



GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN KOTIUTUMISEN TUKEMINEN

Kati Mäkelä
Suvi Mäkinen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MÄKELÄ KATI & MÄKINEN SUVI

Gynekologisen leikkauspotilaan kotiutumisen tukeminen

Opinnäytetyö 34 s., liitteet 7 s.

Lokakuu 2010

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan käyttämiä tukemisen keinoja gynekologisen potilaan kotiutumisessa kirurgisesta toimenpiteestä. Tämän työn tavoitteena oli lisätä tietoa sairaanhoitajien käyttämistä keinoista ja kehittää potilaan kotiutumista osastolta. Opinnäytetyömme teimme yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyömme on luonteeltaan kvalitatiivinen. Käytimme teema-haastattelua aineiston keräämiseen ja analysoimme sen sisällönanalyysillä.

Gynekologisen potilaan kotiutuminen on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutustilanne, johon hoitaja vaikuttaa ammattitaidollaan potilaan selviytymisen tukemiseen kotiutumisessa. Hoitajan ammattitaitoon kuuluu hoitajan voimavarat, hoitajan käyttämät emotionaalisen tuen keinot ja kotihoito- ohjeistuksen sisällön hallinta. Ammattitaitoinen hoitaja antaa hyvät lähtökohdat potilaan kotiutumiselle. Potilaan selviytymisen tukemisen avulla potilas selviytyy itsenäisesti omahoidosta ja luo turvaa kotiutumiseen. Potilaan selviytymisen tukemiseen kotiutumisessa kuuluu potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, potilaan voimavarojen ja potilaan yksilöllisyyden huomiointi.

Opinnäytetyömme herättää hoitajia pohtimaan omaa toimintaansa kotiuttamisessa. Tulevaisuudessa voisi tehdä selkeät ohjeistukset hoitajille kotiutusohjauksesta, jotta kaikki potilaat saisivat samat tiedot. Hoitajien tulisi saada koulutusta eri kulttuuritaustaisten gynekologisten potilaiden kohtaamiseen ja kotiuttamiseen.

Asiasanat: gynekologinen potilas, kotiuttaminen, ohjaus, tukeminen, yksilöllisyys

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing and Health Care

Mäkelä, Kati & Mäkinen, Suvi

Supporting in Discharge of Gynecological Postoperative Patient

Bachelor's thesis 34 pages, appendices 7 pages

October 2010

Our Bachelor's thesis was made in co-operation with Pirkanmaa hospital district. The purpose of this thesis was to describe the support methods used by nurses in the discharge of gynecological postoperative patients. The aim of this thesis was to increase nurses' information on supporting methods. The method of this study was qualitative. Themed interview was used to collect up literature and the data was analyzed with content analysis.

Gynecological discharging is interdependency and teamwork between the nurse and the patient. A trained nurse can have a positive effect on how the patient will manage at home. A trained nurse possesses resources, emotional support skills and contents of home care guidelines. The support of a patient's survival during discharge consists of respecting patient's autonomy and taking notice of the resources and individuality of the patient.

Our Bachelor's thesis provokes nurses to ponder their own activity in discharging. In the future clear instructions for guidance of discharge could be made for nurses so that all patients would get same information. Nurses should receive education for encountering and discharging patients from different cultural backgrounds.

Keywords: gynecological patient, discharge, guidance, support, individuality

SISÄLLYSLUETTELO

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 5 |
| 2 GYNEKOLOGISELLE POTILAALLE TEHTÄVÄT TOIMENPITEET JA KOTIUTTAMINEN | 6 |
| 2.1 Yleisimmät gynekologiset toimenpiteet kirurgisella osastolla | 6 |
| 2.2 Kotiuttaminen kirurgiselta osastolta | 7 |
| 2.3 Ohjaus, tukeminen ja itsemääräämisoikeus kotiutumisessa | 8 |
| 3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE | 11 |
| 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT | 12 |
| 4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä..... | 12 |
| 4.2 Aineiston keruu | 12 |
| 4.3 Aineiston analysointi | 13 |
| 4.4 Eettisyys ja anonymiteetti | 13 |
| 5 TULOKSET | 15 |
| 5.1 Hoitajan ammattitaito | 15 |
| 5.1.1 Hoitajan voimavarat | 15 |
| 5.1.2 Hoitajan käyttämät emotionaalisen tuen keinot | 16 |
| 5.1.3 Kotihoito- ohjeistuksen sisällön hallinta | 17 |
| 5.2 Potilaan selviytymisen tukeminen kotiutumisessa | 18 |
| 5.2.1 Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen | 19 |
| 5.2.2 Potilaan voimavarojen huomiointi | 19 |
| 5.2.3 Potilaan yksilöllisyyden huomiointi | 20 |
| 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA | 22 |
| 6.1 Johtopäätökset | 22 |
| 6.2 Luotettavuus..... | 23 |
| 6.3 Pohdinta | 24 |
| LÄHTEET | 26 |
| LIITE 1 | 28 |
| LIITE 2..... | 29 |
| LIITE 3..... | 30 |
| LIITE 4: 1 (4) | 31 |

1 JOHDANTO

”Vuosittain Suomessa tehdään 40 000 gynekologista leikkausta, joista tavallisin on kohdunpoisto.”(Eskola & Hytönen 2008, 332.) Leikkauksista kotiudutaan yhä nopeam-
massa ajassa, leikkauksesta riippuen 1-4 vuorokauden kuluessa. (Luoto, Viisainen &
Kulmala 2003, 185.) Tämä lisää haastetta hoitohenkilökunnalle toteuttaa kotiuttamista.
Sitä tulisi suunnitella heti sairaalahoidon alusta lähtien. Kotiuttamista helpottaa keskus-
telu kotiutumiseen liittyvistä aiheista preoperatiivisessa vaiheessa. (Ihme & Rainto
2008, 206, 226).

Pahikaisen (2000) mukaan hoitajien mielestä hyvään kotiuttamiseen on liian vähän ai-
kaa ja ohjauskeskusteluun ei ole rauhallista tilaa. Puutteita on ollut myös yhteistyössä ja
tiedon kulussa organisaatioiden ja työntekijäryhmien välillä sekä potilaiden liian aikai-
nen ja huonokuntoisena kotiuttaminen. (Pahikainen 2000, 35–36.) Edellä mainituista
syistä on tärkeää tutkia potilaiden tukemista kotiuttamisessa. Gynekologisen potilaan
kotiuttamisesta ei ole löytynyt sairaanhoitajien näkökulmasta tutkittua tietoa Suomessa,
siksi opinnäytetyömme aihe on tärkeä. Opinnäytetyömme tehtiin yhteistyössä Pirkan-
maan sairaanhoitopiirin kanssa.

Käsitlemme opinnäytetyössä naisen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen koskevaa eri-
koissairaanhoitoa, johon kuuluvat kirurgiset toimenpiteet kuten kohdunpoisto. Mäntän
sairaalan kirurgisen osaston gynekologiset potilaat toipuvat useimmiten kohdunpois-
tosta, kohdun laskeumaleikkauksista ja kohdun kaavinnoista. Tässä opinnäytetyössä
gynekologisella potilaalla tarkoitamme yli 18-vuotiasta naista.

2 GYNEKOLOGISELLE POTILAALLE TEHTÄVÄT TOIMENPITEET JA KO- TIUTTAMINEN

2.1 Yleisimmät gynekologiset toimenpiteet kirurgisella osastolla

Kohdunpoisto eli hysterektomia voidaan tehdä kolmella eri tavalla; vaginaalisesti, laparoskooppisesti ja abdominaalisesti. Vaginaalisessa hysterektomiassa leikkaushaava tulee emättimen pohjaan. Tässä leikkaustavassa kohdun tulisi olla normaalin kokoinen eikä munasarjoja poisteta. Laparoskooppisessa hysterektomiassa leikkaushaavat (3-4 viiltoa) tulee alavatsalle. Kohtu irrotetaan kannattimistaan ja poistetaan emättimen kautta pois. Abdominaalisessa hysterektomiassa leikkaushaava tulee poikittain häpyluun yläpuolelle tai pitkittäin navasta alaspäin. Yleisimpiä kohdunpoiston syitä ovat syöpä, verenvuotoja aiheuttamat myoomat, vuotohäiriöt ja endometriooosi. (Ihme & Rainto 2008, 227–231.)

Kohdun ja emättimen laskeumat syntyvät niitä paikallaan pitävien tukikudosten venytyksestä ja veltostumisesta. Oireina laskeuma aiheuttaa esimerkiksi painon-, pullistumisen-, hankautumisen- ja kivuntunnetta. Virtsaaminen ja ulostaminen voivat hankaloitua. (Potilasohje laskeuman korjausleikkaus 2006.) Laskeumien kirurginen hoito määräytyy vaikeusasteen mukaisesti. Laskeuma voi heikentää oleellisesti elämänlaatua, jolloin turvaudutaan kirurgiseen hoitoon. (Ihme & Rainto 2008, 234.) Kohdunpoistoleikkaus tehdään usein laskeuman korjauksen yhteydessä, kun lapsiluku on täynnä. Poikkeustapauksissa fertiliteetti voidaan säilyttää. Yleensä laskeumaleikkaukset tehdään emättimen kautta puudutuksessa tai yleisanestesiassa. Laskeumaleikkauksia voidaan tehdä myös laparoskopiassa tai avoleikkauksena. Laskeuman uusiutuessa voidaan laittaa erilaisia verkkoja tai kiinnityksiä tukemaan heikentyneitä väliseiniä. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä, 2007, 588–589; Nieminen 2009.)

