

**Ninette Karhu & Saija Sinko**

**FAST TRACK -MALLILLA HOIDETTUJEN ELEKTIIVISTEN  
GYNEKOLOGISTEN LEIKKAUSPOTILAIDEN OHJAUS**

**Opinnäytetyö  
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
Joulukuu 2015**

**TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ**

<b>Yksikkö</b> Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	<b>Aika</b> Joulukuu 2015	<b>Tekijä/tekijät</b> Ninette Karhu Saija Sinko
<b>Koulutusohjelma</b> Hoitotyön koulutusohjelma		
<b>Työn nimi</b> Fast track -mallilla hoidettujen elektiivisten gynekologisten leikkauspotilaiden ohjaus		
<b>Työn ohjaaja</b> Timo Kinnunen	<b>Sivumäärä</b> 37 + 3	
<b>Työelämäohjaaja</b> Maria Hilliaho		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka fast track -mallilla hoidettujen elektiivisten gynekologisten leikkauspotilaiden ohjaus toteutuu hoitoprosessin eri vaiheissa. Tavoitteena oli, että saatuja tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa potilaiden ohjauksen kehittämisessä. Tutkimuksen toimeksiantajana toimi Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien osasto 3.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä tutkimusotetta ja aineistonkeruu toteutettiin potilaille jaettujen strukturoitujen kyselylomakkeiden avulla. Vastauksia saatiin 30 kappaletta, ja vastausprosentti oli 60. Aineiston analysoinnissa käytettiin tilastollisia menetelmiä, kuten SPSS-tilastointiohjelmaa. Analysoinnissa käytettiin kuvailevia tilastollisia menetelmiä ja tuloksia havainnollistettiin taulukoin ja kuvioin.</p> <p>Nopean toipumisen hoitomalli käytäntönä on suhteellisen uusi, ja hoitomalli otettiin naistentautien osastolla virallisesti käyttöön tammikuussa 2015. Tulosten mukaan ohjauksen koettiin toteutuneen pääasiassa hyvin osastolla. Leikkausosastolle siirryttiin hyvin valmistautuneena. Vastaajat kokivat saaneensa hyvin tietoa leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta ja haavanhoidosta. Ohjauksen koettiin olleen yksilöllistä. Tulosten perusteella ohjaustilanteiden tulisi tapahtua rauhallisessa ympäristössä, ja niihin tulee käyttää tarpeeksi aikaa. Potilaiden kokemukset saadusta tiedon määrästä ohjaustilanteissa vaihteli. Vastaajat myös kokivat olleensa valmiita kotiutumaan. Jatkossa tulisi huomioida paremmin potilaiden yksilöllisyys ohjaustilanteissa kerralla annetun tiedon määrän suhteen.</p>		
<b>Asiasanat</b> Gynekologia, fast track, hoitoprosessi, naistentaudit, nopean toipumisen hoitomalli, ohjaus, toipuminen		

**ABSTRACT**

<b>Unit</b> Kokkola-Pietarsaari Unit	<b>Date</b> December 2015	<b>Author/s</b> Ninette Karhu Saija Sinko
<b>Degree programme</b> Nursing degree		
<b>Name of thesis</b> Elective Gynaecological Surgery Patients' Guidance in Fast track-Program		
<b>Instructor</b> Timo Kinnunen		<b>Pages</b> 37 + 3
<b>Supervisor</b> Maria Hilliaho		
<p>Our study's purpose was to find how elective gynaecological surgical patients' guidance comes true in different care processes in the fast track program. The aim of the research was that the received results can be utilized in the development of patients' guidance in the future. The employer of the study was Keski-Pohjanmaa Central Hospital's Gynaecological Ward 3. Quantitative research method was used as a research method and the information was gathered with structured questionnaires that were delivered to the patients. 30 answers were received and the answer percent was 60. The material was analysed using statistical methods. The results were demonstrated in frequencies, percentages, charts and diagrams.</p> <p>According to the study, guidance was experienced to have come true primarily well in the ward. Patients were transitioned to the operating room well prepared and ready. Answerers also felt that they were ready to go home. Fast track programme as a mode is relatively new and the programme was officially put in use in the gynaecological ward in January 2015. Answerers felt that they received enough information about moving and wound care after surgery. Guidance was also experienced to be individual. According to the results, guidance situations should happen in a peaceful environment and guidance should take enough time. Experiences about the amount of received information in guidance situations were various. In the future, more attention should be paid to patients' individuality in guidance situations in relation to the amount of given information.</p>		

