



LYHYTKIRURGISEN POTILAAN PREOPERATIIVINEN OHJAUS

Matias Hildén

Mikaela Westerlund

Opinnäytetyö
Marraskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HILDÉN, MATIAS & WESTERLUND, MIKAELA
Lyhytkirurgisen potilaan preoperatiivinen ohjaus

Opinnäytetyö 59 sivua, josta liitteitä 10 sivua
Marraskuu 2012

Tämä opinnäytetyö on tuotokseen painottuva, jonka tarkoituksena on tehdä ohjauksansio Nokian terveyskeskuksen leikkausosaston sairaanhoitajille preoperatiivisen ohjauksen tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena on leikkauksen esikäynnillä tapahtuvan ohjauksen yhdenmukaistaminen. Laki velvoittaa, että potilaalle on annettava riittävä selvitys hoitoon liittyvistä tekijöistä, terveydentilasta, eri hoitovaihtoehtoista ja muista hoidon kannalta tärkeistä asioista. Selkeä ja johdonmukainen ohjaus on tasavertaisuuden ja laadun kulmakivi.

Työelämän pyynnöstä opinnäytetyön aiheeksi valikoitui lyhytkirurgisten potilaiden ohjaus. Opinnäytetyön aihe rajautui käsittelemään sappi- ja olkapäälleikkaukseen tulevien potilaiden preoperatiivista ohjausta. Aiheen rajaaminen käsittelemään kahta toimenpidettä oli tulos työelämän esittämän toiveesta ja omasta mielenkiinnosta. Ohjauksansion runko on sovellettavissa myös muihin yksikössä tehtäviin toimenpiteisiin. Opinnäytetyön sisältöä ja ohjauksansiota voi käyttää myös itseopiskelumateriaalina ja ohjauksen tukena.

Preoperatiivinen ohjaus on opinnäytetyön keskeisin teema, jota tarkastelemme periooperatiivisen toiminnan, itsemääräämisoikeuden, potilasohjauksen, jatkuvuuden ja sappi- ja olkapäälleikkausten näkökulmista. Potilasohjauksessa korostuu asiakaslähtöisyys ja vuorovaikutustaidot, joita käsitellään laaja-alaisesti tässä opinnäytetyössä.

Tätä opinnäytetyötä varten on käyty havainnoimassa Nokian terveyskeskuksessa sairaanhoitajan pitämää preoperatiivista haastattelua, jota on hyödynnetty työn lähtökohtien sekä asiantuntijahaastattelurungon laatimisessa. Haastatteluiden tuloksia on käytetty opinnäytetyön ja kirjallisen ohjauksansion sisällön muodostamisessa. Preoperatiivisen ohjaustilanteen rajallinen aika loi haasteita ohjausrungon sisällön laatimiseen, jonka vuoksi työssä on hyödynnetty havainnoinnin ja haastatteluiden keskeisiä tuloksia.

ABSTRACT

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

HILDÉN, MATIAS & WESTERLUND, MIKAELA:
Preoperative Guidance of Short Stay Surgery Patients

Bachelor's thesis 59 pages, appendices 10 pages
November 2012

The purpose of this thesis was to make a written guide for nurses to support, clarify and standardize short stay surgery patient's preoperative guidance at Nokia health center. The main objective was to guarantee a good quality preoperative guidance experience for cholecystectomy and shoulder surgery patients, and to improve current guidance model. This study was carried out as a project.

Short stay patient's guidance is defined through patient guidance, perioperative action, patients' autonomy and continuity of nursing. These crucial factors form the core of preoperative guidance.

Perioperative nurses give preoperative guidance at Nokia health center. The guidance includes assessment of patients' health through factors such as weight, height, diseases, medication, allergies, previous operations and alcohol abuse. The main purpose of the assessment is to give information for the upcoming operation which promotes patients to take responsibility of their postoperative self-care.

Two nurses were observed during preoperative admission and interviewed for this study. The essential results of observing and interviewing were used to build up the contents of this thesis and the guide. In the future, it would be interesting to look into patients' experiences of how the preoperative guidance succeeded.

Key words: patient education, short stay surgery, day case surgery, preoperative guidance

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2. TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1 Preoperatiivinen ohjaus	11
3.2 Perioperatiivinen toiminta	11
3.3 Itsemääräämisoikeus	12
3.4 Jatkuvuus	12
4 POTILASOHJAUS	14
4.1 Potilaan ohjaaminen	14
4.2 Ohjausympäristö	15
4.3 Asiakaslähtöisyys	16
4.4 Fyysiset taustatekijät	16
4.5 Psykkiset taustatekijät	17
4.6 Sosiaaliset taustatekijät	18
4.7 Oppimishalukkuus	18
4.8 Vuorovaikutus potilasohjauksessa	19
4.9 Lyhytkirurgisen potilaan ohjausprosessi ja menetelmät	20
4.9.1 Motivoiva haastattelu	21
4.9.2 Puhelinohjaus	21
4.9.3 Kirjallinen ohjausmateriaali	22
5 SAPPILEIKKAUS	23
5.1 Sappirakon anatomia ja fysiologia	23
5.2 Kolekystekomia	24
5.3 Yleisanestesia	25
5.4 Laparoskooppisen toimenpiteen anestesia	27

5.5 Laparoskooppinen kolekystektomia.....	27
6. OLKAPÄÄLEIKKAUS.....	30
6.1 Olkanivelen rakenne ja anatomia	30
6.2 Olkapääleikkauksen aiheet.....	30
6.3 Kiertäjäkalvosin	31
6.4 Olkapään pinneoireyhtymä	32
6.5 Konservatiivinenhoito	32
6.6 Leikkaushoito.....	33
6.7 Kivunhoito	35
7. TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	36
7.1 Opinnäytetyöprosessi	36
7.2 Asiantuntija haastattelu	37
7.3 Ohjauskansio	38
7.3.1 Sisältö.....	38
7.3.2 Ulkoasu	40
8 POHDINTA	42
8.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	42
8.2 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	43
LÄHTEET.....	45
LIITTEET	48
Liite 1. Taulukko laboratoriotutkimuksista.....	48
Liite 2. Haastattelun runko	49
Liite 3. Opinnäytetyön aikataulu.....	50
Liite 4. Ohjauskansio	51

1 JOHDANTO

Päiväkirurgista hoitoa on toteutettu jo vuonna 1909 Glasgow'ssa Skotlannissa. Yhdysvalloissa lausuttiin päiväkirurgian alkusanat 1950- luvulla ja 1970- luvulla sinne perustettiin ensimmäinen päiväkirurginen yksikkö. Yhdysvalloissa 1990- luvun puolivälissä kaikista elektiivisesti eli suunnitelmallisesti tehdyistä leikkauksista päiväkirurgian osuus oli yli 50 %. Suomessa päiväkirurginen toiminta aloitettiin 1970- luvun alussa Helsingin ja Kuopion yliopistollisissa sairaaloissa. Suomessa lääkintöhallituksen vuonna 1990 asettama työryhmän mietintö joudutti päiväkirurgisen toiminnan yleistymistä. (Lahtinen ym. 1998, 16.) Lyhytkirurgian hyvinä puolina on korostettu kustannustehokkuutta, infektiotaaran pienuutta, sairaalassaoloajan lyhyttä ja potilaspaiikkojen säästymistä (Klementti, Suominen & Leino-Kilpi 2003, 1).

Lyhytkirurginen toiminta jakautuu päivä- ja lyhytjälkihoitoiseen kirurgiaan. Leikkaukseen kotoa – mallin mukainen toiminta muistuttaa lyhytkirurgiaa. (Klementti ym. 2003; Keränen, Karjalainen, Pitkänen, Tohmo 2008, 3887.) Päiväkirurgian (PÄIKI), lyhytjälkihoitoisen kirurgian (LYHKI) ja leikkaukseen kotoa (LEIKO) toimintamalleissa on eroja. Eroja ilmaantuu preoperatiivisen eli ennen leikkausta tapahtuvan ohjauksen ajankohdissa, potilaan saapumisessa toimenpideyksikköön ja leikkauksen jälkeisen eli postoperatiivisen hoidon toteutumisessa. Nokian terveystieteiden tutkimuskeskuksen leikkausosastolla hoidetaan LYHKI, PÄIKI ja elektiivisesti eli ennalta suunniteltuja kirurgisia osasto potilaita.

Päiväkirurginen hoitoprosessi alkaa potilaalle kirjoitettavasta lähteestä ja päättyy lähettävän lääkärin tekemään jälkitarkastukseen (Viitamäki 1996, 8). Päiväkirurgisen prosessin preoperatiivinen vaihe useimmiten sisältää potilaan tutkimisen 1-3 viikkoa ennen leikkausta. Esitarkastuksen yhteydessä potilaan kanssa käydään läpi leikkaukseen liittyvät kysymykset, kerrotaan tulevasta leikkauksesta ja annetaan ohjeita. Nokian terveystieteiden tutkimuskeskuksessa leikkausta edeltävä ohjaus tapahtuu sairaanhoitajan pitämänä ja sen yhteydessä potilaalle kerrotaan toimenpidettä koskevat asiat sekä leikkauspäivän sisältö. Ennen preoperatiivista ohjausta potilas lähettää esitietolomakkeen leikkausosastolle, josta selviää riittävät perustiedot terveydentilasta. Mikäli potilas ei voi osallistua esitarkastukseen, vähimmäistavoitteena voidaan pitää riittävän informaation lähettämistä potilaalle ennen leikkausta. Tietoja voidaan myöhemmin täydentää puhelinhaastattelun avulla

(Lahtinen ym. 1998, 40). Nokian terveystieteiden tutkimuskeskuksen leikkausosastolla sairaanhoitaja huolehtii potilaan preoperatiivisesta ohjauksesta puhelimitse, jos potilas ei pääse paikalle.

PÄIKI toimenpiteen (day surgery, ambulatory surgery) määritelmänä voidaan pitää hoitojaksoa, joka kestää enintään 12 tuntia ja sisältää potilaan saapumisen toimenpidesyksikköön, esivalmistelut, toimenpiteen ja kotiutumisen (Lahtinen ym. 1998, 17). Lyhytjälkihoitoisen kirurgisen LYHKI (short day surgery) hoitojakson pituus sairaalassa on yhdestä kolmeen vuorokautta (Haapala 2009, 8). LEIKO- mallissa (From home to operation) potilas saapuu aamulla leikkausyksikköön ja kävelee itsenäisesti leikkaussaliin. Potilaan sairaalassa oloajan määrittää postoperatiivisen hoidon tarve. (Keränen ym. 2008, 3888). Nokian terveystieteiden tutkimuskeskuksen leikkausosastolla hoidetaan sekä PÄIKI että LYHKI potilaita, joka sisältää LEIKO- mallin mukaisen toiminnan.

Lyhytkirurginen toiminta on ennalta suunniteltua eli elektiiivistä. Vuonna 2007 kaikista Suomessa tehdyistä 292 323 leikkauksesta 143 159 kappaletta eli 49 % oli päiväkirurgisia leikkauksia (Käypähoitosuositus 2008). Lyhytkirurgian hyvinä puolina on korostettu kustannustehokkuutta, infektiovaaran pienuutta, sairaalassaoloajan lyhyyttä ja potilaspaikkojen säästymistä (Klementti ym. 2003, 1).

Tämän opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen. Leikkausta edeltävään potilasohjaukseen on Nokian terveystieteiden tutkimuskeskuksella varattu aikaa noin 20 minuuttia. Jokaisen ohjaukseen tulevan potilaan kanssa käsitellään tulevan toimenpiteen kannalta keskeiset asiat, joita tämä opinnäytetyö sisältää. Aiheemme keskittyy elektiiivisesti suunniteltujen potilaiden sappi- sekä olkapäätoimenpiteiden edeltävään ohjaukseen.

Tämän ohjauskansion tavoitteena on taata kaikille potilaille tasavertainen ja laadukas sairaanhoitajan pitämä ohjaus. Ohjauskansio toimii jokaisen sairaanhoitajan itseopiskelumateriaalina, jonka avulla on mahdollista perehtyä toimenpidettä edeltävän ohjauksen sisältöön. Ohjauskansion asiasisällön tulisi välittyä potilaalle ohjauksen aikana, niin että potilas osaa valmistautua toimenpiteeseen oikein.

2. TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallinen opas Nokian terveyskeskuksen leikkausosaston sairaanhoitajille päiväkirurgisten potilaiden preoperatiiviseen ohjaukseen.

Tehtävät:

1. Mitä preoperatiivisen ohjauksen tulisi sisältää, jotta ohjauksen tarpeet saavutettaisiin?
2. Mitä asioita käydään läpi sappi- tai olkapäälleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisessa ohjauksessa?