Kaavintoja voidaan tehdä vuotohäiriöiden selvittämiseksi tai hoitamiseksi. Kaavintoja tehdään myös epätäydellisen keskenmenon ja raskaudenkeskeytyksen yhteydessä tai synnytyksen jälkeen istukanosien tai sikiökalvojen poistamiseksi. Leikkaus tehdään kohdunsuun puudutuksessa tai kevyessä yleisanestesiassa kaapimien tai tyhjiöimun avulla. (Paananen ym. 2007, 586.) Raskaudenkeskeytys voidaan tehdä kirurgisesti, lääkkeellisesti tai niiden yhdistelmänä. Kirurginen raskaudenkeskeytys on nopea toimenpide verrattuna lääkkeelliseen raskauden keskeytykseen. Kirurgisen hoidon etuina

ovat lyhyemmät jälkivuodot ja mahdollisuus anestesiaan. Haittapuolina kirurgisessa raskaudenkeskeytyksessä ovat kohtuvaurion mahdollisuus ja kudokseen tunkeutumisen seurauksena suurentunut infektioriski. (Ihme & Rainto 2008, 183–184.)

2.2 Kotiuttaminen kirurgiselta osastolta

Opinnäytetyössämme kotiuttamisella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan välistä vuorovai-
kutustilannetta. Tavoitteena on potilaan selviytyminen omasta arjestaan mahdolli-
simman hyvin kotona tai jatkohoitopaikassa. Laadukas kotiuttaminen edellyttää hoita-
jalta kykyä ymmärtää potilaan tilannetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Pahikai-
nen (2000) toteaa, että hoitajan tehtävänä on arvioida potilaan toimintakykyä ja mahdol-
listen palveluiden tarvetta, ohjata sekä opettaa potilasta oleellisten tietojen saamisessa.
Läheisten huomioiminen tilanteessa on myös tärkeää. Onnistunut kotiutuminen edellyt-
tää potilaalta osallistumista hoitoon ja sitä, että hänellä on tiedolliset ja taidolliset val-
miudet kotiutua. Organisaatiolta vaaditaan moniammatillista yhteistyötä, riittäviä re-
sursseja, saumattomia hoito- ja palveluketjuja, toimintaohjeita, aikaista suunnittelua,
hoidon koordinoitua ja arviointia. (Pahikainen 2000, 21.)

Kirjalliset kotihoito-ohjeet tukevat suullista ohjausta. Kirjalliset ohjeet antavat potilaalle
mahdollisuuden tutustua kotihoito- ohjeisiin rauhassa. Hoitaja käy ohjeet läpi yhdessä
potilaan kanssa, jolloin potilas voi kysyä tarkentavia kysymyksiä kotiuttamistilanteessa.
Potilas voi halutessaan näyttää kotihoito-ohjeet omaisille. (Iivanainen & Syväoja 2009,
540.) Pahikaisen (2000) mukaan hoitajat pitivät kotiuttamisessa tärkeimpinä potilaiden
avuntarpeen selvittämistä ja tarvittavien palveluiden järjestämistä. Tärkeinä pidettiin
myös kirjallisten ohjeiden antamista. Potilaalla pitää olla tieto siitä mitä pitää tehdä on-
gelmien ilmetessä. Haastetta kotiutumiseen tuo lyhentyneet hoitoajat, ohjauskeskuste-
luissa ja kotiuttamistilanteissa ajan vähyys sekä puutteelliset tilat, joissa keskusteluja
voitaisiin käydä. (Pahikainen 2000, 33–55.)

Kohdunpoistoleikkaus potilasohjeen (2007) mukaan abdominaalisesta kohdunpoisto-
leikkauksesta kotiudutaan noin neljän vuorokauden kuluessa. Vaginaalisesta ja laparo-
skooppisesta kohdunpoistosta toipuminen on nopeampaa, niistä kotiudutaan noin vuo-
rokauden kuluessa. Sairausloman kesto on leikkaustyyppistä riippuen kahdesta kuuteen

viikkoa. Leikkauksen jälkivaikutuksia ovat ilmavaivat, suolen toimimattomuus ja haavakivut, jotka lievittyvät yleensä noin neljän päivän kuluessa. Tähystyksen kautta tehdyn kohdunpoistoleikkauksen jälkeen jälkivuotoa on noin 1-3 viikon ajan (Potilasohje kohdunpoistoleikkaus tähystysmenetelmällä, 2009). Tavallisimmat komplikaatiot leikkauksen jälkeen ovat leikkausalueen tai haavan tulehdukset ja verenvuodot. Toipumista edistävät kevyt liikunta, riittävä lepo, monipuolinen ruokavalio ja hyvä henkilökohtainen hygienia. (Kohdunpoistoleikkaus potilasohjeen 2007.) Emättimen kautta tehdyn kohdunpoistoleikkauksen jälkeen tulee välttää kylpyjä, uimista ja sukupuoliyhdyntää jälkitarkastukseen asti tulehdusriskin vähentämiseksi (Potilasohje kohdunpoistoleikkaus emättimen kautta 2009).

Laskeuman korjausleikkaus potilasohjeen (2006) mukaan sairaalassaoloaika laskeuma-leikkauksesta on yhdestä kahteen vuorokauteen. Leikkauksesta aiheutuu yleensä vähäisiä kipuja. Niukkaa verenvuotoa saattaa tulla vielä kotonakin. Virtsaaminen saattaa hankaloitua ensimmäisinä leikkauksen jälkeisinä päivinä, mutta virtsan tuloa voidaan avustaa toistokatetroinnilla. Useimmiten komplikaatiot ovat lieviä. Yleisimmät komplikaatiot ovat tulehdukset ja verenvuodot. Myöhemmin saattaa ilmaantua virtsanpidätyskyvyn häiriöitä.

Kaavinnat suoritetaan yleensä päiväkirurgisena toimenpiteenä. Vahvan kipulääkityksen vuoksi potilas ei voi ajaa moottoriajoneuvoa vuorokauteen. Toimenpiteen jälkeen potilaalla voi olla niukkaa verenvuotoa kahden viikon ajan. (Potilasohje kohdun kaavinnan jälkeen 2009.)

2.3 Ohjaus, tukeminen ja itsemääräämisoikeus kotiutumisessa

Kyngäksen ym. (2007) mukaan ohjaus määritellään asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Taustatekijät jaetaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. Fyysisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi ikä ja sukupuoli. Psyykkisiä taustatekijöitä ovat muun muassa kokemukset, odotukset ja tarpeet. Sosiaalisiin taustatekijöihin kuuluvat kulttuuritausta ja siihen liittyvät asiat kuten uskonto. Ympäristötekijöihin kuuluvat hoitotyön kulttuuri,

fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ympäristö. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25, 26–38.)

Ohjauksen tavoitteena on, että hoitaja ja potilas ymmärtävät asian samalla tavalla. Kyngäksen ym.(2007) mukaan ohjaus ei tarkoita pelkästään tiedon antamista, vaan sisältää tarpeen mukaan kaikki sosiaalisen tuen muodot eli emotionaalisen, käytännöllisen, tiedollisen ja tulkintatuen. Jatkuva arviointi ohjauksessa on tärkeää. (Kyngäs ym. 2007, 42.) Useissa tutkimuksissa on todettu, että naispotilailla on suuri tiedon ja ohjauksen tarve. Naispotilaat osallistuvat omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon miehiä enemmän. Ohjauksessa on huomioitava yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus. (Halonen 2006, 6–7.) Naispotilaan iällä ja koulutuksella on merkitystä ohjaustarpeen kokemisessa. Sairaanhoitajista 64 % piti taitojaan hyvänä ohjata potilasta selviytymisessään kotona ja huonona taitojaan piti 36 % sairaanhoitajista. (Halonen 2006, 20–44.) Nurmelmän (2002) mukaan potilaat ovat kokeneet ohjaustilanteet rauhallisina huolimatta muiden potilaiden läsnäolosta. Suurin osa potilaista koki, että hoitaja on antanut riittävästi aikaa ohjaustilanteessa ja kysymyksien esittämiselle on annettu mahdollisuus myös ohjaustilanteen jälkeen. Kirjalliset kotihoito-ohjeet on annettu kaikille potilaille, mutta niiden läpikäyminen on ollut vain pääpiirteistä. Potilaat jäivät kaipaamaan enemmän kirjallisia ja suullisia ohjeita. (Nurmela 2002, 26–28.)

