaus on ennalta suunniteltu leikkaus, jossa potilas tulee leikkaukseen ennalta sovittuna päivänä. Elektiivisen leikkauspotilaan hoitopolku saattaa olla pitkä, jonka takia potilas tarvitsee hoitajalta tietoa ja tukea. Elektiivisen leikkauspotilaan hoitopolku alkaa preoperatiivisesta vaiheesta ja päättyy postoperatiiviseen vaiheeseen. Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilaan kanssa tehdään leikkauspäätös ja vaihtuu intraoperatiiviseksi vaiheeksi, kun potilaan hoito siirtyy leikkaussalin henkilökunnan vastuulle. Intraoperatiivinen vaihe kestää koko leikkauksen ajan ja päättyy potilaan siirtyessä valvontaosastolle. Tätä leikkauksen jälkeistä aikaa kutsutaan postoperatiiviseksi vaiheeksi. Postopera-



tiivinen vaihe loppuu, kun potilas ei enää tarvitse leikkaustapahtumaan liittyvää hoitoa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20–22.)

Elektiivisissä leikkauksissa esivalmistelut pyritään toteuttamaan niin pitkälti kuin mahdollista kotona, koska hoito osastolla on kallista ja resursseja on rajoitetusti (Holmia ym. 2001, 19–21). Elektiivisissä leikkauksissa tyypillisimpiä potilaita ovat sellaiset potilaat, jotka tulevat osastolle leikkausta edeltävänä päivänä ja jäävät osastohoitoon leikkauksen jälkeen. Päiväkirurgiset potilaat ovat toinen tyypillinen elektiiviseen leikkaukseen tuleva potilasryhmä, jotka tulevat leikkaukseen suoraan kotoa ja lähtevät leikkauksen jälkeen kotiin saattajan kanssa. (Tuominen 2010, 332.) Kolmantena ryhmänä ovat niin kutsutut Leiko-potilaat, jotka tulevat leikkaukseen suoraan kotoa, mutta jäävät osastohoitoon leikkauksen jälkeen (Keränen 2006, 1412).

### 3.2 Preoperatiivinen vaihe

Potilaan hoitopolku alkaa potilaan hakeutuessa sairastumisensa vuoksi terveyskeskuslääkärille. Lääkäri kirjoittaa lähetteen erikoissairaanhoidon potilaan vaivan ollessa sellainen, ettei perusterveydenhuollossa sitä pystytä hoitamaan. Tämän jälkeen potilas saa kutsun ajanvarauspoliklinikalle, jossa hänelle tehdään hoitosuunnitelma. Jos potilaan vaiva vaatii leikkaushoitoa, lääkäri arvioi hoidon kiireellisyyden ja asettaa potilaan leikkausjonoon. Poliklinikkakäynnin yhteydessä potilas saa ohjeistuksen tarvittaviin tutkimuksiin. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 59–60.)

Potilaan valmistautuminen leikkaukseen alkaa siitä hetkestä, kun leikkauspäätös on tehty. Leikkauspäätöksen jälkeen potilas saa tietoa suullisesti ja kirjallisesti itse leikkauksesta ja siihen valmistautumisesta. (Lukkari ym. 2007, 22–26.) Terveystieteiden lain (1326/2010) mukaisesti potilaan sairauden arvioinnin jälkeen potilaan hoito on järjestettävä siten, että hän pääsee hoitoon sairauden kiireellisyys huomioiden viimeistään kuuden kuukauden kuluttua leikkauspäätöksestä.

Jos potilas ei ole saanut poliklinikkakäynnillä tietoonsa sairaalaantulopäivää, jonohoitaja lähettää hänelle kotiin kutsun, josta ilmenee tehtävä toimenpide ja sen ajankohta (Holmia ym. 2001, 19–21). Potilas kutsutaan vuodeosastolle preoperatiiviselle käynnille eli esikäynnille noin viikkoa ennen leikkausta, jolloin tehdään tulohaastattelu, ja potilas tapaa anestesia­lääkärin sekä leikkaavan lää­kärin. Esikäynnillä potilaan kanssa käydään läpi itse toimenpide, suunniteltu leikkausajankohta, leikkauksen kesto, leikkaukseen valmistavat toimenpiteet ja potilaan osuus niissä. Esikäynnin tarkoitus on antaa potilaalle preoperatiivista ohjausta ja valmentaa häntä leikkaukseen. (Holmia ym. 2008, 59–60.)

### 3.3 Preoperatiivinen ohjaus

Preoperatiivinen ohjaus on tärkeää, koska hyvä ohjaus edistää potilaan toipu­mista leikkauksesta ja anestesiasta (Erämies & Kuurne 2010, 333). Preoperatiivisen ohjauksen tehtävänä on tukea ja vahvistaa potilaan ja hänen läheistensä tunnetta siitä, että he selviytyvät leikkauksen tuomista hetkellisistä muutoksista (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 76). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) velvoittaa hoitohenkilökunnan antamaan tietoa potilaalle hänen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vai­kutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettä­essä potilaan hoidosta. Tämän vuoksi preoperatiivisen ohjauksen keskeisimpiä asioita ovat, että potilas tietää leikkauksen vaiheet, leikkauksen vaatiman jatko­hoidon ja tärkeimmät keinot, joilla hän pystyy ehkäisemään mahdollisia leikkauskomplikaatioita. (Erämies & Kuurne 2010, 333.)

Hyvän preoperatiivisen ohjauksen ansiosta potilas osaa tehdä tarvittavat leikkausvalmistelut kotonaan. Tällaisia valmisteluja ovat esimerkiksi ravinnotta olo, ihon kunnosta huolehtiminen ja lääkkeiden ottaminen. (Ashley 2010, 605.) Preoperatiivisessa ohjauksessa kartoitetaan potilaan fyysinen ja psyykkinen kunto, jotta saavutetaan mahdollisimman turvalliset leikkauslähtökohdat ja alttius leikkauskomplikaatioille olisi mahdollisimman pieni (Erämies & Kuurne 2010, 333).

Preoperatiivisessa ohjauksessa kerrotaan potilaalle kattavasti tulevasta toimenpiteestä, koska potilaat kokevat usein ahdistuneisuutta ja jännittyneisyyttä toimenpiteen vuoksi. Preoperatiivisen ohjauksen on todettu vähentävän huomattavasti potilaiden ahdistuneisuutta. (Kruzik 2009, 386.) Ohjauksessa pyritään motivoimaan potilasta itsehoitoon ja tulevaan leikkaukseen. Motivaatio vahvistuu, kun potilas kokee hoitoprosessin mielekkääksi. (Hautakangas ym. 2003, 76.) Potilaalle ohjataan etukäteen oikeat hengitys- ja yskimistekniikat, jotka leikkauksen jälkeen edesauttavat keuhkojen tuulettumista, parantavat potilaan hapensaantia ja edesauttavat liman nousua keuhkoputkista pois. Potilaan kanssa käydään läpi myös liikkumiseen liittyvät asiat ja opetetaan oikea tekniikka liikkeelle lähtöön. Hyvän preoperatiivisen ohjauksen on todettu vähentävän leikkauksen jälkeen ilmaantuvia komplikaatioita. (Ashley 2010, 605–607.)

Ohjausta voidaan antaa kirjallisena, suullisena ja taitoja opettavana eli demonstroivana ohjauksena. Suullinen ja demonstroiva ohjaus ovat kirjallista ohjausta tehokkaampia ohjausmuotoja. Ohjausta annettaessa on ohjaajan tärkeä kiinnittää huomiota sanattomaan viestintään. Sanatonta viestintää ovat katsekontaktin luominen, ilmeet ja eleet. Suullinen ohjaus ei yksinään riitä, vaan usein tarvitaan sekä suullista että kirjallista ohjaamista. Kirjallisen ohjauksen hyvänä puolena on, että siitä jää potilaalle materiaalia kotiin viemisiksi. Kotona potilas voi tutustua ohjeisiin vielä uudestaan, jolloin olennaiset asiat jäävät mieleen yleensä paremmin kuin hoitajan kanssa niitä läpikäydessä. Kirjallinen ohjeistus on pidettävä ajan tasalla, eli potilaille annettavia kirjallisia ohjeita tulee päivittää säännöllisesti. (Hautakangas ym. 2003, 76–80.) Williamsin (2007, 591) mukaan suullisella ja kirjallisella ohjauksella tulisi vastata sekä nykyisiin että tuleviin tarpeisiin.

Preoperatiivisen ohjauksen antaminen pitäisi aloittaa heti leikkauspäätöksen jälkeen. Ajoissa annettu ohjaus antaa potilaalle mahdollisuuden valmistautua tulevaan leikkaukseen, suunnitella leikkauksen jälkeisiä päiviään ja miettiä valmiiksi mieltään painavia asioita. Otollisinta ajankohtaa ohjaukselle on vaikea määritellä. Sen tulisi kuitenkin tapahtua hyvissä ajoin ennen leikkauspäivää. Jälkihoidosta annettavaa ohjausta on havaittu hyväksi antaa pienissä määrin ennen leikkausta, koska silloin potilaat omaksuvat tietoa nopeammin kotiuttamisvaiheessa asian ollessa tutumpaa. (Kruzik 2009, 385–386.) Preoperatiivisen

ohjauksen hyvinä puolina ovat sairaalassaolo aikojen lyhentyminen, kipulääkkeiden pienempi tarve ja potilastyytyvyyden lisääntyminen. Hoitajat ovat huomanneet, etteivät potilaat ole ymmärtäneet ja sisäistäneet tarvittavia asioita. Tällöin potilaat ovat saattaneet saapua leikkaukseen puutteellisesti valmistautuneina. Tämän on sanottu johtuvan siitä, että potilaat eivät pysty jännittämisenä vuoksi vastaanottamaan kaikkea tietoa suullisesta ohjauksesta. (Kruzik 2009, 381–382.)

### 3.4 Leiko-toiminta

Leiko eli leikkaukseen kotoa -prosessi tarkoittaa, että potilas saapuu leikkaukseen leikkauspäivän aamuna sen sijaan, että hän tulisi viettämään edellisen yön sairaalaan. Leiko-potilaina hoidetaan niitä, joille päiväkirurginen toimenpide ei sovi. Päiväkirurgisen leikkauksen edellytyksiä ovat potilaan riittävä terveydentila ja leikkauksen jälkeen potilaalla pitää olla potilaan vointia yön yli tarkkaileva henkilö eli saattaja. Lisäksi leikkauksen laatu ja koko vaikuttavat päätökseen. Päiväkirurginen leikkaus ei voi olla liian vaativa ja sen kulun pitää olla ennakoitavissa. Leiko-potilaaksi voi valikoitua henkilö, jonka perussairaus vaatii ammatihenkilökunnan tarkkailua leikkauksen jälkeen. Leikoon voi päätyä myös potilas, joka muuten olisi täyttänyt päiväkirurgisen potilaan kriteerit, mutta ei ole saanut järjestettyä itselleen saattajaa. (Keränen 2006, 1412.)

Suomessa ensimmäisenä Leiko-toiminnan otti käyttöön Hyvinkään sairaala (Keränen 2006, 1412). Järven haastattelussa (2008) Hyvinkään sairaalan kirurgian ylilääkäri Ulla Keränen kertoo pitävänsä Leiko-toimintaa leikkaustoiminnan nykyaikaistamisena, koska takavuosina potilaat ovat saapuneet sairaalaan leikkauksta varten epähygieenisistä oloista ja usein puutteellisesti lääkittyinä, jolloin esivalmisteluiden tekemiselle on tarvittu sairaalan hygieeniset puitteet. Nykyään potilaat saapuvat puhtaista kodeista sairaalabakteerien keskelle viettämään yönsä sairaalassa. (Järvi 2008, 9–11.) Leiko-toiminnan tavoitteena on parantaa potilaiden hoitoa sekä tehostaa osastojen vuodepaikkojen käyttöä. Sairaalassaoloajan ollessa entistä lyhyempi infektioriski pienenee. (Pajunen 2009.)