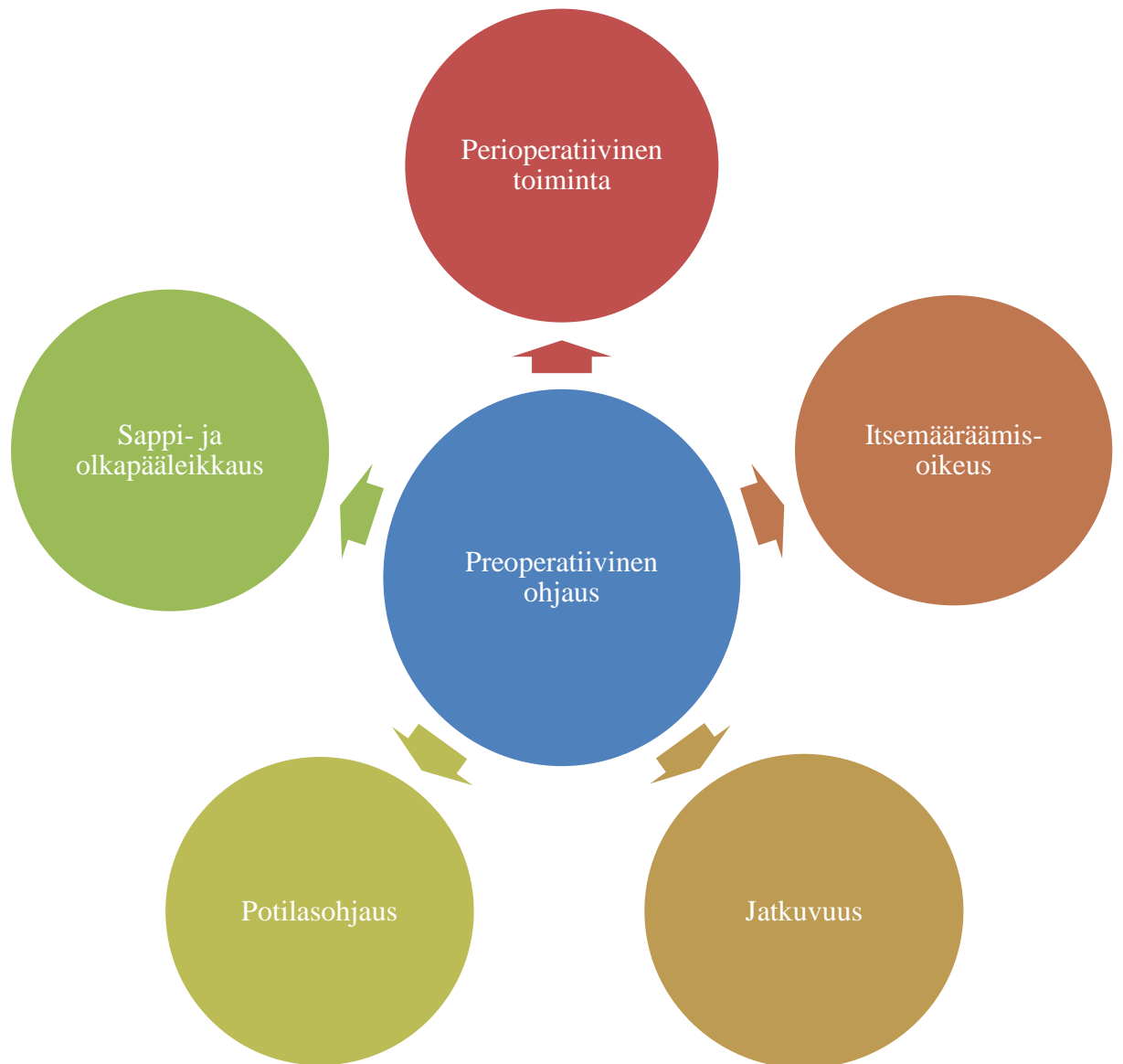
Opas toimii ohjauksen tukena ja itseopiskelumateriaalina sairaanhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena on laadullisesti kehittää preoperatiivisen käynnin potilasohjausta Nokian terveyskeskuksen leikkausosastolla. Ohjauskansion avulla taataan potilaille tasavertainen ja laadukas, sairaanhoitajan pitämä, preoperatiivisesti tapahtuva ohjaus. Ohjauskansion tavoitteena on varmistaa ja ennaltaehkäistä, ettei potilaan informoinnista puutu toimenpiteen kannalta tärkeää asiasisältöä. Työn tavoitteena on lisätä omaa ammatillista tietämystämme lyhytkirurgisen potilaan preoperatiivisesta ohjauksesta.

3. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämä opinnäytetyö käsittelee sairaanhoitajan pitämää leikkausta edeltävää eli preoperatiivista ohjausta, joka on työn teoreettisen lähtökohdan yläkäsite. Alakäsitteiksi valikoituivat turvallisuus, itsemääräämisoikeus, potilasohjaus, sappi- ja olkapääleikkaus ja jatkuvuus, joista preoperatiivinen ohjaus muodostuu. Ohjaus tukee leikkauksen aikaista eli perioperatiivista toimintaa, joka toimii yhtenä teoreettisen lähtökohdan alakäsitteenä. (Kuvio 1.)

Lyhytkirurgisen potilaan preoperatiivinen ohjaus tapahtuu sairaanhoitajan pitämänä leikkausyksikössä 1-2 viikkoa ennen suunniteltua toimenpidettä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää hoitajaa kertomaan tietoa leikkauksesta potilaan päätösten ja valintojen tekemisen tueksi. Ohjaus kohdistuu sappi- ja olkapääleikkaukseen tuleviin potilaisiin, johon opinnäytetyö on rajattu.

Potilasohjaus tulisi olla yksilöllistä ja potilaan tarpeita vastaavaa. Ohjauksen tulee sisältää kaikki potilaan tarvitsema informaatio ennen toimenpidettä, joka edistää perioperatiivista toimintaa ja helpottaa potilaan toipumista leikkauksen jälkeen. Opinnäytetyössä tuodaan esille jatkuvuuden tärkeys. Hoitajan toteuttama ohjaus antaa potilaalle ohjeet toteuttaa esivalmistelut ennen leikkausta. Potilaan preoperatiivinen ohjaaminen ennen leikkausta tukee potilaan omien päätösten ja valintojen tekemistä ja itsemääräämisoikeuden toteutumista.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Preoperatiivinen ohjaus

Preoperatiivinen ohjaus on tärkeä osa päivä- ja lyhytkirurgisen potilaan hoitokokonaisuutta. Ohjausta annetaan hoitojakson eri vaiheissa viimeistään toimenpideaamuna. Potilaan preoperatiivinen ohjaus on tukemista ennen leikkausta, jolla pyritään vaikuttamaan leikkauksen jälkeiseen toipumiseen ja itsehoidon toteutumiseen (Hautakangas ym. 2003, 67.) Ohjaus tukee potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista lyhytkirurgisen hoitokokonaisuuden eri vaiheissa. Preoperatiivinen ohjaus on toimenpidekohtaista. Tässä opinnäytetyössä käsitellään preoperatiivista ohjausta lyhytkirurgisten sappi- ja olkapääleikkauksien näkökulmasta.

3.2 Perioperatiivinen toiminta

Perioperatiivinen hoitotyö rakentuu pre-, intra- ja postoperatiivisista vaiheista. Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä toiminta alkaa potilaan saamasta leikkauspäätöksestä ja päättyy potilaan siirtyessä leikkaussaliin. Preoperatiivinen vaihe sisältää potilaan leikkaukseen valmistavan ohjauksen, esitietojen keräämisen ja tarvittavien tutkimusten tekemisen. Potilas valmistautuu toimenpiteeseen omatoimisesti annettujen ohjeiden perusteella. Intraoperatiivisella vaiheella tarkoitetaan leikkaussalissa tapahtuvaa toimintaa. Leikkauksenaikainen vaihe päättyy potilaan siirryttyä leikkaussalista valvontayksikköön. Intraoperatiivinen vaihe on intensiivistä toimintaa, joka rakentuu potilaan perustarpeiden tyydyttämisestä, turvallisesta potilassiirrosta leikkauspöydälle, turvallisesta leikkausasennosta, potilaan henkisestä tukemisesta, aseptisestä toiminnasta, leikkauksesta ja potilaan leikkauksen aikaisen voimien tarkkailusta. Postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan siirryttyä valvontayksikköön ja loppuu, kun potilas ei enää tarvitse leikkaukseen liittyvää hoitoa. Leikkauksen jälkeinen vaihe koostuu potilaan toipumisen tarkkailusta ja sitä tukevista hoitotoimenpiteistä, henkisestä tukemisesta ja jatkohoidosta sairaalassa tai kotona. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 21- 22.)

3.3 Itsemääräämisoikeus

Itsemäärääminen eli autonomia on yksilön vapautta tehdä omaa hoitoa ja terveyttä koskevia päätöksiä ja toimia sen mukaisesti. Itsemäärääminen edellyttää potilaan osallistumista hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Potilaan kieltäytyessä hoidosta on hänellä oltava riittävät tiedot hoitoa koskien ja ymmärrettävä siitä koituvat seuraukset. Itsemääräämisoikeus merkitsee vastuun kantamista omista päätöksistään. (Kyngäs & Henttinen 2009, 47.)

Potilaan suostumus on hoidon luvallisuuden edellytys. Luvallisuuden kriteereinä pidetään potilaan kelpoisuutta päätöksentekoon, riittävää tiedon saantia ja mahdollisuutta harkita päätöksiä ennen suostumuksen antamista. Suostumuksen saamisen potilaalta tulee olla vapaaehtoista eikä siihen saa liittyä painostusta, pakottamista tai manipulointia. Niin kutsutussa potilaslaissa määritellyn potilaan itsemääräämisoikeuden mukaan ”potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan” (laki 785/1992). Lailla tarkoitetaan sitä, että jos potilas kieltäytyy hoidosta tai hänen laillinen edustajansa kieltää hoidon, ei potilasta saa jättää heitteille. Suunniteltua hoitoa tulee jatkaa mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla. (Laki 785/1992, 6§; Kassara ym. 2006, 27.)

3.4 Jatkuvuus

Käsite jatkuvuus hoitotyössä merkitsee tulevaisuuteen suuntautumista. Sillä tarkoitetaan potilaan jatkohoidon turvaamista, kirjaamisen, raportoinnin ja ohjauksen avulla. Kirjaamisen tavoitteena on muodostaa hoitopäivästä tai hoitajakson aikana kerätystä tiedosta selkeä ja jäsenneily kokonaisuus. Jäsenneily tietopaketti siirtyy muuttumattomana seuraavaan työvuoroon tai jatkohoitopaikkaan. Kirjaaminen on tiedonvälitystä, jonka avulla tuetaan hoidon jatkuvuutta. Jatkuvuuden periaatteen toteutumiseksi potilaan tulee olla tietoinen hoitosuunnitelmasta ja sen tavoitteista. (Laitinen & Karhe 2000, 52- 53.)

Raportoinnilla tarkoitetaan hoitajien keskenään toteuttamaa suullista tai kirjallista oleelliset asiat sisältävää, tiedonvälitystä työvuoron tai jatkohoitoyksikön vaihtuessa. Raportteja voidaan pitää kansliassa, muussa sovitussa paikassa ja potilaan vierellä. Kansliara-

portissa työvuoron hoitaja kertoo potilaan vointia koskevat tärkeät tiedot vastaanottajien kuunnellessa ja muistiinpanoja tehdessä. Hiljaisella raportilla tarkoitetaan tilannetta, jossa työvuoroon tulevat hoitajat lukevat potilaiden tiedot kirjallisena tai sähköisestä hoitosuunnitelmasta. Suullinen raportti voidaan pitää myös potilaan luona. Potilaan vierusraportin aikana potilaalla on mahdollisuus kertoa itse voinnistaan hoitajille. (Kassara ym. 2006, 63.)

Potilasohjaus tarkoittaa tiedon antamista, jonka avulla tuetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestä ja osallistumaan jatkohoitoon. Ohjaus auttaa edistämään potilaan elämänhallintaa ja terveyttä. Potilasohjaus edellyttää dialogia potilaan, omaisten ja hoitajan välillä. Ohjauksen tulee olla selkeää, ymmärrettävää, turvallisuutta ylläpitävää ja vastavuoroista. Tiedon antaminen potilaalle on tärkeää potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen vuoksi. (Kassara ym. 2006, 41; Laitinen ym. 2000, 78- 79.)

4 POTILASOHJAUS

4.1 Potilaan ohjaaminen

Potilaalle on tiedonsaantioikeuden mukaan annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Tietoa ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5 §.) Potilaan tulee saada riittävän paljon tietoa, jotta hän pystyy tekemään päätöksiä (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 8).

Ohjauksesta on useita määritelmiä ja synonyymejä. Ohjauksen antamisen yhteydessä voidaan käyttää muotoja käytännöllisen opastuksen antaminen tai hoitajan ohjauksen alaisena toimiminen. Synonyymeinä käytetään käsitteitä koulutus, kasvatus, valmennus, opetus, neuvonta ja kehottaminen. (Kyngäs ym. 2007, 25; Laine ym. 2002, 319; Vilén ym. 2008, 11.)

Potilasohjaus tarkoittaa asiakkaan johtamista johonkin tai hänen toimintaansa vaikuttamista. Se voi myös tarkoittaa tiedon antamista, jonka avulla tuetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja osallistumaan jatkohoitoon. Ohjaus auttaa edistämään potilaan elämänhallintaa ja terveyttä, jolloin potilaalla nähdään kyky parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla (Kassara ym. 2006, 41; Laitinen ym. 2000, 78, 79; Kyngäs ym. 2007, 25.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava ohjausta selkeästi siten, että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön. Mikäli hoitajan ja potilaan välinen kommunikointi ei ole mahdollista eri kielen, aisti- tai puhevian vuoksi on hoitotyöntekijän mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkkipalveluiden käyttämisestä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5§.) Ohjaustilanteessa on tärkeää, että vuorovaikutus on molemminpuolista ja potilas tulee ymmärretyksi ja kuulluksi. Potilaat ovat entistä enemmän kiinnostuneita omasta terveydestä ja sairauden hoidosta. Hoitajaksoja pyritään jatkuvasti lyhentämään, jolloin potilaan itsehoidon merkitys korostuu. Tämän vuoksi potilasohja-

uksen on oltava tarkkaa ja huolellista. Ohjauksen tulee olla sisällöllisesti ymmärrettävää ja riittävää. Suullisen ohjauksen tueksi potilaalle voidaan antaa kirjalliset ohjeet. (Torkkola ym. 2002, 24- 25.)