Naistentautien hoitotyössä toimitaan intiimeillä alueilla, jonka vuoksi nainen voi kokea pelkoa, turvattomuutta ja häpeää (Paananen ym. 2007, 538). Halosen (2006, 6) mukaan hoidossa korostuu hienotunteisuus, yksilöllisyys ja koskemattomuus. Paanasen ym. (2007) mukaan potilaan hoitoa tukee empatia, läsnäolo, kannustava suhtautuminen, kommunikointitaidot, hoitotoiminnot ja hoitajan persoonallisuus. Hoitajan tulisi kunnioittaa potilasta yksilönä, rohkaista ja antaa toivoa. (Paananen ym. 2007, 538.) Tämä tukee myös potilaan kotiutumista. Naistentautien hoitotyössä työskentelevät hoitajat ovat nimenneet tärkeimmäksi tehtäväksi tiedonannon potilaalle (Halonen 2006). Nurmelmän (2002) mukaan potilaat olisivat halunneet käsitellä lääkärinterrolla enemmän kotiutumiseen liittyviä asioita. Hoitajat olivat kannustaneet ja rohkaisseet potilasta kotiutumisen yhteydessä. (Nurmela 2002, 30)

Ihmeen ja Rainton (2008, 31) mukaan aikuisen naisen seksuaalinen itsetunto koostuu suhteesta omaan kehoon ja sitä kautta omaan naiseuteen. Seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonta on tärkeää huomioida potilaan tukemisessa. Terveystieteiden henkilöstön tehtävänä on edistää ja säilyttää fyysiset ja psyykkiset edellytykset seksuaaliterveydelle.

Seksuaaliterveyden edistämiseen sisältyy tiedonanto potilaalle sairauden ja hoitojen vaikutuksista. Henkilökunnan tulee pyrkiä mahdollisten vaikutusten estämiseen tai vähentämiseen. (VSSHHP Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta 2009, 5.) Tämä tarkoittaa sitä, että potilaalle on tarjottava mahdollisuus puhua omaan seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä, mutta aloite olisi hyvä tulla hoitohenkilökunnalta. Nurmela (2002) mukaan potilaat odottivat, että hoitajien olisivat ottaneet puheeksi seksuaalisuus ohjauksen yhteydessä. Potilaat odottivat, että hoitaja kertoisi siitä miten leikkaus vaikuttaa seksuaalielämään ja mahdollisesti hormonitoimintaan. Suurin osa potilaista oli lue-
nut seksuaalisuudesta vain kotihoito-ohjeista. (Nurmela 2002, 28–30.)

Gynekologisen potilaan yksilöllisyyden huomiointi aloitetaan heti toimenpiteen suunnitteluvaiheessa. Ennen toimenpidettä potilaalle kerrotaan hoitoprosessi kotiutumiseen saakka, samalla potilasta motivoidaan osallistumaan omaan hoitoonsa. Leikkauksesta toipuminen on jokaiselle yksilöllinen prosessi. Hoitajan on hyvä tietää potilaan taustat ja aikaisempi tieto potilaan hoidosta, jotta hän voi auttaa potilasta tietojen tarkentamisessa ja kertauksessa. (Eskola & Hytönen 2002, 331–339.) Kotiutumisen ohjauksessa yksilöllisyyttä voidaan huomioida käsittelemällä esimerkiksi liikuntaan ja erittämiseen liittyvissä asioissa. Nurmisen (2002) mukaan liikunnan harjoittamiseen potilaat olisivat kaivanneet enemmän konkreettisia esimerkkejä. Osa potilaista oli kokenut, että he olisivat tarvinneet ohjausta suolen toimintaan ja virtsakettrin aiheuttamiin jälki-vaikutuksiin liittyen. (Nurminen 2002, 31–33)

Pahlmanin (2003) mukaan itsemääräämisoikeuteen kuuluvat oikeus vapauteen, tasa-arvoon, syrjinnän kieltoon, oikeuden yksityisyyteen, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja oikeuden kompetenssiin. Kompetenssilla tarkoitetaan kykyä ajatella, tahtoa sekä tehdä itseään koskevia päätöksiä. (Pahlman 2003, 182–183.) Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettamien periaatteiden mukaan ”Terveydenhuollossa itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua omaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen edellyttää tietoja mm. sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehtoista.” (ETENE 2001, 13.) Laki(1992/785) potilaan asemasta ja oikeuksista 5§:ssä todetaan, että terveydenhuollon henkilöstön tulisi kertoa potilaan terveydentilaan liittyvät asiat ymmärrettävällä tavalla.

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan käyttämiä tukemisen keinoja gynekologisen potilaan kotiutumisessa kirurgisesta toimenpiteestä. Tämän työn tavoitteena on lisätä tietoa sairaanhoitajien käyttämistä keinoista ja kehittää potilaan kotiutumista osastolta. Tutkimustehtävä on seuraava:

1. Minkälaisia keinoja sairaanhoitaja käyttää potilaan kotiutumisen tukemisessa?

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, koska kuvasimme sairaanhoitajien kotiuttamisessa käyttämiä keinoja. Laadullisen tutkimuksen avulla tutkijat pyrkivät ymmärtämään tutkittavaa ihmistä. Vastavuoroisesti tutkittavan täytyy ymmärtää mitä tutkija kysyy ja raportoi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68–69.) Opinnäytetyössämme tuomme esille gynekologiselle potilaalle tehtäviä toimenpiteitä ja kotiutumiseen liittyvää tietoa. Tämän pohjalta teimme haastattelun, jonka teemat pidettiin selkeinä, jotta tutkittava ymmärtää kysyttävän asian. Lauri & Kyngäksen (2005, 61) mukaan induktiivinen tutkimus perustuu yksittäisiin havaintoihin, jonka pohjalta tehdään johtopäätöksiä ja muodostetaan teoriaa. Sairaanhoitajia haastatteleamalla saimme tietoa yksittäisten sairaanhoitajien kokemuksista potilaan kotiuttamisessa. Näitä tuloksia vertasimme toisiin tutkimuksiin.

4.2 Aineiston keruu

Keräsimme aineiston haastatteleamalla viittä sairaanhoitajaa. Opinnäytetyöstämme tiedotimme osastokokouksessa, jossa halukkaat saivat ilmoittaa kiinnostuksensa haastatteluihin. Vapaaehtoiset kirjoittivat nimensä listaan. Halukkuus varmistettiin puhelimitse haastatteluajankohdan lähestyessä. Kaksi sairaanhoitajaa perui tässä vaiheessa haastattelun, mutta saimme heidän tilalle uudet haastateltavat. Kirjallisen suostumuksen kysyimme jokaisen haastattelun alussa. Annoimme teemat noin kolme viikkoa ennen haastattelua. Teimme haastattelut sairaalan asuntolassa lähellä kirurgian osastoa sairaanhoitajien työajalla. He olivat työskennelleet kirurgian osastolla 15- 33 vuotta. Haastatelimme yhtä sairaanhoitajaa kerrallaan. Haastattelijoista toinen oli kuuntelijan roolissa ja toinen esitti kysymykset. Etenimme haastatteluissa osaston aikataulun mukaisesti joutuen siitä tarvittaessa.

Aineiston hankinnassa käytimme teemahaastattelua. Hirsjärven ym.(2007) mukaan tyyppillinen teemahaastattelu sisältää aihepiirit eli teema-alueet joista puuttuvat kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Teemahaastattelu on vapaampaa keskustelua kuin valmiiden kysymysten esittäminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 203.) Haastattelun yhteydessä saimme tietoa asioista, joita ei ole ilmennyt aikaisemmin. Teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. Teemahaastattelussa merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa.(Hirsjärvi & Hurme 2009, 48.)

4.3 Aineiston analysointi

Analysoimme teemahaastattelun aineiston sisällön analyysillä. Aluksi kuuntelimme aineiston. Kirjoitimme haastattelun sanasta sanaan ylös yhden viikon aikana. Aineisto luettiin monta kertaa. Pelkistimme alkuperäisiä ilmauksia lyhyempään ja tiiviimpään muotoon, ilman että alkuperäinen tieto muuttui. Tämän jälkeen keräsimme tekstistä teemojen sisältöön liittyvät keskeiset asiat (liite 2). Edellistä vaihetta kutsutaan aineiston pelkistämiseksi ja sitä ohjasi tutkimustehtävä. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin yhtäläisyyksien mukaisesti erilaisiin alakategorioihin ja ne yhdisteltiin yläkategorioihin. (Kynäs & Vanhanen 1999, 4–6.) Pelkistämisen jälkeen luokiteltiin ilmaisut alakategorioitain eri teemojen alle. Tämän jälkeen yhdistimme alakategoriat yläkategorioiksi. Nämä yhdistettiin kahteen pääluokkaan, joista muodostui yhdistävä luokka (liite 3). Tulokset esitetään pääluokittain.

