

Riikka Hautala

Lotta Helkiölä

# Plastiikkakirurgisten potilaiden kokemuksia hoidon laadusta

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

24.11.2016

Tekijä(t)	Riikka Hautala Lotta Helkiölä
Otsikko	Plastiikkakirurgisten potilaiden kokemuksia hoidon laadusta – Kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä Aika	41 sivua + 4 liitettä 24.11.2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja	Leena Hannula, Lehtori, TtT
<p>Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS:n Siltasairaala-uudisrakennushanketta. Meilahden sairaala-alueelle rakennettava Siltasairaala korvaa osan Töölön sairaalan sekä Syöpäklinikan toiminnoista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää plastiikkakirurgisten potilaiden kokemuksia hoidon laadusta sekä tarkastella hoidon laadussa kehitettäviä asioita HYVÄ HOITO –mittaria hyödyntäen. Tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittämään potilaiden hoitoa ja henkilökunnan ammattitaitoa laadukkaana ja potilasturvallisen hoidon takaamiseksi.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhakuun käytettiin useita tietokantoja, kuten CINAHL, PubMed, Ovid ja Medic. Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valittiin seitsemän tutkimusta, jotka käsittelevät potilasryhmiä, joiden hoidossa on käytetty plastiikkakirurgiaa. Aineisto analysoitiin deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Teoriapohjana analysoinnissa käytettiin HYVÄ HOITO -mittaria.</p> <p>Keskeisimmistä tuloksista selvisi, että plastiikkakirurgiset potilaat olivat hoitoon pääasiassa tyytyväisiä. Parantamisen varaa oli esimerkiksi leikkauksen jälkeisessä ja kotiutusvaiheen informoinnissa. Tuloksista nousi esiin myös yksityisyyden puute hoitojakson aikana. Lisäksi hoidossa keskityttiin pääasiassa fyysisen puolen hoitamiseen eikä emotionaalista tukea annettu tarpeeksi.</p> <p>Työn edetessä huomattiin, ettei yleisesti plastiikkakirurgisten potilaiden hoitoa ole tutkittu lainkaan Suomessa. Sen sijaan tutkimuksia yksittäisistä potilasryhmistä, joiden hoidossa on käytetty plastiikkakirurgiaa, on tehty muutamia. Jatkossa aihetta olisi siis tärkeää tutkia enemmän, koska plastiikkakirurgia on alati kasvava erikoisala ja plastiikkakirurgiset hoitomahdollisuudet laajenevat jatkuvasti.</p>	
Avainsanat	plastiikkakirurginen potilas, hoidon laatu, kokemus, HYVÄ HOITO –mittari

Author(s)	Riikka Hautala Lotta Helkiölä
Title	Plastic Surgical Patients' Experiences on Quality of Care: Literature Review
Number of Pages Date	41 pages + 4 appendices 24 November 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Leena Hannula, Senior Lecturer, Doctor of Health Science
<p>This thesis is part of The Hospital District of Helsinki and Uusimaa HUS's Siltasairaala-project. The new Siltasairaala will be built in Meilahti hospital area and will replace part of Töölö hospital's and Department of Oncology's operations. The purpose of this study was to examine the plastic surgical patients' experiences of the quality of care and to find out how the quality of care could be developed. The aim of this study is to gather information that can be exploited to develop patients' treatment and staff's expertise in order to assure high quality and safe treatment of patients.</p> <p>This study was conducted as a systematic literature review. The information retrieval was carried out by using several databases e.g. CINAHL, PubMed, Ovid and Medic. The review's data consisted of seven studies regarding patient groups treated with plastic surgery. The data was analyzed by using deductive content analysis with the help of GOOD NURSING CARE -scale.</p> <p>The main results showed that in general the plastic surgical patients were satisfied with the treatment. Informing after surgery and during discharge needs to be improved. Results showed that there were also lack of privacy during hospitalization. The care focused only on physical treatment and emotional support was not given enough.</p> <p>As the study proceeded, we noticed that there are no studies regarding plastic surgical patients' experiences made in Finland. Instead, there are a few studies regarding individual patient groups treated with plastic surgery. Hence there appears to be a need for further research since plastic surgery is a continuously growing specialty and plastic surgical treatment options are constantly increasing.</p>	
Keywords	plastic surgical patient, quality of care, experience, GOOD NURSING CARE -scale

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Taustaa	1
2.1	HUS	1
2.2	Siltasairaala	2
2.3	Kirurgisen potilaan hoitoprosessi	3
2.4	Hoidon laadun arviointi	4
2.5	HYVÄ HOITO –mittari	5
3	Plastiikkakirurgia	6
3.1	Ihonsiirteet	7
3.2	Plastiikkakirurgia haavanhoidossa	8
3.3	Huuli-suulakihalkiot	9
3.4	Rintakirurgia	10
3.5	Sukupuolenkorjaus	11
3.6	Plastiikkakirurgisen potilaan hoito	12
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	15
5	Aineiston keruu ja analysointi	16
5.1	Kirjallisuuskatsaus	16
5.2	Sisällönanalyysi	16
5.3	Aineiston haku	18
5.4	Aineiston kuvaus	19
5.5	Aineiston analysointi	20
6	Tulokset	21
6.1	Hoitohenkilökunnan ominaisuudet	21
6.2	Hoitotoiminnot	21
6.3	Hoidon edellytykset	24
6.4	Hoidon ympäristö	24
6.5	Hoitoprosessin eteneminen	25
7	Pohdinta	28
7.1	Tulosten tarkastelu	28
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	32

7.3	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	35
7.4	Opinnäytetyö oppimisprosessina	35
	Lähteet	37
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaun kuvaus	
	Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusartikkelien kuvaus	
	Liite 3. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen ala- ja yläluokkien sekä pääluokan muodostuminen	
	Liite 4. Toisen tutkimuskysymyksen ala- ja yläluokkien sekä pääluokan muodostuminen	

## 1 Johdanto

Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri HUS:n Siltasairaala-uudisrakennushanketta. Meilahden sairaala-alueelle rakennettavan uuden sairaalan nimeksi on päätetty antaa Siltasairaala ja se on tarkoitus ottaa käyttöön vuonna 2022. Uusi sairaala korvaa osan Töölön sairaalan sekä Syöpätautien klinikan toiminnoista. (Siltasairaala, uudisrakennus trauma- ja syöpäkeskuksille. 2016.) Tarkoituksena on kehittää palvelut vastaamaan 2020-luvun potilaiden tarpeita ja koota yhteen sairaalakokonaisuuteen vaativaa, monialaista erikoissairaanhoidoa ja ympärivuorokautista päivystystä vaativat toiminnot (HYKS, Traumakeskus-Syöpäkeskus-uudisrakennushankkeen yhdistetty hankeselvitys. 2013.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää plastiikkakirurgisten potilaiden kokemuksia hoidon laadusta sekä tarkastella hoidon laadussa kehitettäviä asioita HYVÄ HOITO –mittaria hyödyntäen. Tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittämään potilaiden hoitoa ja henkilökunnan ammattitaitoa laadukkaan ja potilasturvallisen hoidon takaamiseksi.

Plastiikkakirurgisten potilaiden kokemuksia hoidosta on tutkittu melko vähän. Kuitenkin plastiikkakirurgia on koko ajan kasvava erikoisala ja plastiikkakirurgiset hoitomahdollisuudet laajenevat jatkuvasti, minkä vuoksi tutkimukset aiheesta ovat tarpeen. Kasvunusteeseen liittyy erityisesti haavojen kirurgisen hoidon suosiminen ja joidenkin syöpämuotojen ilmaantuvuuden lisääntyminen. (HYKS, Traumakeskus-Syöpäkeskus-uudisrakennushankkeen yhdistetty hankeselvitys. 2013.)

## 2 Taustaa

### 2.1 HUS

HUS eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri on 24 kunnasta koostuva kuntayhtymä, joka aloitti toimintansa vuonna 2000. Se on Suomen suurin sairaanhoidopiiri, joka tuottaa erikoissairaanhoidopalveluita yli 1,5 miljoonalle ihmiselle. (HUS-tietoa. 2016.)

HUS-alueen plastiikkakirurgiset palvelut on koottu HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosityksikköön Töölön sairaalaan ja Jorvin sairaalaan sekä näiden lisäksi Hyvinkään,

Lohjan ja Porvoon sairaaloihin (HUS-tietoa. 2016). Töölön sairaalan plastiikkakirurgiseen toimintaan kuuluu vaativa, elektiivinen ja osittain koko maasta keskitetty kirurginen toiminta sekä tapaturmakirurgiaa tukeva päivystyksellinen hoito (HYKS, Traumakeskus-Syöpäkeskus-uudisrakennushankkeen yhdistetty hankeselvitys. 2013).

Töölön sairaalan osasto 3 on rekonstrukttiivisen plastiikkakirurgian osasto, jonka toimintaan kuuluu iho-, pehmytkudos-, kasvo- ja suusyöpien hoito, raajojen korjaava kirurgia, muovaava rintakirurgia, sukupuolenkorjauskirurgia sekä haavakirurgia. Osastolla hoidetaan myös päivystyspotilaita. (HYKS, Traumakeskus-Syöpäkeskus-uudisrakennushankkeen yhdistetty hankeselvitys. 2013.)

Suomessa huuli-suulakihalkiopotilaiden hoito on keskitetty Töölön sairaalaan, HYKS:n Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosityksikköön kuuluvaan huuli-suulakihalkiokeskukseen (HUSUKE) (Plastiikkakirurgia. 2016). Halkiopotilaiden lisäksi siellä hoidetaan kallojen saumojen luutumishäiriöitä eli kraniosynostooseja ja näihin liittyviä oireyhtymiä sekä muita epämuodostumia ja lasten plastiikkakirurgiaa vaativia kasvaimia ja vammoja (Huuli- ja suulakihalkiokeskus HUSUKE. 2016).

## 2.2 Siltasairaala

Meilahden sairaala-alueelle rakennettavaan uuteen sairaalaan sijoittuvat traumakeskus ja syöpäkeskus. Uusi Traumakeskus-Syöpäkeskus-uudisrakennus on päätetty nimetä Siltasairaalaksi. (Siltasairaala, uudisrakennus trauma- ja syöpäkeskuksille. 2016.) Traumakeskukseen tulee keskittymään tapaturmissa ja onnettomuuksissa eri tavoin vammautuneiden potilaiden hoito. Onkologisten ja hematologisten potilaiden tutkimus ja hoito tulee sijaitsemaan Syöpäkeskuksessa. (Traumakeskus-Syöpäkeskus-uudisrakennuksen hankeselvitys ja investoinnista päättäminen. 2013.)

Sairaalan rakentamisen arvioidaan tapahtuvan vuosina 2018–2021 ja sen käyttöönotto on suunnitelmien mukaan vuonna 2022 (Siltasairaala, uudisrakennus trauma- ja syöpäkeskuksille. 2016). Uudisrakennushankkeen ensisijainen tavoite on saada tilat vastaamaan nykyaikaisia toimintatapoja ja turvata hoidon saatavuus alati kasvaville potilasryhmille. Tavoitteena on keskittää uuteen Siltasairaalaan vaativaa ympärivuorokautista erikoissairaanhoidoa tarvitsevien potilasryhmien hoito, minkä kautta saadaan Meilahden sairaala-alueesta yhtenäinen. (Traumakeskus-syöpäkeskus-uudisrakennuksen hankeselvitys ja investoinnista päättäminen. 2013.)

Nykyisissä Töölön sairaalan ja Syöpäklinikan tiloissa on haastavaa toteuttaa tällä hetkellä laadukasta hoitoa, sillä tilat ovat ahtaat ja epätarkoituksenmukaiset. Uusi, yhtenäinen sairaala-alue tulee mahdollistamaan monille eri potilasryhmille turvallisen, toimivan ja selkeän hoitokokonaisuuden, jossa potilaslähtöisyys otetaan huomioon heti suunnitelmavaiheessa. (HYKS, Traumakeskus-Syöpäkeskus-uudisrakennushankkeen yhdistetty hankeselvitys. 2013.)

### 2.3 Kirurgisen potilaan hoitoprosessi

Kirurgiseen toimenpiteeseen tulevan potilaan hoitoprosessi sisältää kolme vaihetta. Näillä vaiheilla tarkoitetaan preoperatiivista eli leikkausta edeltävää, intraoperatiivista eli leikkauksen aikaista ja postoperatiivista eli leikkauksen jälkeistä hoitoa. Kirurgisen potilaan hoitoprosessia voidaan kutsua myös perioperatiiviseksi hoitoprosessiksi. Perioperatiivisessa hoitoprosessissa on tärkeintä potilaskeskeisyyden toteutuminen, potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen ja luotettavan vuorovaikutussuhteen luominen. Lisäksi hoidon jatkuvuus on yksi hoitoprosessin merkittävimmistä elementeistä. (Ahonen ym. 2014: 99.) Erityisen tärkeää on varmistaa hoidon jatkuvuus hoitopaikan muuttuessa ja hoitohenkilökunnan vaihtuessa (Nyman 2006: 7).

Preoperatiivinen hoitotyö alkaa, kun potilaan päätös leikkauksesta on tehty. Preoperatiivinen vaihe alkaa leikkaukseen valmistautumisella. Potilas voi valmistautua leikkaukseen joko kotona, osastolla, päivystysosastolla tai poliklinikalla. Mahdollisuuksien mukaan potilas pyritään ottamaan aina mukaan leikkausta edeltävän hoitotyön suunnitteluun. Leikkaukseen valmistautuessa suunnittelun päämääränä on edistää potilaan toimimista ja vähentää toimenpiteeseen liittyviä komplikaatioita. Potilaan leikkaus- ja anestesiekelpoisuus arvioidaan ASA-luokituksen (American Society of Anesthesiologists) avulla yhdessä potilaan, sairaanhoitajan, kirurgin ja anestesia lääkäriin kanssa. Leikkaukseen valmistautumisen vaiheeseen kuuluu myös potilaan kanssa yhdessä käytävä tulo- ja haastattelu, jonka avulla pyritään selvittämään potilaan oma käsitys terveydentilastaan ja samalla antamaan potilaalle tietoa tulevasta leikkauksesta ja sen jälkeisestä hoidosta. (Ahonen ym. 2014: 99–100.)

Intraoperatiivisen hoitotyön vaihe alkaa siitä, kun potilas siirtyy leikkausosastolle. Leikkaussalin työryhmään kuuluu yleensä kirurgi, anestesia lääkäri, valvova sairaanhoitaja ja instrumentoitu sairaanhoitaja. (Ahonen ym. 2014: 104.) Intraoperatiivisessa hoitotyössä potilas saa tarvitsemansa kirurgisen hoidon (Lukkari – Kinnunen – Korte 2010: 20–21).



Potilaan postoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun hänet siirretään leikkaussalista heräämöhön. Heräämössä potilaan tilaa monitoroidaan intensiivisesti, kunnes hänen elintoimintonsa ovat tasaantuneet ja hänen vointinsa on hyvä. Sen jälkeen potilas siirtyy jatkohoitoon vuodeosastolle, toiseen jatkohoitoyksikköön tai kotiin, mikäli kyseessä on päiväkirurginen toimenpide. Kotiutusvaiheessa potilaan ja läheisten selviytymistä tuetaan antamalla suulliset ja kirjalliset kotihoito-ohjeet. (Ahonen ym. 2014: 104–106; Lukkari ym. 2010: 21–22.)

#### 2.4 Hoidon laadun arviointi

Hoidon laadun Suomessa määrittelee lainsäädäntö. Laissa on asetettu ohjeistukset potilaiden laadukkaasta hoidosta ja hoitoon pääsystä. Lain mukaan kaikilla potilailla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3.) Potilaalla on mahdollisuus itsemääräämisoikeuteen sekä tiedonsaantiin omaa hoitoaan koskien (Kahanpää – Perälä – Räikkönen 2006: 375). Potilasta on kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja niin, että hänen vakaumustaan ja yksityiselämänsä kunnioitetaan. Potilaan tiedot tulee pitää salaisina ja luottamuksellisina. (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001.)

Yhtenä hyvän hoidon laadun elementtinä on esitetty yksilöity hoito. Yksilöidyn ohjauksen ja neuvonnan avulla on tutkitusti saavutettu potilaiden näkökulmasta parempaa hoitoa kuin tavallisilla, rutiininomaisilla toiminnoilla. Lisäksi potilaat ovat kokeneet yksilöidyn hoidon myös parantavan itsetuntoa ja vähentävän ahdistuneisuutta, mikä osaltaan vaikuttaa positiivisesti hoidon kokemukseen. (Suhonen - Välimäki - Leino-Kilpi 2005: 284–290.) Potilaille on tärkeää, että hoitaja tutustuu heihin. Hoitajien kohteliaisuus, rento olemus ja rauhallinen äänensävy koetaan tärkeinä tekijöinä tyytyväisyyden kannalta. Hoitajien toiminnassa arvostetaan erityisesti vaikeiden ja lääketieteellisten sanojen kääntämistä selkokielelle. Potilaat kokevat erittäin tärkeänä sen, että hoitajat ovat saatavilla ja auttavat potilasta, jos hän tarvitsee jotain. Jos taas potilaan pyyntöjä ei toteuteta, saattaa potilas kokea sen loukkaavana. (Henderson ym. 2007: 149–151.)