4.2 Ohjausympäristö

Ohjausympäristön katsotaan olevan ulkopuolinen tekijä. Se voidaan jakaa fyysiseen ja psyykkiseen ympäristöön, jotka vaikuttavat erilaisissa ohjaustilanteissa suuresti. Ympäristössä on lisäksi erilaisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa ohjaukseen joko tukemalla tai heikentämällä sitä. Tekijöitä ovat ohjattavan ensivaikutelma ilmapiiristä, siisteydestä ja viihtyvyydestä. Lisäksi hoitotyön kulttuuri, terveystaloustalouden järjestelmä ja sen tarjoamat palvelut sekä ihmissuhdeympäristö vaikuttavat ohjaukseen. Merkittävin on huone tai tila, jossa ohjaus toteutetaan. (Kyngäs ym. 2009, 32; Kyngäs ym. 2007, 36-37.)

Fyysinen ympäristö voi olla ohjausta varten tarkoitettu tila, kuten huone, potilashuone tai asiakkaan koti. Paras fyysinen ympäristö on sellainen, jossa asiaa voidaan keskeytyksittä ja häiriöttä käsitellä. Myönteistä pohjaa luo siisteys ja viihtyvyys, joka merkitsee paljon potilaalle. Negatiivisia tunteita herättäviä tekijöitä tulisi välttää. Ympäristö ei saisi herättää pelkoa, ahdistusta tai kuvotusta. (Kyngäs ym. 2007, 37.)

Psyykkinen ympäristö kuvataan ilmapiirinä, joka rakentuu monista asioista. Psyykkisen ilmapiirin tulisi olla aktiivinen ja tavoitteellinen, mikä vaatii ohjaajalta päämäärätietoista ja hyvin suunniteltua toimintaa. Avoin, luottamuksellinen ja molemminpuolinen vuorovaikutus parantaa psyykkistä ympäristöä. Ilmapiiri voi olla kiireinen ja ohjaukseen käytettävä aika vähäinen. Näiden tekijöiden katsotaan hankaloittavan ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 37–38.)

Ohjausta toteutetaan tilassa, jonka tulisi olla rauhallinen, kiireetön, valoisa ja hyvin äänieristetty. Valaistus ei kuitenkaan saa olla liian kirkas eikä aurinko saa häikäistä. Lämpötila ympäristössä voi myös vaikuttaa potilasohjaukseen. Hoitajan ja potilaan tulisi istua samalla tasolla ja heidän välillään tulisi olla sopiva keskusteluetäisyys, joka yleensä on noin puoli metriä. Tämä etäisyys kuvataan myös intiimiksi ympäristöksi, joka on

jokaisen ihmisen oma henkilökohtainen reviiiri. Tämän reviiirin läheisyys ja etäisyys vaihtelee yksilön ja tilanteen mukaan. (Kyngäs ym. 2007, 38; Laine ym. 2002, 270.)

4.3 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys potilasohjauksessa on potilaiden tai asiakkaiden fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten taustatekijöiden huomioimista. Taustatekijät muodostavat kokonaisuuden, joka määrittää ohjattavan tarpeet ja halun sitoutua omaa terveyttään edistävään ja tukevaan toimintaan. Taustatekijöiden selvittäminen luo hoitajalle mahdollisuuden rakentaa ohjaustilanne vastaamaan potilaan yksilöllisiä tarpeita. Hoitajan tulisi ymmärtää omat tunteensa, toimintatapansa, ihmiskäsityksensä ja arvonsa, koska niiden vaikutus ohjaustilanteen onnistumiseen ja potilaan tilanteen selkiytymiseen on oleellinen. Asiakaslähtöisyys merkitsee hoitajalle kaavamaisesta ohjaamisesta luopumista ja asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimista. (Kyngäs ym. 2007, 27- 28.)

4.4 Fyysiset taustatekijät

Fyysisiä taustatekijöitä ovat asiakkaan ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Lapsen, nuoren tai ikääntyneen ohjaustilanteissa tulee huomioida eri asioita. Lapsen ohjaustilanteessa tulee huomioida lapsen ikä, kyky ymmärtää ja vastaanottaa ohjausta ja lapsen vanhemmat tai huoltajat. Jos lapsi kykenee ymmärtämään ohjattavan asian, on huolehdittava siitä, että lapsi ei jää ohjauksessa ulkopuoliseksi. Ohjaustilanteessa on aina mukana aikuinen tai muu lapsen huoltaja, jonka kanssa tulisi päättää annetaanko ohjausta muille lapsen hoitoa ja opetusta toteuttaville henkilöille. (Kyngäs ym. 2007, 29.)

Nuorten ohjauksessa tulisi huomioida ohjattavan kiinnostus ja vanhempien läsnäolo. Nuori voi suhtautua ristiriitaisesti vanhempien läsnäoloon ohjaustilanteessa. Vanhemmat ovat kuitenkin nuoresta vastuussa eikä heitä voi sivuuttaa ohjausta suunniteltaessa. Vanhempien läsnäolosta ohjaustilanteessa on hyvä keskustella molempien osapuolten kanssa. (Kyngäs ym. 2007, 29-30.)

Ikääntyneen ohjauksen haasteet ja tarpeet ovat erilaiset kuin lapsilla ja nuorilla. Ikääntynyttä ihmistä ohjattaessa on huomioitava fyysiset rajoitteet, huonontunut näkökyky ja mahdolliset muistihäiriöt, jotka asettavat haasteita ohjauksen suunnittelulle. Ikääntyneen ihmisen ohjauksessa voi olla tarpeellista keskittyä hoidon ydinasioihin lyhytkestoisesti ja toistuvasti. Omaisten rooli ohjausta suunniteltaessa on arvioitava tilanteen mukaan. (Kyngäs ym. 2007, 29-30.)

Sairaudella ja sairauden tyypillä on vaikutusta ohjaukseen. Kirurgiset potilaat viipyvät jatkohoidossa lyhyen ajan ja huolehtivat omasta hoidostaan kotiloissaan. Pre-, intra- ja postoperatiivisten vaiheiden ohjaustilanteet ovat kertaluonteisia ja sisältävät omat erityispiirteensä, vaikka ohjauksen periaatteet pysyvät samoina ja ohjattavat asiat samantyyppisinä. Ohjaus painottaa niitä asioita, jotka ovat tulevan leikkauksen kannalta oleellisia. Tällaisia asioita ovat syömisen ja juomisen välttäminen ennen leikkausta ja mahdollinen painonpudotus. (Kyngäs ym. 2007, 30.)

Fyysisillä taustatekijöillä on vaikutusta potilaan kykyyn ottaa vastaan ohjausta. Vastatodetun sairauden herättämät tunteet voivat estää potilasta vastaanottamasta ja keskittymästä ohjaukseen. Sairautensa kieltävät potilaat luovat haasteita ohjaukselle, joka painottuu asiakkaan motivointiin. Ohjausta suunniteltaessa on huomioitava asiakkaiden tarpeiden tärkeysjärjestys ja oppimisvalmiudet. (Kyngäs ym. 2007, 30, 31.)

4.5 Psykkiset taustatekijät

Psykkiset taustatekijät muodostuvat potilaan motivaatiosta, terveystottumuksista, omasta terveydentilasta, odotuksista, tarpeista, oppimistavoista, valmiuksista ja mieltymyksistä. Potilaan motivaatio ohjaa toimintaa ja vaikuttaa potilaan hoitoon liittyvien asioiden omaksumiseen ohjaustilanteessa. Selkeät ja konkreettisesti kuvatut tavoitteet potilaan elämäntilanteeseen ja taitoihin suhteutettuna edistävät motivaation syntymistä. Tavoite on tekemistä, ei ainoastaan lopputulos tai sen seuraus. Myös hoitajan oma motivaatio ja asennoituminen ohjaukseen vaikuttavat sen onnistumiseen. Ohjaustilanteessa hoitajalta vaaditaan aloitteellisuutta ja herkkyyttä tiedon ja ohjeiden antamisessa. (Kyngäs ym. 2009, 28; Kyngäs ym. 2007, 32.)

Potilaan terveystottumukset ja aikaisemmat kokemukset sairaudesta ja sen hoidosta vaikuttavat ohjaukseen suhtautumisessa. Potilaan uskomukset voivat estää asiakasta kuulemasta jatkohoidon kannalta tärkeitä asioita. Hoitajan perehtyminen ohjattavan taustatekijöihin auttaa yhteisymmärryksen saavuttamisessa. Ohjausta aloitettaessa ohjaajan ja potilaan on hyvä keskustella ohjaustarpeista virhearvioiden välttämiseksi. Pitkäaikaisesti sairast, aktiiviset potilaat osaavat arvioida ja ilmaista ohjaustarpeensa. Hoitajan on kiinnitettävä erityistä huomiota ja auttaa niitä potilaita, jotka eivät osaa, pysty tai halua tuoda esille omia ohjaustarpeitaan. (Kynäs ym. 2007, 33.)

Ihmisillä on erilaisia tapoja oppia asioita ja ne olisikin hyvä huomioida ohjausta suunniteltaessa keskustelemalla potilaan kanssa ja tutustumalla taustatekijöihin. Potilas voi omaksua asioita visuaalisesti, kielellisesti, tekemällä, musiikin tai rytmin avulla, asiakokonaisuuksiin koottuna tai yksityiskohtiin paneutumisen kautta tai ryhmätilanteessa. Visuaalisesti asioita omaksuvalle potilaalle on tärkeitä miltä asiat näyttävät ja audititiivisesti asioita omaksuvalle merkitsee miltä asiat kuulostavat. Osalle potilaista merkitsee se miltä ohjattavat asiat tuntuvat. Potilaan sairaus ja siihen liittyvät ongelmat saattavat rajoittaa luontaista oppimistyyliä ja -kykyä. Hoitajan keskeisin tehtävä on auttaa potilasta tiedostamaan oma tapansa oppia ja muokata omaa ilmaisutapaansa tilanteen vaatimalla tavalla. (Kynäs ym. 2007, 34.)

4.6 Sosiaaliset taustatekijät

Sosiaalisilla taustatekijöillä tarkoitetaan potilaan toimintaa ohjaavia sosiaalisia, uskonnollisia, kulttuurillisia, etnistä ja eettisiä tekijöitä. Sosiaalisten taustatekijöiden tunnistaminen auttaa hoitajaa potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden tukemisessa. Perhe ja suku saattavat olla potilaalle tärkeitä ja osa tukiverkosta. Potilaan tukiverkosto on hyvä selvittää ohjausta suunniteltaessa. Hoitajan on hyvä huomioida ohjauksessa kulttuuriin liittyvät uskomukset ja perinteet. Potilaan vieraskielisyys voi haitata hänen aktiivista osallistumisestaan ohjaustilanteeseen ja luoda turvattomuuden tunnetta. (Kynäs ym. 2007, 36.)

4.7 Oppimishalukkuus

Oppimisella tarkoitetaan potilaan kokemuksen kautta tapahtuvaa muutosta hänen tietoisuudessaan ja toiminnassaan. Oppiminen on prosessina haastava ja vaatii potilaalta motivoitumista opetettavaa asiaa kohtaan. Potilaan kyky oppia ja vastaanottaa tietoa on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat sisäiset mallit eli aiemmat kokemukset, tiedot, taidot ja oppimistavat. (Hautakangas ym. 2003, 59.)

Konstruktiivinen oppimisprosessi on tiedon valikoimista, jäsentämistä, tulkintaa ja uuden tiedon muokkausta vanhaan tietorakenteeseen. Konstruktiivisessa mallissa ihminen nähdään aktiivisena yksilönä eli oman oppimisensa ohjaajana. Oppimisessa tärkeintä ei ole se kuinka paljon asioita ihminen omaksuu vaan se miten opetettavat asiat on ymmärretty. Ymmärtäminen on kykyä perustella omia käsityksiä. (Hautakangas ym. 2003, 60.)

Motivaatiolla tarkoitetaan sitä energiaa, joka ohjaa potilasta kohti asetettuja tavoitteita ja sitä miten tärkeinä saavutettavat asiat koetaan. Hoitoon motivoitumiseen vaikuttaa potilaan elämäntilanne, sairaudet, hoito ja kokemukset hoidosta. Potilaan sairaus ja pelko tulevasta toimenpiteestä voi estää tai auttaa potilaan motivaatiota ja sitoutumista. Potilaan luottamus omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa edistää motivoitumista ja on tärkeä tekijä hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs & Henttinen 2009, 28–30.)

Potilaan hoito ja aiemmat kokemukset siitä vaikuttavat potilaan sitoutumiseen. Jatkohoidon monimutkaisuus, vaativuus ja sen tuomien elämänmuutosten laajuus vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Potilaan on helpompi sitoutua lyhytkestoiseen hoitoon. Jos hoidon tavoitteet eivät ole ristiriidassa potilaan omien tavoitteiden kanssa, niin hoitoon sitoutuminen onnistuu helpommin. Ohjaustilanteen positiivinen ilmapiiri, turvallisuus, ymmärretyksi ja hyväksytyksi tuleminen ja omista asioista päättäminen edistävät potilaan sitoutumista. (Kyngäs & Henttinen 2009, 31.)