4.4 Eettisyys ja anonymiteetti

Opinnäytetyömme aihe on eettisestä näkökulmasta perusteltu siksi, että tavoitteena on kehittää gynekologisen potilaan kotiutumista kirurgisesta toimenpiteestä. Tutkimuksemme ei loukkaa potilaan tai henkilökunnan oikeuksia. Annoimme tiedotteen tutkittaville muutamaa viikkoa aikaisemmin (liite 1), jonka avulla he saivat etukäteen tietoa

tutkimuksesta ja heidän oikeuksistaan. Leino-Kilven ja Välimäen mukaan (2003) tutkittaville tulee kertoa tutkimuksesta monipuolisesti etukäteen. Tutkittavien oikeudet ja velvollisuudet tulee kuvata mahdollisimman rehellisesti ja totuudenmukaisesti. He voivat kieltäytyä ja keskeyttää tutkimus halutessaan. Tutkittavien henkilöllisyyttä ei missään tutkimuksen vaiheessa paljasteta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290.) Tutkimusessamme anonymiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksesta ei ole tunnistettavissa yksittäistä henkilöä. Numeroimme hoitajat 1-5 tuloksissa, jotta voimme käyttää suoria lainauksia haastattelusta. Kysyimme sairaanhoitajilta kirjallisen suostumuksen haastatteluun ennen sen alkamista. Tutkimusaineistoa analysoitiin paikoissa, joissa ei ollut ulkopuolisia kuulemassa keskusteluita. Säilytimme tutkimusaineiston niin, että muut eivät voineet käsitellä sitä.

5 TULOKSET

5.1 Hoitajan ammattitaito

Hoitajan hyvällä ammattitaidolla mahdollistetaan se, että potilas saa hyvät lähtökohdat kotiutumiseen ja siellä selviytymiseen. Hoitajan ammattitaitoon kuuluu hoitajan voimavarat, hoitajan käyttämät emotionaalisen tuen keinot ja kotihoito- ohjeistuksen sisällön hallinta.

5.1.1 Hoitajan voimavarat

Hoitajan voimavaroihin kuuluvat hoitajan persoona, motivaatio, hoitajan luovuus ja ongelmanratkaisukyky, tietotaito, taito varmistaa potilaan ymmärrys sekä taito kehittää tukemisen keinoja. Hoitajan persoona vaikuttaa siihen kuinka hän kohtaa potilaan ja millaisia asioita hän pitää tärkeänä. Hoitajan persoona vaikuttaa siihen kuinka paljon energiaa hoitajalla on potilaan kohtaamiseen.

Hoitajalta menee ihan erilailla energiaa ja voimavaroja erilaisten potilaiden kohtaamisessa. (Hoitaja 5)

Hoitajan omien rajojen tunteminen ilmenee hoitajan persoonassa esimerkiksi tiedollisissa ja taidollisissa rajoituksissa. Hoitajan täytyy olla motivoitunut hoitotyöhön ja olla kiinnostunut potilaan asioista, jotta kotiutuminen etenee parhaalla mahdollisella tavalla.

Jos näyttää ettei hoitaja ole potilaan asioista kiinnostunut, tuki jää vähemmälle. (Hoitaja 1)

Ongelmanratkaisukykyä ja luovuutta tarvitaan silloin, kun potilaan kotiolot asettavat rajoituksia omahoidon toteuttamiseen. Potilas voi hyödyntää omaa tai hoitajan luovuutta henkilökohtaisen hygienian toteuttamisessa. Hoitaja tarvitsee tietoa ja taitoa, jotta voi

ohjata potilasta kotiutumisessa. Hänen on tiedettävä potilaan taustat, suoritettu toimenpide sekä mahdollinen jatkohoito. Kotihoito-ohjeista ei aina löydy kaikkia toipumiseen liittyviä asioita. Hoitajan on osattava kotihoito-ohjeistus ja tarkentaa ohjeita käytännönläheisin esimerkein.

Kohdunpoistossakin saattaa olla kahden viikon päästä leikkauksesta vuotoa, kun ne ompeleet sulaa. Pitää muistaa sanoa sekin, kun sitä ei ole mainittu kotihoito-ohjeissa ettei vuotoa säikähdä.(Hoitaja 4)

Täytyy tietää minkälainen leikkaus on tehty ja tavallaan niistä kotihoito-ohjeet täytyy itse hallita.(Hoitaja 3)

Hoitajan pitää osata kertoa kotiutumiseen liittyvät asiat niin, että potilas ymmärtää annetun tiedon. Hoitajan ei tule antaa kaikkea tietoa kerralla vaan pienissä osissa. Eriikäiset potilaat omaksuvat tietoa eri tavalla. Vanhemmat ihmiset tarvitsevat enemmän aikaa ymmärtääkseen omaa terveyttä koskevan tiedon. Nuoret ovat saattaneet etsiä etukäteen tietoa leikkauksen vaikutuksista ja hoidosta, joten he omaksuvat kotihoito-ohjeistuksen helpommin. Potilaan tiedon omaksuminen tarkistetaan esittämällä kysymyksiä käsitellyistä asioista.

5.1.2 Hoitajan käyttämät emotionaalisen tuen keinot

Hoitajien käyttämät emotionaaliset tuen keinot sisältävät kuuntelun ja keskustelun, hienotunteisuuden ja asiallisuuden, kunnioituksen ja arvostuksen, empaattisuuden, läsnäolon, rohkaisun ja kannustamisen. Hoitaja kuuntelee aidosti potilasta. Hänen on tällöin helpompi keskustella potilaan kanssa. Samalla potilas kokee, että häntä kuunnellaan. Keskustelun avulla voidaan myös lievittää potilaan mahdollisia pelkoja. Hoitajan pitää olla hienotunteinen ja asiallinen gynekologisen potilaan kanssa keskusteltaessa. Kotiutumiseen ja hoitoon liittyvät asiat voivat olla hyvinkin arkoja aiheita potilaalle. Asiallinen keskustelu esimerkiksi seksuaalisuudesta vähentää potilaan epämukavuuden tunnetta. Kunnioitus ja arvostus lähtevät hoitajasta itsestään. Hoitajan täytyy arvostaa työtään ja hänen täytyy kunnioittaa potilasta ja hänen oikeuksiaan. Hoitajan ollessa empaattinen, hän asettaa itsensä potilaan asemaan ja ymmärtää potilaan kokemat tunteet. Hoitaja viestii läsnäolon avulla potilaalle, että hän on kiinnostunut potilaan asioista ja tilantees-

ta. Rohkaisun ja kannustamisen avulla luodaan potilaalle itsevarmuutta omahoitoon ja selviytymiseen leikkauksesta.

Rohkaisu ja neuvonta, tunne että hänestä välitetään ja pyritään hänen tilanteensa hyvin hoitamaan. Se antaa parhaiten tukea, että hänestä välitetään. Kysymyksillä ja läsnäololla annetaan hänelle mahdollisuus kysyä. Ajan antaminen on emotionaalisessa tuessa tärkeää. (Hoitaja 1)

5.1.3 Kotihoito- ohjeistuksen sisällön hallinta

Kotihoito-ohjeet antavat pohjan kotiutusohjaukseen, jonka perusteella edetään asiasta toiseen. Kirjalliset kotihoito-ohjeet käydään läpi yhdessä potilaan kanssa. Kotihoito-ohjeiden sisällön hallintaan kuuluvat hygienia, kivunhoito, haavanhoito, vuodot, ompeleiden poistot, seksuaalisuus, liikkuminen, komplikaatiot, yhteystiedot, sairauslomat ja jälkitarkastukset.

Potilaalle kerrotaan hygienian tärkeydestä leikkausalueen paranemisen edistämiseksi. Esimerkiksi saunominen, uiminen ja kylpeminen eivät ole suositeltavia heti leikkauksen jälkeen. Suihkussa käynti on sallittua. Alapään voi suihkuttaa noin kaksi kertaa vuorokaudessa tai tarvittaessa. Kivunhoitoa kotona toteutetaan lääkärin antaman ohjeistuksen ja reseptin tai käsikauppalääkkeiden avulla. Hoitaja kertoo kuinka paljon lääkkeitä potilas saa ottaa kotona päivässä. Potilaan tulee tietää, miten hän hoitaa haavasidosta ja mikä on normaali vuodon määrä. Potilaalle kerrotaan onko ompeleet poistettavat vai sulavat. Poistoajankohta käydään läpi. Potilaalle on myös kerrottava, missä hän voi poistaa ompeleensa. Alateitse tehdyn kohdunpoistoleikkauksen jälkeen ompeleet sulavat ja niistä tulee vuotoa. Seksin harrastamisesta on kerrottava, että yhdynnässä saa olla vasta jälkitarkastuksen jälkeen. Jos jälkitarkastusta ei ole, yhdynnässä voi olla vuotojen loputtua. Hoitajat kokevat seksuaalisuuden puheeksi ottamisen hankalana, joten neuvonta jää yleensä suppeaksi. Potilaan ikä vaikuttaa seksuaaliohjaukseen, nuorille asioiden kertominen on helpompaa ja se koetaan luonnollisena asiana. Vanhemmat ihmiset koetaan häveliäiksi ja asiasta on hankalampi puhua.