Hoidon laadun arviointiin on kehitetty useita erilaisia mittareita. Näistä esimerkkejä ovat Eeva Töyryn Ihmisläheinen hoito –mittari, Helena Leino-Kilven, Leena Waltan, Hans Heleniuksen, Jaana Vuorenhimon sekä Maritta Välimäen kehittämä HYVÄ HOITO –mittari ja Riitta Suhosen Yksilöllinen hoito –mittari (Mäntynen – Vehviläinen-Julkunen – Miittinen – Kvist 2015: 20). Tässä opinnäytetyössä aineiston analysoinnin apuna käytettiin HYVÄ HOITO –mittaria, joka on esitelty seuraavassa luvussa.

## 2.5 HYVÄ HOITO –mittari

HYVÄ HOITO –mittari on kehitelty apuvälineeksi, jolla voi mitata sairaalapotilaiden hoidon laatua. Mittarin kehittämisen tarkoituksena oli määritellä hoidon laadun arviointiperusteita sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja laatia ja testata väliaineita hoidon mittausta varten. Pyrkimyksenä mittarin kehittämisessä oli näin ollen edistää suomalaisten sairaalapotilaiden hoidon laadun mittaamista. (Leino-Kilpi – Walta – Helenius – Vuorenheimo – Välimäki 1995: 1-2.)

Mittari koostuu seuraavista kategorioista: hoitohenkilökunnan ominaisuudet, hoitotoiminnot, hoidon edellytykset, hoidon ympäristö, hoitoprosessin eteneminen ja hallintastrategiat. Koska hoidon laatu käsitteenä on laaja ja opinnäytetyöhön varattu aika oli rajallinen, näistä kategorioista valittiin opinnäytetyössä käytettäväksi hoitohenkilökunnan ominaisuudet, hoitotoiminnot, hoidon edellytykset, hoidon ympäristö sekä hoitoprosessin eteneminen. Nämä kategoriat sisältöineen on esitelty tässä kappaleessa. Niiden yhteydessä on kuvattu myös mittarilla aiemmin saatuja tuloksia eli potilaiden näkökulmasta tärkeitä asioita kuhunkin kategoriaan liittyen. (Leino-Kilpi – Walta – Helenius – Vuorenheimo – Välimäki 1995: 99.)

Hoitohenkilökunnan ominaisuuksista tärkeimpiä potilaille ovat huolellisuus, tarkkuus, rehellisyys, luotettavuus, ystävällisyys ja tasapuolisuus. Jokseenkin tärkeiksi ominaisuuksiksi koetaan siisteys, huoliteltu ulkonäkö, huumorintaju, tehokkuus, nopeus ja itsenäisyys. (Leino-Kilpi ym. 1995: 109.)

Hoitoon liittyvät toiminnot on jaettu kahteen osaan: tehtävään ja ihmiseen suuntautuneisiin toimintoihin. Tehtävään suuntautuneista toiminnoista kaikista tärkeimpinä pidetään lääkehoidon toteutumista, hyvää laitteiden hallintaa, hoitoon liittyvien asioiden selittämistä selkokielellä, hoitohenkilökunnan yhteistyötä ja potilaan pitämistä ajan tasalla. Tärkeitä ominaisuuksia ovat myös hoidon suunnittelu yhdessä potilaan kanssa sekä terveellisten asioiden opettaminen. Tärkeitä ihmiseen suuntautuneita toimintoja ovat potilaiden tasapuolinen ja yksilöllinen kohtelu, henkilökunnan palvelualltius, huolenpito, tukeminen, kannustus ja kuuntelu. Merkityksellistä on ottaa huomioon myös omaiset; omaisten kannustaminen ja informoiminen on merkityksellistä. (Leino-Kilpi ym. 1995: 111–114.)

Hoidon edellytykset käsittävät muun muassa hoitajien tiedot ja taidot, hoitajien työkokemuksen ja resurssit. Tärkeintä potilaiden näkökulmasta on se, että hoitohenkilökunta on

kokenutta ja heitä on riittävästi, jolloin heillä on riittävästi aikaa potilaille. Hyvän hoidon edellytys on myös hoitohenkilökunnan kouluttautuminen. (Leino-Kilpi ym. 1995: 115.)

Hoitoympäristöön liittyvät sekä sosiaaliset että fyysiset tekijät. Sosiaaliset tekijät käsittävät esimerkiksi omaisten mahdollisuuden tavata potilasta ja henkilökuntaa sekä potilaan käsitykset potilashuoneen muista asukkaista. Näitä tekijöitä potilaat eivät kuitenkaan pidä erityisen merkityksellisinä ja esimerkiksi samassa huoneessa olevien potilaiden iällä tai sairaudella ei ole väliä. Fyysiseen hoitoympäristöön liittyvistä asioista tärkeitä ovat ympäristön turvallisuus, siisteys, lämpötila, oma rauha ja riittävä tila. Osa potilaista arvostaa sitä, että osastolta löytyy jotain tekemistä tai ajankulua. (Leino-Kilpi ym. 1995: 117–118.)

Hoitoprosessi käsittää hoitoon pääsyn, sairaalajaksoon valmistautumisen, tulotilanteen, kotihoidon ohjauksen ja kotiin pääsyn sekä informaation ja ohjauksen riittävyden näissä tilanteissa. Merkityksellistä potilaille on ystävällinen vastaanotto hoitopaikkaan tullessa. Kovin tärkeäksi ei koeta etukäteen saatua informaatiota esimerkiksi kirjallisen materiaalin tai sairaalasta saadun puhelinoiton muodossa. Sen sijaan kaikkein tärkeintä vaikuttaa olevan ennen kotiin lähtöä saatu laadukas kotihoidon ohjaus, joka sisältää tietoa mahdollisista komplikaatioista ja oireista sekä ohjeita siitä, mitä potilas saa ja ei saa tehdä kotiin päästyään. (Leino-Kilpi ym. 1995: 119–120.) Tässä opinnäytetyössä keskityttiin informaatioon ja ohjaukseen hoitoprosessin eri vaiheissa. Sen sijaan hoitoon pääsyä, jonotusaikaa ja tutkimukseen tai leikkaukseen pääsyn nopeutta ei käsitelty.

### **3 Plastiikkakirurgia**

Sana plastiikka tulee kreikan sanasta ”plastikos”, joka tarkoittaa kudoksia muodostavaa, menetettyä ruumiinosaa palauttavaa tai muotoiltavaksi soveltuvaa. Plastiikkakirurgia käsittää haavojen kirurgisen hoidon, ihon kasvainten poiston, pehmytkudosvammojen ja palovammojen hoidon, epämuodostumien ja kosmeettisten virheiden korjauksen. Plastiikkakirurgian avulla voidaan korjata monia kehonosia ja rakenteita, kuten luuta, rustoa, rasvakudosta, limakalvoa, lihasta, hermokudosta ja ihon rakenteita. (Hinkle - Cheever 2014: 1800.)

Plastiikkakirurgia jaetaan rekonstruktiiiviseen plastiikkakirurgiaan ja esteettiseen plastiikkakirurgiaan. Esteettinen plastiikkakirurgia pyrkii korjaamaan ikääntymisen aiheuttamia

muutoksia ja muita ulkonäön kosmeettisia virheitä. Esteettistä plastiikkakirurgiaa ei toteuteta lainkaan julkisen terveydenhuollon piirissä vaan se kuuluu kokonaan yksityissektorille. Rekonstruktivinen plastiikkakirurgia taas keskittyy kudospuutoksiin ja synnyntäisiin kehityshäiriöihin. Kudospuutokset voivat johtua erilaisista tapaturmista, infektiosta tai erilaisten kasvainten poistoista. Myös erilaisia arpia, kuten palovamma-arpia, hypertrofisia leikkausarpia ja sädehoidon jälkeisiä kudospuutoksia, korjataan plastiikkakirurgian alalla. Plastiikkakirurgian tavoitteena on turvata potilaan normaali toimintakyky ja samalla saada kudos vastaamaan laadullisesti mahdollisimman paljon alkuperäistä kudosta. (Tukiainen - Kuokkanen - Suominen - Rautio 2010: 798.) Tässä opinnäytetyössä keskityttiin ainoastaan rekonstruktiviseen plastiikkakirurgiaan eli julkisen terveydenhuollon piiriin kuuluvaan hoitoon. Tässä luvussa on esitelty yleisimpiä plastiikkakirurgisia toimenpiteitä ja potilasryhmiä. Niistä osa esiintyy kirjallisuuskatsauksen aineistoon valituissa tutkimuksissa.

### 3.1 Ihonsiirteet

Ihonsiirto on plastiikkakirurgian perusmenetelmä, jota käytetään iho- ja pehmytkudospuutosten peittoon ja korjaukseen sekä haavojen hoitoon (Hinkle - Cheever 2014: 1801). Ihonsiirre voi olla joko osaihonsiirre, joka käsittää ihon pintaosat tai kokoihonsiirre, joka käsittää ihon kaikki osat. Kokoihonsiirrettä käytetään ainoastaan pienten ihopuutosten korjaukseen alueilla, joilla toivotaan vähäistä arpikudoksen muodostumista, kuten esimerkiksi kasvoissa. Osaihonsiirteillä sen sijaan voidaan peittää laajempia puutosalueita. (Tukiainen ym. 2010: 800.) Ihonsiirteinä voidaan käyttää potilaan omaa vahingoittumatonta ihoa eli autograftia. Jos potilaalla ei ole riittävästi käyttökelpoista ihoa ihonsiirtoa varten, voidaan hyödyntää luovuttajalta saatua ihonsiirrettä eli allograftia. (Hinkle - Cheever 2014: 1801.)

Ihonsiirteitä voidaan käyttää myös palovammojen hoidossa. Suomessa yli 10 000 ihmistä saa vuosittain palovammoja ja heistä sairaalahoitoon joutuu n. 1200. Jopa lievissä sairaalahoitoa vaativissa palovammoissa hoito kestää noin 2 viikkoa. Palovamma on paikallinen kudospuutoksia, jonka aiheuttaa joko lämpö tai syövyttävä kemiallinen aine. Ne on yleisesti jaoteltu kolmeen eri vaikeusluokkaan vaurioiden mukaan: 1. asteen palovammat, 2. asteen palovammat ja 3. asteen palovammat. 1. asteen palovamma rajoittuu epidermikseen, eikä se vaadi erityistä hoitoa ja se parantuu arpia jättämättä. 2. asteen palovammassa eli dermaalaisessa palovammassa vaurio rajoittuu dermikseen ja sen syvyysasteesta riippuen sitä voidaan hoitaa sekä konservatiivisella paikallishoidolla että leikkaushoidolla. 3. asteen palovammoissa kaikki ihon kerrokset ovat palaneet. Kaikki 2.

asteen syvät dermaaliset ja 3. asteen palovammat eksidoidaan ja peitetään ihonsiirteillä kahden viikon kuluessa vamman synnystä. Ensisijaisesti käytetään potilaan omaa ihoa, jos palamatonta ihoa on tarpeeksi jäljellä. Kirurgisen hoidon tarkoituksena on poistaa palaneelta alueelta kuollut kudos ja sulkea haavapinta niin, ettei kudos pääse altistumaan bakteereille. (Papp – Härmä 2010: 253–260.)

### 3.2 Plastiikkakirurgia haavanhoidossa

Plastiikkakirurgiaa käytetään yleisesti monien haavojen hoidossa, kuten muun muassa säärihaavojen, diabeettisten haavojen, erilaisten alaraajahaavojen sekä painehaavojen hoidossa. Lisäksi plastiikkakirurgisilla menetelmillä hoidetaan haavat, jotka vaikuttavat merkittävästi potilaan ulkonäköön ja joiden kirurgisessa hoidossa vaaditaan erityistä tarkkuutta.

Säärihaavat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: laskimoperäiset, valtimoperäiset ja sekamuotoiset haavat. Suurin osa haavoista johtuu laskimoiden vajaatoiminnasta. Harvinaisia syitä säärihaavojen syntymiselle ovat ihosyöpä, reumansukuiset ihosairaudet ja vasculiitti eli verisuonitulehdus. Myös diabeetikoilla säärihaavat voivat olla laskimo- tai valtimoperäisiä, mutta diabetekseen liittyvä neuropatia usein hidastaa haavojen parantumista. (Ukkola - Ahonen - Alanko - Lehtonen - Suominen 2001: 356.) Haavan paranemisen aikarajana pidetään yleensä kuukautta. Alle neljässä viikossa paraneva haava on akuutti ja kun kuukauden aikaraja ylittyy, haava luokitellaan krooniseksi. (Juutilainen – Koljonen – Lassus 2007.)

Alaraajahaavan konservatiivinen hoito perustuu haavan syntyyn vaikuttavien tekijöiden korjaamiseen ja haavan paikallishoitoon. Jos edellä mainitut toimenpiteet eivät tuota tulosta noin kahdessa kuukaudessa, päädytään kirurgiseen hoitoon. Kirurgisen hoidon ehtona on, ettei toimenpiteelle ole vasta-aiheita ja että leikkaushaavan paranemismahdollisuuksia pidetään realistisina. Lisäksi haavan täytyy olla tarpeeksi siisti eikä se saa olla infektoitunut ja potilaan perussairaudet tulee olla hyvässä hoitotasapainossa. Kroonisen alaraajahaavan revisiokirurgiassa haavan nekroottinen tai infektoitunut kudos poistetaan ja tavoitteena on edistää haavan paranemista. Näin krooninen haava muutetaan haavapohjaltaan puhtaaksi akuutiksi haavaksi, jonka paranemisedellytykset ovat paremmat kuin alkuperäisellä haavalla. (Juutilainen ym. 2007.) Krooniset alaraajahaavat voidaan hoitaa myös käyttämällä korjaavaa kirurgiaa. Tavoitteena korjaavassa kirurgiassa on

haavan lopullinen umpeutuminen ja siinä käytetään plastiikkakirurgisia menetelmiä, kuten ihonsiirtoa ja kieleleleikkausta. Jos muut hoidot eivät auta, voidaan tarvittaessa turvautua amputaatioon. (Krooninen alaraajahaava. 2014.)

Painehaavat ovat yleisimpiä vuodepotilailla, jotka viettävät pitkiä aikoja sängyssä eivätkä pysty itse vaihtamaan asentoa. Merkittävä tekijä painehaavojen muodostumiselle on kudosten puutteellinen verenkierto. Haava muodostuu herkästi alueelle, jossa luu painaa ihoa ja estää alueen normaalin verenkierron. Yleisimpiä painehaavoille altistuvia alueita ovat lonkat, alaselkä, pakarat ja kantapää. Painehaavojen hoitoon pätee samat periaatteet kuin kroonisen alaraajahaavan hoidossa. (Lumio 2012.)

### 3.3 Huuli-suulakihalkiot

Huuli- ja suulakihalkiot ovat synnynnäisistä epämuodostumista kaikkein yleisimpiä. Suomessa halkioiden esiintyvyys on kaksinkertainen muihin maihin nähden. Uusia tapauksia ilmaantuu vuosittain noin 120. (Rautio ym. 2010a.) Halkioiden syntymään vaikuttavat tekijät ovat suurelta osin tuntemattomia. Taustalla ajatellaan olevan joitakin raskaudenaikeisia ulkoisia tekijöitä sekä kasvojen ja suun kehitykseen vaikuttavia perintötekijöitä. Sukututkimusten perusteella on osoitettu perinnöllisillä tekijöillä olevan selvä vaikutus halkioiden syntyyn. Noin viidenneksellä halkiopotilaista on sukulainen, jolla on jonkinlainen halkio. (Ritvanen 1998: 45.)

Halkiot jaetaan kahteen ryhmään: suulakihalkioihin sekä huulihalkioihin. Huulihalkioiden yhteydessä voi esiintyä myös suulakihalkio. Halkiolapset kärsivät kasvojen eroavaisuuksista ja puheen häiriöistä. Osalla esiintyy myös kuulo-, hampaisto-, syömis- ja purentaongelmia. Nämä kaikki osaltaan aiheuttavat sosiaalista haittaa, erityisesti jos hoitotulos ei ole onnistunut. (Rautio ym. 2010a.)

Hoitona käytetään halkioiden kirurgista korjausta ja luusiirrettä. Kirurgisen hoidon pääasiallisina tavoitteina ovat aina mahdollisimman normaali ulkonäkö, purenta ja puhe. Lisäksi korjauksen avulla halutaan lisätä sekä potilaan että hänen perheensä henkistä hyvinvointia. Huulihalkio suljetaan yleensä 3-6 kuukauden iässä ja suulaen halkiot yleensä 9 kuukauden iässä. (Klassen ym. 2011: 548; Rautio ym. 2010a.)

Suomessa halkioplasten hoito on keskitetty Töölön sairaalassa sijaitsevaan Huuli- ja suulakihalkiokeskukseen (HUSUKE). HUSUKE:n asiantuntijaryhmään kuuluu plastiikkaki-

urgeja, leukakirurgia, korva-, nenä- ja kurkkutautilääkäri, hammashoidon asiantuntijoita sekä hoitajia, joilla on erityisosaamista halkioiden hoidosta. Foniatri ja puheterapeutit ovat apuna puheeseen liittyvissä asioissa. Monialaisella yhteistyöllä ja hoidon keskittämällä taataan hoidon kannalta hyvä lopputulos. (Rautio ym. 2010a.)