4.8 Vuorovaikutus potilasohjauksessa

Kyngäs ym. mukaan (2007) on arvioitu, että potilaan muistiin jää 75 % siitä mitä he näkevät ja 10 % siitä mitä he kuulevat. Yhdessä näkö- ja kuuloaistia käyttäen on todettu muistavan läpikäydyistä asioista 90 %. Vuorovaikutusta pidetään potilasohjauksen kulmakivenä. Vuorovaikutus on viestintää, johon ohjaus rakentuu. Vuorovaikutuksellinen

ohjaus voi olla sanallista ja sanatonta ja sitä voidaan toteuttaa niin yksilö kuin ryhmätasolla. Viestiminen edellyttää, että vuorovaikutuksessa kuunnellaan ja ymmärretään viestin sisältö ja sen merkitys. (Kyngäs ym. 2007, 73- 74, 79; Vilén ym. 2008, 11.)

Vuorovaikutus on Laine ym. (2002) mukaan toiseen ihmiseen eri tavoin vaikuttamista. Se voi tapahtua tietoisesti esimerkiksi kielen välityksellä tai tiedostamatta, kuten pukeutumisella, ryhdillä, äänensävyllä ja eleillä. Vuorovaikutuksessa on aina viestittäjä ja viestin vastaanottaja. Sanaton ja sanallinen viestintä voivat olla ristiriidassa keskenään. Vuorovaikutustilanteessa voidaan sanoa jotain, mutta ilmeet ja eleet viestittävät päinvastoin. Sanalliseen eli verbaaliseen viestittämiseen katsotaan kuuluvan myös kirjoitettu kieli ja sen ymmärtäminen. (Laine ym. 2002, 269–270; Vilén ym. 2008, 20.)

Potilasohjauksen tavoitteena on informaation välittäminen ohjattavalle. Ensisijaiseksi tavoitteeksi voidaan asettaa tiedonsiirto hoitohenkilökunnalta potilaalle. Ohjauksessa informaation tulisi siirtyä potilaalle ja hoitaja on siinä määräävässä asemassa, koska hän ohjaa vuorovaikutusta eteenpäin. (Torkkola ym. 2002, 11–12; Paunonen, Miettinen, Koistinen, & Laitakari. J. 2000, 16.)

Vuorovaikutusta voidaan toteuttaa kaksisuuntaisena, jolloin etuna on kysymysten esittäminen, väärinkäsitysten oikaiseminen ja tuen saaminen. Tämä menetelmä on yleinen yksilöohjauksessa. Vuorovaikutus muistuttaa arkipäiväistä keskustelua, jossa hoitaja pyrkii ylläpitämään ja luomaan läheistä ilmapiiriä. Toimivassa vuorovaikutuksessa ohjaus on potilaan osallistumista tukeva. Passivoivassa vuorovaikutuksessa hoitajalla on valta, jolloin potilas asemassaan alistuu. Toimivassa vuorovaikutuksessa kaikki kommunikaatioesteet on poistettu. (Kyngäs ym. 2007, 74, 79, 82- 85.)

4.9 Lyhytkirurgisen potilaan ohjausprosessi ja menetelmät

Potilasohjaus rakentuu tavoitetiedon, tilannetiedon ja menetelmätiedon pohjalta. Ohjauksessa pyritään vahvistamaan ja tukemaan potilaan elämänhallintaa muuttamatta sitä ulkoapäin. Potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa siihen omien valintojensa ja voimavarojensa mukaan. Lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi potilaalla on vastuu omasta pre- ja postoperatiivisten vaiheiden hoidostaan. Empowerment- ajatuksen mukaan ihminen

ottaa itse haltuun selviytymis- ja muuttumiskykynsä, joka edesauttaa hallinnan tunteen saavuttamista. (Hautakangas ym. 2003, 63-64.)

Ohjausprosessin kulkua voidaan kuvata nelivaiheisena kehänä. Ensimmäisessä vaiheessa potilaalle tehdään yksilöllinen ohjaustarpeen määrittäminen. Tämä mahdollistaa toteutuskelpoisten tavoitteiden asettamisen, jonka jälkeen ohjausprosessi voi edetä seuraavaan vaiheeseen, jossa potilaalle valitaan sopiva ohjausmenetelmä. Kolmannessa vaiheessa toteutetaan ohjaus potilaalle soveltuvin keinoin. Prosessin loppuvaiheessa tehdään arviointi ohjauksesta ja mietitään tapahtuiko oppimista. Vaihtoehtona on määrittellä lisäohjauksen tarve. (Hautakangas ym. 2003, 63.)

Ohjausprosessin aikana potilaalla voi ilmetä riskikäsityksiä. Jokaiseen hoitotoimintaan liittyy omat riskinsä, joka on ei-toivottu tapahtuma ja liittyy ihmisen omaan terveyteen. Ohjauksen aikana tapahtuu oppimista, jonka myötä potilaalle tulisi syntyä tunne riskimahdollisuuksien hallittavuudesta ja havaitsemisesta. Ohjauksen tarkoituksena on välittää tietoa ja auttaa potilasta tiedostamaan omat vaikutusmahdollisuudet riskien hallinnassa. (Hautakangas ym. 2003, 64-65.)

4.9.1 Motivoiva haastattelu

Tässä haastattelumuodossa on tärkeää saada potilas motivoitua. Menetelmässä toteutetaan asiakaslähtöistä keskustelutapaa. Hoitosuhde pohjautuu luottamukseen, avoimuuteen sekä hoitajan ja potilaan yhteistyöhön. Motivoivassa haastattelumenetelmässä motivaatio nähdään subjektiivisena eli henkilökohtaisena kokemuksena ja sisäisenä motivaation tilana, johon asiakas itse vaikuttaa ja jota ympäristö pystyy muokkaamaan. Tämä on motivoivan haastattelun lähtökohta. (Kyngäs ym. 2009, 112-113.)

4.9.2 Puhelinohjaus

Puhelinohjauksen lähtökohta on hoitajan kontakti potilaaseen tai potilaan kontakti hoitajaan. Terveysten- ja sairaanhoidon ohjauksella tarkoitetaan kaikkea potilaan terveydentilaan liittyvää ohjausta yksilökohtaisesta ohjauksesta yleiseen ohjaukseen. Puhelinohjaus vaatii suunnittelua ja arviointia, niin kuin kaikki muutkin ohjausmenetelmät. Ohjaukses-

sa on selvitettävä potilaan antamista tiedoista asiat, joiden avulla hän voi tehdä päätelmiä potilaan tilasta. Puhelinohjauksessa pätee tietosuoja- ja vastuukysymykset, jotka pohjautuvat lainsäädäntöön. Päiväkirurgiset potilaat ovat usein tyytyväisiä saamastaan puhelinohjauksesta. (Kyngäs ym. 2009, 113; Kyngäs ym. 2007, 118- 120.)

4.9.3 Kirjallinen ohjausmateriaali

Suullisen ohjauksen lisäksi potilaalle on hyvä tarjota kirjallista materiaalia. Kirjallisen materiaalin tarjoaminen on myös yksi tapa tehostaa potilaalle annettavaa ohjausta. Tämän avulla potilas voi jälkeempään omassa rauhassa tarkastella läpikäytyjä asioita. Epävarma tai motivaatio-ongelmista kärsivä potilas voi sitoutua hoitoonsa paremmin kirjallisen ohjauksen avulla. Kirjallisen materiaalin tulee olla potilaan tiedon tasoista, hänen tarpeidensa mukaista ja ohjaussisällöllisesti sopivaa. (Kyngäs ym. 2009, 115; Hautakangas ym. 2003, 77.)

5 SAPPILEIKKAUS

Tämä opinnäytetyö keskittyy sappi- ja olkapääleikkausiin tulevien potilaiden preoperatiiviseen ohjaukseen. Käsittelemme seuraavissa luvuissa molempia toimenpiteitä anatomian, fysiologian, anestesiologian ja kirurgian näkökulmista. Aihealueita on käsitelty niistä näkökulmista, jotka tukevat preoperatiivista potilasohjausta. Sappi- ja olkapääleikkauksia käsittelevät luvut on tarkoitettu sairaanhoitajille itseopiskelumateriaaliksi.

5.1 Sappirakon anatomia ja fysiologia

Sappirakko eli vesica biliaris on päärynänmuotoinen, ontto, noin 30-50 ml kokoinen säkkimäinen elin. Se sijaitsee oikealla ylävatsalla maksan alla, oikean ja vasemman maksalohkon välissä sappipedissä. Maksan ja sappirakon yhtymäkohta muodostuu löyhästä sidekudoksesta, jossa kulkee pieniä imusuonia, laskimoita ja sappiteitä. Sappirakko muodostuu rungosta, kaulasta ja pohjasta. Yleensä sappirakon pohja eli fundus on näkyvässä maksan oikean reunan alta. Sappijohtimet ovat maksasolujen välisiä hiussuonia, jotka muodostavat kanaverkkomaisen verkoston ja suurenevat yhtyessään maksan jokaisessa segmentissä. Maksaportin eli hiluksen tasolla ne muodostuvat kahdeksi suureksi tiehyeksi. (Bjälle ym. 2011, 344; Nuutinen, Kärkkäinen, & Mäkinen 2007, 854–855.)

Sappirakko toimii maksassa syntyvän sapen varastona. Sappirakon tehtävä on sapen konsentroida eli väkevöittää sekä annostelu ohutsuoleen. Sappea erittyy maksan soluista sappirakkoon 0,5- 1 litraa vuorokaudessa. Sappirakon supistuessa sapen sulkijalihas veltostuu ja neste valuu tiehyttä pitkin pohjukaisuoleen. Sappinestettä tarvitaan yhdessä haimanesteen kanssa helpottamaan ravintoaineiden ja etenkin rasvojen imeytymistä. Ateriat ja niiden aikana erittyvät hormonit säätelevät sapen supistumista ja veltostumista. Yksi näistä hormoneista on kolekystiini. Aterioiden välissä sappirakko on veltostunut ja sappi varastoituu sappirakkoon. Ohutsuolen ollessa tyhjä hajotettavista ravintoaineista, sulkija supistuu ja sulkee sapenjohtimen. (Bjälle ym. 2011, 346; Nuutinen ym. 2007, 854.)

Sappinestettä muodostuu kolesterolista, jotka sitoutuvat aminohappoihin ennen kuin erittyvät maksasoluista. Sappineste on vesiliukoista ja imeytyy ohutsuoleen suodattamalla eli diffundoitumalla. Suurin osa sappinesteestä imeytyy ohutsuolen loppupäässä ja palautuu porttilaskimon kautta takaisin maksaan ja erittyy uudestaan sappeen. Kierto tapahtuu useita kertoja vuorokaudessa. Toisto tapahtuu noin 20 kertaa ja lopuksi se poistuu ulosteen mukana peräsuolesta. (Bjälle ym. 2011, 346; Hiltunen ym. 2007, 477.)

5.2 Kolekystektomia

Sappikivitauti eli cholelithias on yleisimpiä ruoansulatuskanavan sairauksia. Sapen normaali ainesosa kolesteroli saattaa saostua sappikiviksi. Sappikivet saattavat tukkia sappitiehyitä, mutta ne voivat olla myös niin pieniä että ne pääsevät sappiteiden läpi pohjukaissuoleen eivätkä aiheuta ongelmia. Ne voivat myös jäädä sappirakkoon. Suurimmat kivet voivat aiheuttaa tukoksen sappiteissä ja hidastaa sapen etenemistä. Joskus kivet voivat estää sapen valumisen täysin. Tällöin paine nousee korkeaksi ja maksa saattaa lopettaa sapen tuotannon. Tukkiminen saattaa aiheuttaa sappikivikohtauksen johon liittyy kipua oikealla ylävatsalla kylkikaaren alla. Kipu voi heijastua oikeaan olkapäähän. (Bjälle ym. 2011, 860.)

Taudin kulussa kuvataan kolme vaihetta, jotka tulee erottaa toisistaan. Sappikivitauti voi olla oireeton, aiheuttaa ajoittaisia tai jatkuvia vaikeutuneita oireita. Yleisin sappikivitaudin ensimmäinen oire on kipu. Oireettomat sappikivet diagnosoidaan yleensä sattumalta. Kivet aiheuttavat kipukohtauksen joka kestää yleensä alle kolme tuntia. Kipukohtauksen aikana on vaikea löytää kunnollista asentoa. Sappikivikohtauksen aikana oireina voivat esiintyä röyhtäilyt, ilmavaivat, turvotus ja närästys. Aina nämä oireet eivät liity sappikivikohtaukseen. Vanhuksilla oireina voi esiintyä sekavuutta, pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta. (Nuutinen ym. 2007, 864.)

Sappikivitaudin hoito voidaan jakaa kolmeen kategoriaan. Hoitomenetelminä toimii sappirakon kirurginen poisto eli kolekystektomia ja sappikivien liuotus- ja murskaushoito, jotka eivät ole kirurgista hoitoa. Sappikivitaudin hoitoa voidaan toteuttaa myös seuraamalla taudin oireita. Sappikivien liuotushoitoa voidaan toteuttaa, jos sappirakko on toiminnallisesti terve ja sappikivet voidaan erottaa röntgenkuvasta. Lisäksi liuotushoidon edellytyksenä on, että kivet ovat halkaisijaltaan alle 1,5 cm:n suuruisia ja niitä on

noin kolmesta neljään kappaletta. Sappikivien murskaushoidossa kivien lukumäärä tulee rajoittua yhdestä kolmeen kappaleeseen. Sappikivien murskaushoidon lisäksi siihen voidaan liittää kivien liuotushoito. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Kivilaakso 2010, 504–505.)

Kolekystektomian etuna on se, että se voidaan toteuttaa kaikille anestesiakelpoisille potilaille. Kivien lukumäärällä, koostumuksella ei tässä hoitomuodossa ole väliä. Kirurgisella menetelmällä saadaan kaikki kivet poistettua lopullisesti. Kirurgisen hoitomuodon haittana pidetään varhais- ja myöhäiskomplikaatiomahdollisuuksia, postoperatiivisia kipuja, kuten hartiapistoskipua vatsaontelon hiilidioksiditäytön seurauksena ja sairaslomaa. Monisairailta ja iäkkäillä potilaille komplikaatioriskit ovat suurimmat. Toimenpide voidaan tehdä laparotomisesti avoimena leikkauksena tai laparoskooppisesti eli tähystämällä. (Roberts ym. 2010, 505-507.)