Naiseuteen ja hormonitoimintaan liittyviä asioita pitäisi kertoa, että muuttuvatko ne. Hoitajan tulisi ottaa puheeksi seksuaalinen kanssakäyminen, potilaat eivät aina välttämättä kehtaa itse sitä kysyä. (Hoitaja 5)

Potilaan on tiedettävä millaisia rajoituksia hänellä on liikkumisen suhteen. Esimerkiksi nostorajoituksista on kerrottava käytännönläheisin esimerkein. Mahdollisista komplikaatioista kerrotaan potilaalle. Näitä ovat esimerkiksi haavan tulehdusmerkit, runsaat verenvuodot ja voimakkaat kivut. Potilaan on hyvä tietää mihin hän voi ottaa yhteyttä, mikäli hänen vointinsa heikkenee.

Kirjalliset kotihoito-ohjeet käydään läpi ja sitten ne tarkistetaan että ohjeet on ymmärretty oikein. Potilas voi kysyä samalla, jos on kysyttävää. (Hoitaja 4)

Epikriisi voi olla sivun mittainen, potilas voi ihmetellä mitä siinä lukee. Sanon sitten, että he voivat kysellä niin kauan kun lähtee kotiin. Sitten yritän selventää niitä. (Hoitaja 2)

Sairaslomien pituudet ovat muuttuneet uusien leikkaustekniikoiden myötä lyhyemmiksi. Sairasloman pituus käydään läpi potilaan kanssa kotiutumistilanteessa. Potilaalle kerrotaan, että sairaslomaa pystyy tarvittaessa jatkamaan jos kirjoitettu aika ei ole riittävä. Jälkitarkastuksen ajankohta tulee kertoa potilaalle, mikäli leikkaus sellaista vaatii.

Sitten minä olen sanonut siihenkin vielä, jos ette ole työkyntoisia kun sairasloma loppuu, niin siitä saa sitten työterveyshuollosta viikon pari lisää. (Hoitaja 2)

5.2 Potilaan selviytymisen tukeminen kotiutumisessa

Gynekologisen leikkauspotilaan tukeminen kotiutumisessa on tärkeää, jotta potilas selviytyy hoidosta mahdollisimman itsenäisesti ja tuntee olonsa turvalliseksi. Potilaan selviytymisen tukemiseen kotiutumisessa kuuluu potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, potilaan voimavarojen ja potilaan yksilöllisyyden huomiointi. Potilaan kotiutumisen tukeminen alkaa potilaan tullessa osastolle. Jatkuvuutta tukemiseen saadaan, kun hoitaja olisi sama hoitoprosessin alusta loppuun.

5.2.1 Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen kuuluvat potilaan oma vastuu hoidosta, potilaan ja hoitajan yhteistyö päätöksenteossa, potilaan toiveiden huomiointi, ja potilaan toiveet omaisten huomioinnissa. Potilas päättää omista asioistaan. Hän tekee omat päätökset kotihoito-ohjeiden noudattamisesta.

Jokainen noudattaa ohjeita tai ei noudata. Jokainen itse tekee ne asiat niin kuin haluaa. Asiat käydään läpi ja toivotaan että ne toteutuvat. Tietysti painotetaan että ohjeita olisi hyvä noudattaa. (Hoitaja 4)

Hoitaja esittelee potilaalle erilaisia hoitovaihtoehtoja, joista potilas valitsee hänelle mieluisimman. Hoitaja kertoo potilaalle oleellimmat asiat kotihoidosta ja miten ne käytännössä voidaan toteuttaa. Potilaan ollessa erimieltä hoitohenkilökunnan kanssa pyritään löytämään molempia osapuolia miellyttävä ratkaisu. Potilas pystyy vaikuttamaan kotiutumisaikansa osastolla. Hoitaja ottaa huomioon potilaan toiveet omaisten huomioinnissa. Jotkut potilaat eivät halua, että omaiset tietävät heidän hoidostaan kuten leikkauksesta tai sen jälkihoidosta. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan päätöstä.

Täytyy huomioida sellainen asia, etteivät kaikki halua kertoa siitä kenellekään eikä varsinkaan kotona. (Hoitaja 3)

On myös ihmisiä, jotka eivät halua oman perheenjäsenen tietävän leikkauksesta. (Hoitaja 5)

Puolisolle voi kertoa kotihoito-ohjeistuksesta potilaan halutessa esimerkiksi liikkumisrajoitusten suhteen. Potilaan lapsia voidaan huomioida kertomalla asioista heidän tasollaan.

Äiti on nyt leikattu ja kipeä, äidin täytyy antaa olla rauhassa, hän ei voi ottaa teitä syliin. (Hoitaja 4)

5.2.2 Potilaan voimavarojen huomiointi

Potilaan voimavarojen huomiointiin kuuluvat läheisten näkeminen voimavarana, potilaan aktiivisuus hakea apua ja potilaan näyttämät tunteet. Potilaan läheiset voivat auttaa

potilasta kuntoutumisessa, esimerkiksi kaupassa käymisessä ja muissa asioissa. Osa potilaista on aktiivisia hoitamaan omia asioitaan ja kyselevät tarkentavia kysymyksiä hoitajalta kotiutumistilanteessa.

Voimavaroja tulisi kaivaa esiin ja kannustaa positiivisesti (Hoitaja 5)

Jos potilas kyselee paljon asioita, niin yksityiskohtia tulee enemmän sanottua, myös niitä mitä ei aina lue kotihoito-ohjeissa. Potilaan ollessa hiljainen, tulee käytyä vain sellaiset asiat läpi, jotka ovat kotihoito-ohjeissa ja ylimääräisiä asioita ei aina muista itse puhua. (Hoitaja 4)

Osa potilaista on passiivisia hoitamaan omia asioitaan, he eivät kysele mitään vaan antavat asioiden mennä omalla painollaan. Hoitajan on reagoitava potilaan aktiivisuuteen ja passiivisuuteen tilanteen vaatimalla tavalla. Hoitaja huomioi potilaan näyttämiä tunteita ja tukee ja ohjaa niiden mukaisesti.

5.2.3 Potilaan yksilöllisyyden huomiointi

Potilaan yksilöllisyyden huomiointiin kuuluvat potilaan taustat ja tiedot, ihmisten erilaisuuden, kulttuurierojen ja kotiolojen huomiointi sekä potilaan kunto leikkauksen jälkeen. Hoitajan täytyy tietää, mitä potilaan taustoihin ja tietoihin kuuluu. Siihen kuuluvat muun muassa potilaan ikä, perussairaudet ja niiden mahdollinen lääkitys sekä leikkaushistoria. Tämän perusteella hoitaja pystyy huomioimaan potilaan tarpeet ohjauksen suhteen.

Sairauksista täytyy tietää esimerkiksi onko diabetesta, rytmihäiriöitä, trombeja, mielenterveyshäiriöitä. Nämä saattavat vaikuttaa lääkitykseen, ohjaukseen, tukemiseen ja jatkohoitoon. (Hoitaja 5)

Potilaat ajattelevat gynekologisesta leikkauksesta eritavalla, toisille leikkaus voi olla helpotus ja toisille suuri suru. Hoitaja kohtaa työssään yhä useammin eri kulttuuritaustaisia potilaita. Hoitajan on hyvä tietää hoidon kannalta tärkeitä asioita heidän kulttuuristaan, jotta kotihoito-ohjaus etenisi parhaalla mahdollisella tavalla potilasta kunnioittaen.

Olisi hyvä huomioida erilaisuus ja kulttuurierot, koska nykypäivänä on romaneja, somaleita ja niin edelleen.. Olisi tärkeä tietää heidän kulttuuristaan, jotta asioita voidaan hoitaa hienotunteisesti.(Hoitaja 5)

Kotiolot vaikuttavat siihen pystyykö potilas esimerkiksi toteuttamaan kotihoitoaan. Suurimmalla osalla potilaista on mahdollisuus käyttää esimerkiksi suihkua ja hissiä, mutta on potilaita joilta ei löydy edellä olevia mukavuuksia. Tämä täytyy ohjauksessa huomioida. Hoitajan on hyvä tietää potilaan perhesuhteista, onko hän perheellinen.

Kotiutusta suunniteltaessa on mietittävä minkälaiset kotiolosuhteet ovat, löytyvätkö kaikki mukavuudet. Onko perhettä auttamassa tai tarvitseeko kotiapua. (Hoitaja 5)

Jos ei ole perhettä, sitten on ainakin ystävä mukana joka auttaa alkuun. (Hoitaja 3)

Potilaan fyysisen kunnan kartoitus on hyvä tehdä ennen leikkausta ja sen jälkeen. Tämän perusteella potilaalle arvioidaan mahdollinen jatkohoito tai sen tarve. Jatkohoidon suunnittelu aloitetaan yleensä leikkausta suunniteltaessa. Yleensä vanhemmat potilaat tarvitsevat enemmän ulkopuolista apua omahoidossa kuin nuoremmat potilaat.