<p><b>Key words</b> Gynecology, fast track, care process</p>
--

**TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT  
SISÄLLYS**

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA</b>	<b>3</b>
	2.1 Fast track -hoitomalli ja keskeiset käsitteet	3
	2.2 Ohjaus hoitotyössä	4
	2.3 Leikkauspotilaan hoitoprosessi	7
	2.4 Potilasohjauksen vaiheet Fast track -hoitomallissa synnytys- ja naistentautien osastolla 3	9
	2.5 Aikaisemmat tutkimukset	11
<b>3</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>15</b>
	4.1 Toimintaympäristön ja tutkittavien kuvaus	15
	4.2 Lähestymistapa, menetelmä ja aineiston keruu	16
	4.3 Aineiston analyysi	18
<b>5</b>	<b>TULOKSET</b>	<b>19</b>
	5.1 Taustatietoja	19
	5.2 Hoitoprosessin vaiheet	20
	5.2.1 Ennen leikkausta	21
	5.2.2 Leikkauspäivän aamu	21
	5.2.3 Leikkauksen jälkeen	23
	5.3 Ohjaus	24
<b>6</b>	<b>POHDINTA</b>	<b>26</b>
	6.1 Luotettavuus	26
	6.2 Etiikka	28
	6.3 Opinnäytetyön menetelmien tarkastelua	29
	6.4 Tulosten tarkastelua	30
	6.5 Jatkotutkimusaiheita	33
	6.6 Oppimisprosessi	33
	<b>LÄHTEET</b>	<b>34</b>
	<b>LIITTEET</b>	
	<b>KUVIOT</b>	
	KUVIO 1. Ikäjakauma opinnäytetyön osallistuneista (%)	18
	KUVIO 2. Koulutusten jakautuminen (%)	19
	KUVIO 3. Saatu kertaus nopean toipumisen hoitomallista (%)	21
	KUVIO 4. Valmius leikkaukseen (%)	22
	KUVIO 5. Saatu tieto leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta (%)	23
	KUVIO 6. Saatu ohjaus pahoinvoinnin hoidosta (%)	24
	KUVIO 7. Ohjaukseen käytetty aika (%)	24
	KUVIO 8. Ympäristön rauhallisuus ohjaustilanteissa (%)	25
	<b>TAULUKOT</b>	
	TAULUKKO 1. Aikaisemmat leikkaukset ja aikaisempi hoito nopean toipumisen hoitomallin mukaan (f)	19
	TAULUKKO 2. Nukutuslääkärin tapaaminen ennen leikkausta (f)	20
	TAULUKKO 3. Ristiintaulukointi valmiudesta leikkaukseen ja leikkaavan lääkärin tapaamisesta ennen leikkausta (f, %)	22

## 1 JOHDANTO

Suurin osa Suomessa tehdyistä leikkauksista on elektiivisiä eli suunniteltuja leikkauksia. Vuonna 2013 suunniteltuja kirurgisia hoitajaksoja toteutui 348 500. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä elektiivisiä hoitajaksoja vuonna 2013 oli 4 606. Keskimääräinen hoitoaika kirurgian erikoisaloilla oli tuolloin 2,9 päivää. (Rainio & Rätty 2015.) Gynekologisista leikkauksista yleisimpiä ovat kohdunpoistot, joita Suomessa tehdään nykyään vuosittain 6 000 – 7 000 (Ikonen & Tapper 2015). Vuosittain kohdunpoistoja tehtiin 2000-luvun alussa noin 10 000 ja toisin kuin nykyään, vielä 1990-luvulla yksi kohdunpoiston syistä oli runsaat kuukautiset (Brummer, Heikinheimo & Härkki 2011). Naistentautien osastoilla hoitajaksojen lyhentymiseen on vaikuttanut laparoskooppisten eli vatsaontelon tähytysellisten toimenpiteiden lisääntyminen (Ihme & Rainto 2014, 164).

Kirurgista hoitoa tarvitsevien potilaiden määrä kasvaa, ja samalla kuitenkin taloudelliset resurssit vähenevät. Tämä on johtanut uusien hoitomallien kehitykseen, jotta sairaalassaoloaikoja saataisiin lyhennettyä ja kustannuksia pienennettyä. (Grigoras 2007.) Fast track -mallilla tarkoitetaan nopean toipumisen hoitomallia. Sen on alun perin kehittänyt tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet työryhmineen erityisesti suoliston alueen leikkauspotilaille. Fast track -hoitomallissa on yhdistetty eri näyttöön perustuvia hoitoperiaatteita. (Kairaluoma 2007; Kellokumpu 2012; Korpi, Raitopuro, Sjöholm & Ritamala-Castrén 2007.)

Edellytyksenä fast track -hoitomalliin on siihen soveltuva ja omaan hoitoonsa aktiivisesti sitoutunut potilas sekä motivoitunut ja koulutettu hoitotiimi. Moniammatillisen yhteistyön sekä hyvän potilasohjauksen avulla fast track -mallilla pyritään muun muassa parantamaan potilaan leikkauksen jälkeistä toipumista, lyhentämään hoitoaikoja ja säästämään siten myös erikoissairaanhoidon kustannuksia sekä vähentämään leikkauksen jälkeistä sairastavuutta. (Kehlet 2006; Kellokumpu 2012; Korpi ym. 2007.) Keskeisinä menetelmän osa-alueina ovat ennen toimenpidettä tapahtuva potilaiden ohjaus ja motiivointi, niin sanotun kirurgisten stressireaktioiden vähentäminen erilaisin leikkausteknisin ja lääketieteellisin keinoin, kivunlievityksen tehokkuus sekä ravitsemuksen ja kuntoutumisen aloittaminen mahdollisimman varhain. (Kairaluoma 2007.)