Leiko-potilaan hoitopolku on samanlainen kuin muidenkin elektiivisten potilaiden. Potilas on tavannut vaivansa vuoksi lääkärin poliklinikkakäynnillä tai erikoislääkärin terveyskeskusvastaanotolla. Tuolloin tehdään preoperatiiviset tutkimukset ja varsinainen leikkauspäätös. Diagnoosin tekoon liittyvät preoperatiiviset tutkimukset pohjaavat Leiko-potilaan hoitopolkua kuten muidenkin elektiivisten potilaiden kohdalla. Jonohoitaja kutsuu Leiko-potilaat samaan tapaan leikkausjonosta. Pääsääntöisesti Leiko-potilaat eivät tarvitse enää erillistä esikäyntiä ennen leikkausta leikkauspäätöksen jälkeen. Kirurgit antavat leikkauspäätöksen yhteydessä myös informaatiota leikkauksesta. Esikäynti on tarpeellinen, jos preoperatiivisissa tutkimuksissa ilmenee lisätutkimuksien tarvetta. Jonohoitaja varaa leikkauspäivän ja tarvittaessa esikäynnin ja lähettää kutsut potilaalle kirjallisina. (Keränen, Tohmo & Laine 2004, 4739.)

Leiko-toiminnan preoperatiivisessa ohjauksessa valmennetaan potilasta valmistautumaan leikkaukseen kotona. Potilaat saavat ohjausta suullisesti leikkauspäätöksen yhteydessä poliklinikalla ja tarvittaessa esikäynnin yhteydessä. Esivalmisteluohjeet lähetetään kirjallisena kotiin postitse tai annetaan mukaan poliklinikkakäynnin yhteydessä. Potilaalle annetaan myös puhelinnumero, josta voi kysyä tarkentavia ohjeita. (Holmia ym. 2001, 80.) Leiko-potilas tekee tarvittavat esivalmistelut kotona ohjeiden mukaan itse. Kotona tehtäviin esivalmisteluihin kuuluu muun muassa ravinnottaolosta huolehtiminen ja ihonhoito. Potilas soittaa Leiko-yksikköön leikkausta edeltävänä päivänä, jolloin leikkausaika on tiedossa, saadakseen tietää mihin aikaan hänen odotetaan saapuvan Leiko-yksikköön. Potilas saapuu leikkauspäivän aamuna toimenpideyksikön Leikuhuoneeseen (odotustila), josta potilas noudetaan leikkaukseen. Vuodeosastolle potilas menee prosessin aikana ensimmäisen kerran vasta leikkauksen jälkeen. (Keränen ym. 2004, 4739; Keränen 2006, 1412.)

### 3.5 Eturauhasen liikakasvu

Eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu on vanhenevan miehen tavallisimpia sairauksia ja se kuuluu luonnollisena osana ikääntymiseen. Eturauhasen hyvänlaatuisesta liikakasvusta kärsii noin 40 % yli 60-vuotiaista miehistä, ja heistä

hoitoon hakeutuu noin puolet. Eturauhasen liikakasvun hoidon tarve lisääntyy, koska ikääntyvien miesten osuus kasvaa Suomessa jatkuvasti, ja hoitoon haudutaan nykyistä herkemmin. (Nurmi 2011, 601.) Eturauhasen liikakasvun syitä ei tarkkaan tiedetä, mutta iän lisääntyessä estrogeeni- ja androgeenihormonien aktiivisuus muuttuu epätasapainoisemmaksi, mikä vaikuttaa eturauhasen kasvuun. Liikakasvun selvinä riskitekijöinä pidetään korkeaa ikää ja mies-sukupuolihormonin eritystä. (Tammela 2002, 273.)

Eturauhanen sijaitsee virtsarakon alapuolella ja ympäröi virtsaputken alkuosaa. Eturauhasen toimintaa säätelevät hormonit ja autonominen hermosto. (Nurmi 2011, 601.) Eturauhanen kasvaa murrosiässä varsin paljon, minkä jälkeen kasvu pysähtyy. Se saattaa joillakin miehillä alkaa kasvamaan 50 vuoden iässä uudelleen. Tavallisimmin eturauhanen on kooltaan noin 15 grammaa ja tätä suuremmista eturauhasista käytetään termiä suurentunut eturauhanen. (Tammela 2002, 273.) Liikakasvu alkaa eturauhasen keskiosasta kasvaen reunalueita kohti. Liikakasvu aiheuttaa eturauhasen työntymistä liikakasvun tieltä pois ja eturauhanen joutuu näin ollen puristuksiin sidekudoskapselia vasten. Eturauhasen liikakasvu saattaa aiheuttaa virtsaputken ahtautta, varsinkin silloin, kun eturauhanen on huomattavasti suurentunut. (Holmia ym. 2001, 499.)

Eturauhanen on kudostyyppiltään epiteelistä ja stromaalista kudosta eli lähinnä sidekudosta ja sileää lihasta (Tammela 2002, 271). Eturauhasen liikakasvu voi olla joko hyvänlaatuisista tai pahanlaatuisista. Hyvänlaatuisesta liikakasvusta puhuttaessa tarkoitetaan, ettei eturauhasen suureneminen johdu karsinoomasta vaan suurentunut eturauhanen on samanlaista kudosta kuin eturauhanen itse. Pahanlaatuisesta eturauhasen liikakasvusta puhuttaessa tarkoitetaan, että eturauhasen suureneminen johtuu syöpäsolujen kasvusta. Tällöin puhutaan eturauhassyövästä. (Norlén & Schenkmanis 2008, 18.)

### 3.5.1 Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun oireet ja tutkimukset

Eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu on haitallista vain silloin, kun se aiheuttaa oireita. Miehistä vain osalle tulee oireita eturauhasen suurentuessa. Oireet

ilmaantuvat yleensä virtsaamisvaivoina, jotka jaetaan tyhjennysoireisiin ja kerääntymisoireisiin. (Nurmi 2011, 601.) Tyhjennysoireet ilmenevät virtsantulon viipymisenä, lisääntyneenä ponnistelun tarpeena virtsatessa, virtsaumpena, heikentyneenä virtsasuihkuna, virtsaamisen keskeytymisenä ja tunteena, ettei rakko tyhjene täysin. Kerääntymisoireita ovat tihentynyt virtsaamisen tarve, virtsaamispakko, pakkoinkontinenssi ja yövirtsaaminen. (Tammela 2009, 1979.) Miehet kokevat yleensä kerääntymisoireet haitallisempina kuin tyhjenemisoireet, ja lääkäriin hakeutumisyy onkin yleensä juuri kerääntymisoireiden aiheuttamat vaivat. Kerääntymisoireiden syinä pidetään lisääntyntä rakon supisteluherkkyyttä, mutta supisteluherkkyyden lisääntymisen syitä ei varmuudella tiedetä. (Tammela 2002, 275.)

Perustutkimusten tarkoituksena on selvittää hoidon tarve ja diagnoosi. Perustutkimuksia, joita tehdään eturauhasen liikakasvuoireissa, ovat anamneesin selvittäminen, virtsauslista yhden tai kahden vuorokauden ajalta, urogenitaalielinten kliininen tutkimus, eturauhasen palpaatio ja erotusdiagnostiikka. Lisäksi laboratorisia tutkimuksia ovat virtsan tutkiminen, S-Krea ja S-PSA sekä jäännösvirtsan mittaaminen. (Tammela 2009, 1979; Nurmi 2011, 602.)

PSA-arvo eli prostataspesifinen antigeeni tutkitaan potilailta, koska se on eturauhassyövän paras merkkiaine. Prostataspesifisen antigeenin tuottaa eturauhanen. Syövän kehittyessä eturauhasessa, prostataspesifin antigeenin määrä veressä nousee. Normaali PSA-arvo veressä on maksimissaan 2,5 mikrogrammaa/litrassa. PSA-arvon tutkimisella tehdään siis erotusdiagnostiikkaa eturauhassyövän ja eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun välille. (Norlén & Schenkmanis 2008, 36–37.)

### 3.5.2 Hoitomuodot

Eturauhasen liikakasvu on harvoin henkeä uhkaava sairaus. Kiireellinen hoito on aiheellista silloin, kun potilaalla on vaikeita oireita kuten virtsaumpi. Liikakasvun hoidon tavoitteena on lähinnä parantaa arkielämän laatua ja helpottaa oireita, ennemmin kuin saada liikakasvu kokonaan hoidettua. (Holmia ym. 2001,

502.) Hoitomuodon valintaan vaikuttaa potilaan ikä, fyysinen kunto ja muut sairaudet sekä eturauhasen koko ja muoto, oireiden vaikeusaste ja PSA-arvo (Nurmi 2011, 602).

Liikakasvun hoitomuotoja on useita ja ne jaotellaan konservatiivisiin ja kirurgisiin hoitomuotoihin. Konservatiivisiin hoitomuotoihin päädytään silloin, kun oireet ovat lieviä. Liikakasvun oireisto vaihtelee usein eikä taudin luonnollinen kulku ole yksilötasollakaan täysin ennustettavissa. Potilaille joiden oireet ovat lieviä, soveltuu konservatiivisena hoitomuotona hyvin sairauden seuranta. Seuranta saatetaan käyttää myös silloin, kun kyseessä on keskivaikea oireisto, jos oireet eivät oleellisesti huononna potilaan elämänlaatua eikä aiheuta komplikaatioita. Seurantaan kuuluu oleellisesti sairauden luonteen seuranta ja tasaisin väliajoin tehtävät perustutkimukset. (Tammela 2009, 1980.)

Konservatiivisia hoitumuotoja on seurannan lisäksi erilaiset lääkehoidot, lämpöhoito ja kylmän välttäminen. Lämpöhoidossa eli termoterapiassa eturauhasen lämpötila kohotetaan yli 45 asteeseen ja lämpöhoito kestää kerrallaan tunnin. Tämä hoito auttaa ärsytysoireisiin, mutta sitä käytetään suhteellisen vähän, koska se on teholtaan lyhytaikainen. Suomessa lämpöhoito ei ole tullut suosituksi, koska välineistö on suhteellisen kallista ja sen asema ei ole vakiintunut hoitokäytännöissä. (Holmia ym. 2001, 502; Nurmi 2011, 604.)

Lääkehoidosta on potilaalle apua silloin, kun hänen oireensa ovat lieviä tai enintään keskivaikeita. Lääkehoidossa käytetään joko yksittäistä lääkevalmistetta tai yhdistelmähoitoa. Yhtenä lääkkeenä käytetään 5-alfareduktaasin estäjiä, jotka vaikuttavat hormonien eritykseen ja erityisesti estävät testosteronin muuttumista eturauhasessa dihydrotestosteroniksi. (Nurmi 2011, 602–603.) 5-alfareduktaasin estäjä vähentää miessukupuolihormonien vaikutusta eturauhaskudoksessa, jolloin eturauhanen lähtee hitaasti pienenemään ja virtsasuihku voimistuu ajan kuluessa. Toisena lääkkeenä voidaan käyttää alfa-adrenergisia hermopäätteitä salpaavia lääkkeitä, joiden tarkoituksena on rentouttaa eturauhasen välikudoksen sileää lihasta ja rakon kaulaa. (Holmia ym. 2001, 502.) Nämä lääkkeet eivät siis pienennä eturauhasen kokoa, vaan helpottavat virtsan virtausta ja vähentävät jäännösvirtsan määrää rakossa (Tammela



2009, 1981). Yhdistämällä edellä mainittuja lääkeryhmiä on hoidon vaikuttavuus osoittautunut tehokkaammaksi, kuin hoito kummallakaan lääkeryhmällä yksinään (Nurmi 2011, 603).

Kirurgisiin hoitomuotoihin päädytään silloin, kun oireet tai löydökset edellyttävät ehdottomasti leikkaushoitoa. Leikkaushoito on aiheellinen, jos muilla hoitomuodoilla ei ole saatu riittävää tulosta tai potilaan oireet ovat vaikeita ja halutaan vaivoihin nopea apu. Leikkaushoito on tehokkain. Koska leikkauksen seuraukset ovat useimmiten peruuttamattomat, niin konservatiiviset hoitomuodot ovat kuitenkin yleensä ensisijaisia. (Nurmi 2011, 604.)