Kaikki sooloilee omalla laillaan, se on sitä yksilöllisyyttä, kaikki saa tehdä omat diplomityönsä, näinhän se on.(Hoitaja 2)

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Johtopäätökset

Gynekologisen leikkauspotilaan kotiutumisen tukeminen aiheena on mielestämme tärkeä, koska leikkaus - ja sairaalassaoloaika ovat lyhentyneet. Potilaan on omaksuttava lyhyessä ajassa paljon tietoa toipumiseen liittyen. Dawes ym.(2005) mukaan gynekologiseen hoitoon erikoistuneen sairaanhoitajan toiminta kotiuttamisessa oli kustannustehokkaampaa ja lyhensi sairaalassaoloaika. Potilaat olivat myös tyytyväisempiä saamaansa tietoon ja hoitoon, kun kotiuttajana oli erikoistunut sairaanhoitaja. Hoitoaikojen lyheneminen saattaa myös vaikuttaa potilaan saaman hoidon laatuun heikentävästi.(Dawes, Docherty,Traynor, Gilmore, Jardine & Knill-Jones 2005, 265.) Thure- Toivasen (2001,63) mukaan hoitohenkilökunnan kiire vaikuttaa heikentävästi potilaan yksityisyyden kokemukseen. Tulostemme mukaan saman hoitajan olisi hyvä olla hoidon alusta loppuun asti, jotta hoidon jatkuvuus turvataan. Potilasta on vaikeampi kotiuttaa, jos hoitajalla ei ole aikaisempaa kokemusta potilaan hoidosta. On myös tutkittu, että hoitoaika ja jatkohoitoaika ovat yhteydessä hoidon laadukkuuden toteutumisessa. Lyhyemmän ajan sairaalassa olleet potilaat arvioivat hoidon toteutuneen paremmin kuin pidempään hoidetut potilaat. Kotiutuvat potilaat arvioivat hoidon etenemisen, kotiutuksen ja hoitoympäristön toteutuvan paremmin kuin jatkohoitoon siirtyvät potilaat. (Elo-ranta ym. 2007, 120.)

Tarkastelimme sairaanhoitajan käyttämiä keinoja potilaan kotiutumisen tukemisessa. Keskityimme potilaan ja hoitajan tarvitsemiin yleisiin tietoihin ja taitoihin kotiutumisessa sekä yksilöllisyyden huomiointiin ja toteuttamiseen. Analyysistämme nousi kuusi yläkategoriaa; hoitajan voimavarat, hoitajan käyttämät emotionaalisen tuen keinot, kotihoito-ohjeistuksen sisällön hallinta, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, potilaan voimavarojen huomiointi ja potilaan yksilöllisyyden huomiointi. Seuraavissa tutkimuksissa on yhteneväisyyksiä tutkimustulostemme kanssa.

Koponen ym. (2009) mukaan emotionaalisen tuen merkitys kuten rohkaisu, henkinen-, keskustelu-, läheisten- ja kumppanin tuki koettiin tärkeäksi postoperatiivisessa ohjauksessa. Tärkeäksi koettiin myös leikkauksen läpikäynti ja jatkosuunnitelmat yhdessä po-

tilaan kanssa. (Koponen, Koponen & Rekola 2009, 37.) Tulostemme mukaan sairaanhoitajat käyttivät emotionaalisen tuen keinoina kuuntelua ja keskustelua, hienotunteisuutta ja asiallisuutta, kunnioitusta ja arvostusta, empaattisuutta, läsnäoloa, rohkaisua ja kannustamista. Omaisten tuki koettiin myös tärkeäksi voimavaraksi kotiuttamistilanteessa. Kotihoito-ohjeistuksesta käsitelimme hygienian hoitoa, kivunhoitoa, haavanhoitoa, vuotoja, ompeleiden poistoa, seksuaalisuutta, liikkumista, komplikaatioita, yhteystietoja, sairaslomia ja jälkitarkastuksia. Koponen ym. (2009, 43–44) mukaan edellisten lisäksi hoitajat ovat ohjauksessa käsitelleet harrastuksiin, hengitysharjoituksiin, ravitsemukseen ja eritykseen liittyviä asioita.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan sairaanhoitajat pitivät yksilöllisyyden huomioinnissa tärkeänä potilaan taustojen ja tietojen-, ihmisten erilaisuuden-, kulttuurierojen- ja kotiolojen sekä potilaan kunnan huomiointia leikkauksen jälkeen. Koponen ym. (2009, 43) mukaan potilaan taustatekijät ja tarpeet täytyy huomioida ohjaustavassa. Myös aikaisemmat sairaalakokemukset, potilaan tuntemukset ja näkemykset omasta tilanteesta koettiin tärkeäksi.

Lyhyet hoitajaksot vaikeuttavat jatkohoitoon ohjaamista, kun potilas on kriisivaiheessa. Potilaan ohjaaminen on silloin enemmän omalääkärin, läheisten ja potilaan arvioinnin varassa. Osastolla keskityttiin enemmän gynekologisen vaivan hoitoon kuin kriisivaiheen jatkohoitoon. Uhkana on, että hoito muuttuu tehtäväkeskeisemmäksi, jolloin kokonaisvaltaisuus unohtuu. Raskauden keskeytyspotilaiden ja heidän läheisten tukeminen koettiin puutteelliseksi osastolla. Lähinnä hoitajat toimivat kuuntelijoina, jos potilas halusi puhua tuntemuksistaan. Järven (2007) mukaan haasteellisinta terveydenhuollon työntekijöille on hiljainen läsnäolo. Osanoton ilmaisu, puristus olkapäästä ja pysähtyminen kuuntelemaan potilaan tuntemuksia riittävät useimmille potilaille tuomaan turvallisuuden tunnetta. Keskenmenon jälkeen voi syntyä jälkireaktionä uusi surureaktio 2-4 kuukauden kuluttua, ja tästä olisi hyvä kertoa potilaalle etukäteen. (Järvi 2007 41, 52)

6.2 Luotettavuus

Olimme keväällä 2010 harjoittelussa kirurgian osastolla, joten kaikki tutkittavat sairaanhoitajat olivat meille entuudestaan tuttuja. Tutkittavat osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen ja he saivat tietoa tutkimuksen teemoista ennen haastattelua. Haastattelun

teemojen asettelu oli hankalaa, jotta tutkittava asia kävisi ilmi. Hyvin tehty haastattelurunko parantaa tutkimuksen laadukkuutta. Teemoja voidaan syventää pohtimalla lisäksymyksiä.(Hirsjärvi & Hurme 2001, 184.) Tarkentavat kysymykset haastatteluissa saattoivat ohjata haastateltavaa tietynlaiseen vastaukseen. Välillä oli vaikeaa pitää keskustelua käsiteltävässä aiheessa. Haastatteluympäristö oli todella rauhallinen. Haastattelut etenivät suunniteltua nopeammin, olimme varautuneet tunnin haastatteluihin haastateltavaa kohden, mutta keskimääräinen aika oli puoli tuntia. Teimme muistiinpanoja jokaisesta haastattelusta, jotta pystyimme palauttamaan tilanteen mieleemme analyysivaiheessa.

Aineisto saatiin kerättyä yhden päivän aikana. Kirjoitimme haastattelut saman viikon aikana haastatteluiden ollessa vielä tuoreessa muistissa. Aineiston laatua paransi nopea litterointi(Hirsjärvi & Hurme 2001, 185). Aineiston tulkinnassa tavoitteena oli säilyttää tiedot samanlaisina kuin ne on ilmaistu haastattelutilanteessa. Haastattelijoiden kokemattomuuden vuoksi tulkintavirheitä saattoi olla aineiston analyysissä. Tulosten esittämisessä käytimme suoria lainauksia haastattelusta, josta näki analyysin rakentumisen. Tutkittaville annettiin mahdollisuus lukea alustavia tuloksia sähköpostista, jolloin he pystyivät vaikuttamaan niihin halutessaan. Palautteissa hyväksyttiin tulokset ja tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

6.3 Pohdinta

Opinnäytetyömme herättää hoitajia pohtimaan omaa toimintaansa kotiuttamisessa. Olemme tuoneet esille työssämme mahdollisimman monipuolisesti, miten kotiuttaminen olisi hyvä toteuttaa. Vertasimme teoretietoa käytännön hoitotyöhön ja saimme sekä samansuuntaisia että ristiriitaisia tuloksia. Terveystieteen opiskelijat saavat tietoa gynekologisen potilaan kotiutumisen tukemisesta. He voivat myös hyödyntää saamaansa tietoa käytännössä. Potilaan ollessa passiivinen oman hoidon suhteen, tulee hoitajan huomioda se ja pyrkiä antamaan kotiutumisesta tietoa samalla tavalla kuin aktiiviselle potilaalle. Hoitajat voisivat käydä yhdessä kotihoito-ohjeistusta läpi ja keskustella, mitä oleellisia asioita ohjeesta puuttuu tai miten niitä voisi selventää. Tulevaisuudessa voisi tehdä selkeät ohjeistukset hoitajille kotiutusohjauksesta, jotta kaikki potilaat saisivat samat tiedot. Maahanmuuttajataustaisten potilaiden määrä nousee tulevaisuudessa. Hoitajien

tulisi saada koulutusta eri kulttuuritaustaisten gynekologisten potilaiden kohtaamiseen ja kotiuttamiseen. Tämä lisää myös tasa-arvoa hoidossa valtaväestöön nähden

Opinnäytetyöprosessi on kasvattanut meitä ihmisinä ja tulevina sairaanhoitajina. Opimme toisiltamme vaikeuksien kautta joustavuutta ja kärsivällisyyttä aikataulutuksen ja työnteon suhteen. Tulevina sairaanhoitajina opimme työn aikana paljon teoretietoa eri gynekologisten toimenpiteiden toteuttamisesta ja tukemisesta. Haastattelujen perusteella opimme, miten kotiutumisen tukeminen tapahtuu käytännössä ja miten sitä voidaan kehittää. Tulevina sairaanhoitajina kiinnitämme huomiota enemmän potilaan kotiutumisen tukemiseen kuin ennen opinnäytetyön aloitusta. Kotiuttaminen ei ole enää pelkkä kotiuttamisohje, joka luetaan, vaan siihen sisältyy potilaan tiedon sisäistämisen ymmärtäminen, jotta potilas pystyy soveltamaan ohjeistusta sen hetkiseen elämään.