Fast track -hoitomalleista tehdyt aikaisemmat tutkimukset käsittelevät pitkälti suolistopotilaan hoitoa. Tutkimuksissa selvitetään usein sairaanhoitajien kokemuksia nopean toipumisen hoitomallista tai yleisesti potilaiden toipumista. Jawahar ja Scarisbrick (2009) ovat tutkineet vanhempien odotuksia fast track -mallilla hoidettujen lapsipotilaiden sydänleikkauksista, ja tulosten mukaan sairaalassaoloaika oli lyhyempi kuin lasten vanhemmat odottivat. Kansainvälisellä tasolla tutkimuksia nopean toipumisen hoitomalleista on jo runsaasti, mutta varsinaisesti gynekologisen leikkauspotilaan kohdalla fast track -mallia ei ole paljoa tutkittu. Suomessa fast track -hoitomalli on suhteellisen uusi asia, mutta hoitomallia on alettu ottamaan käyttöön jo laajastikin kirurgian eri erikoisaloilla ja lisäksi uusia tutkimuksia tehdään jatkuvasti.

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää, kuinka fast track -mallilla hoidettujen elektiivisten gynekologisten leikkauspotilaiden ohjaus toteutuu hoitoprosessin eri vaiheissa. Tavoitteena on, että saatuja tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa potilaiden ohjauksen kehittämisessä. Opinnäytetyössä kuvataan potilaiden kokemuksia nopean toipumisen hoitomallin ohjauksesta naistentautien vuodeosastolla ja se toteutetaan määrällisenä tutkimuksena potilaille jaettavien kyselylomakkeiden avulla. Aihe muodostui työelämälähtöisesti, ja potilaiden näkökulma on valittu työelämän mielenkiinnon vuoksi sekä siksi, että tätä näkökulmaa ei ole tällä vuodeosastolla aikaisemmin tutkittu. Opinnäytetyö toteutetaan Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien ja synnyttäjien vuodeosastolle 3, jossa on vasta hiljattain otettu käyttöön nopean toipumisen hoitomallin periaatteita. Virallisesti fast track -malli otettiin käyttöön tammikuussa 2015, ja opinnäytetyön toteuttaminen tapahtuu sopivaan aikaan, sillä näin alkuvaiheessa on hyvä tietää ohjauksen laadusta.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Tietoperusta –osuudessa kerromme Fast track –hoitomallista ja muista opinnäytetyöhön liittyvistä keskeisistä käsitteistä. Olemme keränneet tähän tietoa ohjauksesta hoitotyössä, leikkauspotilaan hoitoprosessista sekä siitä, miten potilasohjauksen vaiheet Fast track –hoitomallissa toteutuvat käytännössä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien osastolla 3. Aikaisemmista tutkimuksista olemme nostaneet esille meidän työmme kannalta tärkeitä tutkimuksia.

### 2.1 Fast track -hoitomalli ja keskeiset käsitteet

Fast track -mallilla tarkoitetaan nopean toipumisen hoitomallia. Sen on alun perin kehittänyt tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet työryhmineen erityisesti suoliston alueen leikkauspotilaille. Fast track -hoitomallissa on yhdistetty eri näyttöön perustuvia hoitoperiaatteita. Edellytyksenä fast track -hoitomalliin on siihen soveltuva ja omaan hoitoonsa aktiivisesti sitoutunut potilas sekä motivoitunut ja koulutettu hoitotiimi. Moniammatillisen yhteistyön sekä hyvän potilasohjauksen avulla fast track -mallilla pyritään muun muassa parantamaan potilaan leikkauksen jälkeistä toipumista, lyhentämään hoitoaikoja ja säästämään siten myös erikoissairaanhoidon kustannuksia sekä vähentämään leikkauksen jälkeistä sairastavuutta. (Kehlet 2006; Kellokumpu 2012; Korpi, Raitopuro, Sjöholm & Ritamala-Castrén 2007.)

Elektiivinen toimenpide tarkoittaa etukäteen suunniteltua toimenpidettä, jolloin leikkauspotilas tulee toimenpiteeseen leikkausjonosta suunnitellusti hänelle varattuna aikana. Potilas on aikaisemmin tullut poliklinikalle lääkärin läheteellä. Poliklinikkakäynnillä tehdään leikkauspäätös ja lääkäri alkaa valmistaa potilasta tulevaa leikkausta varten. Tällöin käydään läpi muun muassa leikkauksen kulku ja leikkauksen vaikutukset potilaan elämään. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 99; Hammar 2011, 11.) Elektiivisessä leikkauksessa esimerkiksi haavan paranemisen systeemiset edellytykset saadaan paremmiksi, koska leikkaukseen tulevaa potilasta valmistellaan riittävän pitkään (Hammar 2011, 25).

Gynekologialla eli naistentautiopilla tarkoitetaan lääketieteen alaa, joka tutkii ja hoitaa naisten sukupuolielimiä ja niiden sairauksia (Merriam-Webster Dictionary 2015). Naistentautien osastoilla erikoissairaanhoidossa hoidetaan yleisimmin vuotohäiriöitä, kohdun tai virtsarakon laskeumia, inkontinenssia eli virtsankarkailuongelmia, endometrioosia, lapsettomuutta, keskenmenoja, gynekologisia tulehduksia, raskauden keskeytyksiä ja kasvaimia. Usein osastolle tullaan myös alavatsakipujen tarkemman selvittelyn vuoksi tai muun muassa syöpäpotilaiden leikkaukseen tai sädehoitoon. (Ihme & Rainto 2014, 164.)