Vaikutuksiltaan parhaiten tunnettu kirurginen hoitomuoto on eturauhasen höyläysleikkaus eli TURP (Nurmi 2011, 604). TURP on paras ja tehokkain hoitomuoto eturauhasen liikakasvun poistamiseen. Sillä pyritään parantamaan virtsarakon tyhjentymistä, jolloin virtsausoireet helpottuvat. (Tammela 2009, 1981.) Leikkaus toteutetaan yleensä spinaalipuudutuksessa ja on kestoaltaan lyhyt. Leikkaus tehdään virtsaputken kautta resektoskoopilla eli tähystimellä. Tähystimen kautta eturauhasen liikakasvu poistetaan lastuina leikkaavan sähkösilmu-kan avulla. Leikkauksen lopussa leikatut eturauhaslastut poistetaan virtsarakosta huuhtelemalla. Eturauhaslastut on aiheellista lähettää aina erotusdiagnoosin tekemistä varten patologille, koska noin 10 % potilaista saattaa löytyä jotain syöpään viittaavaa. (Perttilä; Caudle & Kaudewitz 2010, 1576.) Komplikaatioita ilmenee leikkauksesta melko harvoin, mutta leikkaukseen sisältyy enemmän riskejä kuin lääkehoitoon. Yleisimpiä haittavaikutuksia on verenvuoto, virtsanpudotyshäiriöt, siemensyöksyn suuntautuminen virtsarakkoon, tulehdukset ja erektiohäiriöt. (Nurmi 2011, 604.)

Muita kirurgisia hoitumuotoja ovat eturauhasen höyläysleikkauksen lisäksi eturauhasen ja virtsarakon halkaisuleikkaus eli TUIP, avoleikkaus ja laserleikkaus. Eturauhasen ja virtsarakon halkaisuleikkausta käytetään yleensä höyläysleikkauksen vaihtoehtona silloin, kun eturauhanen on alle 30 grammaa. Sen on osoitettu olevan tuloksiltaan yhtä hyvä kuin höyläysleikkaus yllämainitussa tapauksessa. Avoleikkaukseen päädytään silloin, kun eturauhanen on yli 80-100 grammaa tai tähystysleikkaus ei ole mahdollinen. (Nurmi 2011, 604.) Laserleik-

kaus on kirurgisista hoitomuodoista uusin (Koistinen, Marttila, Ikonen & Roine 2009, 28). Laserleikkauksessa eturauhasen liikakasvu joko poltetaan laserenergialla tai höyrytetään kystoskoopin eli virtsarakon tähystimen kautta. Laserleikkaus on tavallista höyläysleikkausta hellävaraisempi hoitomuoto ja sopii hyvin myös huonokuntoisille potilaille. Laserleikkaus tulee todennäköisesti tulevaisuudessa lisääntymään, sillä sen puolesta puhuvia tutkimuksia on viime vuosina tehty paljon lupaavin tuloksin. (Koistinen ym. 2009, 27–32; Nurmi 2011, 604.)

### 3.6 Pinnallinen rakkosyöpä

Suomen Syöpärekisterin (2009a; 2009b) mukaan rakkosyöpä on miesten viidenneksi yleisin syöpämuoto Suomessa ja naisilla rakkosyöpä on vasta sijalla 16. Virtsarakkosyövä ovat yleisimpiä yli 50-vuotiailla miehillä ja tiheästi asutuilla alueilla (Wraa 2010, 1495). Perinnöllisillä tekijöillä ei ole merkittävää vaikutusta virtsarakkosyövän syntyyn. Tupakka ja työperäinen altistuminen väriteollisuuden aniliiniväreille tai kumi- ja öljyteollisuuden aineille ovat tärkeimpiä virtsarakkosyöpään liittyvät vaaratekijöitä. (Sequeiros, Nurmi & Salminen 2006, 414; Wraa 2010, 1497.) Tupakointi aiheuttaa virtsarakon syövistä suurimman osan. Tupakoivan riski sairastua virtsarakkosyöpään on noin kolmin- tai nelinkertainen tupakoimattoman riskiin verrattuna. (Raitanen 2010.)

Virtsateihin kuuluu munuaisaltaat, virtsanjohtimet, rakko ja virtsaputki. Munuaiset ovat virtsanmuodostuksessa tärkeä osa. Munuaisissa kehittynyt virtsa kulkee virtsanjohtimia pitkin virtsarakkoon, jonka tehtävänä on varastoida virtsaa väliaikaisesti. Rakosta virtsa poistuu virtsaputkea pitkin. Välimuotoinen epiteelikerros eli uroteeli verhoaa virtsateitä. Virtsarakko sijaitsee pikkulantiossa häpyliitoksen ja häpyluun takana. Virtsarakko on pussimainen, lihasseinäinen elin, jolle on ominaista venyä ja supistua. Virtsarakko muodostuu sidekudoksesta, limakalvosta ja sileästä lihaksesta. 90 % virtsarakon syövistä on virtsarakon sisäpintaa verhoavan uroteelin karsinomia eli syöpäkasvaimia. (Hervonen & Virtanen 2002, 19–21; Rintala 2010, 847.)

Rakkosyövät luokitellaan TNM-luokituksella, jotta pystytään valitsemaan oikeat hoidot yksilöllisesti (Rintala 2010, 847). TNM-luokitus on syövän kansainvälinen levinneisyysluokitusjärjestelmä. TNM-luokitus perustuu mm. potilaan kliiniseen tutkimukseen, kuvantamis- ja tähystyslöydöksiin ja koepaloista saatavaan tietoon. Luokitus perustuu kasvaimen kokoon, arvioon alueellisissa imusolmukkeissa mahdollisesti esiintyvistä etäpesäkkeistä ja arvioon muissa elimissä mahdollisesti esiintyvistä etäpesäkkeistä. Kliininen luokitus tehdään ennen hoidon valintaa. (Roberts & Joensuu 2006, 79–81.) TNM-luokituksen avulla rakkosyövät jaetaan ryhmiin invasiivisuutensa ja levinneisyytensä mukaan. Invasiivisuudella tarkoitetaan sitä, että onko syöpä pinnallinen vai onko se edennyt pintaa syvemmälle. (Rintala 2010, 847–848.) Hoidon ja ennusteen perusteella puhutaan pinnallisista tai paikallisesti levinneistä rakkosyövistä (Sequeiros ym. 2006, 414).

Pinnallinen rakkosyöpä rajoittuu rakon pintakerrokseen. Pinnallisessa rakkosyövässä syöpäsoluja löytyy rakon limakalvolta tai tyvikalvolta. Useimmiten syöpä esiintyy rakon sisäpinnalla vadelman näköisinä ulokkeina. Pinnallinen rakkosyöpä voi olla myös koko rakon limakalvolla kasvava, laikkumaisina muutoksina tai matalana limakalvon epätasaisuutena tähystyksessä näkyvä carsinoma in situ -muoto. Tämä muutos voi olla myös näkymätön. (Rintala 2010, 847–848.) Pinnalliset kasvaimet ovat yleensä pehmeitä, sormimaisia ulokkeita. Carsinoma in situ -muutos on tästä poiketen matala ja laaja-alainen, sitä pidetään usein invasiivisen syövän esiasteena. Invasiiviset syövät ovat kovia kyhmyjä tai haavaumia. Invasiivinen syöpä on tunkeutunut pintakerrosta syvemmälle. (Sequeiros ym. 2006, 414–415.)

### 3.6.1 Pinnallisen rakkosyövän oireet ja tutkimukset

Verivirtsaisuus on yleisin ja usein ensimmäinen oire virtsarakkosyövässä. Sitä esiintyy 85 prosentilla rakkosyöpäpotilaista. Verivirtsaisuudessa verta voi olla virtsassa näkyvästi tai mikroskoopilla nähtävästi. (Rintala 2010, 848; Wraa 2010, 1497.) Joka viides näkyvistä verivirtsalöydöksistä liittyy virtsarakkosyöpään (Raitanen 2010). Muita oireita ovat ärsytysoireet, kuten kirvelyn tai

kivun tunne virtsatessa, tiheävirtsaisuus ja virtsapakon tunne (Sequeiros ym. 2006, 415). Huolellinen anamneesi eli potilaan taustatietoihin tutustuminen on tärkeä osa diagnosointia. Taustatietojen, kuten oirekuvan, mukaan pystytään valitsemaan oikeat tutkimukset taudin määrittämiseksi. (Rintala 2010, 848.)

Virtsarakkosyöpää epäiltäessä perustutkimuksiin kuuluu virtsan tutkiminen verivirtsaisuuden löytämiseksi, virtsan irtosolututkimus ja rakon tähystystutkimus (Sequeiros ym. 2006, 415). Pelkkä verivirtsaisuuden osoittaminen ei riitä syöpäepäilyyn (Rintala 2010, 848). Virtsan irtosolututkimuksessa tutkitaan virtsaan erittyneiden solujen laatu. Hyvänlaatuisella tuloksella ei voida sulkea syöpäepäilyä täysin pois, sillä joissakin tapauksissa syöpäsoluja ei irtoa virtsaan. Irtosolututkimus on hyvä tutkimus carsinoma in situ -muodon diagnosoinnissa, sillä sen aiheuttamat muutokset eivät välttämättä näy rakon tähystystutkimuksessa. Tämä muoto on usein pahanlaatuinen. Virtsarakon tähystys on tärkein diagnostiväline rakkosyövässä. Siinä voidaan arvioida kasvainten lukumäärä ja ottaa tarvittaessa koepalat kasvaimista. (Sequeiros ym. 2006, 415–416; Rintala 2010, 848–849.)

Virtsarakon tähystyksessä virtsaputken kautta rakkoon viedään kystoskooppi eli virtsarakon tähystin. Tähystyksellä pystytään tarkistamaan esimerkiksi rakon sisäseinämän mahdolliset kasvaimet. Tähystyksen yhteydessä voidaan ottaa koepala rakosta tarkoitukseen suunnitelluilla koepalapihdeillä. Tähystyksellä otettavien näytteiden on yletyttävä lihaskerrokseen saakka, sillä riittävän syvät näytteet varmistavat luotettavan levinneisyystutkimuksen (Sequeiros ym. 2006, 415; Rintala 2010, 849–850).

### 3.6.2 Hoitomuodot

Virtsarakkosyövän hoidon valinnassa huomioidaan TNM-luokitus, syövän erilaistumisaste ja potilaan kunto. Rakkosyövän moninaisuus ja vaihteleva ennuste vaativat hyvää yksilöllistä hoidon määrittelyä. (Rintala 2010, 851.) Hyväennusteisen pinnallisen rakkosyövän hoidossa riittää pelkkä kasvaimen poisto.

TURB eli virtsarakon höyläys tehdään virtsarakon tähystimen kautta. (Sequeiros ym. 2006, 415–416.)

Virtsarakon höyläys tehdään potilaan ollessa nukutettuna. Höyläyksellä poistetaan kudoksesta teetetään mikroskooppinen tutkimus, jolla selviää onko kasvain ollut pinnallinen vai lihaskerrokseen ulottuva. Aina on pyrittävä irrottamaan myös lihaskudosta kasvaimen alta, jotta mikroskooppinen tutkimus voi selvittää onko lihassolujen joukossa syöpää. Tätä kutsutaan syvyysluokitukseksi. Pinnallinen rakkosyöpä ei ulotu lihaskerrokseen, joten jos lihassoluissa ei ole syöpää, on höyläyksellä saatu puhdistettua rakko syövästä. TURB sopii myös huonokuntoisille potilaille. (Sequeiros ym. 2006, 416; Rintala 2010, 850–851.)

Höyläysleikkauksen yhteydessä irtoaa kasvainsoluja, ja ne voivat toimenpiteen jälkeen jäädä rakkoon ja aiheuttaa terveelle limakalvolle päästessään kasvaimen uusiutumisen. Noin 25 % potilaista kertahuuhtelu solusalpaajalla vähentää uusiutuvan kasvaimen riskiä merkittävästi. Virtsarakon tähystyksessä tai höyläyksen yhteydessä solusalpaaja laitetaan rakkoon kertakatetrilla, ja pidetään rakkossa 1-2 tuntia. Huuhteluhoito voi olla pidempi, jos kasvain on uusiutunut usein. Toistuvat solusalpaajahuuhtelut epirubisiinilla tai mitomysiini C:llä ovat turvallisia ja tehokkaita. Solusalpaajahoidon voidaan toteuttaa toistuvasti vuoden ajan. (Sequeiros ym. 2006, 416; Rintala 2010, 852.)

Pinnallisista rakkosyövästä 70 % uusiutuu, joten hoidossa huomioidaan myös jatkohoitona tapahtuva seuranta. Seurantatutkimuksena käytetään kystoskopiaa ja virtsan verivirtsaisuuden tutkimusta. Pinnallisen rakkosyövän hoidossa ensimmäinen seurantakerta on kolmen kuukauden kuluttua höyläysleikkauksesta. Jatkoseuranta toteutetaan yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaisesti. (Sequeiros ym. 2006, 416, 418; Rintala 2010, 851–853.)