LÄHTEET

- Dawes,H., Docherty, T.,Traynor,I. Gilmore,D.,Jardine,A. & Knill-Jones,R. 2005. Specialist nurse supported discharge in gynaecology: A randomised comparison and economic evaluation. ScienceDirect. 2007 European Journal of Obstetrics& Gynecology and Reproductive Biology 130, 262–270.
- Eloranta,S.,Katajisto,J. & Leino-Kilpi,H.2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioit-sijana. Hoitotiede. 20 (3), 115–125.
- Eskola,K. & Hytönen,E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1. painos. Helsinki:WSOY
- Halonen, J. 2006 Potilasohjaus naistentautien hoitotyössä potilaiden ja sairaanhoitajien arvioimana. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos. Oulun yli-opisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, S. & Sajavaara, P.2007. Tutki ja kirjoita.13.,osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki; Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki; Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä
- Ihme, A.& Rainto, S.2008. Naisen terveys, Seksuaali – ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö.1.painos. Helsinki; Edita Prima
- Iivanainen, A.& Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa.1.-3. painos. Helsinki; Kustannusosa-keyhtiö Tammi
- Järvi, U. 2007.Syntymätön, tietoa ja kokemuksia keskenmenosta. Jyväskylä; Gummerus kirjapaino Oy
- Koponen,J.,Koponen,S.& Rekola, M.2009. Naiseus gynekologisen potilaan postoperaatiivisessa ohjauksessa – potilaiden ja hoitajien kokemuksia. Opinnäytetyö.Laurea ammattikorkeakoulu:Tikkurila
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M.,Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: WSOY
- Kyngäs, H.& Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. 11 (1), 3–12
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.1992/785.
- <http://www.finlex.fi>
- Lauri, S. & Kyngäs, H.2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. 1.painos. Helsinki:WSOY
- Leino-Kilpi, H.& Välimäki, M.2003. Etiikka hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: WSOY
- Luoto, R., Viisainen, K.& Kulmala, I.(toim.)2003. Sukupuoli ja terveys. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy

Nieminen, K. 2009. Gynekologiset laskeumat. Lääkäriin käsikirja. Luettu 02.12.2009. <http://www.terveysportti.fi>.

Nurminen, T. 2002. Gynekologisen leikkauspotilaan kokemuksia kotiutusohjauksesta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Rovaniemen ammattikorkeakoulu

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) 2007. Kätilötyö. 1-2. painos. Helsinki; Edita Prima

Pahikainen, T. 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto

Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki; Edita Prima Oy.

Potilasohje kohdunpoistoleikkaus. 2007. Mäntän seudun terveydenhuoltoalue. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Potilasohje kohdunpoistoleikkaus emättimen kautta. 2009. Näin hoidatte itseänne emättimen kautta tehdyn kohdunpoistoleikkauksen jälkeen. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Potilasohje kohdunpoistoleikkaus tähystysmenetelmällä. 2009. Näin hoidatte itseänne tähystyksen kautta tehdyn kohdunpoistoleikkauksen jälkeen. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Potilasohje kohdun kaavinnan jälkeen. 2009. Näin hoidatte itseänne kaavinnan jälkeen. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Potilasohje laskeuman korjausleikkaus. 2006. Laskeuman korjausleikkaus. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2009. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden – ja sairaanhoidossa-perusteet. Yksiköiden henkilökunnan materiaali. Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta. Luettu 10.01.2010

www.vsshp.fi/fi/dokumentit/21414/Puheeksi-ottaminen.pdf

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Luettu 20.01.2010

<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>

LIITE 1
TIEDOTE TUTKITTAVALLE

19.2.2010

Tutkimus – Gynekologisen potilaan tukeminen kotiutumisessa kirurgiselta osastolta

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan hoitajien tukemisen keinoja potilaan kotiuttamisessa. Perektytänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan käyttämiä tukemisen keinoja gynekologisen potilaan kotiutumisessa kirurgisesta toimenpiteestä. Tampereen yliopistollisen sairaalan opetusylihoitaja on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa haastatellaan Teitä tunnin ajan ja haastattelu nauhoitetaan. Haastattelukertoja on yksi henkilöä kohden. Haastattelun teemat löytyvät liitteestä. Haastattelut litteroidaan ja analysoidaan sisällönanalyysillä. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille välitöntä hyötyä, mutta osallistumalla tutkimukseen autatte tutkimuksen etenemisessä ja mahdollisesti osasto hyötyy tutkimustuloksista.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkimushenkilöille annetaan tunnusnumero ja tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustiedostoa säilytetään lukitussa tilassa joulukuun 2010 loppuun, jonka jälkeen ne hävitetään.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte tutkimuksen, teistä kerätyt tiedot ja tutkimusnäytteet hävitetään, jos niin haluatte.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimustulokset saatte lukea osastolle lähetettävästä opinnäytetyöstä.

Opiskelijoiden yhteystiedot

Kati Mäkelä, kati.makela@piramk.fi

Suvi Mäkinen, suvi.makinen@piramk.fi

LIITE 2

SAIRAANHOITAJAN KÄYTTÄMÄT KEINOT POTILAAN KOTIUTUMISEN TU- KEMISESSA

Teema 1. YLEISET TIEDOT

Millaista tietoa potilas tarvitsee kotiutumisessa?

Millaista tietoa sairaanhoitaja tarvitsee potilaan kotiuttamisessa?

Teema 2. YKSILÖLLISYYS

Miten huomioit yksilöllisyyden?

Miten huomioit potilaan itsemääräämisoikeuden kotiuttamisessa?

Miten emotionaalinen tuki näkyy kotiuttamisohjauksessa?

Miten huomioit perheen/ läheiset potilaan kotiutumisessa?

LIITE 3

| ALAKATEGORIA | YLÄKATEGORIA | PÄÄLUOKKA | YHDISTÄVÄ LUOKKA |
|--|--|---|--|
| Hoitajan persoona Hoitajan motivaatio Hoitajan luovuus ja ongelmanratkaisukyky Hoitajan tietotaito Taito varmistaa potilaan ymmärrys Taito kehittää tukemisen keinoja | Hoitajan voimavarat | Hoitajan ammattitaito | Hoitajan näkökulma gynekologisen potilaan tukemisesta kotiutumisen vaiheessa |
| Kuuntelu ja keskustelu Hienotunteisuus ja asiallisuus Kunnioitus ja arvostus Empaattisuus Läsnäolo Rohkaisu ja kannustaminen | Hoitajan käyttämät emotionaalisen tuen keinot | | |
| Hygienia Kivunhoito Haavanhoito Vuodot Ompeleiden poisto Seksuaalisuus Liikkuminen Komplikaatiot Yhteystiedot Sairasloma Jälkitarkastukset | Kotihoito-ohjeistuksen sisällön hallinta | | |
| Potilaan oma vastuu hoidosta Potilaan ja hoitajan yhteistyö päätöksenteossa Potilaan toiveiden huomiointi Potilaan toiveet omaisten huomiointista | Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen | Potilaan selviytymisen tukeminen kotiutumisessa | |
| Läheisten näkeminen voimavarana Potilaan aktiivisuus hakea apua Potilaan näyttämät tunteet | Potilaan voimavarojen huomiointi | | |
| Potilaan taustat ja tiedot Ihmisten erilaisuuden huomiointi Kulttuurierojen huomiointi Kotiolojen huomiointi Potilaan kunto leikkauksen jälkeen | Potilaan yksilöllisyyden huomiointi | | |