Sappi ja haimateiden tähystyksessä käytetään lyhennettä ERCP eli endoskooppinen retrogradinen kolangiopankreatikografia. Siinä taipuisa putki viedään suun kautta ruoansulatuselimistöön pohjukkaissuoleen asti. Tähystysputken kautta ruiskutetaan varjoainetta sappi- ja haimatiehyisiin, joka mahdollistaa röntgenkuvien ottamisen. Tähystyksen yhteydessä on mahdollista poistaa sappikivet, tehdä sappi- ja haimateiden pallo-laajennus, sappiteiden sulkijalihaksen halkaisu eli sfinkterotomia, kudoksen näytteiden ottaminen ja sisäputken (stentin) asettaminen. Toimenpiteessä potilas on kylkiasennossa eikä häntä ole nukutettu. Toimenpide kestää puolesta tunnista puoleentoista tuntiin. (Ahonen ym. 2012, 501–502.)

5.3 Yleisanestesia

Anestesia sana on kreikkalaista alkuperää ja tarkoittaa ilman tuntoa. Anestesia käsitteen määrittäminen on todettu vaikeaksi ilmiön monimutkaisuuden vuoksi. Nykykäsityksen mukaan anestesia muodostuu neljästä käsitteestä, joita ovat hypnoosi, analgesia, amnesia ja lihasrelaksaatio. Hypnoosilla tarkoitetaan potilaan tiedottomuutta leikkauksen aikana. Tiedoton tila voidaan toteuttaa hengitettävillä ja suonensisäisesti annosteltavilla lääkeaineilla tai yhdistelemällä niitä. Analgesialla tarkoitetaan kivunvälityksen salpaamista kipulääkkeiden, kuten opioidien turvin. Amnesialla tarkoitetaan tilaa, jossa

potilaalle ei jää muistikuvia tehdystä leikkauksesta. Lihasselaksaatiolla tarkoitetaan potilaan hermo-lihasliitosten lamaamista leikkauksen ajaksi. Hermolihasliitosten salpaaaminen estää tahdonalaisten lihasten toiminnan ja helpottaa näin kirurgin työskentelyä ja tekee leikkauksesta turvallisemman potilaalle. (Rosenberg ym. 2006, 378.)

Yhdestä kolmeen viikkoa ennen päivä- tai lyhytkirurgista leikkausta anestesialääkäri arvioi ja tutkii potilaan. Potilaan tutkiminen lääkärin preoperatiivisessa haastattelussa antaa tärkeitä tietoja anestesiamenetelmän valintaan liittyen. Tapaamisen yhteydessä arvioidaan onko potilaan vointi tai leikattavan sairauden tila huonontunut ja tarvitaanko lisätutkimuksia ennen leikkausta. Haastattelun tuloksista anestesialääkäri antaa potilaalle ASA (American Society of Anaesthesiologist) -luokituksen mukaisen numeron lukujen 1-5 välillä (taulukko 1). ASA- luokituksen avulla voidaan arvioida potilaan leikkauksen aikaista ja sen jälkeistä sairastavuutta sekä toimenpiteestä toipumista. (Rosenberg ym. 2006, 286-288; Kontinen & Hynynen 2003, 340.)

TAULUKKO 1. ASA-Luokitus

ASA-luokka	Fyysinen tila
ASA 1	Terve alle 65-vuotias
ASA 2	Yli 65- vuotias terve henkilö tai henkilö, jolla on lievä yleissairaus. Esim. 40-vuotias mies, jolla on lievä lääkityksellä kurissa pysyvä verenpainetauti.
ASA 3	Henkilö, jolla on vakava yleissairaus, joka rajoittaa toimintaa, mutta ei uhkaa henkeä. Esim. 30- vuotias insuliinidiabeetikko, jolla on lisäksi verenpainetauti
ASA 4	Henkilö, jolla on vakava, henkeä uhkaava yleissairaus. Esim. huonossa tasapainossa oleva diabetes ja kova rintakipu jo pienessä rasituksessa
ASA 5	Kuolemansairas potilas, jonka elinaika on alle 24 tuntia ilman leikkausta

(Rosenberg ym. 2006, 288)

ASA- luokkien 1-2 potilaat soveltuvat lyhytkirurgisiin toimenpiteisiin paremmin, kuin luokkien 3-5 potilaat, vähäisempien leikkausten aikaisten ja sen jälkeisten ongelmien vuoksi. Lyhytkirurgisen prosessin tavoitteena on olla tehokas ja toimiva. Tavoitteiden saavuttamiseksi prosessista on jätetty pois potilaiden terveyden ja leikkausten kannalta epäolennaiset laboratoriotutkimukset. Yleisimpiä lyhytkirurgisille potilaille määrättäviä tutkimuksia ovat sydänfilmi, perusverenkuva, elektrolyytti, verensokeri, verenhyytymistekijä, kreatiniini ja elimistön happo-emästaseen tutkimukset. (Kangas-Saarela 2005, 457; Rosenberg ym. 2006, 290; Mustajoki & Kaukua 2008.). Liitteessä 1 on lueteltu tavallisimmat Nokian terveyskeskuksessa käytetyt lyhyt- ja päiväkirurgisten potilaiden laboratoriotutkimukset.

5.4 Laparoskooppisen toimenpiteen anestesia

Laparoskooppisessa sappileikkauksessa potilas on asetettu leikkaustasolle trendelenburgin- asentoon. Asennossa potilas makaa selkäänsä, jossa leikkaustaso on kallistettu siten että potilaan jalat ovat ylös kohotettuna. Leikkauksen alussa vatsaontelo täytetään hiilidioksidilla leikkausalueen näkyvyyden parantamiseksi. Leikkausasento yhdessä anestesian kanssa vaikuttaa potilaan elintoimintoihin lisäämällä laskimoveren paluuta alaraajoista keuhkovaltimoon, minkä seurauksena sydämen oikean kammion työmäärä lisääntyy. Trendelenburgin asento lisää rintaontelon sisäistä painetta, joka pienentää keuhkojen tilavuutta ja heikentää rintakehän myötävyyttä. Asennon lisäksi vatsaontelossa oleva hiilidioksidi lisää rintaontelon painetta. Leikkauksen yhteydessä elimistöön imeytyy hiilidioksidia, joka poistuu elimistöstä hengityksen mukana. Hartiakipu on yleinen laparoskooppisen leikkauksen jälkeen ilmaantuva vaiva, josta kärsii 30–80 % leikatuista potilaista. (Rotko 2010, 314; Rosenberg ym. 2006, 679–683.)

5.5 Laparoskooppinen kolekystektomia

Vuonna 1901 kirurgit Dimitri Ott ja Georg Kelling tekivät ensimmäisen kokeellisen vatsalaukun tähytyksellisen toimenpiteen. Vuonna 1911 menetelmää kehitettiin Ruotsissa kirurgi Hans Christian Jacobaeusin tekemien havaintojen pohjalta. Samana vuonna Yhdysvalloissa Johns Hopkins- sairaalassa tehtiin ihmisen vatsalaukuntähytys, jossa

mahalaukku vedettiin osittain ulos vatsaontelosta. 1900-luvun alun kehityksestä huolimatta laparoskooppisen kirurgian kehittyminen hidastui teknisten rajoitusten vuoksi, jonka vuoksi sitä käytettiin diagnoosien vahvistamiseksi. Vuonna 1985 saksalainen kirurgi Eric Mühe teki ensimmäisen laparoskooppisen sappirakonpoiston ja vuonna 1987 Ranskalainen gynekologi Philippe Mouret teki saman toimenpiteen videoavusteisesti. Vuonna 1989 videoavusteinen sappirakkokirurgia yleistyi ja sen jälkeen laparoskooppisen tekniikan soveltaminen aloitettiin muillakin erikoisaloilla. Laparoskooppisen kirurgian tavoitteena on ollut vähentää toimenpiteiden kajoavuutta ja nopeuttaa leikkauksista toipumista. Myöhemmin tekniikkaa on voitu käyttää hoidettaessa haastaviakin vatsansisäisiä sairauksia. (Kellokumpu 2011, 24; Halme, Nordin, Tervahartiala & Mäkisalo 2005, 161.)

Laparoskooppinen toimenpide on syrjäyttänyt tänä aikana avoimen leikkauksen lähes kokonaan, vaikka komplikaatiot ovat suuremmat kuin avoimessa toimenpiteessä. Suomessa tehtävistä noin 10 000 oireilevan sappirakon poistoista 85 % tehdään laparoskooppisesti. (Paajanen & Mäkisalo 2012, 448.)

Leikkaukseen pyritään, kun kipukohtaukset toistuvat tai potilaalla ilmenee jokin muu leikkaukseen johtavista kriteereistä. Leikkaus pyritään järjestämään muutaman kuukauden kuluessa toistuvien oireiden alkamisesta. Ennen leikkausta on syytä noudattaa ruokavaliota, joka ei laukaise kipua. Lisäksi kipulääkitys voi auttaa kipukohtauksiin. (Hammar 2011, 76–77.)

Laparoskooppisessa kolekystektomiassa potilaalle tehdään noin neljä 5-10mm pituista viiltoa, jotka lävistävät vatsanpeitteet. Viiltojen kohdalta viedään vapaaseen vatsaonteloon portteja videokameran optiikkaa ja instrumentteja varten. Sappirakko poistetaan preparoimalla eli irrottamalla ja tilalle kiinnitetään klipsejä. Lopuksi sappirakko poistetaan napaviillon kohdalta ja siitä otetaan patologinen näyte. (Hammar 2011, 78; Nuutinen ym. 2007, 867- 868.)

Vapaa vatsaontelo täytetään hiilidioksidilla, joka lisää näkyvyyttä vatsaontelossa. Hiilidioksiditäyttö aiheuttaa kudoksissa venytystä, joka voi ilmetä leikkauksen jälkeisenä kipuna, joko palleahermon alueella tai hartiapistoskipuna (Hammar 2011, 80). Toimenpidettä varten on tehtävä avoverivaraus. Joskus laparoskooppisesti suunniteltu sappira-

kon poisto voi muuttua avoleikkaukseksi. Toimenpide vaatii suuren leikkaushaavan, jonka seurauksena toipumisaika on pidempi kuin laparoskooppisesti tehdyssä toimenpiteessä. Avoimen leikkauksen jälkeen sairausloma tarvitaan keskimäärin 4-6 viikkoa. Komplikaatioriskit ovat pienet, mutta niitä lisäävät potilaan korkea ikä sekä muut sairaudet. Mikäli potilaalla on diabetes, kardiovaskulaarisia sairauksia, immuunidefekti tai maksakirroosi komplikaatioriskit ovat suuremmat. (Nuutinen ym. 2007, 866.)

Laparoskooppisesti toteutettu kolekystektomia on eniten tehty tekniikka kirurgiassa. Sen etuna on lyhentynyt sairaalassaoloaika, joka on noin 1-2 vuorokautta. Lisäksi sairausloma on kestoltaan lyhyempi, noin 7-10 vuorokautta. Laparotomisesti tehdyn sappirakonpoiston myötä haavainfektioiden, keuhkoinfektioiden ja arpityriensä sekä postoperatiivisten kiinnikkeiden määrä on vähentynyt. (Paajanen, 2012, 448).

6. OLKAPÄÄLEIKKAUS

6.1 Olkanivelen rakenne ja anatomia

Olkaniveltä kutsutaan synoviaaliniveleksi, joka muodostuu sitä ympäröivästä sidekudoksesta nivelkotelossa ja sen sisällä olevista nivelrustosta, nivelontelosta, nivelvoidekalvosta ja nivelkuopasta eli nivelpinnasta. Nivelrusto on luiden päiden pintoja peittävä lasimainen kollageenia sisältävä hyaliinirustokerros, jossa ei ole verisuonia eikä hermoja. Rusto on pehmeämpää kuin luu ja antaa periksi kuormituksessa ja vähentää luupintojen keskinäisten liikkeiden aiheuttamaa kitkaa. Nivelontelon sisällä on nivelvoidekalvon erittämää sitkeää nestettä eli nivelvoidetta, jonka tehtävänä on voidella niveliä, tuoda ravinteita nivelrustolle ja pitää nivelpinnat tiiviisti yhdessä. Varsinaisissa nivelissä luita pitävät paikallaan nivelsiteet eli ligamentit, jotka rajoittavat nivelen liikkuvuutta ja laajoja liikkeitä yhdessä lihasten kanssa. Olkanivel (*articulatio humeri*) on varsinainen nivel ja elimistön toiseksi suurin pallonivel, jossa on pyöreä nivelpinta. Olkanivel niveltyy koveraan nivelkuoppaan. Pallonivel on erittäin liikkuva ja sallii liikeradat lähes kaikissa avaruustasoissa. (Bjälle ym. 2011 221–223.)