Valkovalolla tehtävällä tähystyksellä on vaikea havaita pinnallisia rakkomuutoksia, kuten carsinoma in situ –muutoksia. Osa kasvaimista jää hoitamatta, jos niitä ei havaita. (Kelloniemi ym. 2010, 2760.) Ensimmäisen höyläysleikkauksen jälkeen seurantatähystystä tehdessä on todettu 25-40 % tapauksissa tuumori, joka on jäänyt havaitsematta aikaisemmin (Rintala 2010, 849). Kasvaimet, jotka

jäävät valkovalolla havaitsematta, ovat löydettävissä fotodynaamisen menetelmän avulla. Tässä menetelmässä rakkoon viedään katetrilla 1-2 tuntia ennen toimenpidettä valoherkisteenä toimivaa hexaminolevulinaattia (Hexvix). Sen ainesosat imeytyvät syöpäsoluihin. Sinivalolla tarkasteltaessa nämä solut hohtavat punaisina ja ovat siten hyvin nähtävissä. Valkovalossa näkymättömät kasvaimet tulevat näkyviin ja hoidetuiksi. (Kelloniemi ym. 2010, 2760–2761.) Fotodynaamisella menetelmällä carcinoma in situ -muutoksia löytyy 28 % enemmän kuin tavallisesti käytössä olevalla valkovalolla (Rintala 2010, 850).

Pinnallisen rakkosyövän hoidossa carcinoma in situ –muodon kohdalla voidaan päätyä jopa kystektomiaan eli radikaaliseen rakon poistoon, jos höyläysleikkaus ja solusalpaajahoidot eivät tehoa, tai jos uusiutuessaan kasvain muuttuu vaikea-asteisemmaksi. Kystektomiaa käytetään hoitona myös levinneissä rakkosyövässä. Siinä rakon lisäksi poistetaan aina miehiltä eturauhanen ja virtsaputki, jos kasvainta on sen alueella tai jos kyseessä on carcinoma in situ -muoto. Naisilta poistetaan virtsaputki ja usein myös kohtu ja vaginan etuseinä. (Sequeiros ym. 2006, 416–417; Rintala 2010, 853.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Tutkimuksella halutaan saada sellaista tietoa, jota ei synny arkipäiväisen ajattelun pohjalta. Tutkimus pyrkii siis ratkaisemaan ja löytämään uusia keinoja ongelmien selvittämiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 19.) Silloin kun tutkimuksen tarkoituksena ei ole niinkään todentaa jo olemassa olevia väittämiä vaan ennemminkin paljastaa tosiasioita, valitaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan sellaisia tutkimustapoja, joissa tutkittavien ihmisten kokemukset ja ajatukset tulevat esille. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman luonnollisessa tilassa. Kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 156–160.)

Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu hyvin, kun ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksilöiden muodostamista merkitysrakenteista (Metsämuuronen 2006, 88). Ihmisten kokemukset ja asioille antamat merkitykset ohjaavat tutkittavasta ilmiöstä tehtäviä tulkintoja (Vilkkä 2005, 98). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ilmiöistä tehtävät tulkinnat ovat aina subjektiivisia, koska tutkija tekee tulkintoja tutkittavasta ilmiöstä omien aikaisempien tietojensa varassa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 20).

Opinnäytetyöhömmme valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän työmme tavoitteiden ja tehtävien perusteella. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Tavoitteenamme on kuvata miten potilaat kokevat Leiko-toiminnan ja siihen liittyvään ohjauksen.

## 4.2 Opinnäytetyön aineistonkeruu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleisimpiä tiedonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Näitä voidaan käyttää yksittäin tai eritavoin yhdisteltyinä. Haastattelua on perusteltua käyttää silloin, kun halutaan tietoa haastateltavan kokemuksista ja ajatuksista. Haastattelu eroaa muista tiedonkeruumenetelmistä siten, että siinä ollaan keskustelevaisessa vuorovaikutussuhteessa haastateltavan kanssa. Erilaisia haastatteluja ovat lomake-, teema- ja syvähaastattelu. (Hirsjärvi ym. 2007, 199–205; Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–74.)

Lomakehaastattelu on yleensä kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Lomakehaastattelu on strukturoitu eli se tehdään ennalta tarkkaan luotujen kysymysten avulla. Kaikkien vastaajien kanssa kysymykset esitetään samassa muodossa ja samassa järjestyksessä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu eli siinä on määritelty etukäteen teemat, joiden pohjalta haastatteli esittää kysymyksiä haastateltavalle. Kysymysten tarkka muoto ja järjestys muotoutuvat vasta haastattelutilanteessa käsiteltävän teeman mukaisesti. Syvähaastattelu on strukturoimaton haastattelumuoto ja vaatii yleensä useita haastattelukertoja. Siinä käytetään avoimia kysymyksiä ja vain keskustelun aihe on määritelty ennalta. (Hirsjärvi ym. 2007, 199–205; Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–74.) Olemme valinneet omaan opinnäytetyöhömme teemahaastattelun, koska meillä oli alusta saakka tiedossa teemoja (liite 1), joita halusimme selvittää, joten syvähaastattelu ei sopinut tarkoitukseemme. Halusimme haastattelun olevan kuitenkin joustavaa ja keskustelunomaista, joten emme halunneet jätkeä lomakemaista haastattelua.

Teemahaastattelussa edetään siis etukäteen määriteltyjen teemojen mukaan ja haastattelu perustuu osin jo valmiiksi suunniteltuun kysymysrunkoon. Teemat valikoituvat tutkimuksen keskeisimpien käsitteiden kautta. Jotta haastattelu on onnistunut, pitää haastateltavan saada tutustua tutkittavaan aiheeseen tai sen teemoihin etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68–75.) Haastattelun etuna on joustavuus, joka mahdollistaa saamaan paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Joustavuuden ansiosta haastateltaessa on mahdollista esittää haastateltavalle tar-



kentavia lisäkysymyksiä ja ehkäistä väärinkäsityksiä. Haastattelun tavoitteena on saada monipuolisia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelun etuihin kuuluu myös se, että haastateltaessa voidaan samalla havainnoida haastateltavaa henkilöä, mikä tuo lisätietoa tutkittavasta asiasta. (Metsämuuronen 2006, 115; Tuomi & Sarajärvi 2009, 68–74.) Teemahaastattelu vaatii haastattelijalta kykyä viedä keskustelua eteenpäin, motivoida haastateltavaa sekä huolehtia siitä, että kaikki teemat käydään läpi ja haastattelu pysyy tutkittavassa aiheessa (Vilkka 2005, 103; Metsämuuronen 2006, 113).

Kvalitatiivisessa menetelmässä tutkittavat valitaan tarkoituksenmukaisuuden perusteella, eli osallistujilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä tai heillä on tietoa siitä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68 – 74). Kvalitatiivisessa menetelmässä tutkittavien määrä selviää aineiston kylläntymisen myötä eli määrää ei kannata päättää etukäteen. Aineiston kylläntyminen tarkoittaa sitä, etteivät uudet vastaukset tuo lisätietoa tutkittavasta asiasta, vaan vastaukset toistavat toisiaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 177.)

Opinnäytetyömme aineistonkeruu alkoi, kun tutkimuslupahakemuksemme hyväksyttiin elokuussa 2011. Tutkimuslupahakemuksessa liitteenä olleet haastattelun teemat (liite 1) hioimme valmiiksi luvan saatuaamme. Ennen haastatteluja päätimme käydä yhdessä teemat läpi, koska haastattelimme omilla tahoillamme molemmat erikseen kahta potilasta. Avasimme teemat yhdessä esimerkkikysymysten muotoon, jotta osaisimme kysyä haastateltavilta samoja asioita ja olisimme samaa mieltä siitä, mitä tutkitaan. Haastateltavat potilaat valikoituivat osaston henkilökunnan harkinnanvaraisuuden mukaisesti. Leiko-yksikön henkilökunta kysyi potilailta suullisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, jonka jälkeen potilaat saivat saatekirjeen (liite 2). Saatekirjeessä kerroimme lyhyesti tutkimusaiheen, sen tarkoituksen ja haastattelun teemat. Lisäksi kerroimme haastattelun nauhoittamisesta, tallenteiden asianmukaisesta hävittämisestä ja potilaan anonyyminä pysymisestä. Haastattelutilanteessa pyysimme potilailta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (liite 3).

Opinnäytetyötämme varten haastattelimme neljää (N=4) Leiko-potilasta, joista kolme oli ollut TURP-toimenpiteessä ja yksi TURB-toimenpiteessä. Haastatelta-

vat olivat iältään 55–80-vuotiaita. Haastattelun kestoksi olimme arvioineet 30 minuuttia. Todellisuudessa haastattelut kestivät noin 15–30 minuuttia. Jokainen haastattelu nauhoitettiin myöhempää analysointia varten.

#### 4.3 Opinnäytetyön sisällönanalyysi

Kaikissa laadullisissa tutkimuksissa voidaan käyttää sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn aineiston käsittelyä sellaiseen muotoon, että aineiston sisältöä voidaan tarkastella tarkemmin. Tavoitteena on kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetysti yleisessä muodossa. Sisällönanalyysilla aineisto järjestellään tulosten pohdintaa varten ja se pitää sisällään erilaisia analysointitapoja. Sen avulla voidaan käsitellä monia erilaisia aineistoja eri tavoin. Sitä voidaan käyttää sekä kvalitatiivisissa että kvantitatiivisissa tutkimuksissa aineiston analyysitapana. Analyysitavan ratkaisee aineiston laatu ja tutkimuksen tehtävät. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 91, 103.)

Sisällön analyysia varten kerätty tutkimusaineisto täytyy muuttaa sellaiseen muotoon, jossa sitä voidaan tutkia. Nauhoitettu haastattelu muutetaan tekstimuotoon, jolloin puhutaan litteroinnista. Litterointi voidaan tehdä koko aineistolle tai valikoiden aineiston sisältö huomioiden. Litteroinnin tarkkuudesta ei ole varsinaisia yksiselitteisiä ohjeita. Pääasia on, että valittu analyysimenetelmä pystytään tekemään litteroidun aineiston avulla. (Vilkkä 2005, 115–117; Hirsjärvi ym. 2007, 217.)

Aineistolähtöisessä analyysitavassa tutkija ei ole etukäteen määritellyt mitä aineistosta tulisi löytyä, vaan tutkittavat asiat nousevat aineistosta esille sitä analysoitaessa. Tutkimuksen kannalta oleelliset asiat valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtäväasettelun mukaisesti. (Tuomi 2007, 129–130.) Aineistolähtöisessä analyysitavassa litteroinnin jälkeen tutkija lukee aineistonsa ajatuksella läpi useaan otteeseen. Aineistosta etsitään niitä asioita, jotka vastaavat tutkimustehtäviin. Tutkimusaineistosta erotellaan tutkimukselle olennaiset asiakokonaisuudet. Asiakokonaisuudet pelkistetään selkeiksi ilmaisuiksi. Pelkistetyistä ilmauksista etsitään yhtäläisyydet ja eroavaisuudet, jonka jälkeen ne

luokitellaan omiksi ryhmikseen eli alaluokiksi. Alaluokiksi annetaan niitä kuvaavat nimet. Alaluokat yhdistellään toisiinsa, jolloin muodostuu yläluokkia. Tätä voidaan kutsua teemoitteluksi, tyypittelyksi tai luokitteluksi. (Vilka 2005, 140; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.)

Teoriaohjaavassa analyysitavassa analyysivaiheessa lähdetään liikkeelle aineistolähtöisesti. Analyysin edetessä tutkija lähtee käyttämään tiettyjä etukäteen valittuja teoreettisia ajatusmalleja, jotka ohjaavat sen hetkistä analyysivaihetta. Analyysi toteutetaan samalla mallilla kuin aineistolähtöisessä analyysissä, mutta esimerkiksi luokitteluvaiheessa luokat ovat etukäteen määriteltynä. (Tuomi 2007, 130–131.) Teemahaastattelun teemat voivat toimia ohjaavina tekijöinä aineistoa luokiteltaessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93).