Tavallisia gynekologisia toimenpiteitä ja leikkauksia ovat kohdunpoisto ja laskeumaleikkaukset, diagnostinen laparoskopia, munasarjojen poisto sekä sivuelin-kirurgia (Therapia Fennica 2014). Toimenpidetapa valitaan aina yksilöllisesti, ja näitä ovat laparotomia eli vatsaontelon avaus, laparoskopia eli vatsaontelon tähystys ja hysteroskopia eli kohdun tähystys. Toimenpide voidaan myös tehdä ala- tai ylätieleikkauksena tai niiden yhdistelmänä. Hoitotyön periaatteita naistentautien osastolla ovat avoimuus, yksilöllisyys, turvallisuus, perhekeskeisyys ja luottamuksellisuus. Hoidot naistentautien osastolla koskevat naiseuteen liittyviä herkkiä alueita, ja hoitajan onkin tärkeää ottaa puheeksi asiakkaan ehdoilla esimerkiksi leikkauksen vaikutus seksuaalisuuteen. (Ihme & Rainto 2014, 164–166.)

## **2.2 Ohjaus hoitotyössä**

Ohjauksessa vahvistetaan ohjattavan toimijuutta yhteistoiminnalla, jolloin ohjattavan ongelmanratkaisu-, työ-, kasvu- ja oppimisprosesseja edistetään. Hyvä ohjaus vaatii kunnioittavaa, rakentavaa kohtaamista ja dialogista vuorovaikutusta ohjaajan ja ohjattavan välillä. (Vehviläinen 2014, 12.) Jokainen ohjaustilanne on omanlaisensa, mutta ne sisältävät tilanteista riippuen erilaisia elementtejä. Ohjaustyöhön sisältyviä elementtejä ovat tiedon antaminen, neuvonta, konsultaatio, terapia ja oppiminen sekä näiden keskinäiset suhteet. Ohjauksen tavoitteet, sisällöt ja menetelmät antavat suuntaa ohjaustilanteelle. Ohjauksellisten menetelmien ja lähestymistapojen käyttö määrittyy ohjaustilanteen tavoitteen perusteella sekä sen pohjalta, mikä on käsite asiakkaasta tai potilaasta ja hänen roolistaan. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 15–21.)



Ohjauksen hoitotyössä voidaan määritellä olevan ohjaajan ja asiakkaan tavoitteellista ja aktiivista toimintaa. Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja on molempien osapuolien taustatekijöihin sidoksissa. Esimerkiksi opetus, neuvonta ja tiedon antaminen ovat käytössä rinnakkain ohjaus-käsitteen kanssa. Ero neuvontaan on, että ohjauksessa pidättäydytään varsinaisten suorien neuvojen antamisesta. Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät sekä ympäristötekijät vaikuttavat ohjaustilanteeseen. Taustatekijöiden tietämys ja niiden merkitys ohjaukseen vaikuttavat sopivien ohjausmenetelmien valintaan. Ohjausmenetelmien valinnassa täytyy myös huomioida asiakkaan oppimistyyli eli asioiden omaksumistapa. (Kyngäs & Kääriäinen 2014; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25–49; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Ohjaus toimii olennaisessa osassa hoitoalan ammatillisessa toiminnassa ja asiakkaiden hoidossa. Oikeaoppisella ja hyvin onnistuneella ohjauksella on vaikutuksia kansantaloudesta lähtien asiakkaiden ja omaisten terveydessä ja sitä edistävässä toiminnassa. Hoitotyössä ohjaukselle haasteita tuovat lyhentyneet hoitoajat ja myös osin vähäiset ohjausresurssit. Ohjaus tulee ymmärtää ja tiedostaa käsitteenä, jotta haasteellisissa tilanteissa asiakkaan ohjaaminen onnistuisi. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön johtoryhmä 2008.) Arviointi ja kirjaaminen tulee myös ottaa keskeisinä asioina huomioon ohjaamisessa vaikutusten saavuttamiseksi (Ahonen, Itkonen & Koivukoski 2014; Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön johtoryhmä 2008). Hoitotyössä ohjauksen voidaan käsittää olevan osa hoitotyön ammatillista toimintaa, prosessia hoidossa tai opetuksessa. (Kyngäs ym. 2007, 23–52; Kyngäs & Kääriäinen 2014.) Potilasohjaus voidaan tiivistää siten, että se ”edistää ja tukee potilaan ja hänen lähiympäristönsä terveyttä ja hyvinvointia” (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön johtoryhmä 2008).