6.2 Olkapääleikkauksen aiheet

Ortopedisista vaivoista olkapään kipu on selkä kivun jälkeen yleisin vaiva, jonka vuoksi hakeudutaan hoitoon perusterveydenhuollon ortopedin vastaanotolle. Tutkimuksissa on havaittu, että olkakivun esiintyvyyteen vaikuttavat naissukupuoli, yli 50 vuoden ikä, toimisto- ja päätetyö ja toistotyö, jossa käsiä joudutaan pitämään kohoasennossa. Olkakipua voivat aiheuttaa olkapään pinneoireyhtymä (subakromiaalisen impingement-oire), kiertäjäkalkosimen repeämät (ruptura rotator cuff), ja olkanivelen ja olkalisäke-solisluunivelen artroosi eli ei- tulehduksellinen nivelen kulumasairaus (Paavola 2008, 57-58.) Olkapään pinneoireyhtymä ja kiertäjäkalkosimen repeämät ovat yleisimmät olkakivun aiheuttajat ja niitä hoidetaan yksikössä, jonne teemme opinnäytetyömme. Sen vuoksi käsittelemme näiden kahden olkapäävaivan tarkemmin (Aho, Järvelä, Järvelä & Kiviranta 2006, 318.).

6.3 Kiertäjälavosin

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKESin ja yhteistyötahojen Perfect-hankkeen (Perfect = Performance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes) tehdyn selvityksen pohjalta ilmeni, että kiertäjälavosimeen kohdistuvia leikkauksia tehtiin koko maassa vuonna 2003 yhteensä 6497 kappaletta. Suurin osa leikkauksista potilaista oli miehiä (Paavola 2008 57,58.). Harju ym. (2006, 3124) tekemän tutkimuksen mukaan vuosina 2000- 2002 olkapäävammojen Kansaneläkelaitokselle aiheutuneet päivärahakustannukset ennen leikkausta olivat keskimäärin 5,2 miljoonaa euroa ja leikkauksen jälkeiset kulut olivat noin 6 miljoonaa euroa.

Kiertäjälavosimen eli rotator cuff- ja nivelkapselinoireet alkavat yleisimmin 40 ikävuoden jälkeen. On havaittu, että nuorempien ihmisten olkavaivat ovat yleisesti rasitusperäisiä ja yli 50- vuotiaiden vastaavasti degeneraatiosta eli rappeumasta johtuvia. Muita nivelkapselinoireita aiheuttavat supraspinatusjännite eli supraspinatusjänteen tulehdus, inpingemet eli ahdas olkapää ja jäänyt olkapää. Kiertäjälavosimen repeämä voi syntyä olkapäähän kohdistuneen vamman tai pitkittyneen supraspinatus jänteen tulehduksen seurauksena. Ahtaan olkapään oireisiin voi liittyä myös kiertäjälavosimen jänteen tulehdusta. (Hammar, 2011, 342- 343; Aho, Järvelä, Järvelä & Kiviranta 2006, 318.)

Rotator cuff muodostuu neljästä olkapään liikkeistä vastaavista lihaksista ja niiden muodostamista jänteisistä rakenteista. Kiertäjälavosimen repeämän (ruptura rotator cuff) yleisimpiä oireita ovat alkuvaiheessa öisin ilmaantuva särky ja käden abduktiossa esiintyvä kipu. Öisin olanseudun ja olkavarren alueella esiintyy kipua, joka estää nukkumisen kipeän olkapään puoleisella kyljellä. Repeämä syntyy tavallisimmin supraspinatusjänteen alueelle, jolloin kiputuntemus esiintyy käden sivulle noston yhteydessä eli abduktiossa. Jänteen repeytymä voi olla laaja-alainen ja ulottua olkavarren sisäkiertoa hallitsevan (subcapularis) ja ulkokiertoa hallitsevan (infraspinatus) jänteiden alueelle. Laajan repeytymän hoito on aina operatiivista ja se tulisi tunnistaa ja hoitaa nopeasti. Leikkauksen viivästyessä hoitotulokset heikkenevät huomattavasti. Hoitamattomuuden seurauksena voi olla huonosti toimiva olkanivel. (Hammar 2011, 341- 343; Harju ym. 2006 3121; Vastamäki 2011, 2520.)

6.4 Olkapään pinneoireyhtymä

Olkapään pinneoireyhtymä eli (impingement) johtuu olkalisäkkeen joutumisesta puristuksiin. Pinneoireyhtymää on kutsuttu myös suprapinatusendiniitti eli suprapinatusjänniteen tulehdus ja ahdas olka termeillä. Pinneoireyhtymän muodostumisen perimmäistä syytä ei tiedetä, mutta vaivan aiheuttajia tunnetaan useita ja ne voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä tekijöitä ovat toistuva olan rasitus ja yliolan tapahtuvat liikkeet, mikä aiheuttaa olkapään jänteiden ja nivelpussin ärsytystä, kulumista ja lopulta repeämän. Toistuvan rasituksen aiheuttaman ärsytystilan seurauksena olkapään olkalisäkkeen alainen tila ahtautuu, nivelpussin paksuuntumisen ja lapalihaksen heikentymisen vuoksi. Olkalihasen ja ylemmän lapalihaksen heikentymisen seurauksena olkaluu pääsee liikkumaan olkamaljassa ja ahtauttamaan olkalisäkkeen alla olevaa tilaa. Ulkoisina tekijöinä pidetään olkalisäkkeen synnynnäistä koukkumaista muotoa, olkalisäkkeen epävakautta, olkalisäke solisluunivelen kuluminen ja nivelsiteiden aiheuttamaa ahtautta. On havaittu, että impingement oireyhtymään saattaa liittyä myös kiertäjäkalvosimen tulehdusoireita. (Paavola 2009, 23; Hammar 2011, 342; Aho ym. 2006, 319.)

Impingement- oireet ovat yleisiä 40–50 vuotiailla potilailla. Oireet, joista yleisin on kipu, alkavat usein pikkuhiljaa toistuvan rasituksen yhteydessä. Kipu tuntuu olkalihasen alueella ja säteilee olkavarteen. Kivuista kärsivän on usein vaikea nukkua kipeällä olkapäällä ja työskennellä kädet pään yläpuolella. Diagnoosi varmistetaan lääkärin haastattelun, olkavarren liikeradan mittauksen ja kuvantamistutkimusten turvin. Lääkärin tutkiessa potilasta tavallisin löydös on kipukaarioire, joka esiintyy abduktiossa eli käden loitonnuksessa. Tavallisimpia kuvantamistutkimuksia ovat magneetti eli MRI (Magnetic resonance imaging), röntgen- ja ultraäänikuvaus. (Paavola 2009, 23–24; Hammar 2011, 343- 344.)

6.5 Konservatiivinenhoito

Impingement- oireiden hoito on aluksi konservatiivista, jota toteutetaan kipulääkkeillä, kortisoni pistoshoidolla, levolla ja kylmähoidolla. Alkuvaiheen hoidon lisäksi ja vaivan pitkittyessä sitä voidaan hoitaa fysioterapeutin antamalla liike- ja liikuntahoidoilla. Olkanivelen kortisoni-injektiot vähentävät olkanivelen ärsytystilaa ja tukevat kuntoutuk-

sen aloittamista ja sen toteuttamista. Fysikaalisilla hoidoilla pyritään ylläpitämään olkanivelen liikeratojen laajuutta ja vähentämään kipua. Vaivan pitkittyessä olkapään lihaskunnan harjoittelun on todettu tukevan hoitoa. Kuntoutuksen yhteydessä potilaan tulee välttää kipua aiheuttavia liikkeitä niin työelämässä, kuin harrastuksissa. Ajoissa aloitetulla puolen vuoden mittaisella kuntoutuksella voidaan saavuttaa yhtä hyviä tuloksia kuin kirurgisella hoidolla. (Paavola 2009, 24–25; Hammar 2011, 345–346.)

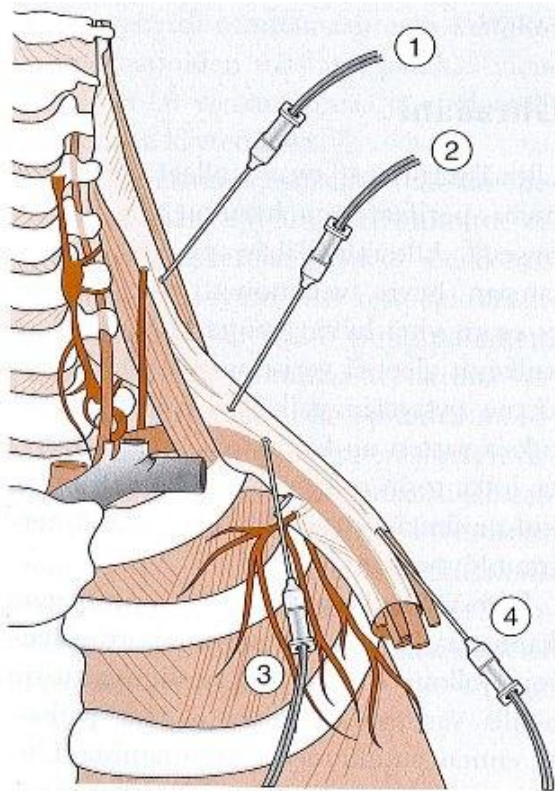
6.6 Leikkaushoito

Kivun kroonistumisella tarkoitetaan tilaa, jossa konservatiivisesta hoidosta huolimatta vaivat ovat jatkuneet yhtäjaksoisesti yli kuuden kuukauden ajan. Konservatiivisen hoidon jälkeen harkitaan leikkaushoitoa, joka voidaan toteuttaa tähyystyksellä artroskooppisesti tai avoimella tekniikalla. Leikkauksessa poistetaan lapaluunlisäkkeen eli acromionin alapintaa ja toimenpidettä kutsutaan akromionplastiaksi. Toimenpiteen yhteydessä poistetaan osa lapaluunlisäkettä, korppilisäkettä (coracoideus) ja tarvittaessa niitä yhdistävä nivelside (korakoakromiaalinen ligamentti). (Hammar 2011, 346; Paavola 2009, 24.)

Lievä rotator cuff- repeämä voi parantua itsestään, mutta suuremmat repeämät vaativat aina leikkaushoitoa erityisesti nuorten ihmisten kohdalla. Revennyt jänne tai jänneet kiinnitetään ompelemalla alkuperäiselle paikalleen tukevin ompelein. Jänteen repeämän ompelu voidaan tehdä artroskooppisesti ja sen yhteyteen voidaan liittää akromionplastia, jos olkanivelessä on selkeä pinnetila. Leikkauksen jälkeen potilaan käsi asetetaan lentokonelastaan, jota pidetään neljästä kuuteen viikkoon ommeltujen jänteiden repeämisen ehkäisemiseksi. (Hammar 2011, 346; Vastamäki 2011, 2520-2521; Aho ym. 2006, 319.)

Hartia- alueen artroskopia tehdään potilaan ollessa rantatuoli asennossa, puoli- istuvassa asennossa leikkaustasolla. Toimenpide voidaan tehdä yleisanestesiassa tai puuduttamalla hartiapunos. (Aho ym. 2006, 319). Hartiapunos (plexus brachialis) huolehtii yläraajan hermotuksesta. Puudutus voidaan tehdä eri puudutusreittien kautta, joita kutsutaan nimillä interskaleeninen, supraklavikulaarinen, infraklavikulaarinen ja aksillaarinen. Puudutus tehdään ruiskuttamalla puuduteliuosta hermopunosten tai hermotupen läheisyy-

teen (kuva 1). Päiväkirurgisissa toimenpiteissä käytetään tavallisesti keskipitkävaihteisia puudutteita kuten lidokaiinia, prilokaiinia ja mepivakaiinia 10-15 mg/ml vahvuisina liuoksina. Puudutteiden vaikutusaika on noin kolme tuntia. Puudutteen tilavuutta voidaan tarvittaessa lisätä fysiologisella keittosuolaliuoksella. (Rosenberg ym. 2006, 395–398.)



KUVA 1. Hartiapunoksen puudutusreitit: 1 = interskaleerinen, 2 = supraklavikulaarinen, 3 = infraklavikulaarinen, 4 = aksillaarinen (Rosenberg ym. 2006, 369).

Interskaleeninen puudutus kohdistuu kaulapunoksen alimpiin ja hartiapunoksen yllimpiin hermojuuriin, puuduttaen olkanivelen ja olkavarren alueet. Hartiapunos sijaitsee kaulan alueella molemmilla sivuilla sormusruston korkeudella. Supraklavikulaarisella tekniikalla voidaan puuduttaa hyvin olkanivelen, olkavarren ja kyynärvarren alueita. Infraklavikulaarinen ja aksillaarinen puudutustekniikka mahdollistavat olkavarren alaosien puuduttamisen. Interskaleeninen puudutus aiheuttaa palleahermon puutumisen, joka aiheuttaa hengitystoiminnan alentumisen 25-30 %:n verran. Puudutuksen vasta-aiheina ovat potilaan vaikea keuhkohtaumatauti COPD (Chronic obstructive pulmonary disease), lihavuus, yleinen huonokuntoisuus, vastakkaisen puolen palleahalvaus

tai rintakehän vamma. Muina vasta-aiheina interskaleenisessa ja supraklavikulaarisissa puudutuksissa pidetään pistokohdan tulehdusta, syövän etäpesäkkeitä, vaikeaa hyytymishäiriötä tai potilaan kieltäytymistä puudutuksesta. Supraklavikulaarista puudutusta ei käytetä päiväkirurgisissa leikkauksissa, koska puudutusta pistettäessä potilaalla on riski saada ilmarinta. (Rosenberg ym. 2006, 398–401). Puudutuksen pistokohta sijaitsee kaulan alueella lähellä päätä, mikä saattaa tuntua potilaasta epämiellyttävältä ja se tulisi huomioida puudutusta pistettäessä.