Aloitimme aineistomme sisällönanalyysin litteroimalla osittain kaikki neljä nauhoittamaamme haastattelua. Pitkät vastaukset litteroimme sanasta sanaan, mutta lyhyet vastaukset, jotka tarkoittivat myöntävää tai kieltävää vastausta, muokkasimme suoraan kyllä ja ei -muotoihin. Luimme litteroidun aineiston useaan kertaan ja etsimme esittämiimme kysymyksiin oleellisia asiakokonaisuuksia. Havaitimme aineistomme olevan sisällöltään niukka, joten päädyimme etsimään positiivisia ja negatiivisia kokemuksia. Merkitsimme yliviivaustussilla oleelliset ilmaukset. Löydettyämme mielestämme kaiken tarpeellisen tiedon aineistostamme aloitimme ilmausten pelkistämisen. Pelkistimme oleelliset ilmaukset selkeään yleiseen muotoon (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki oleellisten ilmausten pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
"Ei ollut varsinaista Leiko-huonetta helppo löytää, koska totta kai ihminen lompasii ensin kansliaan ja sanoo et mä oon tässä."	Leiko-huone oli vaikea löytää

Pelkistetyt ilmaukset jaottelimme omiin ryhmiinsä, joiden sisälle tulivat sekä negatiiviset että positiiviset ilmaukset samasta aiheesta. Tässä vaiheessa yhdistimme sellaiset pelkistetyt ilmaukset toisiinsa, jotka kuvasivat samaa kokemusta. Ryhmät muodostivat alaluokat, joille annettiin niiden sisältöä kuvaavat termit (taulukko 2). Alaluokkia muodostui yhteensä yhdeksän.

## TAULUKKO 2. Esimerkki pelkistettyjen ilmausten muodostamista alaluokista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leiko-huone löytyi helposti</li> <li>- Leiko-huone oli vaikea löytää</li> <li>- Siirtyminen Leiko-huoneesta leikkaussaliin oli sujuvaa</li> <li>- Leiko-huone eri kerroksessa kuin leikkaussali</li> <li>- Välimatka Leiko-huoneen ja salin välillä oli sopiva</li> </ul>	Sairaalan sisällä liikkuminen

Mielestämme alkuperäiset teemahaastatteluun luodut teemat olivat alaluokkia kuvaavia, joten päädyimme yhdistämään alaluokat niitä kuvaaviin teemoihin. Teemat muodostavat näin ollen analyysimme yläluokat (taulukko 3).

## TAULUKKO 3. Esimerkki alaluokkien yhdistämisestä yläluokkaan

Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sairaalan sisällä liikkuminen</li> <li>- Hoitajien toiminta</li> <li>- Odotusaika</li> <li>- Leikkauspäivän ohjaus</li> </ul>	Leikkauspäivän kulku

Alun perin teemoja oli neljä, mutta ohjaustilanne nimiseen teemaan emme saaneet haluamaamme sisältöä. Päädyimme jättämään tämän luokan analyysistä pois, koska se ei tuonut vastauksia tehtäviimme. Yläluokkia syntyi kolme. Yhdessä yläluokat kuvaavat Leiko-potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta (taulukko 4).

## TAULUKKO 4. Yläluokkia yhdistävä tekijä

Yläluokka	Yhdistävä tekijä
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preoperatiivisen ohjauksen sisältö</li> <li>- Leikkauspäivän kulku</li> <li>- Leiko-toiminta</li> </ul>	Potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyömme tuloksissa esittelemme niitä tekijöitä, jotka aiheuttavat potilaille positiivisia ja negatiivisia kokemuksia Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta. Yläluokkina halusimme säilyttää haastatteluissa käyttämämme teemat. Tosin yksi teema jäi pois sisällön vajavaisuuden vuoksi. Yläluokat ovat preoperatiivisen ohjauksen sisältö, leikkauspäivän kulku ja Leiko-toiminta.

### 5.1 Preoperatiivisen ohjauksen sisältö

Preoperatiivisen ohjauksen sisältöä tutkittaessa esiin nousi kolme puheenaihetta potilaiden kanssa. Ohjauksen sisältöön liittyi potilaiden kokemana vahvasti ohjauksen riittävyys, ohjauksen antotapa ja leikkausajankohdan ilmoitus. Esikäynnillä saamaansa ohjaukseen potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä.

Ohjauksen riittävyyden potilaat kokivat hyvänä. Heidän mielestään ohjauksesta ei puuttunut mitään oleellista. Tähän on voinut vaikuttaa se, että toimenpide oli suurimmalle osalle potilaista tuttu. Potilaat kokivat, että leikkauspäivän kulku tuli ohjauksessa hyvin esille. Osa potilaista kuitenkin koki, ettei ollut saanut tarpeeksi tietoa leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Potilaiden mielestä kirjallinen ohjaus oli hyvää ja kirjallisen materiaalin asiasisältö oli riittävää. Osa potilaista koki, että henkilökohtaisen ohjauksen määrä jäi vähäiseksi ja siihen liittyvä suullinen ohjaus oli myös näin ollen niukkaa. Suullinen ohjaus nähtiin kirjallisen ohjeistuksen toistamisena. Jokainen potilas mainitsi ohjauksen antotapoina kirjallisen ja suullisen ohjauksen.

Esikäynnillä tiedossa oli leikkauspäivä. Potilaat olisivat halunneet tietää myös leikkauksen alkamisajankohdan esikäynnin yhteydessä. Potilaat kokivat negatiivisena asiana sen, että tarkkaa leikkausajankohtaa ei osattu kertoa esikäynnillä. Potilaita pyydetään soittamaan leikkausta edeltävän päivän iltapäivällä Leikoyksikköön saadakseen tietää seuraavan päivän leikkauksen ajankohdan ja sai-

raalaan saapumishetken. Esiin tuli kokemus siitä, että tällöin puhelinsoiton ja sairaalaan saapumisen välinen aika jää liian lyhyeksi, vaikka potilas olisikin ehtinyt valmistautumaan seuraavaan päivään.

## 5.2 Leikkauspäivän kulku

Leiko-toimintaan ja siihen liittyvään ohjaukseen kuuluu oleellisena osana leikkauspäivän kulku. Leikkauspäivän kulku koostuu potilaiden kokemusten mukaan sairaalan sisällä liikkumisesta, hoitajien toiminnasta, Leiko-huoneessa eli odotustilassa vietetystä odotusajasta ja leikkauspäivän ohjauksesta.

Osa potilaista oli sitä mieltä, että ilmoittautumispaikkana ollut Leiko-huone löytyi helposti. Näille potilaille sairaala oli ennestään tuttu. Muut potilaat kertoivat, että Leiko-huoneeseen ohjaavat kyltit olivat vaikeasti havaittavissa. Nämä potilaat joutuivat kysymään hoitajilta neuvoa oikeaan paikkaan löytämiseksi. Potilaat kokivat, että Leiko-huoneen sijoitus leikkaussaliin nähden oli sopiva välimatkaltaan, joskin leikkaussalin sijaitseminen eri kerroksessa herätti kummastusta. Tätä ei kuitenkaan koettu negatiivisena asiana, vaan kaikkien potilaiden mielestä siirtyminen leikkaussaliin oli sujuvaa.

Potilaiden kokemukseen leikkauspäivän onnistumisesta vaikuttaa oleellisesti hoitajien toiminta. Leiko-hoitaja on vastaanottamassa Leiko-potilaat heidän saapuessaan sairaalaan leikkauspäivänä sovittuna ajankohtana. Osa potilaista tapasi hoitajan saapuessaan Leiko-huoneeseen ja kokivat vastaanoton asiallisena. Negatiivisena asiana mainittiin tähän liittyen se, ettei Leiko-hoitajaa tavattu vastaanottotilanteen jälkeen uudelleen. Osa potilaista kertoi, ettei hoitaja ollut vastaanottamassa heitä saapumisajankohtana, vaan potilas saattoi tavata Leiko-hoitajan jopa puolikin tuntia myöhemmin saapumisestaan. Nämä potilaat kokivat negatiivisena sen, että joutuivat odottamaan hoitajan tapaamista näin pitkään. Yhteisenä negatiivisena asiana potilaat mainitsivat, että hoitaja oli Leiko-huoneessa hyvin lyhyitä aikoja. Potilaat olivat kuitenkin sitä mieltä, ettei hoitaja näyttänyt mahdollista kiirettään.

Potilaat kokivat Leiko-hoitajan toiminnan asiantuntevana ja luottamusta herättävänä. Kaikki potilaat olivat sitä mieltä, että hoitajalta pystyi kysymään epäselviksi jääneitä asioita tarvittaessa. Potilaat kertoivat, etteivät kokeneet jännittyneisyyttä, eivätkä kaivanneet siihen hoitajan huomiota. Potilaiden yksityisyydestä puhuttaessa kaikki potilaat mainitsivat, että hoitajat huomioivat yksityisyyden hyvin Leiko-huoneessa. Yksityisyyttä huomioitiin muun muassa siten, että henkilökohtaiset keskustelut käytiin eri huoneessa.

Suurin osa potilaista koki Leiko-huoneessa vietetyn odotusajan sopivana, varsinkin ne potilaat, joiden leikkaus oli päivän ensimmäinen. Osa potilaista koki odotusajan liian pitkänä, kun kesto oli yli kolme tuntia. Nämä potilaat kokivat myös leikkauispäivänä aikataulusta informoimisen vähäisenä. Yleisen leikkauispäivän ohjauksen potilaat kokivat hyvänä.

### 5.3 Leiko-toiminta

Leiko-huoneen potilaat kokivat asiallisena ja asiakaslähtöisenä. Potilaat mainitsivat miellyttävänä sen, että huoneesta löytyi kirjoja, lehtiä ja televisio. Huonetta kuvailtiin valoisaksi ja neutraalisti sisustetuksi. Suurin osa potilaista piti huonetta sopivan kokoisena. Osan mielestä tila tuntui ahtaalta silloiseen henkilömäärään nähden. Huoneessa vallinnutta ilmapiiriä kuvailtiin rauhalliseksi, miellyttäväksi ja hiljaisen jännittyneeksi. Potilaat olivat tyytyväisiä silloiseen ilmapiiriin.

Leiko-toiminnan yksi erityispiirre on, että potilaat saapuvat sairaalaan vasta leikkauispäivänä. Ennen leikkauispäivää potilaat olivat kokeneet hyvänä asiana sen, että saapuminen sairaalaan oli vasta leikkauispäivänä. Kaikki potilaat olivat tyytyväisiä kyseiseen ratkaisuun vielä leikkauksen jälkeisenä päivänäkin. Potilaat kertoivat, että tulisivat seuraavankin kerran leikkausta varten sairaalaan mieluummin leikkauispäivänä kuin jo leikkausta edeltävänä päivänä. Leiko-toiminnan toinen erityispiirre on, että potilaat menevät vuodeosastolle ensimmäisen kerran leikkauksen jälkeen. Tuloksista käy ilmi, etteivät potilaat koe negatiivisena vuodeosaston ja sen henkilökunnan vierautta.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN TARKASTELU

### 6.1 Preoperatiivisen ohjauksen sisältö

Opinnäytetyömme tuloksista käy ilmi, että potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa preoperatiiviseen ohjaukseen ja heidän mielestään ohjausta sai riittävästi. Myös Keräsen ym. (2004, 4740–4741) tutkimuksessa Leiko-potilaat ovat olleet tyytyväisiä ohjauksen riittävyyteen, mutta heidän potilaansa olisivat kaivanneet enemmän ohjeistusta esivalmisteluiden tekemiseen. Opinnäytetyössämme esivalmisteluohjeet koettiin riittävinä, mutta osa potilaista koki puutteellisenä ennen leikkausta annetun ohjeistuksen liittyen leikkauksen jälkeiseen hoitoon. Toisaalta Rhodes, Miles ja Pearson (2006, 182) mainitsevat tutkimuksessaan, että leikkauksen jälkeisestä hoidosta olisi hyvä antaa tietoa koko hoitoprosessin ajan, mutta tarkat kotihoito-ohjeet tulisi antaa vasta kotiuttamisvaiheessa.

Williamsin tutkimuksessa (2007, 590) käy ilmi niiden potilaiden omaksuvan todennäköisesti paremmin tarvittavat tiedot ohjauksesta, joilla on aikaisempaa leikkauskokemusta. Opinnäytetyössämme potilaiden kokemus ohjauksen riittävyydestä voi siis liittyä siihen, että suurimmalla osalla potilaista oli aikaisempia leikkauskokemuksia. Ohjaustilanteessa hoitaja voi käyttää hyväkseen potilaan aikaisempia kokemuksia. Hän ei saa olettaa potilaan tietävän yksinkertaisia asioita. Ohjauksen on oltava samanlaista aikaisemminkin leikkauksessa olleelle kuin ensimmäistä kertaa leikkaukseen tulevalle. (Gilmartin 2004, 248.) Saarisen (2007, 71) tutkimuksessa käy ilmi, että nuoremmat potilaat ovat tyytymättömiä ohjaukseen kuin vanhemmat potilaat. Opinnäytetyössämme haastatellavat potilaat olivat iäkkäitä, joten pohdimme olisivatko tuloksemme olleet erilaisia, jos olisimme haastatelleet nuorempia potilaita.