LIITE 4: 1 (4)

| Tutkimus | Tarkoitus | Menetelmä | Keskeiset tulokset |
|--|--|---|--|
| Dawes,H., Docherty, T.,Traynor,I. Gilmore,D.,Jardine,A. & Knill-Jones,R. (2005) Specialist nurse supported discharge in gynaecology: A randomised comparison and economic evaluation. ScienceDirect. | Tavoitteena on määrittää elämänlaadun vaikutusta ja kustannustehokkuutta erikoissairaanhoidajien tukemisesta aikaisessa vaiheessa kotiutuville naisille jotka ovat käyneet läpi suuria hyvänlaatuisia gynekologisia vatsan /lantion alueen leikkauksia | Tutkimus on kvantitatiivinen. Siinä tutkittiin 111 naista joilla oli elektiivinen suuri leikkaus lantiossa tai vatsan alueella, hyvänlaatuisen gynekologisen sairauden vuoksi. Kyselylomakkeet annettiin ennen leikkausta ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. | Gynekologisen leikkaushoitoon erikoistuneiden sairaanhoitajien lisääminen yleiseen sairaanhoitoon vähensi merkittävästi postoperatiivista sairaalassaoloaikaa ja paransi potilaiden tiedonsaantia ja tyytyväisyyttä. Erikoistuneiden sairaanhoitajien kotiutamat potilaat ovat yhteydessä vähäisiin taloudellisiin kuluihin. |

| Tutkimus | Tarkoitus | Menetelmä | Keskeiset tulokset |
|--|---|--|---|
| Halonen (2006) Potilasohjaus naistentautien hoitotyössä potilaiden ja sairaanhoitajien arvioimana. Pro Gradu- tutkielma. Oulun Yliopisto | Tutkimus on osa Potilasohjauksen kehittämis-hanketta yhteistyössä Oulun yliopiston Hoitotieteen ja terveystieteiden ja terveyshallinnon laitoksen ja Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Tarkoituksena on kehittää potilasohjauksen laatua. Tämä tutkimus kuvaa potilasohjauksen laatua omaisten ja potilaiden näkökulmasta sekä hoitohenkilökunnan valmiuksia ohjata potilaita. | Kvantitatiivinen tutkimus Tutkimusaineisto kerätty marras-joulukuussa 2003. Kyselylomakkeita jaettiin naistentautien poliklinikalla, naistentautien osastoilla ja perinnöllisyyspoliklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille (n=69), vastausprosentti 41% ja siellä asioiville potilaille (n= 131) , vastausprosentti 35% Aineisto analysoitu SPSS 13.1 for Windows- ohjelmalla. Merkitsevyystestauksessa käytettiin Fisherin Exact testiä. | Sairaanhoitajien tiedot ja taidot hyviä. Asennoituminen ohjaamiseen myönteisiä. Puutteita erilaisten ohjausmenetelmien käytössä. Ohjaus aika koettiin vähäiseksi ja tilat puutteelliseksi. Potilaiden arvioima ohjaus oli pääasiassa hyvää esimerkiksi sairautteen, hoitoon ja toipumiseen liittyvissä asioissa. Yksilöllistä ohjausta käytetty eniten, muita ohjausmenetelmiä ei juurikaan käytetty. |

(jatkuu)

LIITE 4: 2 (4)

| Tutkimus | Tarkoitus | Menetelmä | Keskeiset tulokset |
|--|--|--|---|
| Koponen, J., Koponen, S. & Rekola, M. (2009) Naisuus gynekologisen potilaan postoperatiivisessa ohjauksessa – potilaiden ja hoitajien kokemuksia. Laurea-ammattikorkeakoulu. Tikkurila | Tarkoitus on selvittää, miten gynekologista potilasta ohjataan postoperatiivisesti naiseuteen liittyen HYKS:n naistentautien osastoilla. Tutkimuksessa selvitetään miten ohjataan gynekologista potilasta, minäkuvaan ja psykiseen kokemukseen, parisuhteeseen sekä seksuaalisuuteen liittyen. | Tutkimus on kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän yhdistelmä. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella ja teemahaastattelulla. Kyselylomakkeita jaettiin 60:lle potilaalle, joista vastauksia tuli 40. Analysointi tehtiin SPSS 17.0 for Windows-tilasto-ohjelman avulla. Kahdeksaa sairaanhoitajaa haastateltiin teemahaastattelulla ja se analysoitiin laadullista ja määrällistä menetelmää käyttäen. | Tutkimustuloksista selvisi, että hoitajien antama postoperatiivinen ohjaus oli riittävää. Seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvää ohjausta pidettiin tärkeänä ja potilaat halusivat ohjausta mieluiten hoitajalta. Parisuhteeseen liittyvää ohjausta pidettiin vähemmän tärkeänä ja sitä ohjattiin vähemmän. Resurssien lisääminen ohjaukseen olisi tärkeää. Hoitajat kokevat, että syvempi seksuaaliohjaus ei kuulu heidän toimenkuvaan. |

| Tutkimus | Tarkoitus | Menetelmä | Keskeiset tulokset |
|---|--|--|--|
| Nurmela (2002) Gynekologisen leikkauspotilaan kokemuksia kotiutusohjauksesta. Opinnäytetyö. Rovaniemen ammattikorkeakoulu | ”Tarkoituksena oli selvittää, miten gynekologiset leikkauspotilaat kokevat kotiutuksen yhteydessä saamansa ohjauksen. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten ohjausta ja sen sisältöä voisi muokata paremmin potilaiden tarpeita vastaavaksi.” | Kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerätty teemahaastatteleamalla viittä gynekologista leikkauspotilasta.. Analysoitu deduktiivisella sisällönanalyysillä. | Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen kokonaisuutena, mutta lisää ohjausta olisivat tarvinneet leikkauksen jälkeisestä liikunnasta sekä leikkauksen jälkeisistä tuntemuksista ja seksuaalisuudesta. |

(jatkuu)

LIITE 4: 3 (4)

| Tutkimus | Tarkoitus | Menetelmä | Keskeiset tulokset |
|---|--|---|---|
| Pahikainen (2000) Hyvä kotiuttaminen hoitajan näkökulmasta. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto | Tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkemyksiä hyvän kotiuttamisen edellytyksistä ja niiden toteutumisesta käytännön hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää mitkä syyt estävät hyvän kotiuttamisen toteutumisen. | Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat eri erikoisalojen hoitajat (n=111) Vastausprosentti 55,5. Analysoitu SPSS-tilasto-ohjelmalla. Avoimet kysymykset sisällön analyysillä. | Tärkeänä hoitajat pitivät kotiuttamisessa potilaan avuntarpeen selvittäminen ja tarvittavien kotihoidon palveluiden järjestämisen. Kirjallisten jatkohoito-ohjeiden antaminen ja miten heidän tulee toimia ongelmien ilmetessä. Nämä tekijät toteutuivat parhaiten. Vähiten tärkeinä pidettiin kotiuttamisen suunnittelun aloittamista potilaan saapuessa osastolle kirjallisten toiminta-ohjeiden mukaisesti. Potilaiden hyvä kotiuttaminen ei toteudu, koska hoitoajat ovat lyhentyneet ja on liian vähän aikaa sekä ohjauskeskusteluun ei ole rauhallista tilaa. |

(jatkuu)

LIITE 4: 4 (4)

| Tutkimus | Tarkoitus | Menetelmä | Keskeiset tulokset |
|--|---|--|--|
| Thure- Toivainen (2001) Päiväkirurgisen gynekologisen potilaan yksityisyys-odotukset, kokemukset ja toiminta yksityisyyden toteutumisessa potilaan näkökulmasta. Pro Gradututkielma. Turun yliopisto | Tarkoituksena oli kuvata päiväkirurgisen gynekologisen potilaan odotuksia ja kokemuksia yksityisyydestä toimenpidepäivänä. Tarkoituksena oli myös kuvata potilaan ja henkilökunnan toimintaa potilaan yksityisyyden toteutumisessa. | Kvalitatiivinen tutkimus. Käytetty teemahaastattelua. Haastateltavana 11 päiväkirurgisen toimenpiteen läpikäynyttä yli 18- vuotiasta, suomenkielistä potilasta. Analysoitu sisällön analyysillä. | Päiväkirurgista toimintaa kuvattiin toimenpidekeskeiseksi ja rutiininomaiseksi. Tärkein yksityisyyden mahdollistava tekijä oli hoitoympäristö; viihtyisät, kodinomaiset tilat auttoivat potilaita säilyttämään yksityisyyttään. Huonekalujen sijoittelu, televisio ja lehdet olivat myös hoitoympäristön kannalta merkityksellisiä. Hoitoympäristö koettiin ahdaaksi. Potilaiden yksityisyyttä loukkasi pukuhuoneessa vaatteiden vaihto muiden potilaiden nähden ja se, että potilaat heräsivät puolipukeissa tai ilman suojaverhoja sängyn ympärillä. Tiedollinen yksityisyys säilyi hyvin ja potilaat saivat riittävästi tietoa. Yksityisyyden osa-alueista huonoimmin toteutuivat sosiaalinen ja psyykinen yksityisyys. Kontaktia muihin potilaisiin haluttiin vähentää ja lisätä hoitohenkilö-kuntaan. Tutkittavat kokivat olonsa vaivaantuneiksi ja epämiellyttäväksi hoito- ja tutkimustilanteissa. Yksityisyyden kannalta merkitykselliseksi henkilökunnan toimintoiksi muodostui ammatillinen, potilasta kunnioittava käytös, tukeminen ja ohjaus. Myös yksityisyyttä tukevat toiminnot koettiin tärkeiksi |