### 3.4 Rintakirurgia

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpätyyppi. Suomessa uusia rintasyöpätapauksia vuonna 2014 oli 5008. (Yleisimmät syövät vuonna 2014, NAISSET. 2016.) Rintasyöpään sairastuneiden määrä on jatkuvasti lisääntynyt ja näyttää ennusteiden mukaan edelleen kasvavan. Potilaista 40 %:lla rinta joudutaan poistamaan kokonaan, mutta osa potilaista voidaan hoitaa säästävällä leikkauksella. (Joensuu – Leidenius – Huovinen – von Smitten – Blomqvist 2007: 484–494.)

Rintasyövän kirurgisen hoidon tavoitteena on poistaa rinnasta kasvain ja sen mahdollisesti lähettämät etäpesäkkeet ja siten ehkäistä syövän uusiutumista (Jahkola – Leidenius – von Smitten ym. 2010: 774). Rinnan poisto eli mastektomia tehdään silloin, kun säästävä leikkaus ei ole mahdollinen, syöpä on uusiutunut säästävän leikkauksen jälkeen tai jos potilaan toiveena on koko rinnan poisto (Joensuu ym. 2007: 494). Säästävä leikkaus voidaan toteuttaa, mikäli voidaan olettaa tuloksen olevan esteettisesti hyväksyttävä ja syövän uusiutumiskin olevan pieni. Samalla arvioidaan, voidaanko rinnan korjaus suorittaa tekemällä onkoplastinen muotoilu eli säästää paikallisia kudoksia, voidaanko tehdä välitön rintarekonstruktio vai onko järkevämpää siirtää korjausleikkaus myöhemmäksi. (Jahkola ym. 2010: 775.)

Onkoplastinen kirurgia on syöpäkirurgiaa, jossa käytetään plastiikkakirurgisia menetelmiä rinnan muodon palauttamiseksi (Jahkola ym. 2010: 776). Päämääränä on syövän laaja paikallinen poisto yhdistettynä kudospuutosta korvaavaan rekonstruktioon kosmeettisesti hyväksyttävän lopputuloksen saavuttamiseksi (Pillarsetti – della Rovere 2012: 255). Rintarekonstruktioilla tarkoitetaan rinnan uudelleenrakentamista rinnan poiston jälkeen. Rinnan muodostamiseen voidaan käyttää vatsa- ja selkäkielekkeitä tai erilaisia rintaproteeseja. (Jahkola ym. 2010: 780–784.) Rintarekonstruktio on tärkeä osa rintasyöpähoitoa potilaan psykososiaalisen ja seksuaalisen hyvinvoinnin kannalta (Rozen – Ashton 2012: 124).

### 3.5 Sukupuolenkorjaus

Transsukupuolisuudella tarkoitetaan sukupuoli-identiteetin ja kehon fyysisen sukupuolen välisen voimakkaan yhteensopimattomuuden äärimuotoa. Henkilö ei pysty elämään oikeaksi kokemassaan sukupuoliroolissa, sillä hän ei tule kohdatuksi oikeaksi kokemansa sukupuolen edustajana. Tämän lisäksi henkilölle tuottaa ahdistusta kehon anatomia, joka tuntuu epäsopivalta ja vieraalta. (Mattila 2013.)

Transsukupuolisuutta hoidetaan sukupuolenkorjaushoidoilla, joiden avulla kehoa ja anatomiaa pyritään muokkaamaan lähemmäksi henkilön oikeaksi kokeman sukupuolen anatomiaa. Hoitojen tavoitteena on myös auttaa henkilöä pikkuhiljaa sopeutumaan toisen sukupuolen rooliin esimerkiksi hormonihoitojen ja niin sanotun tosielämän kokeen avulla. (Mattila 2013.) Tosielämän koe tarkoittaa sitä, että transsukupuolinen ihminen elää oikeaksi kokemassaan sukupuoliroolissa hormonihoiton ohella noin vuoden ajan ennen leikkauksen suorittamista. Tosielämän kokeeseen liittyy usein jossain vaiheessa myös nimen vaihtaminen toisen sukupuolen nimeen. (Huttunen 2015.)

Hormonihoito on henkilön hoitamista vastakkaisen sukupuolen hormoneilla. Sen tarkoituksena on torjua henkilön omien sukupuolirauhasten toiminta ja näin muuttaa henkilön ulkoiset piirteet vastaamaan vastakkaisen sukupuolen piirteitä. Osa potilaista tyytyy vain hormonihoitoon, mutta osa haluaa myös leikkaushoitoon. (Tiitinen – Suominen – Holi 2003.)

Leikkausta kutsutaan sukupuolenkorjaukseksi, sillä leikkauksen avulla korjataan henkilön ulkonäkö vastaamaan hänen sisäistä kokemustaan (Huttunen 2015). Transsukupuolisen kirurginen hoito sisältää plastiikkakirurgiset toimenpiteet sukuelimissä, rinnoissa ja mahdollisesti kasvoissa ja kurkunpäässä. Miehestä naiseksi –transsukupuolisen korjausleikkauksessa poistetaan siitin ja kivekset ja muotoillaan emätin, häpykieli ja häpyhuulet. Lisäksi voidaan suorittaa rintojensuurenusleikkaus sekä kasvojen luiden, kurkunpään ja äänihuulien leikkaukset. Naisesta mieheksi –transsukupuolisen korjausleikkaukseen sisältyvät kohdun ja munasarjojen poisto, emättimen sulkeminen, kivespusien muotoilu ja peniksen rakentaminen eli falloplastia. Näiden lisäksi tehdään myös rintojen poisto ja nännien pienennysleikkaus. (Pimenoff 2006: 168–169.)

Suomessa sukupuolenkorjausleikkaukseen hakeutuu vuosittain noin 50 ihmistä (Huttunen 2015). Suomessa transsukupuolisuuden diagnosointi on keskitetty Tampereen ja



Helsingin yliopistollisiin sairaaloihin, joista molemmista löytyy transtukiryhmät. Sen sijaan sukuelinkirurgiset toimenpiteet kastroatioleikkauksia lukuun ottamatta suoritetaan Töölön sairaalan plastiikkakirurgisessa yksikössä. Sukuelinkirurgiset leikkaukset ovat julkisen terveydenhuollon palveluita, jotka edellyttävät joko Tampereen tai Helsingin yliopiston erityisyksikön tutkimusta sekä suositusta. (Huttunen 2015.)

### 3.6 Plastiikkakirurgisen potilaan hoito

Leikkaukseen joutuminen on kenelle tahansa stressaava ja vaikea tilanne. Plastiikkakirurginen toimenpide saattaa kuitenkin olla henkisesti erityisen rankka kokemus, koska itse leikkauksen aiheuttaman pelon lisäksi kyseessä on myös potilaiden toiveet ja odotukset mahdollisesti paremmasta ulkomuodosta. (Rankin – Bohar 1997: 535.) Rekonstruktivisen kirurgian yhtenä päätavoitteena on ulkomuodon muutoksen myötä saada parannettua potilaan henkistä hyvinvointia. Siksi onkin tärkeää, että plastiikkakirurgisen potilaan hoidossa ei keskitytä ainoastaan fyysisen puolen hoitamiseen vaan pidetään huolta myös potilaan henkisestä puolesta. Potilaan henkinen hyvinvointi, hyvä sopeutuminen uuteen ulkomuotoon ja hoitajien huolehtivaisuus vaikuttavat myös hänen tyytyväisyyteensä leikkauksen lopputuloksen suhteen. (Rankin – Mayers 2008: 12–23; Remmers – Holtgräwe – Pinkert 2010: 13.)

Kehon muutokseen sopeutuminen on vaikeaa ja vaatii runsaasti aikaa. Erityisesti tämä korostuu tilanteissa, joissa muutoksia tehdään kasvojen alueella. Kasvot ovat kuitenkin keskeinen osa kehonkuvaa ja usein niihin kiinnitetään ensimmäisenä huomiota. Usein ihmiset myös tekevät johtopäätöksiä ihmisten kasvojen perusteella. Hoitajien on tärkeää yrittää tarjota riittävää tukea ja auttaa potilasta sopeutumaan muuttuneeseen kehonkuvaan. (Rankin – Mayers 2008: 14.)

Osa plastiikkakirurgisesti korjatuista vioista on patologisia, kuten esimerkiksi pää- ja niskasyövät. Tällöin potilailla on usein ollut aikaa sopeutua sairauden aiheuttamaan muuttuneeseen kehonkuvaan, mutta useimmiten he ovat silti epävarmoja, miltä leikkauksen lopputulos näyttää ja miten heidän kehonsa toimii leikkauksen jälkeen. Potilaille tulee antaa aikaa ja tukea, jotta he voivat sopeutua tilanteeseen. (Rankin – Mayers 2008: 15–16.)

Plastiikkakirurgisten menetelmien käyttö on yleistä myös erilaisten traumojen aiheuttamien vammojen hoidossa. Näistä esimerkkeinä ovat muun muassa palovammat, auto-onnettomuudet sekä traumat, jotka vaativat raajan amputaatiota. Usein onnettomuudet

ja traumaattisten vammojen synty tapahtumat odottamatta ja leikkaukset joudutaan suorittamaan nopeasti. Näin ollen potilaita ei ehditä valmistella henkisesti siihen, miltä leikkauksen lopputulos näyttää tai miten leikkaus muuttaa hänen toimintakykyään. Erittäin suuri painoarvo onkin potilaan post-operatiivisella hoidolla ja hoitajien toiminnalla. Hoitajien tulee tukea potilasta ja auttaa häntä keskittymään tilanteen hyviin puoliin. (Rankin – Mayers 2008: 15.)

Tiedonsaanti on erittäin tärkeä elementti hoidon laadun kannalta. Erityisesti potilaan joutuessa vaikean päätöksen eteen on tärkeää tarjota riittävästi tietoa hänen päätöksenteonsa tueksi. (Wolf 2004a: 219.) Toisaalta tiedonsaanti voi myös lisätä pelkoa, joten potilaiden tiedontarve tulee arvioida aina yksilöllisesti (Wolf 2004b: 318). Kokemukset tiedonsaannista yleisesti ovat vaihtelevia; pääosin tiedonsaantiin ollaan tyytyväisiä, mutta myös parannettavaa löytyy. Usein potilaat tuntevat pelkoa leikkauksen suhteen, koska eivät tiedä mitä odottaa. Pääosin tiedonsaanti leikkaukseen liittyen koetaan hyväksi, mutta enemmän tietoa kaivataan leikkauksen mahdollisista komplikaatioista, leikkauksen raskaudesta ja toipumisajasta. Leikkauksen lopputuloksesta toivotaan parempaa informaatiota esimerkiksi hyödyntämällä valokuvia aiemmin tehdyistä leikkauksista tai tarjoamalla mahdollisuutta keskustella saman leikkauksen läpikäyneiden henkilöiden kanssa. Valokuvien hyödyntämisen koetaan olevan hyödyllistä ja auttavan potilasta muodostamaan realistisen kuvan leikkauksen lopputuloksesta. Kirjallisen informaation tarjoaminen potilaille ennen leikkausta on tärkeää ja siitä on hyötyä sekä potilaalle että hänen läheisilleen. Kirjallisen informaation saanti toimii potilaalle tiedon lähteenä ja näin ollen myös tukena päätöksenteossa. (Tykkä 1998: 13–14; Wolf 2004a: 219.) Potilaan hyvä informointi ennen leikkausta parantaa hänen oloaan ja vähentää jännittyneisyyttä ja epävarmuutta. Riittävä informaatio on erityisen tärkeää silloin, jos potilaalla on epärealistiset odotukset leikkauksen lopputuloksesta, koska muuten lopputuloksena saattaa olla pelkoa, ahdistusta ja epävarmuutta. (Rankin – Mayers 2008: 13; Snell ym. 2010: 1830.)

Jo ennen leikkausta olisi hyvä muodostaa luottamuksellinen potilas-hoitajasuhde ja keskittyä potilaan kanssa kommunikointiin. Potilasta tulee kuunnella ja lisäksi keskittyä hänen ilmeisiinsä ja eleisiinsä, jotka voivat paljastaa tärkeitä asioita. On tärkeää tutustua potilaaseen ja esitellä itsensä sekä myös muut hoitotiimin edustajat potilaalle. Sekä potilaalle että hänen läheisilleen tulee selittää leikkauksen kulku ja muut odotettavissa olevat asiat. Heille tulee myös antaa mahdollisuus kysyä asioista. Lisäksi potilaalle tulee antaa mahdollisuus kertoa kaikista huolistaan ja peloistaan. Hoitajien on tärkeää tarjota

potilaalle informaatiota ja jatkuvaa emotionaalista tukea, jotta saadaan potilaan oloa helpotettua. (Rankin – Mayers 2008: 20–21)

Yksilöllisen tuen tarjoaminen tilanteen mukaan on tärkeää. Potilaiden ja hänen omaistensa tunteet tulee huomioida ja tarjota tukea niiden mukaan. Hoitajilta vaaditaan siis herkkyyttä havaita potilaan tuen tarve; joskus potilaan on parempi antaa olla rauhassa kuin häiritä häntä kysymyksillä ja ehdotuksilla. Tuen tarjoamisen ei aina tarvitse olla sanallisessa muodossa; esimerkiksi vitaalielintoimintojen mittaaminen, kädestä pitäminen ja halaaminen saavat potilaalle aikaan turvallisen olon. Hyvä tapa vähentää potilaiden epävarmuutta on mahdollisuuksien mukaan soittaa potilaille kotiin jo ennen sairaalaan tuloa. (Remmers ym. 2010: 13.)

Post-operatiivisessa hoidossa ensiarvoisen tärkeää on saada potilaalle luottavainen ja turvallinen olo. On tärkeää, että hoitajat pitävät lupauksensa ja ovat saatavilla silloin, kun potilas tarvitsee apua. Hoitajien tulee huomioida potilaan tarpeet yksilöllisesti ja tarjota hänelle turvallinen ja mukava ympäristö toipumiselle. Esimerkiksi potilaan kärsiessä kivusta tai pahoinvoinnista, hoitajien tulee tarjota potilaalle helpotusta niin lääkityksen kuin muidenkin apukeinojen avulla. Potilasta tulee rohkaista näyttämään tunteitaan ja kertomaan peloistaan. Potilaalle tarjottu tuki on myös leikkauksen jälkeen suuressa asemassa. Tuen laatua parantaa hoitajan empaattisuus ja kosketus. Potilasta tulee myös ohjata mahdollisten tukiryhmien pariin, sillä monesti niistä on apua toipumisessa ja uudenlaisen ulkonäön hyväksymisessä. (Rankin – Mayers 2008: 21.)

Potilaille tulee tarjota niin suullista kuin kirjallista tietoa leikkauksen jälkeisestä hoidosta sekä antaa informaatiota siitä, mihin potilas voi ottaa yhteyttä kotiutumisen jälkeen, jos hänelle tulee kysyttävää (Rankin – Mayers 2008: 21). Leikkauksen jälkeisiin kotihoito-ohjeisiin ollaan pääasiassa tyytyväisiä, vaikka monille saattaa jäädä epäselvyys siitä, mitä kotona ollessa saa ja ei saa tehdä (Wolf 2004a: 217–218). Potilaat toivovat hoitajien olevan heidän tiedonlähteenään käytännön asioihin liittyen. Esimerkiksi potilaille tarjottu tieto erilaisista apuvälineistä ja proteeseista koetaan tärkeäksi, koska niillä on merkittävä vaikutus potilaan ulkonäköön ja näin ollen hänen hyvinvointiinsa (Remmers ym. 2010: 14; Wolf 2004: 321).

Sairaanhoitajan saatavilla olo ja jatkuva kontakti nähdään korvaamattomina asioina hoidon laadun kannalta. Lisäksi hoidon laatuun vaikuttaa merkittävästi hoitajan halu kuun-

nella, oppia ja varata aikaa keskustellakseen yksilöllisesti potilaan kanssa. Hoitajan ominaisuuksista rehellisyys, ystävällisyys ja herkkyys koetaan yhtä tärkeiksi kuin hänen ammattitaitonsa ja osaamisensa. Kokemukset henkilökunnan ammattitaidosta ovat vaihtelevia. Hoitajien osaamattomuuden koetaan heikentävän hoidon laatua, joten on tärkeää, että hoitohenkilökunnalla on riittävästi tietoa hoidettavasta sairaudesta, erilaisista hoitokäytännöistä sekä sairauden vaikutuksista potilaan hyvinvointiin. (Sperber ym. 2005: 83, 87; Wolf 2004a: 220.)

Ympäristössä potilaita häiritseviä asioita ovat meluisuus, yleinen levottomuus ja osastolla vallitseva kiire. Potilashuoneiden koetaan olevan liian suuria ja huoneen muut potilaat aiheuttavat yksityisyyden puutetta. Lisäksi muiden potilaiden vieraat häiritsevät. Myös potilaiden jaottelu huoneittain koetaan ongelmallisena, jos samassa huoneessa olevien potilaiden ikäjakauma on liian suuri tai huoneen muut potilaat ovat sairaampia kuin toiset. Toisaalta kontakti saman leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa nähdään tärkeänä asiana tuen, informaation ja neuvojen saannin sekä rauhoittumisen kannalta. (Tykkä 1998: 16; Wolf 2004a: 219.)