Opinnäytetyömme tuloksista huomaa, että kirjallinen ohjaus koettiin parempana kuin suullinen ohjaus. Gilmartinin (2004, 246) tutkimuksessa potilaat kokivat suullisen ohjauksen mahdollistavan tarkentavien kysymysten teon, jolloin ohjaus vastasi hyvin henkilökohtaisiin tarpeisiin. Opinnäytetyössämme henkilökohtainen ohjaus koettiin heikkona, koska suullinen ohjaus oli potilaiden mielestä



vähäistä. Rhodes ym. (2006, 182) saivat tutkimuksessaan selville, että varsinkin preoperatiivisessa vaiheessa hoitotyytyväisyyteen ja potilaiden käsitykseen hoidosta vaikuttaa merkitsevästi hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen kommunikointi. Opinnäytetyömme tuloksien mukaan potilaat kokivat kirjallisen ohjausmateriaalin asiasisällön riittäväksi. Gilmartin (2004) tuo tutkimuksessaan esille, että kirjallinen materiaali mahdollistaa paremmin tärkeiden asioiden oppimisen. Kirjallisen materiaalin hyvänä puolena on myös se, että potilaat eivät ahdistu tulevasta toimenpiteestä niin paljon, kun he pystyvät kertaamaan oppimiaan asioita rauhassa kotona. (Gilmartin 2004, 248.)

## 6.2 Leikkauspäivän kulku

Rhodesin ym. (2006) mukaan potilastyytyväisyyteen vaikuttaa vahvasti se, että hoitohenkilökunta huomioi potilaat yksilöinä ja kohtelee heitä arvostavasti ja kunnioittavasti. Lisäksi tyytyväisyyteen vaikuttaa hoitohenkilökunnan fyysinen ja psyykkinen läsnäolo. (Rhodes ym. 2006, 184.) Opinnäytetyössämme ilmeni, että hoitajia näkyi Leiko-huoneessa hyvin vähän, mikä aiheutti potilaissa tyytymättömyyttä. Tyytymättömyys saattaa selittyä sillä, että potilaat kokevat itsensä huomaamattomiksi, kun hoitajat eivät osoita kiinnostusta heidän sairaalassaoloaan kohtaan. Tuloksista selviää myös potilaiden kokeneen, että heidän yksityisyytensä huomioitiin Leiko-huoneessa. Yksityisyyden huomioiminen on hyvin tärkeää Rhodesin ym. (2006) mukaan, koska silloin potilas kokee hallitsevansa tilannetta. Heidän tuloksistaan käy ilmi, että potilaiden haavoittuvaisuus ja ahdistuneisuus lisääntyy, jos yksityisyyttä ei kunnioiteta. (Rhodes ym. 2006, 183.)

Haavoittuvaisuus ja ahdistuneisuus lisääntyvät monien tutkimusten mukaan myös, jos potilaat joutuvat odottamaan pidempään kuin olivat ajatelleet. Näissä tutkimuksissa potilaat kaipaivat väliaikatietoja odotusajasta sairaalassa ollessaan. (Rhodes ym. 2006, 182, 184; Gilmartin & Wright 2008, 2423.) Saarisen (2007, 69) tutkimuksessa huomattiin potilaiden tyytymättömyyden lisääntyvän silloin, kun heille on epäselvää kuinka kauan he joutuvat vielä odottamaan ja miksi odotusaika venyy. Opinnäytetyömme tuloksista huomaa potilaiden kaivanneen väliaikatietoja odottaessaan leikkaukseen pääsyä.

### 6.3 Leiko-toiminta

Pellikan, Lukkarisen ja Isolan (2003) mukaan fyysinen hoitoympäristö vaikuttaa merkitsevästi siihen, kuinka hyvänä hoito koetaan. Heidän tutkimuksensa mukaan potilaat kiinnittivät paljon huomiota odotustilojen viihtyvyyteen ja järjestykseen. (Pellikka ym. 2003, 176–177). Saarisen (2007, 69) tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat pitivät negatiivisina asioina muun muassa odotustilan rauhatomuutta ja kovaäänisyyttä. Opinnäytetyömme tuloksien mukaan potilaat olivat tyytyväisiä Leiko-huoneeseen ja sen viihtyvyyteen. Potilaat olivat huomioineet monia viihtyvyyteen liittyviä asioita, kuten erilaiset viihdykkeet ja huoneen sisustus.

Tuloksistamme käy ilmi, että potilaat olivat tyytyväisiä Leiko-toimintaan kokonaisuutena. Kaikki potilaat tulisivat toistekin leikkaukseen Leiko-potilaan hoitopolun kautta. Samoja tuloksia on saatu myös muissa Leiko-tutkimuksissa (Keränen ym. 2004, 4742; Yli-Hauta 2011, 30). Keräsen ym. (2004, 4742) tutkimuksessa selvisi, että potilaat haluavat pysyä kotona mahdollisimman pitkään ennen leikkausta. Tämä käy ilmi myös omissa tuloksissamme.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä, joita tutkijan tulisi noudattaa tutkimusta tehdessään (Vilkka 2005, 30). Yleisesti eettisellä ajattelulla tarkoitetaan ihmisen kykyä pohtia oikeaa ja väärää sekä omien että yhteisön arvojen kautta. Tutkimusetiikassa tämä tarkoittaa, että tutkija pohtii, mikä on tutkimuksen teossa omien ja yhteisön arvojen mukaista. Hyvässä tutkimusetiikassa tutkijalla on kyky ja halu keskustella avoimesti tutkimuksestaan nousevista ongelmista ja kriittisistä kysymyksistä riippumatta siitä, mihin kritiikki liittyy. (Kuula 2006, 21, 39.)

Hyvä tieteellinen käytäntö vaatii tutkijaa käyttämään harkitusti oman tieteenalansa kirjallisuutta ja yleisesti hyväksyttyjä tutkimusmenetelmiä. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijan toimivan rehellisesti ja vilpittömästi toisia tutkijoita ja tutkittavia kohtaan. Tutkijan tulee merkitä käyttämiinsä toisen tutkijan ajatuksiin lähdeviittaukset oikein ja selkeästi. Tutkija ei siis voi esittää toisten ajatuksia ominansa eikä myöskään vääristellä toisten esittämiä ajatuksia. (Vilkka 2005, 30–31.) Tutkittavien sanomisia ei sovi vääristellä ja muokata mieleisekseen, vaan asiasisältö pidetään sellaisena, kuin tutkittava on sen tarkoittanut. Tutkija ei johdattele tutkimustuloksia omien tarkoituksiensa suuntaan. (Kuula 2006, 36–38.)

Tutkittavien osallistumispäätökseen vaikuttaa se, mitä osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa tutkittavalle. Tutkijan tulee kertoa tutkittavalle, millainen aineistonkeruu on kyseessä, mihin tutkimusaineistoa käytetään, käytettävät tallennusvälineet ja arvio siitä, paljonko aikaa tutkimukseen osallistuminen vie. Tutkittavien motivoimiseksi tutkija voi kertoa, millaista uutta tietoa tutkimuksella tavoitellaan ja mitä hyötyä siitä on. Näiden tietojen avulla tutkittava voi tehdä vapaaehtoisen päätöksen tutkimukseen osallistumisestaan. Vapaaehtoisuuden on oltava ehdotonta. Tämä tarkoittaa, että tutkittava voi perua osallistumisensa tutkimukseen, missä vaiheessa tahansa. (Kuula 2006, 87, 105–107, 115, 121.)

Tutkittaville annetaan lupaus anonyymina pysymisestä osallistuessaan tutkimukseen. Tämä tarkoittaa, etteivät ulkopuoliset henkilöt saa tietää heidän osallistumisestaan tutkimukseen, eikä tutkimuksessa esitetä mitään sellaista, josta tutkittavat olisi mahdollista tunnistaa. Tutkittaville annetaan kirjallista informaatiota tutkimuksesta. Heiltä pyydetään kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta, jos aineisto kerätään suoraan heiltä itseltään ja se tallennetaan sellaisenaan, esimerkiksi haastattelussa. Vastuu tutkittavien yksityisyyden suojasta on tutkijalla. Hänen täytyy harkintansa mukaisesti jättää raportistaan pois sellaiset asiat, joista tutkittava on mahdollista tunnistaa. Tutkittavien suojaamiseen kuuluu myös tallenteiden ja kirjallisten suostumuslomakkeiden asianmukainen säilytys ja hävittäminen. (Kuula 2006, 64, 119, 201, 204.)

Opinnäytetyössämme olemme noudattaneet eettisiä periaatteita ja koemme opinnäytetyömme oleva eettisesti luotettava. Olemme työssämme pitäneet omat ajatuksemme erillään lähdekirjallisuudesta saamastamme materiaalista ja olemme huolehtineet asianmukaisista lähdeviittauksista. Haimme opinnäytetyöllemme asianmukaisen tutkimusluvan ja olemme tiedottaneet potilaille tutkimuksesta eri tavoin. Potilailta on kysytty sekä suullinen että kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Potilaille kerrottiin työmme aihe, tarkoitus, hyöty, haastatteluiden tallennustapa, haastattelun arvioitu kesto ja kuinka huolehdimme heidän anonyymina pysymisestään.

## 7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida monilla erilaisilla menetelmillä. Näistä yleisimpiä ovat tutkimuksen toistettavuuden ja pätevyyden arviointi. Tutkimuksen toistettavuus tarkoittaa sitä, että kuka tahansa tutkija pystyy saamaan samat tutkimustulokset samaa menetelmää käyttäen. Tällöin tutkimustulokset eivät voi olla sattumanvaraisia. Pätevässä tutkimuksessa on saatu vastaus tutkimustehtäviin. Tutkija on osannut valita sellaisen tutkimusmenetelmän, joka pystyy mittaamaan tutkittavaa asiaa. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija on pystynyt kuvaamaan tutkimusprosessinsa tarkasti niin,

että lukija päätyy lukiessaan samoihin tuloksiin kuin tutkimuksen tekijä. (Vilkkä 2005, 159–161; Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkijat ovat käyttäneet kriittisesti alan kirjallisuutta. Tähän kuuluu, että tutkija pyrkii käyttämään tuoreita lähteitä, jotka ovat saman tieteenalan asiantuntijoiden kirjoittamia. Lähdeettä valittaessa tutkijan on hyvä tarkistaa, että julkaisupaikka on luotettava ja yleisesti hyväksytty. (Hirsjärvi ym. 2007, 109–110.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa on hyvä kiinnittää huomiota myös tutkijan puolueettomuuteen. Tutkimuksen teossa tehtyihin valintoihin vaikuttaa aina tutkijan omat näkemykset ja arvot. Tästä huolimatta on pyrittävä siihen, että arvot eivät ohjaisi tutkimuksen etenemistä, vaan tutkijan pitäisi pysyä puolueettomana ja pohtia omien arvojensa vaikutusta tutkimusprosessin etenemiseen. Esimerkiksi tutkijan ikä, sukupuoli, uskonto ja kansalaisuus ovat sellaisia arvoja, jotka saattavat vaikuttaa suhtautumiseen tutkittaviin ja tutkimuskohteeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.)

Haastattelututkimuksessa luotettavuuteen vaikuttaa kysymysten asettelut, tutkittavien vastaukset ja haastattelun onnistuminen. Teemahaastattelussa tutkijan on osattava valita oikeat teemat, joiden avulla saadaan vastaus asetettuihin tutkimustehtäviin. Kysymysten asettelussa tutkijan täytyy pyrkiä siihen, että tutkittava ymmärtää esitetyt kysymykset samanlailla kuin tutkijakin. Tämä voi olla teemahaastattelussa ongelmallista, koska kysymyksiä ei ole etukäteen hiottu. Luotettavuutta saattaa heikentää se, että tutkittavat pyrkivät antamaan sellaisia vastauksia, joita ajattelee tutkijan tavoittelevan. Tutkittavilla on myös taipumus antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia, näin ollen heidän oma mielipiteensä ei välttämättä tule esille. Nämä seikat johtavat tutkimustulosten vääristymiseen. (Vilkkä 2005, 104–105, 161; Hirsjärvi ym. 2007, 201.)