Asiakkaan tai potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointi, potilaan ja asiakkaan jaettu asiantuntijuus sekä asiakkaan oma vastuu ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja tehdyistä muutoksista korostuvat nykyään ohjauksessa. Asiakkaan voidaan ymmärtää olevan aktiivinen oman tilanteensa asiantuntija. Hoitaja toimii asiakkaan apuna kokemusten käsittelyssä, ongelmien ratkaisuihin ja erilaisten toimintatapojen löytämisessä. Asiakkaan luottamuksen ja toiminnan hallintaan sitoutumisen lisääminen on keskeistä. (Kyngäs & Kääriäinen 2014.) Taustainstitu-

tiot tai organisaatiot muodostavat ohjausprosessin kululle odotuksia, reittejä ja erilaisia rakenteita. Ohjauksessa hyvän yhteistoiminnan säilyminen pyritään turvaamaan, sillä ohjaajan ja ohjattavan välisen yhteistyösuhteen voidaan sanoa olevan pedagogista kumppanuutta. Ymmärrys yhteisestä päämäärästä on perustana hyvälle yhteistoiminnalle. (Vehviläinen 2014, 197.)

Naistentautien kirurgiassa laparoskooppisten toimenpiteiden määrän kasvu on johtanut sairaalassaoloaikojen lyhenemiseen, joten leikkauspotilaiden hoitoprosessissa ohjaus ja neuvonta korostuvat. Potilas tarvitsee ohjausta ja tukea esimerkiksi leikkaukseen valmistautumisessa ja leikkauksenjälkeisen voinnin tarkkailussa. Naista tulee auttaa terveydentilansa ja terveysongelmansa ymmärtämisessä sekä ohjata häntä hänen hoidostaan ja kuntoutuksestaan. Ennen leikkausta gynekologiselle potilaalle annetaan ohjausta myös ravitsemuksesta, hygieniasta ja lääkityksestä. Näiden osalta ohjauksessa painottuvat pitkälti samat seikat kuin muidenkin leikkauspotilaiden kohdalla. Ravitsemuksen kannalta tärkeää on erityisesti tarpeeksi pitkä ravinnotta olo ennen leikkausta sekä suolen tyhjeneminen leikkauksen kohdistuessa suolialueelle. Ihon ja limakalvojen tulee olla terveitä ja puhtaita. Lääkitysohjaus vaihtelee potilaan iän, perussairauksien ja kunnon mukaan. (Ihme & Rainto 2014, 164–202.)

Koko ohjausprosessin ajan kootaan ja arvioidaan potilasohjauksen palautetta. Tämä kohdentuu ohjausprosessin kaikkiin vaiheisiin, ohjauksen vaikuttavuuteen ja välittömiin oppimistuloksiin pitkällä aikavälillä. Arviointitietoa saadaan ohjauksen aikana ja sen jälkeen kootun palautteen avulla. Arviointitieto kohdentuu potilaan välittömiin reaktioihin, joita ovat asiakastyytyväisyys, asenteet, tuntemukset ja mielipiteet. Palautetta voidaan koota keskustelun, havainnoinnin ja kyselyiden avulla. Asenteiden muuttuminen, asiayhteyksien ymmärtäminen, asioiden omaksuminen sekä taitojen ja tietojen hallinta ovat oppimistuloksia. Ohjauksen vaikuttavuus voidaan näin nähdä potilaan myönteisenä asennoitumisena, oman hoidon hallintana, voimavaraistumisen kokemuksena, lisääntyneenä terveytenä sekä elämänlaadun kohentumisena. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön johtoryhmä 2008.)

### 2.3 Leikkauspotilaan hoitoprosessi

Fast track -mallin oleellisimpia periaatteita ovat potilaan motivointi ja perusteellinen ohjaus toimenpidettä varten, kokonaisvaltainen optimointi vähän elimistöä rasittavien leikkaus- ja anestesiatapojen, hyvissä ajoin aloitetun suun kautta toteutetun ravitsemuksen, nestehoidon, kivunhoidon sekä kuntoutumisen osalta (Kairaluoma 2007; Kehlet 2006). Hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa hoitotyön prosessin mukainen dokumentointi on keskeistä. Tarkka kirjaaminen jo hoidon suunnittelussa auttaa myöhemmin potilaan hoidon toteutuksessa ja arvioinnissa ja myös näiden vaiheiden kirjaamisessa. (Ahonen ym. 2014.)

Kirurgisen potilaan hoitoprosessi jaetaan pre-, intra- ja postoperatiivisiin vaiheisiin, ja nämä yhdessä muodostavat perioperatiivisen hoitotyön kokonaisuuden. Preoperatiivisessa eli leikkausta edeltävässä vaiheessa potilas valmistautuu leikkaukseen fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas viedään leikkauksoasastolle ja päättyy potilaan saavuttua heräämööseen. Postoperatiivinen vaihe on leikkauksen jälkeistä hoitoa, ja se tapahtuu heräämössä, vuodeosastolla tai tehohoidossa. Leikkauksen jälkeisen hoidon tavoitteena on potilaan leikkauksen jälkeinen toipuminen ja kuntoutuminen kaikilla osa-alueilla sekä kotiutuminen toipumisen mukaisesti. (Ihme & Rainto 2014, 193–194.)