#### **4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää plastiikkakirurgisten potilaiden kokemuksia hoidon laadusta sekä tarkastella hoidon laadussa kehitettäviä asioita HYVÄ HOITO –mittaria hyödyntäen.

Tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittämään potilaiden hoitoa ja henkilökunnan ammattitaitoa laadukkaan ja potilasturvallisen hoidon takaamiseksi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten plastiikkakirurgiset potilaat kokevat hoidon laadun hoitoprosessin aikana?
2. Miten plastiikkakirurgisten potilaiden hoidon laatua voitaisiin kehittää?

## 5 Aineiston keruu ja analysointi

### 5.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tavoitteena kirjallisuuskatsauksessa on koota tietoa jostakin tietystä aihealueesta. Sen avulla on mahdollisuus hahmottaa jo olemassa olevan tiedon kokonaisuutta ja saada vastaus tutkimuskysymyksiin. (Johansson 2007: 3.) Kirjallisuuskatsaus on tekniikka, jolla tutkitaan tehtyjä tutkimuksia. Sillä kootaan aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia, jotka ovat perustana jälleen uusille tutkimustuloksille. Tutkimuskirjallisuuteen perustuva kirjallisuuskatsaus on systemaattinen, tarkka ja toistettavissa oleva metodi, jonka avulla voidaan tunnistaa, arvioida ja koota yhteen jo valmiina olevaa tutkimusaineistoa. Kirjallisuuskatsaus perustuu alkuperäisistä korkealaatuisista tutkimuksista tehtyihin johtopäätöksiin. (Salminen 2011.)

Yksi kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on yhdistää ja tiivistää tietoa valitusta aihepiiristä aiemmin tehtyjen tutkimusten perusteella (Salminen 2011). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus aloitetaan aiheen rajauksella. Lähtökohtana on tarkasti muotoillut tutkimuskysymykset, tarkoin valitut menetelmät sekä kattava aiempien tutkimusten haku. Alkuperäistutkimuksia etsittäessä on oltava etukäteen määritellyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joiden avulla valikoidaan mahdollisimman luotettavat ja hyvät tutkimukset. Samalla päätetään mistä, millä tavoin ja kuinka kauan tietoa haetaan. Tärkeää on rajata tutkimuksia myös ajallisesti eli määrittää kuinka vanhoja mukaan hyväksyttävät tutkimukset saavat korkeintaan olla. (Metsämuuronen 2006: 31; Stolt - Axelin - Suhonen 2016: 14.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tavoittelee olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden systemaattista löytämistä, laadun tarkastelua, analyysia ja synteisiä. Siihen sisällytetään vain tutkimukset, jotka vastaavat tarkoitusta ja ovat aiheen kannalta oleellisia. (Johansson ym. 2007: 5, 46.)

### 5.2 Sisällönanalyysi

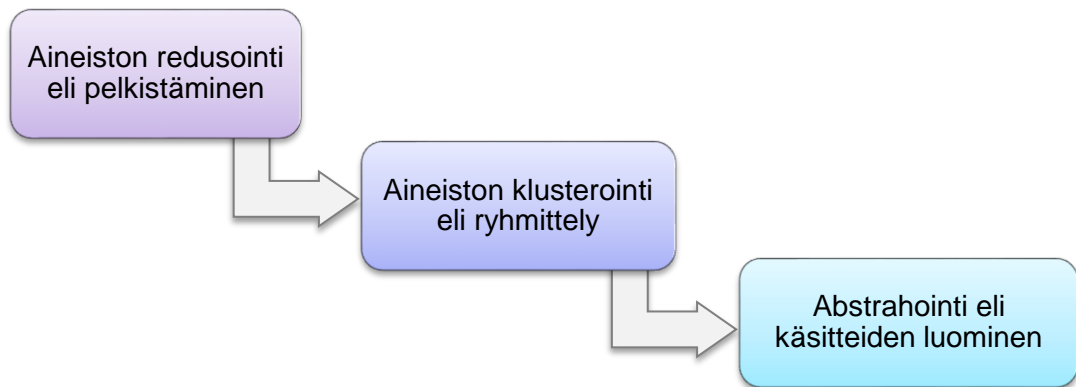
Sisällönanalyysi on menettelytapa, jota käytetään laadullisten tutkimusten analysointimenetelmänä. Sitä hyödyntäen pystytään analysoimaan dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. (Kyngäs - Elo - Pölkki - Kääriäinen - Kanste 2011: 139.) Deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysi pohjautuu tiettyyn teemaan, teoriaan tai malliin. Aineiston analyysin pohjana on valmis, aikaisemman tiedon perusteella muodostettu viitekehys. Ensimmäisessä

vaiheessa muodostetaan analyysirunko, jonka sisälle kerätään aineistosta erilaiset luokitukset tai kategoriat noudattamalla induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. Täten aineistosta kerätään asiat, joiden voidaan arvioida sisältyvän analyysirunkoon sekä myös asiat, jotka jäävät sen ulkopuolelle. Jos taas käytetään strukturoitua analyysirunkoa, poimitaan aineistosta ainoastaan ne asiat, jotka sopivat analyysirunkoon. Näin voidaan käyttää aiempaa teoriaa tai mallia uudessa asiayhteydessä. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 113.) Tässä opinnäytetyössä aineiston analysoinnin teoriapohjana toimi HYVÄ HOITO –mittari, joka on esitelty tarkemmin luvussa 2.5.

Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi on esitetty kolmivaiheisena prosessina: 1) aineiston redusointi eli pelkistys, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luonti (Kuvio 1). Aineiston pelkistämistä voi kuvata informaation tiivistämiseksi tai pilkkomiseksi pienempiin osiin. Pelkistämisen pohjalla on tutkimuskysymys, jonka perusteella aineistosta poimitaan vain tutkimukselle olennaiset alkuperäisilmaukset. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 108–109.)

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa tarkastellaan aineistosta poimittuja pelkistettyjä ilmauksia, jotta niitä voidaan ryhmitellä luokittain. Samaa asiaa tarkoittavat tai samankaltaiset ilmaukset kootaan samaan luokkaan. Näin pelkistetyt alkuperäisilmaukset saadaan jaoteltua alaluokkiin, jotka yhdistyvät yläluokiksi ja jälleen pääluokiksi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110.)

Viimeistä vaihetta kutsutaan aineiston abstrahoinniksi, joka tarkoittaa aineiston käsitteellistämistä. Siinä erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, jonka pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointi ja luokitusten yhdisteleminen jatkuu niin pitkään kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Tällöin tutkijalle muodostuu yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta ja hän voi jatkuvasti verrata teoriaa ja johtopäätöksiä, samalla kun hän muodostaa uutta teoriaa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111.)



Kuvio 1. Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet

### 5.3 Aineiston haku

Opinnäytetyöhön haettiin tietoa Medic-, CINAHL-, Ovid-, Cochrane- ja PubMed -tietokannoista. Näiden lisäksi hyödynnettiin Google Scholaria. Tiedonhakuprosessissa tehtiin myös manuaalista hakua selaamalla hoitotieteellisiä lehtiä sekä käymällä läpi eri tutkimusten lähdeluetteloita. Aluksi tutkimuksia valittiin otsikon perusteella, jonka jälkeen niistä luettiin abstraktit. Osa tutkimuksista pystyi valitsemaan jo tiivistelmän perusteella, kun taas osa tutkimuksista täytyi lukea kokonaan ennen lopullista päätöksentekoa. Aineistoon valittiin mukaan ne tutkimukset, jotka vastasivat etukäteen asetettuja valintakriteereitä. Alla olevassa taulukossa on kuvattu sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joiden perusteella aineisto valikoitui.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Julkaisuvuosi on 2000–2016</li> <li>• Tieteellinen tutkimus tai artikkeli</li> <li>• Tutkimus vastaa tutkimuskysymyksiin</li> <li>• Tutkimus koskee potilaita, joiden hoidossa on oletettavasti käytetty plastiikkakirurgiaa</li> <li>• Tutkimus koskee potilaiden kokemuksia hoidosta</li> <li>• Julkaisukieli on suomi, englanti tai ruotsi</li> </ul>
Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2000</li> <li>• Tutkimus koskee plastiikkakirurgisten potilaiden kokemuksia leikkauksen lopputuloksesta tai elämänlaadusta leikkauksen jälkeen</li> <li>• Tutkimus koskee omaisten tai hoitajien kokemuksia hoidosta</li> <li>• Tutkimus on toteutettu opinnäytetyönä</li> </ul>

Hakuja tehtiin paljon, mutta tutkimuksia koskien plastiikkakirurgisia potilaita on tehty melko vähän. Monet plastiikkakirurgisia potilaita koskevat tutkimukset käsittelevät potilaan tyytyväisyyttä leikkauksen lopputulokseen tai elämänlaatua leikkauksen jälkeen. Lisäksi jonkin verran löytyi kokemuksia hoitajien tai omaisten näkökulmista. Sen sijaan tutkimuksia, jotka tutkivat plastiikkakirurgisten potilaiden kokemuksia hoidosta, on niukasti. Hakuja tehtiin useilla eri hakusanoilla ja myös eri asiasanojen avulla. Tiedonhakua havainnollistamaan tehtiin taulukko, joka löytyy opinnäytetyön liiteosiosta (Liite 1). Taulukosta on nähtävissä tietokannat ja hakusanat, joiden avulla aineistoon valitut tutkimukset löytyivät. Kuitenkaan kaikkia muita tehtyjä hakuja ja käytettyjä hakusanoja ei löydy taulukosta, koska hakuja tehtiin todella paljon.

#### 5.4 Aineiston kuvaus

Tiedonhaun ja valintamenettelyn jälkeen aineistoon valikoitui seitsemän (7) tutkimusta, joista suurin osa on laadullisia tutkimuksia. Lisäksi joukosta löytyy yksi määrällinen tutkimus. Osa tutkimuksista on tehty Suomessa, osa on kansainvälisiä. Aineisto on kuvattu myös taulukkomuodossa (Liite 2).

Tutkimuksista kolme (3) on suomalaisia ja ne ovat kaikki Pro Gradu -tutkielmia. Kaksi niistä liittyy rintasyöpäpotilaisiin: Valkonen (2006) tutki rintarekonstruktiossa olleiden potilaiden kokemuksia hoidosta, toipumisesta ja tiedonsaannista ja Saares (2002) selvitti rintasyöpäpotilaan kokemuksia ja voimavaroja lyhytoikekirurgisen toimenpiteen yhteydessä. Heinosen (2011) Pro Gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvailla transsukupuolisen henkilön koettua elämäntyytyväisyyttä ennen sukupuolen korjausprosessia, sen aikana ja sen jälkeen sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi sen tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, miten hoitohenkilökunta voi parantaa transsukupuolisen ihmisen elämäntyytyväisyyttä sukupuolen korjausprosessin aikana.

Tutkimuksista neljä (4) oli kansainvälisiä: yksi (1) Tanskasta (Holtzmann, J.S. - Timm, H. 2005), yksi (1) Ruotsista (Mehica, Lejla - Gershater, Magdalena A. - Roijer, Carin A. 2013) ja kaksi (2) Englannista (Birchall, M. - Richardson, A. - Lee, L. 2002; Furness, Penny J. 2005). European Journal of Care -lehdessä julkaistussa tutkimuksessa tarkoituksena oli tutkia välittömän rintarekonstruktion läpikäyneiden potilaiden kokemuksia hoidosta (Holtzmann, J.S. - Timm, H. 2005). Ruotsalaisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohteena olivat diabetespotilaat; tutkimuksen tarkoituksena oli mitata potilaiden käsitystä terveydenhuollon laadusta ja tunnistaa diabetesta sairastavien potilaiden terveydenhuollon tarpeita (Mehica, Lejla - Gershater, Magdalena A. - Roijer, Carin A. 2013). Toisessa



englantilaisessa tutkimuksessa selvitettiin kasvokirurgiapotilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia koskien terveydenhuollon ammattilaisilta saamaansa tukea (Furness, Penny J. 2005). British Medical Journal -lehdessä julkaistussa tutkimuksessa oli tarkoituksena tutkia potilaiden ja hoitajien näkemyksiä pää- ja niskasyöpäpotilaiden hoitoprosessista sekä sisällyttää ilmaistut näkemykset osaksi kansallisia standardeja (Birchall, M. - Richardson, A. - Lee, L. 2002).

## 5.5 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön aineiston analysointi toteutettiin deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Aineiston analysoinnin teoriapohjana toimi Helena Leino-Kilven HYVÄ HOITO –mittari. Analysointia ohjasi mittarista valitut sisältökategorioiden otsikot: hoitohenkilökunnan ominaisuudet, hoitotoiminnot, hoidon edellytykset, hoidon ympäristö ja hoitoprosessin eteneminen. Tutkimuksista kerättiin siis alkuperäisilmaukset edellä mainittujen sisältökategorioiden mukaan, minkä jälkeen aineistosta kerätyt alkuperäisilmaukset pelkistettiin. Alkuperäisilmauksia muutettaessa pelkistyksiksi tehtiin taulukko, johon ilmaukset ja pelkistykset olivat selkeästi järjestettyinä ja helposti nähtävissä. Alla olevassa taulukossa on kuvattuna esimerkki alkuperäisilmauksen pelkistämisestä.

Taulukko 2. Esimerkki pelkistämisestä

Alkuperäisilmaus	Pelkistys
"Tiedote toimenpiteestä oli mielestäni liian suppea. Mitään mainintaa ei ollut esim. nukutuksesta ja itse leikkauksesta."	Tiedonsaanti leikkaukseen liittyen liian vähäistä
"Kivunlievitys näytti riippuvan työvuorokokoonpanosta. Minulle sattui mukava."	Kivunhoito riippuvaista työvuoron kokoonpanosta
"... klo 3.00 aikaan, valvottuani pari tuntia, menin kansliasta pyytämään Tenoxia, mutta vastaus oli: 'Tehän olette aamullakin vielä uninen ja täällähän kuuluukin valvoa'."	Unilääke jäi saamatta pyynnöstä huolimatta
"Mä ajattelin, miten ihminen voi mennä ammatikuorensa ohi niin paljon, että hän koskee ja puhuu ihmisenä mulle ja naisena mulle."	Potilas kohdattiin ihmisenä
"...tupattiin aika paljon asiaa siihen hoitojaksoon... silloin ei ole vielä vastaanottavainen... mä en muista siitä tilanteesta oikeastaan mitään."	Hoitojakson aikana liikaa tietoa ja sitä oli vaikea ottaa vastaan

Alkuperäisilmausten pelkistämisen jälkeen ilmauksia lähdettiin ryhmittelemään alaluokiksi. Kuhunkin alaluokkaan yhdistettiin samaa tarkoittavat tai samankaltaiset ilmaukset. Sen jälkeen alaluokat yhdisteltiin jälleen yläluokiksi. HYVÄ HOITO -mittarin sisältökategorioiden otsikot muodostuivat analysoinnin edetessä yläluokiksi. Alaluokat sen sijaan eivät ole mittarin mukaisia valmiita otsikoita, vaan alaluokat nimettiin tutkijoiden toimesta itse. Koska tutkimuskysymyksiä oli kaksi, tehtiin kummastakin tutkimuskysymyksestä erikseen omat alaluokat, yläluokat ja pääluokka. Molempien tutkimuskysymysten alaluokkien, yläluokkien ja pääluokkien muodostumista havainnollistamaan tehtiin kuvat, jotka löytyvät opinnäytetyön liiteosiosta (Liite 3 & Liite 4).

## 6 Tulokset

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyön tulokset. Tulokset on jaettu alaluvuittain yläluokkien mukaisesti. Yläluokiksi muodostui HYVÄ HOITO –mittarista valikoidut sisältökategorioiden otsikot, joita ovat hoitohenkilökunnan ominaisuudet, hoitotoiminnot, hoidon edellytykset, hoidon ympäristö ja hoitoprosessin eteneminen. HYVÄ HOITO –mittari sekä sisältökategorioiden otsikot on esitelty tarkemmin luvussa 2.5. Kunkin otsikon alle on kuvattu molempiin tutkimuskysymyksiin saadut vastaukset aihepiireittäin.

### 6.1 Hoitohenkilökunnan ominaisuudet

Kokemukset hoitohenkilökunnan ominaisuuksista olivat pääasiassa positiivisia. Saareksen (2002: 44–65) tutkimuksesta kävi ilmi, että potilaiden mielestä henkilökunta oli luotettavaa ja osaavaa. Henkilökunnan käytös oli rauhallista, mikä osaltaan auttoi saamaan myös potilaiden olon turvalliseksi. Lisäksi esille tulivat henkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot ja huumorintaju. Hoitajien kerrottiin myös olevan läsnä ja saatavilla aina, kun tarvitsi apua. (Holtzmann – Timm 2005: 314.) Lähes kaikissa tutkimuksissa tuli ilmi hoitajien ystävällisyys, helposti lähestyttävyyys ja avuliaisuus (Holtzmann – Timm 2005: 314; Mehica – Gershater – Roijer 2013: 94; Valkonen 2006: 41).