Haastattelun onnistumiseen vaikuttaa olennaisesti tutkijan kyky toimia haastattelijana. Ennen varsinaista haastattelua on tutkijan hyvä harjoitella haastattelemista. Samalla tutkija voi testata käyttämänsä tallennusmenetelmänsä toimintaa ja haastattelukysymystensä toimivuutta. Harjoittelu vähentää tutkijan haastatte-

lutilanteeseen liittyvää jännitystä. Tutkijan tehtävä on haastattelun aikana pitää haastattelutilanne rentona, motivoida tutkittavaa, ylläpitää keskustelua ja esittää tarkentavia kysymyksiä. Mahdollisuuksien mukaan tutkijan kannattaa tutustua etukäteen haastattelutilaan ja minimoida mahdolliset häiriötekijät. Haastattelutilalla on merkitystä haastattelun laatuun, koska tutkittava voi häiriintyä esimerkiksi hälystä. (Vilkka 2005, 103, 109, 112; Metsämuuronen 2006, 113.) Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkittavien lukumäärä on riittävä. Määrä on riittävä silloin, kun haastatteluissa ei tule esiin uusia näkökulmia tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.)

Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet lähteitä harkitusti ja kriittisesti. Koemme lähteidemme olevan ajantasaisia ja tutkittavaan aiheeseen liittyviä. Mielestämme lähdekritiikki tekee työstämme omalta osaltaan luotettavan. Opinnäytetyössämme koemme luotettavuuden kannalta tärkeäksi tekijäksi oman kokemattomuutemme tutkijoina. Prosessin alussa tutustuimme Leiko-toimintaan kirjallisuuden avulla ja yhdessä päätimme käsiteltävät teemat. Kokemattomuutemme vuoksi päädyimme miettimään teemojen sisälle alustavia kysymyksiä, jotta haastattelu olisi helpompi toteuttaa. Haastattelutilanteen luontevuus ja rentous on saattanut kärsiä siitä, ettemme testanneet haastatteluamme. Koehaastattelun puuttumisen vuoksi käytimme rakenteeltaan heikkoja kysymyksiä, joiden vuoksi vastaukset loivat aineistostamme niukan. Vastausten luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että haastattelutilat olivat potilashuoneita, joissa haastatteluhetkellä oli muita potilaita. Muiden potilaiden läsnäolo on saattanut vaikuttaa tutkittavien vastauksiin. Tämän olisi voinut välttää varmistamalla etukäteen haastattelutilan rauhallisuuden.

Itse haastattelut teimme erillämme, joten emme voi olla täysin varmoja, että olemme toteuttaneet haastattelut yhteneväisesti. Haastattelijoina koemme heikokutenamme tarkentavien kysymysten esittämisen keskustelun aikana. Tämän vuoksi aineistomme sisältää vähän kuvailevia ilmauksia. Neljän haastattelun jälkeen huomasimme, että vastaukset alkoivat jo toistaa toisiaan, joten koimme aineistoa olevan tarpeeksi. Jälkikäteen olemme pohtineet, onko kysymyksissämme ollut sellaisia sanoja, jotka ovat olleet tutkittaville vieraita. Sanojen vie-

raus tutkittaville on saattanut aiheuttaa sen, ettemme ole saaneet luotettavaa vastausta asetetulle kysymykselle.

Aineistomme niukkuuden vuoksi litteroimme vain osan aineistosta, koska emme kokeneet tarpeelliseksi litteroida myöntäviä ja kieltäviä vastauksia. Aineiston niukkuus vaikutti vahvasti myös sisällönanalyysin tekoon. Aloimme tutkia aineistoamme ilman odotuksia, mutta huomasimme nopeasti, että aineistosta nousi esille vain positiivisia ja negatiivisia kokemuksia. Tämä johti siihen, että tuloksissa esittelemme näitä kokemuksia Leiko-toiminnasta ja siihen liittyvästä ohjauksesta.

Ajattelemme, että aineistollamme pystyimme vastaamaan tutkimustehtäviimme. Koemme, että saimme aineistosta luotettavasti esiin positiivisia ja negatiivisia kokemuksia. Aineiston analyysi olisi voinut olla luotettavampi, jos meillä olisi ollut enemmän kuvailevia vastauksia. Olemme mielestämme kuvanneet opinnäytetyöprosessimme selkeästi ja uskomme opinnäytteemme olevan toistettavissa samanlaisin tuloksin. Opinnäytetyömme luotettavuuden puolesta puhuu myös, että aikaisemmat Leiko-potilaiden tyytyväisyystutkimukset (liite 4) ovat tuottaneet samankaltaisia tuloksia.

### 7.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyömme tuloksista selviää, että potilaat olivat tyytyväisiä Leiko-toimintaan ja siihen liittyvään ohjaukseen kokonaisuutena. Tässä esiteltävät kehittämisehdotukset tulevat suoraan niistä asioista, jotka potilaat kokivat negatiivisina hoitoprosessissaan.

Yhtenä kehittämiskohtana nousi esille leikkauspäivän aikataulujen informointi. Tähän liittyvänä kehittämisehdotuksena on, että tarkka leikkausajankohta voisi olla selvillä aikaisemmin kuin vasta leikkausta edeltävänä päivänä, esimerkiksi esikäynnillä. Lisäksi leikkauspäivänä voisi kiinnittää enemmän huomiota siihen, että potilas on selvillä oman odotusaikansa kestosta ja siihen liittyvistä muutoksista. Yhdeksi kehittämisehdotukseksi toisimme esille sairaalan sisäisen opas-

tuksen. Leiko-huoneeseen opastavat kyltit voisi sijoittaa silmien tasolle, kun haastatteluajankohtana ne olivat katonrajassa. Ohjaukseen liittyvänä kehittä-misehdotuksena olisi suullisen ohjauksen lisääminen.

Meidän mielestämme olisi mielenkiintoista nähdä millaisia tuloksia samasta tut-kimuksesta tulisi, jos tutkittavina olisi nuoria potilaita. Jatkossa voisi vertailla saman sairaalan sisällä Leiko-potilaiden ja päiväkirurgisten potilaiden eroa hoi-toon tyytyväisyydestä. Leiko-toiminnan yleistyessä olisi hyvä vertailla Leiko-toimintaan liittyvän hoidon eroja paikkakuntien välillä.



## LÄHTEET

Ashley, J. 2010. Preoperative Nursing. Teoksessa Osborn, K., Wraa, C. & Watson, A. (toim.) Medical-surgical Nursing – preparation for practice. USA: Pearson, 586–617.

Caudle, P. & Kaudewitz, L. 2010. Caring for the Patient with Male Reproductive Disorders. Teoksessa Osborn, K., Wraa, C. & Watson, A. (toim.) Medical-surgical Nursing – preparation for practice. USA: Pearson, 1567–1593.

Erämies, T. & Kuurne, S. 2010. Preoperatiivinen hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Ailila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 332.

Gilmartin, J. 2004. Day Surgery: Patients' Perceptions of a Nurse-Led Preadmission Clinic. *Journal of Clinical Nursing* 13, 243–250.

Gilmartin, J. & Wright, K. 2008. Day Surgery: Patients' Felt Abandoned During the Preoperative Wait. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2418–2425.

Hautakangas, A., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.

Hervonen, H. & Virtanen, I. 2002. Virtsateiden rakenne. Teoksessa Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) *Urologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–23.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2001. Sisätautikirurginen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. Helsinki: WSOY.

Järvi, U. 2008. Kotisohvalta suoraan leikkauspöydälle. *Suomen Lääkärilehti* 1–2, 9–11.

Kelloniemi, E., Hovi, S.-L., Sihvo, S., Grahn, R., Vuori, I. & Hellström, P. 2010. Fotodynaaminen menetelmä virtsarakkosyövän diagnostiikassa ja hoidossa. *Suomen lääkäri* 35, 2759–2764.

Keränen U. 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Duodecim* 2006; 122, 1412–1413.

Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006. LEIKO – prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen lääkäri* 36, 3603–3605.

Keränen, U., Tohmo, H. & Laine, P. 2004. Leikkaukseen kotoa (Leiko) – potilastyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. Suomen lääkärilehti 48, 4739–4743.

Koistinen, H., Marttila, T., Ikonen, T. S. & Roine, R. P. 2009. Viherlaser eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun hoidossa. Suomen lääkärilehti 64, 27–32.

Kruzik, N. 2009. Benefits of Preoperative Educations for Adult Elective Surgery Patients. AORN journal 90, 381–387.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.08.1992/785.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsitteitä. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 79–148.

Norlén, B. J. & Schenkmanis, U. 2008. Eturauhassyöpä. Suom. Salonen, S., alkuperäinen teos 2004. Helsinki: WSOY.

Nurmi, M. 2011. Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun hoito. Duodecim 2011; 127, 601–606.

Pajunen, M. 2009. Leiko – toiminta käynnistyi Hatanpään kantasairaalassa. 5.8.2009. Luettu 2.5.2011. [www.tampere.fi](http://www.tampere.fi).

Pellikka, H., Lukkarinen, H. & Isola, A. 2003. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. Hoitotiede 15, 166–179.

Perttilä, I. Eturauhasen liikakasvu. Luettu 17.5.2011. [www.therapiafennica.fi](http://www.therapiafennica.fi).

Raitanen, M. 2010. Uusia työkaluja virtsarakkosyövän diagnostiikkaan ja hoitoon. Suomen lääkärilehti 35, 2741.

Rhodes, L., Miles, G. & Pearson, A. 2006. Patient Subjective Experience and Satisfaction During the Perioperative Period in the Day Surgery Settings: A Systematic Review. International Journal of Nursing Practise 12, 178–192.

Rintala, E. 2010. Virtsateiden kasvaimet. Teoksessa Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 841–858.

Roberts, P. J. & Joensuu, H. 2006. Kliininen diagnostiikka ja levinneisyysluokittelu. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76–79.

Saarinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Sequeiros, G. B., Nurmi, M. & Salminen, E. 2006. Virtsaelinten syöpä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 405–422.

Suomen Syöpärekisteri. 2009a. Yleisimmät syövät vuonna 2009, MIEHET. Päivitetty 21.10.2011. Tulostettu 18.11.2011.  
www.syoparekisteri.fi.

Suomen Syöpärekisteri. 2009b. Yleisimmät syövät vuonna 2009, NAISET. Päivitetty 21.10.2011. Tulostettu 18.11.2011.  
www.syoparekisteri.fi.

Tammela, T. 2009. Eturauhasen liikakasvu. Duodecim 2009: 125, 1979–1982.

Tammela, T. 2002. Hyvänlaatuinen eturauhasen liikakasvu. Teoksessa Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) Urologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 271–286.

Terveystieteiden laitos 30.12.2010/1326.

Tohmo, H. 2010. Miten Leiko – toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? Finnanest 4, 310–311.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja Lue – Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuominen, M. 2010. Päiväkirurgisen potilaan hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Ailila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 332–333.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Williams, B. 2007. Supporting Self-Care of Patients Following General Abdominal Surgery. Journal of Clinical Nursing 17, 584–592.

Wraa, C. 2010. Caring for the Patient with Renal and Urinary Disorders. Teoksessa Osborn, K., Wraa, C. & Watson, A. (toim.) Medical-surgical Nursing – preparation for practice. USA: Pearson, 1463–1501.