6.7 Kivunhoito

Leikkauksen jälkeinen kipu on yleisin tekijä, joka pidentää potilaan sairaalassaoloaika, hidastaa toimenpidealueen paranemista ja vaikuttaa yleiseen hyvinvointiin. Kivunlievityksen mahdollisuuksia on lukuisia eikä ole olemassa yhtä ainoa oikeaa tapaa hoitaa sitä. Kipulääkkeitä voidaan annostella suun kautta, lihaksen- ja suonensisäisesti tai toimenpidealueelle leikkauksen aikana sekä sen jälkeen infuusiopumpun ja katetrin avulla. Kertakäyttöinen infuusiopumppu, johon on liitetty leikkausalueelle ulottuva katetri, on tehokas ja toimiva kivunlievittäjä. Pumppu sisältää tavallisimmin opioidin ja puuduteaineesta tehdyn seoksen, jota annostellaan leikkaushaavaan 1-2-vuorokauden ajan postoperatiivisesti. Paikallisesti annosteltava kipulääkitys aiheuttaa vähemmän sivuvaikutuksia ja kipulääkkeiden annokset ovat pienempiä kuin suunkautta otettuna. Kertakäyttöistä infuusiopumppua käytetään myös päiväkirurgisten olkapääleikkausten jälkeisessä kivunhoidossa. Potilas kotiutuu kipupumppu mukanaan ja lääkeluoksen loputtua poistaa katetrin leikkausalueelta ja jatkaa kipulääkitystä suun kautta otettavilla valmisteilla (Scimeca, Fisher, Bharara & Armstrong 2010, 196; Banks 2007, 904-905; Rosenberg ym. 2006, 517-518).

7. TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Tämä opinnäytetyö on yksiosainen ja tuotokseen painottuva, mikä on vaihtoehtoinen menetelmä ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön aihe on työelämälle suunnattu ohje tai opas. Ohje tai opas muodostuu raporttiosasta, jossa kuvataan työn etenemistä ja menetelmää. (Vilka & Airaksisen 2003, 9.) Työ sisältää kirjallisen ohjeen sairaanhoitajille lyhytkirurgisten potilaiden preoperatiivisesta ohjauksesta.

7.1 Opinnäytetyöprosessi

Tämän opinnäytetyön prosessi (ks. Liite 3) sai alkunsa Nokian terveyskeskuksen päiväkirurgisen yksikön toimesta keväällä 2011. Päiväkirurgisesta yksiköstä esitettiin Tampereen Ammattikorkeakoululle tarve opinnäytetyölle, joka käsittelee lyhytkirurgista toimintaa perioperatiivisen hoitotyön näkökulmasta. Kesällä 2011 Nokialla järjestettiin työelämäpalaveri, johon osallistui perioperatiivista hoitotyötä opiskeleva opinnäytetyön tekijä, ohjaava opettaja ja osastonhoitaja. Aihe muodostui palaverin aikana ja rajautui lyhytkirurgisten potilaiden preoperatiivista ohjausta käsitteleväksi. Vilka & Airaksinen (2003, 16) suosittelevat opinnäytetyölle toimeksiantajaa, koska se mahdollistaa opiskelijoiden kehittymisen ja työelämän taitojen kokeilemisen.

Syyslukukaudella 2011 opinnäytetyötä tuli tekemään toinen sisätautikirurgiseen hoitotyöhön suuntaava opiskelija. Tutkimusluvut opinnäytetyölle saatiin alkusyksystä, jonka jälkeen opiskelijat kävivät tutustumassa lyhytkirurgisen yksikön sairaanhoitajan pitämään preoperatiiviseen ohjaukseen ja havainnoimassa sitä. Tutustumiskäyntien yhteydessä potilasohjausta pitäneet sairaanhoitajat kertoivat preoperatiivisen ohjauksen tarvitsevan yhteneväiset ohjeet. Käyntien jälkeen opiskelijoiden käsitys vahvistui siitä, että opinnäytetyön kohderyhmäksi muodostuisivat osastolla ohjausta tekevät sairaanhoitajat. Opiskelijoiden tekemien havaintojen ja osaston sairaanhoitajien kertomusten perusteella aihe rajattiin käsittelemään sappi- ja olkapääleikkauksia. Yksikössä tehdään useita toimenpiteitä pienistä paikallispuudutuksista aina yleisanestesiaa vaativiin leikkauksiin. Sappi- ja olkapääleikkaukset ovat laajimpia toimenpiteitä, joita osastolla tehdään ja nii-

den preoperatiivisen ohjauksen sisältö on sovellettavissa myös muiden toimenpiteiden ohjauksissa.

Motivaatio opinnäytetyötä kohtaan vahvistui, koska alussa oli mahdollisuus vaikuttaa aiheen rajaamiseen. Perioperatiiviseen ja sisätautikirurgiseen hoitotyöhön suuntaavina opiskelijoina mielenkiintoa herätti aiheen kirurgista - ja leikkaussalihoitotyötä käsittelevä näkökulma, työelämälähtöisyys ja potilasohjaus. Opinnäytetyön aiheen rajausta tehtäessä tavoitteena oli perehtyä syvemmin lyhytkirurgisesti tehtäviin toimenpiteisiin, lisätä tietämystä anatomiasta sekä gastroenterologian ja ortopedian erikoisaloista. Tietämys toimenpiteen perioperatiivisesta vaiheesta hyödyttää sekä leikkaussalissa että vuodeosastolla työskenteleviä hoitajia hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Työn ohjausta käsittelevä osio soveltuu käytettäväksi hoitotyön eri osa-alueilla.

Työelämälähtöisyys kehitti ammatillisuutta ja kollegiaalisuutta, joka Vilka & Airaksisen (2003, 10) mukaan kuuluu osaksi tuotokseen painottuvan opinnäytetyön prosessia. Koulussa opitut asiat ja tietämys opinnäytetyöhön liittyen kehittivät valmiuksia olla yhteistyössä leikkaussalihenkilökunnan ja osastonhoitajan kanssa.

Sovimme että Nokian terveystieteiden lyhytkirurgisella yksiköllä on oikeus muokata ohjekansiota opinnäytetyön luovuttamisen jälkeen työyhteisön tarpeita vastaavaksi kokonaisuudeksi. Valmis opinnäytetyö on kirjallisena materiaalina Theseus-verkkokirjastossa. Opinnäytetyön aikana aiheutuneet kustannukset on maksettu itse. Opinnäytetyön kustannukset ovat koostuneet matkoista, tulosteista ja opinnäytetyön kansittamisesta.

7.2 Asiantuntija haastattelu

Joulukuussa 2011 (ks. Liite 3) järjestettiin asiantuntijahaastattelutilaisuus Nokian terveystieteiden lyhytkirurgisessa yksikössä. Ennen haastattelun toteutumista alkusyksystä yksikön osastonhoitaja valitsi kaksi sairaanhoitajaa vastaamaan kysymyksiin. Haastattelumenetelmäksi valikoitui avoin haastattelu. Asiantuntijahaastatteluiden pohjaksi kirjoitettiin runko (ks. Liite 2) havainnointikäyntien ja tutkimuskysymysten perusteella. Ennen haastattelua runko lähetettiin siihen osallistuville sairaanhoitajille. Haastattelun ai-

heisiin tutustuminen etukäteen tukee haastattelun onnistumista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.).

Opinnäytetyössä käytetty avoin haastattelu eroaa teemahaastattelusta Tuomi & Sarajärven mukaan (2009, 76, 77) kysymysten asettelulla, joka antaa haastateltavalle mahdollisuuden vastata kysymyksiin oman asiantuntijuuden ja ammattitaidon pohjalta. Haastattelumenetelmä sopi opinnäytetyöhön, koska se antoi mahdollisuuden toteuttaa kysymysten laatimisen tilannekohtaisesti haastateltavan ehdoilla ja tarkentavien kysymysten esittämisen. Haastatteluista saadut vastaukset tukivat opinnäytetyön sisältöosion ja tuotoksen teoriapohjan kokoamista. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin puhtaaksi tarkastelun ja käsittelyn helpottamiseksi.

Asiantuntijahaastatteluiden pohjalta tehty opinnäytetyön teoria sisältää keskeisimmän tiedon potilaan preoperatiivisesta ohjauksesta. Vastausten keskeisimmät aiheet olivat: kirjallinen ohjemateriaali, preoperatiivisen potilashaastattelun sisältö, PÄIKI- ja LYH- KI- potilas, sappi- ja olkapää leikkausten erityispiirteet ja vuorovaikutus. Opinnäytetyön teoriaosion pohjalta muodostettiin ohjauskansio.

7.3 Ohjauskansio

Tämän opinnäytetyön tuotos on ohjauskansio lyhytkirurgisen potilaan preoperatiiviseen ohjaukseen. Ohjekansio on tarkoitettu Nokian terveyskeskuksen lyhytkirurgiselle osastolle preoperatiivista ohjausta pitävälle sairaanhoitajille. Tuotosta voidaan käyttää preoperatiivisen ohjauksen perehdytyksessä, itseopiskelumateriaalina ja ohjauksen toteuttamisen tukena. Ohjauskansio löytyy Nokian terveyskeskuksen päiväkirurgian osastolta ja opinnäytetyön liitteenä (ks. Liite 4) Theseus- verkkokirjastosta.

7.3.1 Sisältö

Ohjauskansio muodostuu LYH- KI- potilaan esihaastattelussa käsiteltävistä asioista. Ohjauskansiossa käsiteltävät asiat on koottu järjestykseen, joka etenee yleisestä tiedosta yksityiskohtaisempaan tietoon. Ohjauksen tueksi kansioon on lisätty preoperatiivisessa

haastattelussa hyödynnettäviä taulukoita. Ohjauskansion ensimmäinen osio on esihaastattelun yleinen runko, joka on sovellettavissa kaikissa LYHKI- potilaiden ohjaustilanteissa (liite 4). Esihaastattelun rungossa käydään läpi leikkauksen kannalta oleellisia asioita, joita ovat potilaan:

- henkilötiedot
- pituus ja paino
- perussairaudet ja niiden hoitoon käytettävät lääkkeet
- allergiat
- aiemmat toimenpiteet, yleisanestesiat ja puudutukset
- päihteiden käyttö

Esitietojen tarkistamisella hoitohenkilökunta varmistuu potilaan nykyterveydentilasta ja helpottaa tulevan toimenpiteen suunnittelua. Esitietojen tarkistamisella hoitaja pyrkii arvioimaan potilaan terveydentilassa tapahtuneet muutokset, lisäohjauksen tarpeen ja kelpoisuuden tulevaan leikkaukseen. Terveystilassa, lääkityksessä ja päihteiden käytössä tapahtuneet muutokset voivat vaikuttaa leikkauksen toteuttamistapaan ja anestesianmuodon valintaan tai koko toimenpiteen peruuttamiseen. (Hautakangas ym. 2003, 83.)

Esihaastattelun aikana hoitaja luo kontaktin potilaaseen, joka jatkuu läpi leikkauspäivän aina kotiutumiseen asti. Ohjaustilanteessa syntyneen kontaktin tarkoituksena on motivoita potilasta ja antaa perustiedot leikkauksen jälkeisen itsehoidon toteuttamiseksi. (Hautakangas ym. 2003.)

Ohjauskansiossa esihaastattelurungon jälkeen käsitellään sappi- ja olkapääleikkauspotilaiden ohjauksen erityispiirteitä. Sappileikkaukseen tulevan potilaan kanssa käydään läpi toimenpiteen anestesianmuoto, leikkaustapahtuma ja jatkohoito-ohjeet. Toimenpide tehdään yleisanestesiassa laparoskooppisesti. Laparoskooppinen leikkaus voi muuttua avoleikkaukseksi runsaan leikkausalueen vuodon tai teknisten ongelmien vuoksi. Ohjauksen yhteydessä potilaalle kerrotaan leikkaushaavan tarkkailemisesta ja ompeleiden poistosta. Kotiutumiskriteerit käsitellään esihaastattelutilanteessa ja potilasta ohjataan varautumaan kotiutumiseen vasta leikkauksen jälkeisenä päivänä. PÄIKI- potilaan ko-

tiutuminen on mahdollista kun kivut ovat hallinnassa, potilas kykenee liikkumaan ja erityistoiminta on käynnistynyt, potilaalla ei ole pahoinvointia eikä leikkauksen jälkeistä sekavuutta. Jos kotiutumiskriteerit eivät täyty, niin potilas siirtyy osastohoitoon. PÄIKI-potilaan on kyettävä itsenäisesti tarkkailemaan leikkausaluetta ja vointiaan. Kotiutuvaa potilasta tulee olla kotona vastassa täysi-ikäinen, valvomaan kykenevä henkilö. LYHKI-potilaalle kerrotaan mahdollisesta leikkauksen jälkeisestä ohimenevästä hartiapistoksesta, joka johtuu laparoskooppisen leikkauksen vatsaontelon hiilidioksiditäytöstä. Ennen leikkausta potilasta ohjataan välttämään ruoka-aineita, liikkeitä ja asentoja, jotka voivat edesauttaa sappikivikohtauksen syntyä.

Olkapääleikkaukseen tulevan potilaan kanssa esitietojen lisäksi keskustellaan esilääkityksestä, anestesiamenetelmästä, toimenpiteestä, kivunhoidosta ja kotiutumisesta. Leikkaus tehdään puuduttamalla hartiapunos tai yleisanestesiassa. Puudutuksen toteuttaminen tapahtuu kasvojen lähettyvillä hartian alueella, joka voi tuntua potilaasta epämiellyttävältä. Leikkaus tehdään tähyttämällä tai avoleikkauksena ja hartian alueelle tulee 1-3 leikkaushaavaa. Kotiutuminen tapahtuu leikkauspäivänä käsi kantoliinaan tai harvoin lentokonelastaan tuettuna. Haastattelun yhteydessä potilasta ohjataan pukeutumaan helposti puettaviin vaatteisiin, leikatun käden liikerajoitusten ja tukemisen vuoksi. Kotona ollessa potilas jatkaa kivunlievitystä suun kautta annosteltavilla tulehduskipulääkkeillä ja kipupumpun avulla. Leikkauksen yhteydessä leikkaushaavaan asetetaan katetri, joka liitetään kipupumppuun. Kipupumppu annostelee puuduteainetta 1-2 päivän ajan leikkausalueelle, joka poistetaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Ompeleet poistetaan leikkausalueelta kahden viikon kuluttua toimenpiteestä. Sairausloman kestoon vaikuttaa tehty toimenpide, joka acromionplastiassa on 4-6 viikkoa ja rotator cuff-repeämässä noin 3 kuukautta.