### 6.2 Hoitotoiminnot

Yleisesti ottaen potilaiden kohtelu sairaalassa ollessa oli hyvää ja lämmintä. Heti sairaalaan tullessa potilaat toivotettiin tervetulleeksi ja kysyttiin kuulumiset. Lisäksi omahoitajat tulivat aina esittelemään itsensä, mikä koettiin hyvänä asiana. Hoitajien koettiin olevan aidosti kiinnostuneita potilaista ja heidän voinnistaan. Potilaat kokivat, että heistä pidet-

tiin hyvää huolta ja että heitä haluttiin oikeasti auttaa. Potilaiden huomiointi oli kokonaisvaltaista ja luontevaa ja potilaat kohdattiin yksilöinä ja ihmisinä. (Saares 2002: 54, 63.) Hoitotyössä erittäin merkittäväksi nähtiinkin jokaisen potilaan yksilöllinen tarpeiden ja mieltymysten huomioiminen. Myös potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon koettiin hyvin tärkeäksi. (Mehica – Gershter – Roijer 2013: 94.)

Myös terveydenhuoltohenkilöstön asenteisiin oltiin tyytyväisiä. Potilaat eivät kokeneet sääliä, mikä koettiin hyvänä asiana. Sairaanhoidajilla oli realistinen suhtautuminen sairauteen; he eivät herättäneet turhia toiveita, mutta valoivat uskoa potilaaseen vaikeassa tilanteessa. Potilaille luvattiin, että heidät hoidetaan kuntoon niin hyvin kuin pystytään. Lisäksi huumorin käyttö oli potilaiden mieleen. Hoitohenkilökunta käytti huumoria asioista kertomisen apuna, mikä helpotti vaikeiden asioiden käsittelyä. (Saares 2002: 54–55.)

Osastolla vallitsevasta kiireestä huolimatta potilaat kokivat, että heidät huomioitiin. Kiireen ei koettu vaikuttavan hoitoon negatiivisesti. Hoitajat kävivät huoneessa usein tarkistamassa, että kaikki on hyvin. Hoitajat olivat aina auttamassa potilasta esimerkiksi liikkumisessa, mikä koettiin rajoittamiseksi ja hieman ärsyttäväksi. Toisaalta sen ajateltiin olevan ymmärrettävää siinä tilanteessa ja hoitajien huolenpito koettiin positiiviseksi. Lisäksi potilaiden kanssa keskusteltiin ja kysyttiin asioita. Kontaktit terveydenhuoltohenkilöstön kanssa olivat lyhyitä, mutta rauhallisia ja ne jättivät hyvän mielen. Sekä lääkärit että hoitajat kertoivat asioista ja vastasivat potilaiden kysymyksiin. Näin ollen hoitohenkilökunta toiminnallaan sai aikaan potilaalle tunteen, ettei häntä jätetä yksin. (Saares 2002: 57–65.) Lisäksi potilaat arvostivat sitä, että henkilökunta jutteli heidän kanssaan kiireestä huolimatta (Furness 2005: 644). Osalle hoitohenkilökunnan toiminta aiheutti ahdistusta. Potilaalle jäi kokemus nöyryytetyksi tulemisesta ja aliarvioinnista, kun hänen kuntoaan ei osattu arvioida oikein. Lisäksi koettiin, että hoitajat ja sairaala-apulaiset tekivät työnsä osittain huolimattomasti, eivätkä ottaneet huomioon potilaiden toiveita. (Valkonen 2006: 40.)

Hoitohenkilökunnalta saatu tunnetuki koettiin erittäin tärkeäksi. Yleisesti ottaen potilaat olivat tyytyväisiä hoitajilta saamaansa tukeen ja neuvoihin. Tunnetukeen nähtiin kuuluvaksi muun muassa luottamuksellisen ilmapiirin luominen ja hoitajan ystävällisyys ja myötäeläminen. Hoitajien ystävälliset sanat tai eleet, kuten olalle taputtaminen ja kädestä pitäminen, saivat potilaille hyvän olon ja toivat helpotusta raskaassa tilanteessa.

Lisäksi ne lievittivät potilaiden pelkoa. (Saares 2002: 53, 62.) Furness:n (2005: 644) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitohenkilökunnan tarjoamassa tuessa olisi parantamisen varaa. Potilaat kokivat, että pelkästään jutellessaan henkilökunnan kanssa he saavat tukea. Ajan puutteen vuoksi keskustelu jäi kuitenkin usein vähiin. Monet vastaajista kokivat, että henkilökunta aliarvioi kasvoleikkauksen henkisiä jälkivaikutuksia. Hoitohenkilökunnan toivottiin olevan enemmän tietoisia siitä, kuinka vaikea tilanne potilaalle on ja millaisia jälkivaikutuksia kasvoleikkauksella voi olla. Hoitohenkilökunnan tietoisuus tilanteesta ja potilaan ymmärtäminen nähtiin tärkeinä kulmakivinä tehokkaan potilastuen tarjoamisen kannalta. Tärkeää olisi myös ottaa selvää, miten potilas pärjää ja mitä hänelle kuuluu. Tuen saaminen olisi helpottanut potilaiden elämää; monesti asioita joutui pohtimaan yksin. Emotionaalisen tuen tarjoaminen tulisi aloittaa heti leikkauksen jälkeen. Toisaalta koettiin myös, ettei emotionaalista tukea tarvitse heti leikkauksen jälkeen vaan vasta myöhemmin, koska leikkauksen jälkeen päällimmäisenä tunteena on helpotus. Hoitohenkilökunta ei ottanut hoitotyössään huomioon potilaiden saamaa syöpädiagnoosia ja heidän haavoittuvuuttaan, vaan keskittyivät vain fyysisen puolen hoitamiseen. Esimerkiksi kun potilaat eivät enää olleet vuoteenomina ja pystyivät toimimaan itsenäisesti, heitä ei enää käyty katsomassa. (Holtzmann – Timm 2005: 314.) Toisaalta koettiin, että hoitajat hoitivat muutakin kuin vain perustarpeet. Lisäksi he olivat potilaiden apuna vaikeissa tilanteissa. (Saares 2002: 62–63.) Tärkeänä nähtiin se, että tilanteen vaatiessa poikettaisiin normaalista hoitokaavasta ja huomioitaisiin potilaiden yksilölliset tarpeet (Heinonen 2011: 35).

Myös lääkehoidon toteutumiseen otettiin kantaa. Suurin osa potilaista koki saaneensa riittävää kivunlievitystä. Toisaalta kivunhoitoon oltiin myös tyytymättömiä ja siihen toivottiin parannusta. Kivunlievityksen koettiin olevan riippuvaista omasta aktiivisuudesta pyytää kipulääkettä. Kipulääkettä sai, jos osasi itse pyytää, mutta muuten saattoi jäädä ilman. Näin ollen ajoittain joutui kestäämään kipua, joka aiheutti myös univaikeuksia. Esiin nousi myös työvuorokokoonpanon merkitys; kivunhoito saattoi olla riippuvainen työvuorossa olevista hoitajista. Tehokas kivunlievitys koettiin erittäin tärkeäksi asiaksi hoidon laadun kannalta. Kipulääkettä toivottiin annettavan enemmän ja tasaisin väliajoin, jolloin liikkeellelähtökin olisi helpompaa. (Mehica – Gershater – Roijer 2013: 94; Valkonen 2006: 33–34.) Myös univaikeuksien huomiointin koettiin olevan riippuvaista omasta aktiivisuudesta; jos ei valittanut tarpeeksi, saattoi jäädä ilman lääkettä. Lisäksi ajoittain unilääke jäi saamatta potilaan pyynnöstä huolimatta. Toisaalta univaikeuksien huomiointi koettiin hyväksi ja unilääkettä sai pyydettyessä. Sen sijaan pahoinvointilääkityksen saanti koettiin hitaaksi. (Valkonen 2006: 35–36.)

Furness:n (2005: 643) tutkimuksessa kävi ilmi, että käytännön asioista huolehtimiseen toivottiin parannusta. Koska jotkut tutkimukseen osallistuneista potilaista olivat läpikäyneet leikkauksen, joka vaati hampaiden poistoa, kaipasivat he proteeseja hampaiden tilalle. Proteesien hankintaan liittyi kuitenkin ongelmia, sillä potilaille ei tarjottu niitä leikkauksen jälkeen. Niiden saanti siis liittyi potilaan omaan aktiivisuuteen; jos ei huomannut itse kysyä asiasta, ei myöskään saanut apua.

### 6.3 Hoidon edellytykset

Yleisesti ottaen potilaat olivat tyytyväisiä hoitavan henkilökunnan pätevyyteen (Mehica - Gershater - Roijer 2013: 94). Henkilökunnalla oli monia keinoja helpottaa potilaan oloa. Esimerkiksi asennonvaihtojen, hieronnan, kipulääkkeiden ja fysioterapian hyödyntäminen apukeinoina pitkän vuodelevon aiheuttamiin selkä- ja niskakipuihin kertoi siitä, että heillä oli tietoa ja taitoa ratkaista ja helpottaa potilaan ongelmia. Usein näitä tietoja ja taitoja ei kuitenkaan käytetty järjestelmällisesti tai ennaltaehkäisevästi. (Furness 2005: 314.)

Myös hoitajien taitoon antaa injektioita otettiin kantaa. Useimmat sairaanhoitajat olivat taitavia antamaan pistoksia. Toisinaan hoitajien antamat pistokset kuitenkin aiheuttivat kipua. (Valkonen 2006: 34.)

Transsukupuoliset potilaat toivoivat hoitohenkilökunnan hakevan tietoa yleisesti transsukupuolisuudesta sekä erilaisista transsukupuolisuuden hoitokäytännöistä. Lisäksi hoitohenkilökunnan toivottiin käyttävän jatkossa oikeanlaista termistöä, sillä osa hoitajista saattoi käyttää vanhentunutta nimitystä sukupuolenkorjauksesta. (Heinonen 2011: 37.)

Transsukupuoliset potilaat toivat esille myös tarpeen asiaan perehtyneen työryhmän olemassaololle. He toivoivat työryhmään sairaanhoitajaa, joka olisi erikoistunut transsukupuolisten henkilöiden hoitoon. (Heinonen 2011: 36.) Myös Saareksen (2005: 75) tutkimuksessa selvisi, että asiaan perehtynyt sairaanhoitaja oli tärkeä potilaille. Potilaat kokivat tämän olemassaolon merkittäväksi voimavaraksi hoidon aikana.

### 6.4 Hoidon ympäristö

Kokemuksina hoitoympäristöstä esiin nousi keskeisenä asiana yksinäisyyden tunne. Potilaat ymmärsivät, että hoitajilla oli kiire, mutta he silti kokivat olevansa yksin. Toisaalta

oltiin myös tyytyväisiä siihen, että sai olla rauhassa. Vaikkei yksinäisyyden tunteeseen liittynyt pelkoa, yksin huoneeseen jääminen ihmetytti potilaita eivätkä he aina tiensivät mitä tehdä. Lisäksi sairaala oli monille ympäristönä outo. Siitä huolimatta koettiin, että sairaalassa oli lämmin tunnelma. (Saares 2002: 56–58.)

Yksityisyyden säilymiseen oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Toisaalta osa potilaista myös koki, ettei ollut säilyttänyt yksityisyyttään sairaalassa ollessaan. Yksityisyyden puutetta aiheutti muun muassa isot potilashuoneet ja muut potilaat. Myös muiden potilaiden vieraat saattoivat aiheuttaa häiriötä. Esiin nousi mielipiteitä vierailuajojen lyhentämisestä ja kerralla olevien vierailijoiden määrän rajoittamisesta. Yksityisyyden puutteen koettiin rajoittavan tekemisiä. Kuitenkaan yksityisyyden puutetta ei aina koettu haitalliseksi; osa vastaajista oli sitä mieltä, että sairaalassa ollessa yksityisyyttä ei voi eikä kuulu varjella ja että tilanteeseen pitää vain asennoitua oikein. Yksityisyyden säilyttäminen potilashuoneessa tehtyjen toimenpiteiden aikana oli vaikeaa. Sängyjen väliverhoja ei aina käytetty ja joskus potilashuoneen ovi jäi auki, jolloin näkyvyyttä muille potilaspaikoille ei saatu estettyä. Myös kuuluvuus oli ongelma, koska muut potilaat saattoivat kuulla kaiken mitä puhutaan. Toisaalta potilaiden ryhmittely huoneittain koettiin onnistuneeksi. Osa potilaista oli myös sitä mieltä, etteivät he olisi halunneet yhden hengen huoneeseen yksityisyyden puutteesta huolimatta. Vaikka huoneessa oli monta potilasta, se koettiin hyväksi, koska he olivat kaikki käyneet läpi saman leikkauksen. Tämä mahdollisti keskustelun ja vertaistuen saannin muilta saman kokemuksen omaavilta potilailta. (Valkonen 2006: 37–38.) Esiin nousi myös mahdollisuus puhua rauhassa hoitajan tai lääkärin kanssa, mikä koettiin erittäin tärkeäksi asiaksi. Kuitenkin valtaosa vastaajista koki, ettei saanut mahdollisuutta puhua rauhassa hoitohenkilökunnan kanssa. (Mehica – Gershater – Roijer 2013: 94.)

Monet potilaat kärsivät univaikeuksista erilaisten ympäristötekijöiden vuoksi. Esimerkiksi suuri huonekoko ja muut potilaat vaikeuttivat nukkumista sekä aiheuttivat potilaalle unirytmien häiriintymistä. Lisäksi yöhoitajien käynti huoneessa sekä erilaiset hoitotoimenpiteet häiritsivät potilaiden unta. (Valkonen 2006: 35.) Esiin nousi myös sängyn epämukavuus (Mehica – Gershater – Roijer 2013: 94).

## 6.5 Hoitoprosessin eteneminen

Kokemukset hoitajaksosta olivat yleisesti ottaen positiivisia ja hoitoon oltiin tyytyväisiä (Saares 2002: 56; Valkonen 2006: 41). Luottamus ja turvallisuuden tunne olivat läsnä koko hoitoprosessin ajan. Heti sairaalaan tullessa potilaita oli vastassa hoitotiimi, joka

otti potilaan hoiviinsa. Tämä sai potilaille tunteen siitä, etteivät he ole yksin. Potilaat kokivat olevansa mukana hoitoprosessissa, jonka aikana heidän ei tarvinnut huolehtia mistään vaan he pystyivät luottamaan terveydenhuoltohenkilöstöön ja siihen, että he saavat parhaan mahdollisen hoidon. (Saares 2002: 54–55.)

Tiedonsaanti nähtiin suurena voimavarana hoitojakson aikana. Mitä enemmän tietoa potilaat saivat, sitä paremmin he voivat. Tiedonsaanti sairaalassa ollessa oli hyvää, mutta kuitenkin koettiin, että tietoa tuli liikaa ja liian lyhyessä ajassa. Informaation vastaanottaminen oli haasteellista, koska hoitojakson aikana potilaat eivät välttämättä olleet vielä vastaanottavaisia, eivätkä pystyneet omaksumaan kaikkea tietoa. (Holtzmann – Timm 2005: 314; Saares 2002: 55–64.) Informaatiota toivottiinkin annettavaksi silloin, kun potilas on tarpeeksi hyvässä kunnossa ja pystyy näin ollen omaksumaan saamansa tiedon (Heinonen 2011: 36). Potilaan informoinnin yleisesti ottaen tulisi olla parempaa. Lisäksi informaation tulisi olla jatkuvaa ja mahdollisuuksien mukaan saatavissa samalta lääkäriltä tai hoitajalta. (Heinonen 2011: 36; Mehica – Gershater – Roijer 2013: 94). Eräessä tutkimuksessa nousi esiin myös ehdotus siitä, että asiaan erikoistunut sairaanhoitaja antaisi tietoa potilaille (Birchall – Richardson – Lee 2002: 517).

Furness:n (2005: 643), Valkosen (2006: 56) sekä Holtzmann:n ja Timm:n (2005: 314) tutkimuksista kävi ilmi, että potilaat kokivat saaneensa riittävästi tietoa ennen leikkausta. Potilaat olivat saaneet tietoa leikkauksesta ja sen mahdollisista riskeistä. Myös leikkauksen mahdollisesti vaihtelevista lopputuloksista oli informoitu potilaita. (Furness 2005: 642.) Osa potilaista kuitenkin koki saaneensa liian vähän tietoa nukutukseen, leikkaukseen ja leikkauksen lopputulokseen sekä mahdollisiin komplikaatioihin liittyen. Lisätietoa kaivattiin myös muiden potilaiden leikkaustuloksista, toipumisajasta ja leikkauksen laajuudesta. (Valkonen 2006: 56.) Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että preoperatiivinen informointi toi itsevarmuutta ja auttoi selviämään vaikeassa tilanteessa. Toisaalta sillä oli myös päinvastainen vaikutus: tiedonsaannin koettiin enemmänkin pahentavan ahdistuneisuuden tunnetta ja epävarmuutta sekä aiheuttavan ylimääräistä stressiä. (Furness 2005: 642–643; Holtzmann – Timm 2005: 314.)

Kokemukset postoperatiivisesta tiedollisen tuen antamisesta olivat vaihtelevia. Toisaalta koettiin, että sairaanhoitaja oli valmistanut potilaan hyvin leikkauksen jälkeiseen aikaan kotona ja potilas tiesi mitä odottaa. Osa potilaista oli myös saanut tietoa siitä, miten käsitellä tunteitaan. Kuitenkin leikkauksen mahdollisista fyysisistä ja henkisistä jälkivaikutuksista olisi toivottu enemmän tietoa. Moni vastaaja oli kokenut leikkauksen jälkeen

odottamattomia tuntemuksia, joihin heitä ei oltu lainkaan valmisteltu. Osa tunteista liittyi ulkonäköön; leikkauksen vaikutuksesta ulkonäköön ei ollut informoitu. (Furness 2005: 643; Saares 2002: 55, 74; Valkonen 2006: 49.) Informaatiota jatko-ohjeista toimenpiteen jälkeen toivottiin annettavaksi sekä suullisesti että kirjallisesti (Heinonen 2011: 36).