Yli-Hauta, E. 2011. Potilaiden tyytyväisyys Leiko-toimintaan Rauman aluesairaalaissa. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

## Haastattelun teemat

### 1. Ohjaustilanne

- Mm. ohjaustilanteen miellyttävyys, ajankäyttö

### 2. Preoperatiivisen ohjauksen sisältö

- Mm. saiko potilas tietoa: leikkaukseen valmistautumisesta kotona, leikkauspäivän kulusta

### 3. Leikkauspäivän kulku

- Mm. Leiko-tilojen toimivuus, mahdolliset valmistelut

### 4. Leiko-toiminta

- Mm. miten esivalmistelut sujuivat potilaalta kotona, tulisiko potilas mieluummin leikkausta edeltävänä päivänä osastolle

Saatekirje

*Hyvä LEIKO – yksikön asiakas!*

*Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Opinnäytetyömme aihe on suoraan leikkaukseen tulevien potilaiden (LEIKO) tyytyväisyyskysely, jossa selvitämme potilaiden mielipiteitä itse LEIKO – toiminnasta ja ennen leikkausta saadusta ohjauksesta.*

*Toteutamme tutkimuksemme noin 30 minuutin haastatteluna. Haastattelussa kysymme Teidän mielipiteitänne ja tyytyväisyyttänne ennen leikkausta saadusta ohjauksesta, ohjauksen sisällöstä, leikkauspäivän kuluista ja kokemuksianne saapumisesta leikkaukseen vasta leikkauspäivän aamuna. Haluamme kartoittaa kokemuksianne ohjauksesta, jotta siitä saataisiin entistä laadukkaampaa. Teidän osallistumisenne tutkimukseemme on meille ja LEIKO – toiminnalle tärkeää.*

*Nauhoitamme haastattelut aineiston käsittelyä varten ja tallenteet hävitämme asianmukaisesti aineiston käsittelyn jälkeen. Käsitlemme haastattelun vastaukset luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytenne tule ilmi missään vaiheessa. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista eikä se vaikuta saamaanne hoitoon millään tavalla.*

*Avustanne kiitollisina,*

*Sairaanhoitajaopiskelijat Johanna Lehto ja Sirja Lehtonen*

**SUOSTUMUS**

TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

**LEIKO -potilaan kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää LEIKO-potilaiden mielipiteitä LEIKO-toiminnasta ja ennen leikkausta saadusta ohjauksesta. Olen myös saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan  
opinnäytetyöhön:

\_\_\_\_\_

Suostumuksen  
vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

Opinnäytetyön tekijän  
allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

## LIITE 4: 1 (4)

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Gilmartin (2004) Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led pre-admission clinic	Tutkimuksen tarkoituksena oli saada selville potilaiden käsityksiä esikäynnillä saadusta ohjauksesta.	Kvalitatiivinen tutkimus Tiedonkeruu teemahaastattelulla, tiedonantajina 30 potilasta (N=30) Sisällönanalyysi	- Hoitajien pitämät esikäynnit toimivat tehokkaasti - Suurin osa potilaista koki ohjauksen riittäväksi - Suurin osa potilaista koki saaneensa ymmärrettävässä muodossa ohjausta toimenpiteestä, arvostivat saamansa terveysneuvontaa ja kokivat saaneensa mahdollisuuden kysyä epäselviä asioita
Gilmartin & Wright (2008) Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja tulkita potilaiden kokemuksia nykyisestä päiväkirurgisesta toiminnasta.	Kvalitatiivinen tutkimus Tiedonkeruu strukturoimattomalla haastattelulla, tiedonantajina 20 päiväkirurgista potilasta (N=20) Sisällönanalyysi	- Suurin osa potilaista koki hyljätyn tulon tunnetta preoperatiivisessa vaiheessa - Potilaat kokivat, etteivät hoitajat tunnistanneet psykologisen tuen tarvetta - Tärkeää olisi parantaa hoidossa annettavan henkilökohtaisen tuen määrää ja ymmärtää ympäristön vaikutus potilaiden ahdistuneisuuteen ja pelkoihin.
Keränen, Tohmo & Laine (2004) Leikkaukseen kotona (Leiko) – potilastyytyvyys Hyvinkään sairaalassa	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia Leikoyksikössä tapahtuvan prosessin eri vaiheita ja potilaan kokonaiskäsitystä tulostaan sairaalaan leikkauspäivän aamuna.	Kvantitatiivinen tutkimus Tiedonkeruu strukturoidulla kyselylomakkeella, tiedonantajina 250 Leikopotilasta (N=250) Tilastollinen aineiston käsittely SPSS-ohjelmalla	- suurin osa potilaista haluaa pysyä kotona mahdollisimman pitkään ennen leikkausta - potilaat ymmärtävät annetun informaation ja pystyvät toimimaan annettujen ohjeiden mukaan

(jatkuu)

## LIITE 4: 2 (4)

Pellikka, Lukkari- nen & Iso- la (2003) Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteis- päivystyk- sessä	Tutkimuksen tarkoitukse- na on selvittää yhteis- päivystyksessä hoidettu- jen potilaiden käsityksiä hoitoon liittyneistä toimin- noista ja hoitoprosessin etenemisestä.	Kvantitatiivi- nen tutkimus Tiedonkeruu strukturoidul- la Hyvä hoito- mittarilla, tie- donantajina 82 potilasta (N=150), vas- tausprosentti 54,7% Tilastollinen aineiston kä- sittely SPSS- ohjelmalla	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pääosin potilaat oli- vat tyytyväisiä hoitaji- en toimintaan</li> <li>- Osa potilaista koki, ettei ollut tarpeeksi tuettu omatoimisuus- teen hoidon aikana</li> <li>- Tyytymättömmimpiä potilaat olivat roh- kaisuun ja kannustuk- seen</li> <li>- Kehittämiskohteiksi muodostui nopea hoi- don aloittaminen, ki- vun hoito, potilaan tu- keminen osallistumaan omaan hoitoonsa ja potilaiden ajan tasalla pitäminen hoidostaan</li> </ul>
Rhodes, Miles & Pearson (2006) Patient subjective experi- ence and satisfac- tion during the peri- operative period in the day surgery settings: A systematic review	<p>Tutkimuksen tarkoitukse- na on tuoda esiin kattava tieto siitä, kuinka potilaat kokevat hoitajien toimin- nan päiväkirurgisen hoito- jakson aikana.</p> <p>Tehtävät</p> <p>1. Mitkä asiat hoitajien toiminnassa potilaiden mielestä lisäävät hoitotyy- tyväisyyttä päiväkirurgi- sen potilaan hoitojakson aikana?</p> <p>Tavoitteena on selvittää erot potilaan odotusten ja hänen subjektiivisen ko- kemuksen välillä ja tun- nistaa ne hoitajan toimet, jotka vaikuttavat hoitotyy- tyväisyyteen.</p>	Systemaatti- nen kirjalli- suus-katsaus Tiedonkeruu viidestä kvali- tatiivisesta tutkimukses- ta, jotka käsit- televät poti- laiden koke- muksia päi- väkirurgiasta Sisällönana- lyysi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- potilaille tärkeitä asi- oita hoitojakson aikana ovat esikäynti ja tarkat ohjeet</li> <li>- Hoitajien tulisi kehit- tää kommunikointitai- tojansa ja osata pa- remmin potilaan yksi- tyisyyden suojaaminen</li> </ul>
Saarinen (2007) Hoidon laatu päi- vystyspoli- klinikalla potilaan näkökul-	Tutkimuksen tarkoitukse- na oli kuvata potilaiden käsityksiä saamansa hoi- don laadusta kahden yliopistosairaalan, HYKS Jorvin sairaalan ja HYKS, Peijaksen sairaalan päi- vystyspoliklinikoilla.	Kvantitatiivis- kvalitatiivinen tutkimus Tiedonkeruu strukturoidul- la Hyvä hoito- mittarilla sekä potilaspalaut- teista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilaat olivat yleen- sä ottaen tyytyväisiä hoitoon kaikilla osa- alueilla.</li> <li>- Vuorovaikutukseen oli valtaosa potilaista myös hyvin tyytyväisiä</li> </ul>

(jatkuu)



## LIITE 4: 3 (4)

<p>masta.</p> <p>Pro gradu -tutkielma</p>	<p>1. Miten tyytyväisiä Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden päivystyspoliklinikoiden potilaat ovat hoitajien ammattitaitoon, hoitajien antamaan opetukseen ja ohjaukseen sekä hoito-henkilökunnan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen?</p> <p>2. Miten tyytyväisiä Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden päivystyspoliklinikoiden potilaat ovat hoitoorganisaation toimintaan?</p> <p>3. Miten potilaan sosio-demografiset tekijät ovat yhteydessä hoitoa kohtaan tunnettuun tyytyväisyyteen Jorvin ja Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikoilla?</p> <p>Tavoitteena on tuottaa tietoa päivystyspoliklinikoilla olevista hoidon laatuopista.</p>	<p>Kyselylomakkeita palautui 135 (N=364), vastausprosentti 37%. Potilaspalautteita saatiin 69 kappaletta. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS-ohjelmalla ja kvalitatiivinen aineisto sisälönanalyysillä.</p>	<p>- Nuoret olivat selvästi keski-ikäisiä tai yli 65-vuotiaita tyytymättömmämpiä ohjaukseen</p> <p>- Hoito-organisaatiota koskevista tekijöistä odottaminen ja siitä informoiminen nousivat keskeisiksi tyytymättömyyttä aiheuttavaksi tekijäksi.</p>
<p>Williams (2007) Supporting self-care of patients following general abdominal surgery</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää onko potilaiden vatsaleikkauksen jälkeen saamat kotihoito-ohjeet riittäviä kotona pärjäämistä varten.</p> <p>Ongelmat:</p> <p>1. Ovatko vatsaleikkauspotilaat saaneet kotiuttamisvaiheessa ohjeita kivunhoidosta, haavanhoidosta, liikunnasta, ravitsemuksesta ja komplikaatioista?</p> <p>2. Ovatko kotihoito-ohjeet vatsaleikkauspotilaiden mielestä tarpeeksi hyvät, jotta he sitoutuvat toteut-</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Tiedonkeruu tehtiin sairaalassa itsearviointilomakkeella ja kotiutumisen jälkeen puhe- linhaastattelulla 135 potilaalle.</p> <p>(N=135)</p> <p>Tilastollinen aineiston käsittely SPSS-ohjelmalla</p>	<p>- Potilaat, jotka olivat saaneet kotituessaan tietoa kivunhoidosta, haavanhoidosta, liikunnasta, ravitsemuksesta ja komplikaatioista, kokivat annetun ohjeistuksen olleet riittävää kotiutumismisvaiheessa ja tiedon riittäneen koko parantumisprosessin ajaksi.</p> <p>- Noin puolet potilaista koki, ettei ollut saanut ohjausta tai saatu ohjaus oli puutteellista.</p>

(jatkuu)

## LIITE 4: 4 (4)

	<p>tamaan itsehoitoa?</p> <p>3. Ovatko kotihoito-ohjeet vatsaleikkauspotilaiden mielestä tarpeeksi hyvät, jotta he pystyvät toteuttamaan kotihoitoa itse ilman hoitohenkilökunnan tukea?</p> <p>4. Vaikuttaako ohjeistuksen muoto (suullinen vs. kirjallinen) potilaiden tarpeeseen ottaa yhteyttä hoitohenkilökuntaan kotiutumisen jälkeen?</p>		<p>Nämä potilaat kokivat tästä syystä sellaisia huolia, että joutuivat ottamaan yhteyttä sairaalaan.</p>
<p>Yli-Hauta (2011) Potilaiden tyytyväisyys Leiko-toimintaan Rauman aluesairaalaassa</p> <p>Opinnäytetyö</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden tyytyväisyyttä Rauman aluesairaalan LEIKO -toimintaan ja potilaiden saamaan ohjaukseen.</p> <p>Ongelmat:</p> <p>1. Miten ennen leikkausta saadun kutsukirjeen tieto vastaa potilaiden tarpeisiin?</p> <p>2. Mitä mieltä potilaat ovat hoitajan yhteydenotosta ennen leikkausta?</p> <p>3. Miten tyytyväisiä potilaat ovat LEIKO -yksikön odotustiloihin?</p> <p>4. Miten potilaat kokevat leikkauspäivän toiminnan LEIKO -yksikössä?</p> <p>5. Miten potilaat kehittäsivät LEIKO -yksikön toimintaa?</p> <p>Tavoitteena oli, että tutkimustulosten avulla voidaan kehittää LEIKO -toimintaa ja sen potilaslähtöisyyttä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Tiedonkeruumenetelmänä kyselylomake, tiedonantajina 106 potilasta. (N=120) Vastausprosentti 88%</p> <p>Tilastollinen aineiston käsittely SPSS-ohjelmalla</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suurin osa potilaista tuli sairaalaan mie-luummin vasta leikkauspäivän aamuna.</li> <li>- Potilaat olivat kutsukirjeeseen melko tyytyväisiä.</li> <li>- Hoitajan puhelinsoittoa toivottiin tarkempaa tietoa leikkauspäivän kulusta ja tulevasta leikkauksesta.</li> <li>- Hoitajien toimintaan oltiin hyvin tyytyväisiä.</li> </ul>