Leikkausta edeltävässä vaiheessa on tavoitteena potilaan ymmärrys leikkausvalmistelujen merkityksestä ja hänen tietoisuutensa tulevasta leikkauksesta ja sen jälkeisestä hoidosta. Leikkaustavan ja anestesiamuodon kertominen potilaalle on tärkeää. Preoperatiivisessa hoidossa tehdään leikkauspäätökseen liittyviä tutkimuksia ja lähetetään potilaalle leikkauksutsu, jossa on ohjeet leikkaukseen valmistautumisesta. Leikkauskomplikaatioiden välttämiseksi ja toipumisen edistämiseksi on hoidettava potilaan fyysinen kunto riittäväksi sekä perussairaudet hyvään tasapainoon. Potilaan on pidettävä huolta omasta henkilökohtaisesta terveydestään ja hyvinvoinnistaan ennen leikkausta. Leikkausta edeltävät valmistelut tehdään joko naistentautien poliklinikalla, osastolla tai kotona, tai jokaisessa näistä. (Ihme & Rainto 2014, 195–199; Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015.)

Potilaalle tehdään tulohaastattelu, jonka perusteella yhdessä aikaisemmin aloitetun suunnitelman perusteella laaditaan hoitosuunnitelma. Havainnoinnit ja mittaukset ovat osa suunnitelman tekoa. Potilaan kanssa täytetään anestesimalomake leikkausta varten ja tarkistetaan taustatietoja. Leikkausosaston henkilökunnan on tärkeää tietää leikkaukseen kelpoisuuden määrittämiseksi aikaisemmista sairauksista ja esimerkiksi rajoitteista liikuntakyvyssä. (Ihme & Rainto 2014, 195–199; Käypä hoito -suositus 2014.) Osastolle saavutaan leikkausta edeltävänä iltana tai leikkauksen päivän aamuna, riippuen potilaan tilasta, voinnista ja leikkaukseen liittyvistä etukäteisvalmisteluista. Gynekologisen potilaan leikkausvalmisteluihin kuuluvat ravitsemus ja siihen liittyvä ohjaus, tarvittaessa suolen tyhjennys, huolehtiminen hygieniasta, ihon kunnon tarkistaminen, peruslääkityksen selvittäminen ja ohjaus, esto- ja lääkitys verisuonitukoksille sekä uni- ja esilääkityksistä huolehtiminen. Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu myös potilaan vieminen leikkausosastolle ja leikkaussalin henkilökunnalle annettava raportointi. (Ihme & Rainto 2014, 195–199.)

Intraoperatiivisessa vaiheessa tehdään suunniteltu toimenpide. Gynekologisen potilaan leikkaukseen osallistuu useimmiten muun muassa leikkaava lääkäri, anestesia- ja hoitaja, instrumenttihoitaja sekä leikkausta valvova hoitaja. Leikkauksen tai toimenpiteen aikana huolehditaan potilaan hyvinvoinnista kaikilta osilta alueilta joihin hän ei itse pysty tänä aikana vaikuttamaan. Hoidon jatkuvuus ja turvallisuus taataan kirjaamalla kaikki tapahtumat anestesiakertomukseen. Kirjaukseen kuuluu leikkausdiagnoosi ja toimenpide, hoitoon osallistunut henkilökunta, tapahtumat liittyen anestesiaan, lääkitys ja nestehoito toimenpiteen ajalta, leikkausasento, erilaiset mittaukset, verenhukan määrä, mahdolliset dreenit ja niihin liittyvä vuotomäärä, katetroinnit, leikkaushaava sekä haavan vuoto, mahdolliset näytteiden otot sekä jatkohoitomääräykset. (Ihme & Rainto 2014, 207–208.)

Postoperatiivinen vaihe alkaa välittömästi leikkauksen jälkeisestä hoidosta heräämässä tai teho-osastolla ja jatkuu, kun potilas siirretään osastolle. Tärkeää leikkauksen jälkeen on tarkka raportointi toimenpiteen kulusta ja jatkohoidosta vuodeosaston tai teho-osaston henkilökunnalle. (Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus 2012; Ihme & Rainto 2014, 208–217.) Postoperatiivisessa hoidossa korostuvat tarkkailu yleisvoinnista, huolehtiminen asiakkaan perushoidosta sekä lääke- ja nestehoidon toteuttaminen. Leikkauksen jälkeen huolehditaan potilaan hengityksestä ja veren-

kierrosta, ravitsemuksesta, erityksestä, haavan tarkkailusta, hygieniasta, kivun hoidosta, mielialasta sekä lopulta kotiutumisesta. Leikkauksenjälkeinen kuntoutus aloitetaan osastolla. Tarvittaessa järjestetään jatkohoitopaikka sekä jälkitarkastusaika. (Ihme & Rainto 2014, 208–217.)