Potilaiden informointi mahdollisista tukimuodoista oli liian vähäistä. Osalle potilaista kerrottiin erilaisista vertaistukiryhmistä, mutta suurin osa ei saanut niistä minkäänlaista tietoa. Potilaat toivoivat lisätietoa erilaisista tukiorganisaatioista ja henkilökunnalle toivottiinkin koulutusta asiaan liittyen. (Furness 2005: 643–644; Birchall – Richardson – Lee 2002: 517.)

Kotiutumisen jälkeinen aika oli potilaille yleisesti ottaen hyvin vaikeaa. Potilaille jäi usein tunne yksin jäämisestä ja turvattomuudesta. Sairaalassa saadut ohjeet olivat usein riittämättömät ja mahdolliset kysymykset tulivat potilaalle mieleen vasta kotona. Potilaille jäi myös epäselvyys siitä, mihin he voivat ottaa yhteyttä, jos he kaipaavat apua. Esille nousi toivomus mahdollisuudesta keskustella ammattilaisen kanssa myös kotiutusvaiheen jälkeen; potilaat kokivat, että joko puhelinoitto tai tapaaminen henkilökunnan kanssa helpottaisi kotiutumisen jälkeistä aikaa. Usein potilaille jäi epävarmuus siitä, mitä kaikkea leikkauksen jälkeen saa tai ei saa tehdä. Lisää tietoa olisi kaivattu myös liikunta- ja voimisteluohjeista sekä sosiaalipuolen asioista. (Holtzmann – Timm 2005: 314; Saares 2002: 63; Valkonen 2006: 49–50.) Toisaalta potilaat tiesivät, että hoitajakson jälkeenkin he tarvittaessa saavat apua ja tietoa soittamalla osastolle (Saares 2002: 55, 74). Loppulausuntojen postitukseen toivottiin parannusta. Niitä ei läheskään aina lähetetty potilaille, mikä hankaloitti merkittävästi jatkohoitoa ja tiedon siirtymistä eri yksiköiden välillä. (Heinonen 2011: 36.)

Myös kirjallisen informaation saantiin otettiin kantaa. Vaikka informaatiota oli tarjolla paljon, se oli kirjoitettu kaunistellen eikä valmistanut potilasta tosiasioihin. Lisäksi informaatiolehtisiä oli liian paljon, mikä aiheutti potilaille hämmennystä. Poliklinikoiden ja osastojen tulisi tarjota informaatiota, jotka sisältäisivät tietoa erilaisista tukiorganisaatioista sekä yleistä tietoa hoitoon ja osastoon liittyen. Edellä mainituista asioista tulisi olla tarjolla informaatiolehtisiä. Toisaalta hoitajien pitäisi kuitenkin huomioida potilaan informointi myös suullisesti eikä olettaa, että kaikki tarvittava informaatio löytyy kirjallisena. (Birchall – Richardson – Lee 2002: 517.) Lisäksi potilaat toivoivat saavansa kirjallisessa muodossa



olevaa tietoa yleisesti transsukupuolisuuteen liittyen, jotta potilas voisi antaa tiedon luettavaksi häntä hoitaville henkilöille mahdollisissa jatkohoitopaikoissa (Heinonen 2011: 36–37).

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia plastiikkakirurgisten potilaiden kokemuksia hoidon laadusta sekä tarkastella heidän mielipiteitään siitä, miten hoidon laatua voisi kehittää. Aineiston analysoinnin apuna käytettiin HYVÄ HOITO –mittaria, jonka sisältökategorioista valikoitui käytettäväksi hoitohenkilökunnan ominaisuudet, hoitotoiminnot, hoidon edellytykset, hoidon ympäristö ja hoitoprosessin eteneminen.

Hoitavan henkilökunnan ominaisuuksista esille tuli vain positiivisia asioita. Keskeisinä piirteinä esiin nousi monessa eri tutkimuksessa hoitajien avuliaisuus ja ystävällisyys. Aiemmistä tutkimustuloksista on ilmennyt se, että potilaat kokevat hoitajien ystävällisyyden ja rehellisyyden yhtä tärkeänä kuin heidän ammattitaitonsa ja osaamisena (Wolf 2004a: 220). Hoitajat olivat myös helposti lähestyttäviä ja aina saatavilla. Edellä mainittujen asioiden tärkeyteen viittasivat Rankin ja Mayers (2008: 21).

Hoitotoiminnoista potilaiden kohtelu ja heidän voinnistaan huolehtiminen koettiin tärkeimmiksi asioiksi ja niiden koettiin toteutuvan hyvin. Potilaat kokivat, että heidät kohdattiin yksilöinä ja ihmisinä ja että heidän voinnistaan oltiin aidosti kiinnostuneita. Erittäin tärkeäksi nähtiin tarpeen vaatiessa rutiininomaisesta hoitokaavasta poikkeaminen ja jokaisen potilaan tarpeiden huomioiminen yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Rankinin ja Mayersin (2008: 81) mukaan hoitajien tulee huomioida potilaan tarpeet yksilöllisesti ja tarjota hänelle turvallinen ja mukava ympäristö toipumiselle. Potilaiden huomioidin koettiin osastolla vallitsevasta kiireestä huolimatta toteutuvan hyvin. Tästä kertoi se, että potilaita käytiin katsomassa usein ja heitä oltiin aina valmiita auttamaan. Juurikin kiireestä huolimatta kontaktit hoitohenkilökunnan kanssa olivat ajoittain lyhyitä, mutta ne koettiin silti positiivisena. Lisäksi tärkeää oli henkilökunnan rauhallinen käytös, mikä osaltaan sai myös potilaan olon hyväksi ja turvalliseksi.

Hoitajien antama tunnetuki koettiin yhtenä tärkeimmistä tekijöistä hoidon laadussa. Saadulla tuella oli suuri merkitys potilaan voinnille ja sen koettiin lievittävän potilaiden pelkoa.

Lisäksi emotionaalisen tuen saanti koettiin tärkeäksi ja helpottavan hankalassa tilanteessa selviytymistä, jottei vaikeita asioita tarvinnut miettiä yksin. Yleisesti ottaen potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa tunnetukeen, mutta myös parantamisen varaa löytyi. Lisäksi erilaisista vertaistukimuodoista toivottiin lisää tietoa niin suullisessa kuin kirjallisesakin muodossa. Osassa katsauksen tutkimuksista tulokset kertoivat, että usein hoitajat keskittyivät vain fyysisen puolen hoitamiseen eivätkä ottaneet huomioon potilaan tilanetta ja hänen haavoittuvuuttaan. Täten emotionaalista tukea ei saatu tarpeeksi tulosten mukaan. Rankin ja Mayers (2008: 12-23) sekä Remmers ym. (2010: 13) nostivat myös esiin sen, että rekonstruktivisen kirurgian yhtenä päätavoitteena on ulkomuodon muutoksen myötä saada parannettua potilaan henkistä hyvinvointia ja sen vuoksi plastiikkakirurgisen potilaan hoidossa tulisi huolehtia myös potilaan henkisestä puolesta. Potilaan henkinen hyvinvointi, hyvä sopeutuminen uuteen ulkomuotoon ja hoitajien huolehtivaisuus vaikuttaa myös hänen tyytyväisyyteensä leikkauksen lopputuloksen suhteen. Hoitajilta saattoi kuitenkin ajoittain puuttua tietoisuus ja ymmärrys potilaan vaikeasta tilanteesta ja he saattoivat aliarvioida potilaan henkisen puolen hoidon tarvetta. Tämä nähtiin erittäin ongelmalliseksi tilanteissa, joissa potilaan läpikäymä toimenpide aiheutti merkittäviä muutoksia ulkonäölle eikä näiden vaikutusta henkiseen hyvinvointiin otettu lainkaan huomioon. Negatiivisena asiana hoitajien toiminnassa ilmeni, että potilaat jätettiin täysin huomiotta heti, kun he eivät olleet enää vuoteenomina ja pystyivät toimimaan itsenäisesti.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan lääkehoito toteutui enimmäkseen hyvin, mutta puutteitakin löytyi. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä kivunhoitoon ja se koettiin erittäin tärkeänä tekijänä hoidon laadun kannalta. Toisinaan kivunlievitys oli kuitenkin täysin riippuvaista potilaan omasta aktiivisuudesta tai työvuorossa olevista hoitajista. Tuloksien mukaan potilaat saivat kipulääkettä, jos itse sitä pyysivät, mutta muuten he saattoivat jäädä ilman. Ratkaisu ongelmaan voisi olla osaston yhteiset ohjeet hoitajille kivun seurannasta ja hoidosta. Tuloksista kävi ilmi myös unilääkkeen saannin ongelmallisuus; potilaat olivat joutuneet olemaan ilman unilääkettä, vaikka olivat sitä pyytäneet. Toisaalta esimerkiksi unilääkkeen antamatta jättäminen aamuyöllä saattaa tuntua potilaasta laiminlyönniltä, kun taas hoitaja voi ajatella, että unilääkkeen vaikutus jatkuu pitkälle seuraavaan päivään, jolloin potilas on koko seuraavan päivän väsynyt.

Hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja pätevyYTEEN oltiin yleisesti tyytyväisiä. Heillä koettiin olevan paljon tietoa ja taitoa, joiden avulla he pystyivät helpottamaan potilaiden oloa. Aiemmissa tutkimustuloksissa on tullut esille, että hoitajien osaamattomuuden on

koettu heikentävän hoidon laatua, joten on tärkeää, että hoitohenkilökunnalla on riittävästi tietoa hoidettavasta sairaudesta, erilaisista hoitokäytännöistä sekä sairauden vaikutuksista potilaan hyvinvointiin. (Sperber ym. 2005: 83, 87.) Hoitajien toivottiin hankkivan lisää ajankohtaista tietoa, sillä ajoittain hoitajat saattoivat käyttää puheessaan vääriä termejä. Näihin asioihin pystytään helposti vaikuttamaan tarjoamalla hoitajille koulutuksia ja ajankohtaista tietoa.

Hoidon ympäristöä pidettiin hieman epäkäytännöllisenä, sillä suuret potilashuoneet ja muut potilaat lisäsivät potilaiden yksityisyyden puutetta, mikä selvisi myös Tykän (1998: 16) ja Wolfin (2004a: 219) tutkimuksista. Suurissa potilashuoneissa yksityisyyden säilyttäminen voi olla vaikeaa, mutta esimerkiksi väliverhoja käyttämällä hoitajat voisivat helposti parantaa potilaiden yksityisyyttä. Koska muiden potilaiden asioiden kuulemista on vaikeaa estää suurissa potilashuoneissa, tulisi potilaille muistaa puhua hiljaisella äänellä. Mahdollisuuksien mukaan potilaiden kanssa keskustelun voisi järjestää erillisessä tilassa. Lisäksi muiden potilaiden vieraita saattoi olla kerralla liian paljon ja vierailuajan koettiin olevan liian pitkä, mikä osaltaan vaikutti yksityisyyden puuttumiseen. Koska potilashuoneet ovat kuitenkin ahtaita, voisi kerralla olevien vierailijoiden määrää rajoittaa osastoilla, jotta potilaat saisivat tilaa ja rauhaa paranemiselle. Toisaalta potilaista oli mukavaa, että potilaat oli ryhmitelty sairauksien mukaan, mikä mahdollisti vertaistuen saannin ja keskustelun muiden saman leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa, mikä ilmeni myös Tykän (1998: 16) ja Wolfin (2004a: 219) tutkimuksissa. Tämän lisäksi aiemmissa tutkimuksissa kuitenkin nousi esiin se, että potilaita häiritsi samassa huoneessa olevien potilaiden liian suuri ikäjakauma (Tykkä 1998: 16; Wolf 2004a: 219). Osastoilla ei aina ole kuitenkaan mahdollisuutta järjestellä potilaita esimerkiksi sairauden tai iän mukaan, varsinkin osaston ollessa täynnä tämä on hankalaa. Lisäksi suuri potilashuone aiheutti potilaille univaikeuksia. Ajoittain potilaat kokivat yksinäisyyden tunnetta, jos huoneessa ei ollut muita potilaita. Toisaalta he olivat myös tyytyväisiä siihen, että he saivat olla rauhassa. Potilaat kokivat myös jäävänsä yksin silloin, jos hoitajilla oli kiire. Toisaalta hoitajat ovat saattaneet tarkoituksella antaa potilaan olla rauhassa ja levätä leikkauksen jälkeen (Remmers ym. 2010: 13).

Potilaiden kokema hoitoprosessi oli ollut useimmiten kokonaisuutena positiivinen ja onnistunut. Potilaille oli onnistuttu luomaan turvallinen olo ja he olivat luottavaisia hoitoa ja hoitohenkilökuntaa kohtaan. Potilaiden informointi sai sekä positiivista että negatiivista palautetta. Tiedonsaanti nähtiin yhtenä suurimmista voimavaroista hoitojakson aikana.

Lisäksi potilaat toivoivat informaation olevan jatkuvaa ja mahdollisuuksien mukaan saatavissa samalta lääkäriltä tai hoitajalta. Aikaisemmissa tutkimustuloksissakin on viitattu siihen, että hoidon laatua parantaa potilaan mahdollisuus keskustella tuttujen hoitajien ja lääkäreiden kanssa mahdollistaen hoidon jatkuvuuden. (Sperber ym. 2005: 83.) Potilaat kokivat informoinnin auttavan heitä selviämään vaikeassa tilanteessa ja tuovan heille itsevarmuutta. Toisaalta taas tiedonsaanti saattoi myös pahentaa epävarmuuden tunnetta ja aiheuttaa ahdistuneisuutta. Myös Wolfin (2004a: 219) tutkimuksessa tuli esille, että tiedonsaanti voi myös lisätä potilaan pelkoa, joten potilaiden tiedontarve tulee arvioida aina yksilöllisesti. Leikkaukseen liittyvän informoinnin arvioitiin toteutuneen melko hyvin, mutta toisaalta moni vastaaja oli kokenut leikkauksen jälkeen odottamattomia tuntemuksia sillä leikkauksen vaikutuksesta ulkonäköön ei ollut informoitu tarpeeksi. Aiemmista tutkimustuloksista kävi ilmi, että leikkauksen lopputuloksesta toivotaan parempaa informaatiota esimerkiksi hyödyntämällä valokuvia aiemmin tehdyistä leikkauksista. Valokuvien käyttö auttaa potilasta muodostamaan realistisen kuvan leikkauksen lopputuloksesta. (Tykkä 1998: 13–14; Wolf 2004a: 219.) Sen sijaan muun muassa toipumisajasta ja jatkohoito-ohjeista kaivattiin lisää tietoa, mieluiten sekä suullisena että kirjallisena. Samanlaisia kokemuksia oli myös Tykän (1998:13-14) ja Wolfin (2004a:219) tutkimustuloksissa. Tiedonsaanti oli useimmiten riittävää hoitojakson aikana, mutta kotiutusvaiheessa kotihoito-ohjeistuksessa oli puutteita, eikä potilaille ollut tietoa, mihin kotiutuksen jälkeen voi olla yhteydessä, mikä tuli esille myös Wolfin (2004a: 217–218) tutkimuksessa. Potilaat kokivat siis kotiutuminen ongelmalliseksi ja sen jälkeistä aikaa luonnehdittiin turvattomaksi ja yksinäiseksi. Toisaalta positiivista oli se, että osa potilaista kuitenkin tiesi, että soittamalla osastolle he saavat apua ja tietoa.

Lisäksi käytännön asioissa toivottiin apua, sillä jotkin leikkaukset aiheuttivat muutoksia ulkonäköön, jolloin erilaisten proteesien tarve tuli potilaille ajankohtaiseksi. Hoitajat eivät kuitenkaan auttaneet potilaita näissä asioissa ja potilaat joutuivat itse selvittämään, mistä proteeseja voi hankkia. Myös Wolfin (2004: 321) ja Remmersin ym. (2010: 14) tutkimustuloksista selvisi, että potilaille tarjottu tieto erilaisista apuvälineistä ja implanteista koettiin tärkeäksi, koska niillä on vaikutus potilaan jokapäiväiseen elämään ja näin ollen hänen hyvinvointiinsa.

Myös mielipiteitä hoitotiimistä tuli esiin; eräässä tutkimuksessa nousi esiin toivomus siitä, että työryhmästä löytyisi sairaanhoitaja, joka olisi erikoistunut juuri kyseisen potilasryhmän hoitoon. Lisäksi mahdollisuuksien mukaan hoitoon liittyvä informaatio tulisi saada

kyseiseltä sairaanhoitajalta. Tätä mielipidettä tuki toisessa tutkimuksessa esiin tullut näkemys erikoissairaanhoitajan tärkeydestä potilaille. Toisaalta toivottiin, että koko potilaan hoitoon osallistuva työryhmä olisi perehtynyt tarkasti kyseisen potilasryhmän hoitoon ja hoitokäytäntöihin.