7.3.2 Ulkoasu

Ohjauskansio on kirjallinen tuotos, joka on pyritty tekemään ulkoasultaan, rakenteeltaan ja asettelultaan visuaalisesti miellyttäväksi ja helppolukuiseksi. Ohjauskansion asiasisältö on aseteltu tulostettavaan muotoon, niin että teksti on helppo tulostaa. Ohjauskansion asiasisältö on kirjoitettu Times New Roman- fontilla, jonka koko on 12 ja riviväli on 1,5, lähdeluettelossa on käytetty rivinväliä 1. Otsikot ovat lihavoituja selkeyden ja luki-

jan huomion kiinnittämisen vuoksi. Asiasisältö on kirjoitettu selkeästi luettelomuotoon mikä nopeuttaa ja helpottaa tekstin lukemista.

Taulukointia on käytetty ohjauskansion asiasisällön tueksi ja selkeyttämiseksi. Taulukoiden ulkoasua on muokattu ja korostettu väreillä siten, että se helpottaa sisällön tulkitsemista ja herättää mielenkiintoa. Ohjauskansion taulukot on numeroitu ja niihin on viitattu tekstissä, yhdistämisen helpottamiseksi. Nokian terveystieteiden tutkimuskeskus saa oikeudet ohjauskansion sisällön muokkaamiseen ja päivittämiseen opinnäytetyön luovuttamisen jälkeen.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön eettiset ohjeet painottavat hyvän tieteellisen käytännön noudattamista, mikä tarkoittaa huolellisuuden, rehellisyyden ja tarkkuuden toteutumista. Opinnäytetyö on suunniteltu ja toteutettu yksityiskohtaisesti oppilaitoksen raportointiohjeiden mukaisesti. (Marttila 2012). Olemme hakeneet ja saaneet tutkimusluvan opinnäytetyön ja asiantuntijahaastatteluiden tekemiseen Nokian terveyskeskuksen lyhytkirurgisesta yksiköstä.

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta voi parantaa Vilka & Airaksisen (2003, 154) mukaan tutkivalla asenteella, valintoja tarkastelemalla ja vertailemalla niitä oman alan kirjallisuuteen. Kävimme havainnoimassa sairaanhoitajien pitämiä perioperatiivisia esikäyntejä ja teimme havainnoistamme muistiinpanoja. Havainnointien pohjalta muodostimme tutkimuskysymykset opinnäytetyölle. Tutkimuskysymyksiä ja opinnäytetyön suunnitelmaa on muokattu ohjauskeskusteluissa ja seminaareissa saadun palautteen pohjalta. Tutkimuskysymykset ovat ohjanneet opinnäytetyön tekemistä alusta alkaen, jotka toimivat kirjallisen tuotoksen punaisena lankana. Olemme lähettäneet opinnäytetyön luettavaksi ja kommentoitavaksi toimeksiantajalle sekä oponoijille.

Päätimme sisällyttää asiantuntijahaastattelut osaksi tuotokseen painottuvaa opinnäytetyötämme. Halusimme tuoda haastatteluiden kautta työelämän näkökulmaa tuotoksen sisältöön ja muotoon. Työelämälähtöisyyden lisäksi halusimme kokemusta ammatillisesta yhteistyöstä, tutkimushaastatteluiden pitämisestä, aineiston käsittelystä ja tieteellisestä kirjoittamisesta. Teimme opinnäytetyölle aikataulun (ks. Liite 3), jota noudatimme ja jonka lähetimme tutkimussuunnitelman yhteydessä yhteistyötaholle. Haastattelut nauhoitettiin, puhtaaksikirjoitettiin ja lähetettiin tarkastettavaksi haastatelluille. Haastattelut nauhoitettiin ja ne tallennettiin tietokoneelle toisistaan erilleen, haastateltujen anonymiteetin säilyttämiseksi. Lähetimme molemmille haastatelluille tarkastettavaksi heidän omat puhtaaksikirjoitetut vastauksensa, mikä Tuomi & Sarajärven (2009, 142) mukaan tukee opinnäytetyön luotettavuuden ja objektiivisuuden toteutumista. Haastatel-

lut ovat kommentoineet ja hyväksyneet puhtaaksikirjoitetut vastauksensa. Nauhoitetut haastattelut ja puhtaaksikirjoitetut vastaukset hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

8.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä perehdytyskansio sairaanhoitajille potilaan preoperatiivisesta ohjauksesta Nokian terveyskeskuksen lyhytkirurgiseen yksikköön. Saa-vutimme asettamamme tavoitteet ja teimme ohjekansion sovitusti ja onnistuneesti. Teh-tävinä opinnäytetyössä oli selvittää mistä preoperatiivisen ohjauksen keskeisin sisältö muodostuu. Toisena kysymyksenä oli sappi- ja olkapäälleikkauspotilaiden preoperatiivi-sen ohjauksen käsitteleminen. Opinnäytetyötä ohjaavat lopulliset kysymykset muodos-tuivat asiantuntijahaastatteluiden jälkeen. Haastatteluvastausten pohjalta rajasimme kes-keisimmät teemat, joita käsittelemme opinnäytetyön teoreettisissa lähtökohdissa. Kes-keisimmät teemat ovat:

- preoperatiivinen ohjaus
- perioperatiivinen toiminta
- itsemääräämisoikeus
- jatkuvuus
- potilasohjaus
- sappi- ja olkapäälleikkaus

Asiantuntijahaastatteluiden puhtaaksikirjoittamisen jälkeen havaitsimme, että työyhteisössä oli tarvetta useammallekin eri aiheelle. Jätimme opinnäytetyön ulkopuolelle aiheita, jotka olivat kokonaisuuden kannalta irrallisia. Tällaisia aiheita olivat, kipulääkitys ja eri potilasryhmät kuten maahanmuuttajat, lapset ja vanhuksat. Näiden aiheiden käsitte-leminen olisi tehnyt opinnäytetyöstä liian laajan ja epäjohdonmukaisen.

Tuotos on mielestämme käyttökelpoinen, koska siinä on selkeä runko ja ydinkohdat potilaan preoperatiivisesta ohjauksesta. Ohjauskansion tarkoituksena on selkeyttää poti-lasohjausta ja tehdä siitä johdonmukainen. Selkeä ja johdonmukainen ohjausrunko on tasavertaisen ja laadukkaan ohjauksen kulmakivi. Käyttämällä ohjauskansiota voidaan edistää ohjauksen yhdenmukaisuutta. Kansion sisältöä potilaan ohjauksesta voidaan

soveltaa myös muissa toimenpiteissä, itseopiskelumateriaalina, ohjauksen tukena ja perehdytyksessä. Kansion hyödyllisyys saavutetaan sen aktiivisella käytöllä ja tietojen päivittämisellä.

Jatkotutkimusaiheiksi opinnäytetyötä tehdessä nousi erilaisten potilasryhmien ohjaaminen, puhelinohjaus ja miten potilaat kokivat preoperatiivisen ohjauksen onnistumisen. Pohdimme aluksi ohjaukskansion tekemistä sähköisessä muodossa, jolloin sitä olisi ollut mahdollista käyttää terveyskeskuksen intranetin kautta. Luovuimme sähköisen ohjaukskansion tekemisestä tiukan aikataulun ja potilastietojärjestelmään tulleiden muutosten vuoksi.

LÄHTEET

- Aho, H., Järvelä, S., Järvelä, T. & Kiviranta, I. 2006. Subakromiaalisen impingement - oireen ja rotator cuff -repeämän päiväkirurgisen ja lyhytjälkihoitoisen kirurgisen hoidon erot ja mahdollisuudet. Suomen Ortopedia ja Traumatologia 3/2006, 318- 323. Luettu 23.5.2012. <http://www.soy.fi>
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. 1. painos. SanomaPro. Helsinki.
- Banks, A. 2007. Innovations in Postoperative Pain Management: Continuous Infusion of Local Anesthetics. AORN. AORN journal 85 (5), 904-914. luettu 7.9.2012. <http://www.aornjournal.org/>
- Bjälje, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. & Toverud, K. 2011. Ihminen fysiologia ja anatomia. WSOY. Helsinki.
- Haapala, Maiju. 2009. Anestesia- ja sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden avaintekijät päiväkirurgiassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro- Gradu.
- Halme, L., Nordin, A., Tervehartiala, P. & Mäkisalo, H. 2005. Laparoskooppisten toimenpiteiden sappitiekomplikaatiot – diagnostiikka ja hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja: Duodecim. 121, 161-169. Luettu 7.9.2012. <http://www.duodecimlehti.fi>
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. WSOY: Helsinki
- Harju, A., Kröger, H., Rosenberg, J., Vehviläinen, A. & Vohlonen, I. 2006. Olkaleikkauksipotilaiden sairaalahoitoja päiväraha-kustannukset Suomessa vuosina 2000–2002. Suomen Lääkärilehti 32/2006, 3121-3125. Luettu 24.5.2012. <http://www.laakarilehti.fi>
- Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä- Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.
- Hiltunen, E., Holmberg, P., Jyväskylä, E., Kaikkonen, M., Lindblom-Yläne, S., Niensstedt, W. & Wähälä, K. 2007. Galenos. Ihmiselämä kohtaa ympäristön. WSOY. Helsinki.
- Kangas-Saarela, T. 2005. Kenelle päiväkirurgia sopii? FINNANEST 5/2005, 457-458. Luettu 18.9.2012. <http://www.finnanest.fi>
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.
- Kellokumpu, I. 2011. Laparoskooppinen kirurgia tulevaisuudessa – missä rajat? Aikakauslehti. Duodecim. 127, 24–34. Luettu 12.9.2012 <http://www.duodecimlehti.fi>

Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa - malli soveltuivat valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. Suomen lääkärilehti 45/2008. 3887-3892.

Klementti, S., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.). 2003. Päiväkirurginen hoitotyö hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A43. Turun yliopisto.

Kontinen, V. & Hynynen, M. 2003. Mitä ASA-luokka kertoo leikkausriskistä? FINNANEST 4/2003, 340-344. Luettu 18.9.2012. <http://www.finnanest.fi>

Kyngäs, H. & Henttinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lahtinen, J., Alanko, A., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Nenonen, M., Permi, J., Punnonen, H., Rihkanen, H., Tenhunen, A. & Toivonen, J. 1998. Päiväkirurgia. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2002. Opi ja ohjaa. Sosiaali- ja terveysalalla. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Laitinen, H. & Karhe, L. 2000. Hyvän hoitotyön kirja. Helsinki: Tammi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

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

Marttila, L. 2012. Tampereen ammattikorkeakoulun laatukäsikirja kompassi. Ohje opinäytetyön tekemiseen. Luettu 22.10.2012. wiki.tamk.fi.

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Senkka ja 100 muuta tutkimusta. Luettu 20.9.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Paajanen, H. (ylilääkäri) & Mäkisalo, H. (erikoislääkäri) 2012. Avosappileikkaus kuuluu yhä kirurgikoulutukseen. Lääketieteellinen aikakauskirja: Duodecim. 128, 448-449. Luettu 7.9.2012. <http://www.duodecimlehti.fi>

Paavola, M. 2008. Kipeä olkapää – epidemiologiaa. Suomen Ortopedia ja Traumatologia 1/2008, 57- 58. Luettu 23.5.2012. <http://www.soy.fi>

Paavola, M. 2009. Olan impingement ja sen hoito. Suomen Ortopedia ja Traumatologia 1/2009, 23-25. Luettu 23.8.2012. <http://www.soy.fi>

Paunonen T., Miettinen M., Koistinen A., & Laitakari J. 2000. Päiväkirurgisen polventähystyspotilaan ohjauksen perusteet. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 97/2001.

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. 2010. Kirurgia. 2. painos. Duodecim.

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim. 2. uudistettu painos.

Rosenberg, P., Alahuhta, H., Hendolin, H., Jalonen, J. & Yli-Hankala, A. 2002. Anestesiaopas. Duodecim.

Sairaanhoitajat. 2011. Asiantuntijahaastattelut 16.12.2011. Haastattelijat Hildén, M. & Westerlund, M. Nokian terveystieteiden tutkimuskeskus.

Scimeca, CL, Fisher, TK, Bharara, M. & Armstrong, DG. 2010. Chronic, painful lower extremity wounds: postoperative pain management through the use of continuous infusion of regional anaesthesia supplied by a portable pump device. *Int Wound Journal* 7 (3), 195–198. Luettu 7.9.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

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

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

Vastamäki, M. 2011. Olkanivelen kiertäjäkalvosimen repeämä. *Suomen Lääkärilehti* 35/2011, 2520-2521. Luettu 11.9.2012. <http://www.fimnet.fi>

Viitamäki, R. 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Vilén, M., Leppämäki, P & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilén, M., Leppämäki, P & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY

LIITTEET

Liite 1. Taulukko laboriotutkimuksista

Liite 2. Haastattelun runko

Liite 3. Opinnäytetyön aikataulu

Liite 4. Ohjaukansio