#### **2.4 Potilasohjauksen vaiheet Fast track -hoitomallissa synnytys- ja naistentautien osastolla 3**

Naistentautien poliklinikalla gynekologi yhdessä potilaan kanssa tekee päätöksen leikkausjonoon laittamisesta. Gynekologi arvioi erillisen kriteeristön perusteella, tarvitaanko anestesiaesikäyntiä eli leikkausta edeltävää käyntiä anestesia-  
lääkärin kanssa. Jos tarvitaan, niin potilas tulee leikkausta edeltävälle käynnille osastolle vähintään viikko ennen leikkausta. Muussa tapauksessa potilas tulee osastolle leikkausta edeltävänä päivänä tai korkeintaan viisi päivää ennen leikkausta esikäynnille. Potilas täyttää esitietolomakkeen ja käy vielä hoitajan luona keskustelemassa, jolloin myös potilaan lääkelista tarkistetaan. Poliklinikalla käydessä kartoitetaan myös potilaan mahdollista kotiavun tarvetta ja omaisten tai läheisten mahdollisuutta osallistua toipumisprosessiin. Poliklinikkakäynnin tavoitteena on, että potilas saa suullista ja kirjallista tietoa tulevasta leikkauksesta. Potilaalle kerrotaan arvio leikkausajankohdasta ja kiireellisyydestä, arvio sairaalassaoloajasta ja sairausloman pituudesta, annetaan kirjallinen potilasohje esimerkiksi kohdunpoistoleikkauksesta sekä ohjataan hoidattamaan hampaat kuntoon ennen leikkausta. (Hilliaho 2014; KPKS Naistentautien osasto 3 2013.)

Seuraavaksi hoidonvaraaja lähettää potilaalle kutsukirjeen ja tarvittaessa soittaa etukäteen potilaalle ja ehdottaa aikaa, jolloin voidaan paremmin välttyä peruutuksilta. Kutsukirjeessä käy selville käyntiaika osastolle, leikkausaika, ohjaus etukäteen tehtävistä laboratoriotutkimuksista sekä laboratoriolähete ja näytteenotto-ohje liitteenä, lyhyt kuvaus, mitä leikkausta edeltävällä käynnillä tapahtuu ja käyntiin tarvittavasta ajasta. Esikäyntiin eli päiväkäyntiin varataan aikaa noin kolme tuntia. Kutsukirjeessä on myös yhteydenotto-ohjeet sairastumisen ja leikkauksen peruuntumisen varalle, tiedot maksuista sekä lääkitykseen liittyviä asioita. Kutsukirjeen tavoitteena on, että potilas pystyy valmistautumaan tulevaan leikkaukseen järjeste-

lemällä koti- ja työasiat kuntoon. (Hilliaho 2014; Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien osasto 3 2013.)

Päiväkäynnillä osastolla potilas käy vielä tarvittavissa laboratoriotutkimuksissa ja thorax-kuvauksessa röntgenissä, tapaa leikkaavan lääkärin ja tarvittaessa myös anestesia-lääkärin. Hoitaja esittelee osaston, haastattelee, täyttää anestesia-lomakkeen käyttäen apuna esitietolomaketta ja antaa kirjalliset potilasohjeet. Kirjallisissa potilasohjeissa on leikkauksen kotihoito-ohje, seksuaalisuusohje, ohje leikkaukseen tulevalle, kipuohe ja tarvittaessa tromboosiprofylaksiaohje. Nämä käydään läpi hoitajan kanssa yhdessä ja myös peräruiskeen ohjaus annetaan suullisesti. Päiväkäynnillä myös tarkistetaan ja päivitetään lääkelista. Tietojen kirjaamista varten on olemassa fraasit, jotka toimivat samalla tarkistuslistana. Päiväkäynnin tavoitteena on, että käynnin jälkeen potilas on valmis leikattavaksi. (Hilliaho 2014; Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien osasto 3 2013.)

Leikkauspäivänä potilas tulee osastolle kotoa ja tästä tulee lyhenne LEIKO. Potilaalle annetaan tarvittavaa ohjausta leikkauspäivää varten ja annetaan tietoa leikkauspäivän aikataulusta. Tällöin myös kerrataan Fast track -mallin mukaista toipumista. Tavoitteena on, että potilas siirtyy leikkaussaliin hyvin valmentautuneena ja turvallisella mielellä. Turvallinen siirtyminen osastolta leikkaussaliin varmistetaan käytössä olevan tarkistuslistan avulla. Perioperatiivisessa ohjauksessa leikkauksosastolla ja heräämövaiheessa potilas saa koko ajan tietoa tapahtuvista asioista, jolloin potilas kokee olonsa turvallisesti. (Hilliaho 2014; Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien osasto 3 2013.)

Postoperatiivisessa ohjauksessa osastolla potilas saa toipumista edistävää neuvontaa koko postoperatiivisen hoitoprosessin ajan. Leikkauksen jälkeisessä ohjauksessa potilas saa tietoa muun muassa liikkumisesta ja haavanhoidosta. Leikkaavalta lääkäriltä potilas saa tietoa tehdystä leikkauksesta, mahdollisesta jatkohoidosta ja/tai jälkitarkastuksesta tai tarvittavista kontroleista. Tavoitteena on mahdollistaa nopea ja turvallinen kotiutuminen ja selviytyminen kotona. Kotiin lähtiessä annetaan sairaslomatodistus sekä reseptit, sovitaan jälkitarkastus tai kontrolli, ohjataan ompeleiden poistosta, kerrataan kotihoito-ohjeita painottaen tärkeimpiä asioita ja kerrataan tromboosiprofylaksian pistämistä. Tarvittaessa ane-

taan mukaan päivitetty lääkelista ja laboratoriokertymä sekä muistutetaan virtsanäytteen otosta. Epikriisi lähetetään kotiin. (Hilliaho 2014; Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien osasto 3 2013.)