## 7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsausprosessin jokaista vaihetta pitää arvioida tarkasti, jotta pystytään arvioimaan, kuinka luotettavia katsauksen pohjalta saadut tulokset todellisuudessa ovat. Tarkasteltaessa tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen havaintojen luotettavuutta ja puolueettomuutta. Puolueettomuuteen vaikuttaa se, onko tutkijalla pyrkimys ymmärtää ja kuulla tiedonantajia itsenään vai suodattuuko tiedonantajan kertomus tutkijan oman suodattimen läpi. Täten siis tarkastellaan sitä, onko esimerkiksi tutkijan sukupuoli, iällä, uskonnolla, poliittisella mielipiteellä, kansalaisuudella, virka-asemalla tai jollakin muulla taustatekijällä vaikutusta siihen, miten hän kuulee tai havainnoi asioita. Periaatteessa voidaan katsoa, että asia väistämättä on näin, sillä tutkija itse kuitenkin on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 135–137.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty tarkastelemaan ja analysoimaan tutkimuksia puolueettomasti.

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta arvioidaan myös tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Reliabiliteetti eli menetelmän luotettavuus tarkastelee mittaustulosten toistettavuutta. Jos mittaus tai tutkimus on reliaabeli, se on siis toistettavissa ja sen antamat tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Se tarkoittaa sitä, että jos prosessi toistettaisiin, päästäisiin samaan lopputulokseen. Validiteetti sen sijaan kertoo siitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä mitä oli alun perin tarkoituskin. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 136.) Tähän opinnäytetyöhön valitut tutkimukset sisälsivät tietoa, joiden avulla saatiin vastaukset kumpaankin tutkimuskysymykseen.

Luotettavan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen vaatii vähintään kahta tekijää ja heidän saumatonta yhteistyötään. Tällä opinnäytetyöllä oli kaksi tekijää koko opinnäytetyöprosessin ajan, mikä lisää työn luotettavuutta. Tutkimuksien etsintä, valinta ja analysointi sekä tulosten raportointi on tehty kahden tekijän toimesta, joten on vältetty virheet näiden vaiheiden aikana. (Pudas-Tähkä - Axelin 2007: 46, 51–53).

Totuuden etsintää ja tiedon luotettavuutta kuvaavat normit ohjailevat tutkijoita seuraamaan tieteellisen tutkimuksen menetelmiä sekä esittelemään luotettavia tuloksia. Tutki-

musaineistojen asianmukainen keruu ja käsittely liittyvät tiedon luotettavuuteen ja tarkistettavuuteen. Tutkijoilta edellytetään tunnollisuutta ja rehellisyyttä koko prosessin ajan, mutta erityisesti tutkimusaineiston hankinnassa ja analysoinnissa. Esimerkkinä tutkimuseettisesti väärästä toimintatavasta on plagiointi, joka on tässä opinnäytetyössä suljettu pois käyttämällä Turnitin-ohjelmaa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määrittänyt ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu tätä käytäntöä noudattamalla tarkkuutta, rehellisyyttä ja avoimuutta tutkimustyön tekemisessä, tulosten kirjoittamisessa ja esittelyssä sekä aineistoon valittujen tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Lisäksi tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi on tehty yksityiskohtaisesti ja noudattamalla tieteelliselle tiedolle asetettuja vaatimuksia. Lisäksi tiedonhankinnassa sekä tutkimusten arvioinnissa on käytetty eettisiä, tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisia menetelmiä. (Kuula 2006: 24, 29–30.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aloittaminen vaatii täsmällisen tutkimussuunnitelman tekoa. Tässä opinnäytetyössä laadittiin heti alussa selkeä tutkimussuunnitelma ja tutkimuskysymykset, joihin lähdettiin hakemaan vastauksia kirjallisuuskatsauksella. Tarkasti laaditut tutkimuskysymykset auttoivat rajaamaan kirjallisuuskatsauksen riittävän kapealle alueelle, jolloin aiheen kannalta keskeiset tutkimukset tulivat varmasti huomioituiksi. Selkeä tutkimussuunnitelma on koko prosessin perusta; sen avulla vältetään virheet ja varmistetaan katsauksen tieteellinen perusta. (Pudas-Tähkä - Axelin 2007: 47.)

Opinnäytetyöhön ja muuhun tieteelliseen työskentelyyn tulee valita tiedonlähteitä, joiden luotettavuus on tavalla tai toisella varmistettu. Tässä opinnäytetyössä tiedonhakuun käytettiin vain luotettavia tietokantoja (Ovid, CINAHL, Medic, Cochrane, PubMed), jolloin tiedettiin aineistoon valittavien tutkimusten olevan laadukkaita. Lisäksi määritettiin etukäteen selkeät sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka olivat tarkoituksenmukaiset tutkittavan aiheen kannalta. Niiden avulla aineistoon valittiin vain laadukkaat tutkimukset ja ehkäistiin virheet aineiston valinnassa. Hakuprosessi on kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta erittäin ratkaiseva vaihe; tiedonhaun prosessin aikana tehdyt virheet johtavat jälleen tulosten epäluotettavuuteen. Tiedonhaun tiimoilta oltiinkin yhteydessä informaattikkoon, joka neuvoi erilaisten tietokantojen, hakusanojen ja asiasanojen käytössä. Yhteistyössä informaatio- tai kirjastoalan asiantuntijan kanssa toteutettu tiedonhaku tai sen suunnittelu parantaa katsauksen luotettavuutta. Itse tiedonhakuprosessi tulee kuvata tarkasti ja huolellisesti, jotta se on tarvittaessa toistettavissa toisenkin tutkijan toimesta. (Pudas-Tähkä - Axelin 2007: 12, 48–50.)

Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa se, että tiedonhaku tehtiin huolella ja siihen käytettiin todella paljon aikaa. Tietoa haettiin monista eri tietokannoista ja kymmenillä eri hakusanoilla. Lisäksi hyödynnettiin erilaisia asiasanoja. Myös manuaalista hakua toteutettiin esimerkiksi selaamalla erilaisia hoitotieteellisiä lehtiä ja käymällä läpi tutkimusten lähdeluetteloita, jotta mahdollisesti hyvät tutkimukset eivät jäisi huomaamatta. Koska eri hakusanoja oli niin paljon, kaikkia ei laitettu ylös eikä niitä pysty jälkikäteen muistamaan. Juuri tästä syystä liitteistä löytyvästä tiedonhaun taulukosta ei löydy läheskään kaikkia käytettyjä hakusanoja. Kuitenkin taulukosta löytyy tietokannat ja hakusanat, joilla aineistoon valitut tutkimukset löydettiin, joten kyseisten tutkimusten löytäminen on toistettavissa (Liite 2). Aineistoon valikoitui lopulta seitsemän tutkimusta, joka on sopiva määrä ottaen huomioon opinnäytetyön tekoon varatun ajan, resurssit ja sen, että aiheeseen liittyviä tutkimuksia oli todella vaikea löytää. Valituista tutkimuksista kolme on tehty Suomessa ja neljä on kansainvälisiä. Tutkimuksista yksi on tehty Ruotsissa, yksi Tanskassa ja kaksi Englannissa. Koska kolme tutkimuksista on tehty Suomessa, voidaan sen katsoa lisäävän tulosten hyödynnettävyyttä, koska opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus käyttää kehittämään potilaiden hoitoa Suomessa. Lisäksi Ruotsin, Tanskan ja Englannin terveydenhuoltojen voidaan ajatella olevan lähellä Suomen terveydenhuollon tasoa, mikä myös osaltaan lisää tulosten hyödynnettävyyttä. Tutkimukset oli julkaistu vuosien 2002 ja 2013 välillä. Tutkimukset olivat siis osittain melko vanhoja ja voivat näin ollen sisältää vanhentunutta tietoa, mikä osaltaan voi heikentää tulosten luotettavuutta.

Deduktiivisen sisällönanalyysin eri vaiheissa teimme taulukoita helpottamaan työtä. Esimerkiksi alkuperäisilmauksia muutettaessa pelkistettyyn muotoon tehtiin avuksi taulukko, jossa ilmaukset sekä niitä vastaavat pelkistykset ovat järjestelmällisesti ja selkeästi nähtävillä. Tätä taulukkoa ei ole liitetty opinnäytetyöhön, mutta esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä löytyy taulukoituna luvusta 5.5 (Taulukko 2). Molempien tutkimuskysymysten ala-, ylä- ja pääluokkien muodostuminen on kuvattu kuvioiden avulla (Liite 3 & Liite 4).

Opinnäytetyön luotettavuuteen voi vaikuttaa se, ettei kummankaan tekijän äidinkieli ole englanti. Tekijöiden hyvästä englanninkielen taidosta huolimatta englanninkielellä tehtyjä tutkimuksia suomennettaessa on siis saattanut syntyä virheitä. Opinnäytetyön aineiston tutkimuksista suurin osa (4) oli englanninkielisiä, joten on otettava huomioon mahdolliset käänkövirheet, jotka saattavat vaikuttaa osaltaan tulosten luotettavuuteen. (Pudas-Tähkä - Axelin 2007: 53).

### 7.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS:n Siltasairaala-uudisrakennushanketta. Opinnäytetyön aihe saatiin Metropolia Ammattikorkeakoululta valmiina eli aihealueesta oli toivottu tutkimustietoa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hankkeen myötä kehittämään plastiikkakirurgisten potilaiden hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Myös mahdollisesti hoitoympäristön suunnitteluun voidaan hyödyntää katsauksesta saatuja tuloksia. Lisäksi tuloksista saatuja tietoja voidaan käyttää apuna, kun suunnitellaan hoitohenkilökunnan koulutuksia.

Yleisesti kokonaisuutena plastiikkakirurgisten potilaiden hoitoa ei ole tutkittu lainkaan Suomessa. Sen sijaan tutkimuksia yksittäisistä potilasryhmistä, joiden hoidossa on käytetty plastiikkakirurgiaa, on tehty muutamia. Jatkossa olisi siis tärkeää tutkia enemmän, koska plastiikkakirurgia on alati kasvava erikoisala ja plastiikkakirurgiset hoitomahdollisuudet laajenevat jatkuvasti. Erityisesti plastiikkakirurgisten potilaiden kokemuksia yksityisyyden säilymisestä ja informaation riittävydestä tulisi jatkossa tutkia lisää, jotta voitaisiin kehittää heidän hoitoaan. Tuloksista ei noussut esille kehitettäviä asioita hoidon ympäristöön ja hoitohenkilökunnan ominaisuuksiin liittyen, joten potilaiden kokemuksia niihin liittyen tulisi tulevaisuudessa tutkia.

### 7.4 Opinnäytetyö oppimisprosessina

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä ja laaja prosessi, johon oli varattu aikaa noin vuoden verran. Prosessi oli ajoittain melko raskas, joten se on vaatinut tekijöiltään paljon kärsivällisyyttä ja pitkäjänteisyyttä. Opinnäytetyötä tehtiin pääasiassa yhdessä ja molemmilla tekijöillä oli tavoitteena saada opinnäytetyö valmiiksi marraskuuhun 2016 mennessä.

Opinnäytetyön myötä tiimityöskentelytaidot kehittyivät ja opinnäytetyön tekijät oppivat työhön sitoutumista. Opinnäytetyöprosessin aikana tekijät ovat oppineet työn suunnittelua, tiedon hankintaa ja tutkimuksien arviointia. Työn suunnittelu aloitettiin keväällä 2016, jolloin suunniteltiin opinnäytetyöprosessin aikataulu ja opinnäytetyön toteutustapa. Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa kirjallisuuskatsauksena, sillä tutkimuksen tekemiseen vaadittavat lupahakemukset olisivat vieneet liikaa aikaa. Tietokantojen käyttö ja hakusanojen valinta oli molemmille uutta, minkä vuoksi aineiston haku tuotti aluksi hankaluuksia. Tiedon haussa saatiin onneksi apua myös Terveystieteiden keskuskirjaston informaatiokolta, mikä auttoi jonkin verran asiaa. Tietoa haettiin todella monesta tietokannasta ja



useilla hakusanoilla. Kärsivällisyys kuitenkin kannatti, sillä tutkimuksia löytyi lopulta seitsemän, mikä riitti kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseen. Tutkimusten analysointi sisälönanalyysillä oli molemmille täysin uusi menetelmä eikä siitä ollut aiempaa kokemusta, joten analysointi olikin prosessin haastavin vaihe. Vähitellen analyysin teko kuitenkin alkoi sujua ja samalla työ edetä. Kun tutkimukset oli luettu läpi ja aineistosta poimittu alkuperäisilmaukset, saatiin ilmaukset pelkistettyä ja luokiteltua.

Opinnäytetyön tekemisen myötä syventyi myös tekijöiden ammatillinen osaaminen. Lisäksi opittiin paljon plastiikkakirurgisista potilaista, heidän hoitoprosessista ja hoidon erityispiirteistä sekä hoidon laadun arvioinnista. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää omassa sairaanhoitajan työssä pyrkimällä toteuttamaan mahdollisimman laadukasta hoitotyötä.

## Lähteet

- Ahonen, Outi – Blek-Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski-Tallqvist, Tuija 2014. Kliininen hoitotyö – Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Birchall, M - Richardson, A. - Lee, L. 2002. Eliciting views of patients with head and neck cancer and carers on professionally derived standards for care Commentary: Patients' involvement in their treatment matters. *BMJ* 324 (2). 515–519.
- Furness, Penny J. 2005. Exploring supportive care needs and experiences of facial surgery patients. *British Journal of Nursing* 14 (12). 641-645.
- Heinonen, Leena. 2011. Sukupuolen korjausprosessi ja koettu elämäntyytyväisyys - laadullinen tutkimus. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Henderson, Amanda – Van Eps, Mary Ann – Pearson, Kate – James, Catherine – Henderson, Peter – Osborne, Yvonne 2007. 'Caring for' behaviours that indicate to patients that nurses 'care about' them. *Journal of Advanced Nursing* 60 (2). 146–153.
- Hinkle, Janice L. - Cheever, Kelly H. 2014. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 13. painos. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Holtzmann, J.S. – Timm, H. 2005. The experiences of and the nursing care for breast cancer patients undergoing immediate breast reconstruction. *European Journal of Cancer Care* 14. 310-318.
- HUS-tietoa. 2016. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>>. Luettu 30.3.2016.
- Huuli- ja suulakihalkiokeskus HUSUKE. 2016. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/toolonsairaala/osastot/husuke/sivut/default.aspx?redirected=1>>. Luettu 31.3.2016.
- Huttunen, Matti 2015. Transsukupuolisuus. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00525](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00525)>. Luettu 19.8.2016.
- HYKS, Traumakeskus-Syöpäkeskus-uudisrakennushankkeen yhdistetty hankeselvitys. 2013. Verkkodokumentti. <<http://docplayer.fi/4103147-Hallitus-2-12-2013-oheismateriaali-1-hyks-traumakeskus-syopakeskus-uudisrakennushankkeen-yhdistetty-hankeselvitys-11-11-2013.html>>. Luettu 16.2.2016.
- Jahkola, Tiina – Leidenius, Marjut – von Smitten, Karl 2010. Rintarauhanen. Teoksessa Roberts, Peter J. - Alhava, Esko - Höckerstedt, Krister - Leppäniemi, Esko (toim.): Kirurgia. 2. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Joensuu, Heikki – Leidenius, Marjut – Huovinen, Riikka – von Smitten, Karl – Blomqvist, Carl 2007. Rintasyöpä. Teoksessa Joensuu, Heikki – Roberts, Peter J. – Teppo, Lyly – Tenhunen, Mikko (toim.): Syöpätaudit. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi - Axelin, Anna - Stolt, Minna - Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja A: 51. Turku: Turun yliopisto.

Juutilainen, Vesa - Koljonen, Virve - Lassus, Patrik 2007. Säärihaavan korjaava kirurgia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10554](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10554)>. Luettu 19.8.2016.

Kahanpää, A - Perälä, Marja-Leena - Räikkönen, Outi 2006. Consistency of quality assessments in long-term care by the clients, family members and named nurses. Scandinavian Journal of Caring Sciences 20. 375-385.

Klassen, Anne F. – Tsangaris, Elena – Forrest, Cristopher R. – Wong, Karen W.Y. – Pusic, Andrea L. – Cano, Stefan J. – Syed, Iqra – Dua, Meghna – Kainth, Sonika – Johnson, Jessica – Goodacre, Tim 2011. Quality of life of children treated for cleft lip and/or palate: A systematic review. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 65. 547-557.

Krooninen alaraajahaava. 2014. Käypähoito-suositus. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50058>>. Luettu 26.8.2016.

Kyngäs, Helvi - Elo, Satu - Pölkki, Tarja - Kääriäinen, Marja - Kanste, Outi 2011. Sisälönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2). 138-148.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Leino-Kilpi, Helena - Walta, Leena - Helenius, Hans - Vuorenheimo, Jaana - Välimäki, Maritta 1995. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lukkari, Liisa - Kinnunen, Timo - Korte, Ritva 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Mattila, Aino 2013. Transsukupuolisuus. Lääkärin käsikirja. Verkkodokumentti. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00865&p\\_haku=transsukupuolisuus](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00865&p_haku=transsukupuolisuus). Luettu 4.4.2016.

Mehica, Lejla - Gershater, Magdalena A. - Roijer, Carin A. 2013. Diabetes and infected foot ulcer: a survey of patients' perceptions of care during the preoperative and postoperative periods. Diabetes Nursing 10 (3). 91-95.

Metsämuuronen, Jari 2006. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Teoksessa Metsämuuronen, Jari (toim.): Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäntynen, Raija – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Miettinen, Merja – Kvist, Tarja 2015. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? Hoitotiede 27 (1). 18-30.

Nyman, Anu 2006. Yksilövastuuden hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro Gradu. Tampere. Tampereen yliopisto.

Papp, Anthony – Härmä, Markku 2010. Palo- ja paleltumavammat. Teoksessa Roberts, Peter J. - Alhava, Esko - Höckerstedt, Krister - Leppäniemi, Esko (toim.): Kirurgia. 2. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Pillariseti, Raghu Ram – della Rovere, Guidubaldo Querci 2012. Oncoplastic Breast Surgery. Indian Journal of Surgery 74 (3). 255-263.

Pimenoff, Veronica 2006. Transseksuaalisuus. Teoksessa Apter, Dan – Väisälä, Leena – Kaimola, Kari (toim.): Seksuaalisuus. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Plastiikkakirurgia. 2016. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/plastiikkakirurgia/Sivut/default.aspx>>. Luettu 31.3.2016.

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari - Axelin, Anna 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, Kirsi - Axelin, Anna - Stolt, Minna - Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja A: 51. Turku: Turun yliopisto.

Rankin, Marlene – Bohar, Gregory L. 1997. Anxiety Disorders in Plastic Surgery. Plastic And Reconstructive Surgery 100 (2). 535-549.

Rankin, Marlene – Mayers, Pamela M. 2008. Core Curriculum for Plastic Surgical Nursing. Psychosocial Care of the Plastic Surgical Patient. Plastic Surgical Nursing 28 (1). 12-24.

Rautio, Jorma – Somer, Mirja – Pettay, Merja – Klockars, Tuomas – Elfving-Little, Ulla – Hölttä, Elina – Heliövaara, Arja 2010. Huuli- ja suulakihalkioiden hoidon suuntaviivoja. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.duodecim-aikakauskirja.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98838](http://www.duodecim-aikakauskirja.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98838)>. Luettu 31.3.2016.

Remmers, Hartmut – Holtgräwe, Martina – Pinkert, Christiane 2010. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. European Journal of Oncology Nursing 14 (1). 11-16.

Ritvanen, Annukka 1998. Halkioiden esiintyvyys. Teoksessa Hukki, Jyri – Kalland, Mirjam (toim.): Avoin hymy – halkiolapsen hoito vauvasta aikuisikään. Helsinki: Oy Edita Ab.

Rozen, Warren M – Ashton, Mark W 2012. Radiotherapy and breast reconstruction: oncology, cosmesis and complications. Gland Surgery 1 (2). 119-127.

Saares, Päivi. 2002. Rintasyöpäpotilaan kokemukset ja voimavarat lyhytoitokirurgisen toimenpiteen yhteydessä. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppisiin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Verkkodokumentti. <[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)>. Luettu 3.11.2016.

Siltasairaala, uudisrakennus trauma- ja syöpäkeskuksille. 2016. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/rakennushankkeet/traumakeskus-syopakeskus-uudisrakennus/Sivut/default.aspx>>. Luettu 16.2.2016.

Snell, Laura – McCarthy, Colleen – Klassen, Anne – Cano, Stefan – Rubin, Lisa – Hurley, Karin – Montgomery, Guy H. – Cordeiro, Peter G. – Pusic, Andrea 2010. Clarifying the Expectations of Patients Undergoing Implant Breast Reconstruction: A Qualitative Study. *Plastic and Reconstructive Surgery* 126 (6). 1825-1830.

Sperber, Jodi – Landers, Stewart – Lawrence, Susan 2005. Access to Health Care for Transgendered Persons: Results of a Needs Assessment in Boston. *International Journal of Transgenderism* 8 (2-3). 75–91.

Stolt, Minna - Axelin, Anna - Suhonen, Riitta (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisu A: 73. Turku: Turun yliopisto.

Suhonen, Riitta – Välimäki, Maritta – Leino-Kilpi, Helena 2005. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 50 (3). 283–292.

Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. ETENE-julkaisu 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveystieteiden+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>>. Luettu 8.5.2016.

Tiitinen, Aila – Suominen, Sinikka – Holli, Matti 2003. Transseksuaalien hoito. Verkkodokumentti. <<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93871.pdf>>. Luettu 19.8.2016.

Traumakeskus-syöpäkeskus-uudisrakennuksen hankeselvitys ja investoinnista päättäminen. 2013. Verkkodokumentti. <<http://docplayer.fi/11624900-Traumakeskus-syopakeskus-uudisrakennuksen-hankeselvitys-ja-investoinnista-paattaminen.html>>. Luettu 16.2.2016.

Tukiainen, Erkki - Kuokkanen, Hannu - Suominen, Sinikka - Rautio, Jorma 2010. *Plastiikkakirurgia*. Teoksessa Roberts, Peter J. - Alhava, Esko - Höckerstedt, Krister - Lepäniemi, Esko (toim.): *Kirurgia*. 2. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tykkä, Erika 1998. Rintareduktio- ja rekonstruktioleikkauksessa olleiden potilaiden tyytyväisyystutkimus. HYKS, Töölön sairaala. Plastiikkakirurgian klinikka. Helsinki.

Ukkola, Veijo - Ahonen, Juhani - Alanko, Arto - Lehtonen, Timo - Suominen, Sinikka 2001. *Kirurgia*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Valkonen, Ulpu. 2006. Rintarekonstruktiossa olleiden potilaiden kokemukset hoidosta, toipumisesta ja tiedonsaannista. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Wolf, Lisa 2004a. The information needs of women who have undergone breast reconstruction. Part I: decision-making and sources of information. *European Journal of Oncology Nursing* 8. 211–223.

Wolf, Lisa 2004b. The information needs of women who have undergone breast reconstruction. Part II: Information giving and content of information. *European Journal of Oncology Nursing* 8. 315–324.

Yleisimmät syövät vuonna 2014, NAISSET. 2016. Suomen Syöpärekisteri. Verkkodokumentti. <<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0021i0.html>>. Luettu 31.3.2016.

## Tiedonhaun kuvaus

Tietokanta	Hakusana	Tuloksia	Hyväksytyt
CINAHL	plastic surgery AND patient AND experience	44	0
CINAHL	plastic surgery (title) AND patient (title) AND experience (title)	0	0
CINAHL	reconstructi* (title) AND patient (title) AND experience (title)	22	1 Holtzmann, Timm
CINAHL	plastic* AND patient (title) AND perspective (title)	38	0
CINAHL	plastic AND surgery AND patient AND experience AND care	29	0
CINAHL	patient AND experience AND treatment AND plastic	52	0
CINAHL	facial surg* AND care AND experience	15	1 Furness
CINAHL	breast reconstruction AND experience AND care	23	1 Holtzmann, Timm
CINAHL	patient* AND neck AND cancer AND care	43	1 Birchall ym.
CINAHL	diabet* AND ulcer AND patient AND care	561	1 Mehica ym.
CINAHL	sex reassignment* AND patient AND experience	5	0
CINAHL	sex reassignment surgery AND patient AND perspective	2	0
Ovid	plastic* OR reconstructive* AND patient (title) AND experience (title)	1	0
Ovid	breast reconstruction AND patient AND experience AND plastic surgery	2733	0
MEDIC	kirurgi*	21	0

	AND potila* AND kokem*		
MEDIC	plastiikkakirurgi* AND potila* AND kokem*	0	0
MEDIC	plastiikkakirurgi* AND potila*	18	0
MEDIC	sukupuolen AND korjau*	6	1 Heinonen
MEDIC	rintasyö* AND potila* AND kokem*	5	2 Valkonen Saares



## Kirjallisuuskatsauksen tutkimusartikkelien kuvaus

Tutkimuksen tekijät, työn nimi ja bibliografiset tiedot	Tarkoitus	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset
Holtzmann, J.S. - Timm, H. 2005. The experiences of and the nursing care for breast cancer patients undergoing immediate breast reconstruction. European Journal of Cancer Care 14. 310-318. (1)	Tutkia välittömän rintarekonstruktion läpikäyneiden potilaiden kokemuksia hoidosta.	Haastattelu ja kyselytutkimus. Lisäksi on hyödynnetty potilaskertomuksia.	9 potilasta	Kaikkia potilaiden tarpeita ei arvioida ja kohdata; hoitaminen keskittyy pääasiassa fyysiseen puoleen ja kotiutumisen jälkeen potilaille jää tunne haavoittuvaisuudesta ja tyhjyydestä.
Mehica, Lejla - Gershater, Magdalena A. - Roijer, Carin A. 2013. Diabetes and infected foot ulcer: a survey of patients' perceptions of care during the preoperative and postoperative periods. Diabetes Nursing 10 (3). 91–95. (2)	Mitata potilaiden käsitystä terveydenhuollon laadusta ja tunnistaa diabetesta sairastavien potilaiden terveydenhuollon tarpeita.	Kyselytutkimus	35 potilasta	Tutkimus osoitti, että informointia, kivun hallintaa, fyysistä hoitoympäristöä ja yhteistä päätöksentekoa tulisi parantaa.

2 (4)

Tutkimuksen tekijät, työn nimi ja bibliografiset tiedot	Tarkoitus	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset
Valkonen, Ulpu. 2006. Rintarekonstruktiossa olleiden potilaiden kokemukset hoidosta, toipumisesta ja tiedonsaannista. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. (3)	Kuvata rintarekonstruktiossa olleiden potilaiden kokemuksia hoidosta ja toipumisesta sekä kuvata potilaiden kokemuksia tiedonsaannin riittävyydestä hoidon aikana.	Kyselytutkimus	68 potilasta	Rintarekonstruktiossa olleiden potilaiden kokemukset hoidosta, toipumisesta ja tiedonsaannista vaihtelivat. Osa potilaista koki saaneensa riittävästi tietoa, osa riittämättömästi. Kokonaisuutena arvioiden potilaiden kokemukset ovat kuitenkin olleet hyviä.
Birchall, M - Richardson, A. - Lee, L. 2002. Eliciting views of patients with head and neck cancer and carers on professionally derived standards for care Commentary: Patients' involvement in their treatment matters. BMJ 324 (2). 515–519. (6)	Tutkia potilaiden ja hoitajien näkemyksiä pää- ja niska-syöpäpotilaiden hoitoprosessista ja sisällyttää ilmaistut näkemykset osaksi kansallisia standardeja.	Ryhmäkeskustelut, jotka nauhoitettiin ja litteroitiin + 1 yksityishaastattelu	40 potilasta ja 18 hoitajaa	Mielenpitäviä odotusajoista, potilaille saatavilla olevasta informaatiosta, hoidon koordinaatiosta ja kriisien hallinnasta nousi esiin. Standardeja parannettiin potilaiden ja hoitajien näkemysten mukaisesti.

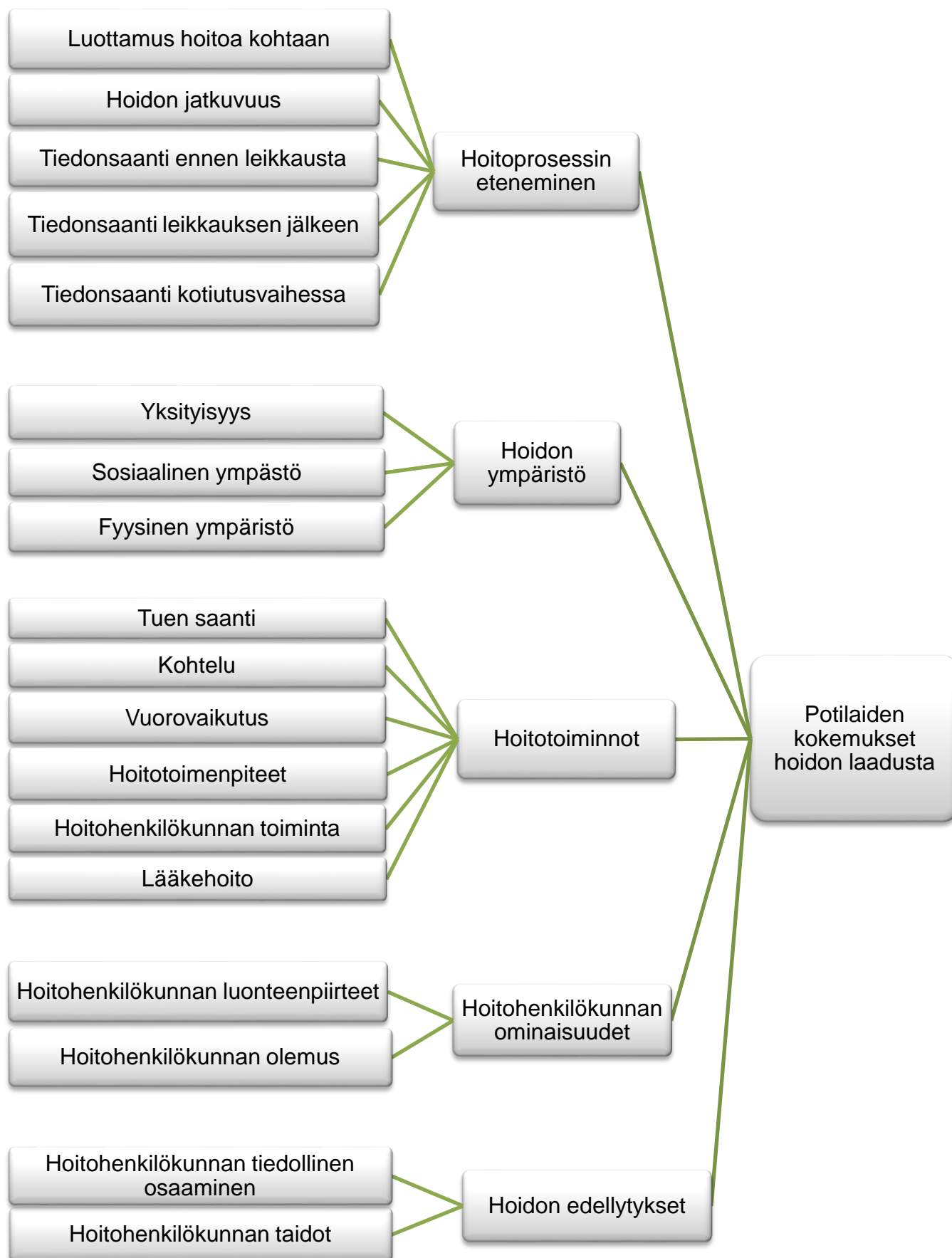
3 (4)

Tutkimuksen tekijät, työn nimi ja bibliografiset tiedot	Tarkoitus	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset
Furness, Penny J. 2005. Exploring supportive care needs and experiences of facial surgery patients. British Journal of Nursing 14 (12). 641-645. (4)	Selvittää kasvokirurgiapotilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia koskien terveydenhuollon ammattilaisilta saamaansa tukea.	Yksilöhaastattelut ja ryhmäkeskustelut	29 potilasta ja 9 omaista	Tutkimukseen osallistujat toivat esille, että tiedon saanti ja emotionaaliseen tuki oli puutteellista. Lisäksi potilaat kokivat, etteivät saaneet apua arkeen sopeutumisessa.
Saares, Päivi. 2002. Rintasyöpäpotilaan kokemukset ja voimavarat lyhytoitokirurgisen toimenpiteen yhteydessä. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. (5)	Kuvailla lyhytoitokirurgisesti leikattujen rintasyöpäpotilaiden kokemuksia sairaudesta ja sen hoidosta sekä sisäisistä ja ulkoisista selviytymisvoimavaroista ja hoitoon merkityksestä ulkoisena selviytymisvoimavarana.	Teemahaastattelut	8 potilasta	Rintasyöpäpotilaat olivat tyytyväisiä kotiuttamisen ajoitukseen sekä tunne-, tiedollisen- ja välineellisen tuen saantiin. Hoitajaksoon sisällynyt yksinäisyyden tunne, päätöksenteko ja jatkohoidon odotus koettiin vaikeaksi. Puutteita esiintyi potilasohjauksessa.

4 (4)

Tutkimuksen tekijät, työn nimi ja bibliografiset tiedot	Tarkoitus	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset
<p>Heinonen, Leena. 2011. Sukupuolen korjausprosessi ja koettu elämäntyytyväisyys -laadullinen tutkimus. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. (7)</p>	<p>Kuvata transsukupuolisen henkilön koettua elämäntyytyväisyyttä sukupuolen korjausprosessia ennen, sen aikana ja sen jälkeen sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tuottaa tietoa siitä, miten hoitohenkilökunta voi parantaa transsukupuolisen ihmisen elämäntyytyväisyyttä sukupuolen korjausprosessin aikana.</p>	<p>Yksilöhaastattelut</p>	<p>7 potilasta</p>	<p>Hoitohenkilökunta voisi parantaa transsukupuolisen henkilön elämäntyytyväisyyttä sukupuolen korjausprosessin aikana mahdollistamalla tarpeenmukaisen hoitosuunnitelman ja sen toteuttamisen organisoidulla paremmin hoitoprosessin rakenteen sekä lisäämällä tietoa.</p>

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen ala- ja yläluokkien sekä pääluokan muodostuminen



Toisen tutkimuskysymyksen ala- ja yläluokkien sekä pääluokan muodostuminen