## **2.5 Aikaisemmat tutkimukset**

Fast track -hoitomalleista tehdyt aikaisemmat tutkimukset käsittelevät pitkälti suolistopotilaan hoitoa. Tutkimuksissa selvitetään usein sairaanhoitajien kokemuksia nopean toipumisen hoitomallista tai yleisesti potilaiden toipumista. Koska fast track -hoitomalli on suhteellisen uusi asia, ei siitä ole kovin paljon tehty tutkimuksia Suomessa. Hoitomalli on sovellettavissa lähes kaikille erikoisaloille, suolistokirurgian lisäksi myös gynekologisille leikkauspotilaille. Honeysett ja McShane (2013) ovat tutkineet, mikä on potilaiden ennalta valitsemisen rooli heidän leikkaukseen valmistautumiseensa fast track -hoitomallissa. Tähän saakka on valittu vain tietyt potilaat, joilla hyödynnetään fast track -hoitomallia. Tutkimuksen mukaan kaikkien potilaiden kohdalla tulisi toteuttaa fast track -hoitomallin periaatteita, eikä valita vain muutamia kaikkien potilaiden joukosta.

Tialan (2013) pro gradu -tutkielmassa on tutkittu nopeutetun hoidon malleja sairaanhoitajien kokemusten kannalta. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta kokemusten nopeutetun hoidon malleista sairaanhoitajilla olevan enimmäkseen positiivisia kirurgisilla vuodeosastoilla. Potilaiden etu nopeasta kotiutumisesta koetaan sairaanhoitajien mielestä erityisen positiiviseksi asiaksi. Tutkimuksen mukaan säilyttämällä yksilöllisyys ja riittävät resurssit voidaan mahdollistaa mallien tuomat muutokset hoitotyöhön. (Tiala 2013.)

Norlykin ja Harderin (2010) mukaan nopea kotiutuminen tarkoitti potilaille muutosprosessia, jossa heidän huomionsa siirtyi leikkauksesta huolehtimisesta kohti paranemisvaihetta. Leikkauksesta toipuminen oli vain yksi ulottuvuus kotona pärjäämisessä, sillä heidän piti järjestellä arkielämänsä uusiksi. Toipuminen kotona aiheutti potilaille tunteita epävarmuudesta ja haavoittuvuudesta, mutta kotona oleminen toi toipumisen tunteen. Myös omaisilta ja läheisiltä saatiin tukea ja turvaa sekä yhteenkuuluvuuden tunnetta. Kotiohjeiden noudattaminen vei potilailta paljon voimia ja vaati päättäväisyyttä, mutta suorittamalla niitä he kokivat tyytyväisyyttä ja

ansainneensa levon. Jotta potilaat pärjäisivät kotiutumisen jälkeen mahdollisimman hyvin, tulee heidän hoitonsa suunnitella yksilöllisesti heidän omien normien ja arvojen mukaan. (Norlyk & Harder 2010.)

Leikkaushoidon jälkeen potilailla on huomattava riski ileukseen eli suolen tukkeumaan tai suolilamaan. Eri suolitukostyyppien syihin liittyy usein aikaisempi leikkaus ja syynä voi olla esimerkiksi leikkauksen jälkeiset kiinnikkeet. (Mustajoki 2015; Mäkelä 2015.) Wardin (2012) tutkimuksen mukaan fast track -hoitomallilla on saatu hyviä tuloksia leikkauksen jälkeisen ileuksen ennaltaehkäisemiseen. Tutkimukseen osallistui 38 henkilöä, joista 20:lle tehtiin leikkaus fast track -hoitomallin mukaisesti. Tuloksissa ilmeni, että fast track -hoitomallin ja perinteisen hoitomallin välillä oli huomattava ero tilastollisesti seuraavissa kohdissa leikkauksen jälkeen: istumaan pääseminen tuoliin tunneissa, ensimmäinen siirtyminen vuoteessa tunneissa, kestopatentin poistamisessa ja ensimmäisen nestemäisen aterian saamisessa sekä sairaalassaolon pituudessa. Sairaalassaoloaika lyheni jopa 1,352 päivällä fast track -hoitomallilla hoidetuilla potilailla, ja samalla myös leikkauksen jälkeiset komplikaatiot vähenivät. Nämä kaikki johtavat potilaiden mukavuuden ja tyytyväisyyden lisääntymiseen. (Ward 2012.)

Fast track -hoitomallin on todettu Wodlinin, Nilssonin, Carlssonin ja Khølhedein (2011) tutkimuksessa vähentävän kuluja sekä leikkauksessa että leikkauksen jälkeen. Kohdunpoistossa spinaalipuudutuksen käyttö vähentää huomattavasti leikkauksen jälkeisiä oireita toipumiseen liittyen ja kustannuksia verrattuna pelkässä yleisanestesiassa tehtyä leikkausta. Kustannuksissa otettiin huomioon leikkauksessa käytetyt materiaalit, anestesiologin palkka, osastolla vietetyn ajan kustannukset ja sairauslomat. (Wodlin, Nilsson, Carlsson & Khølhede. 2011.)

Husted, Holm & Jacobsen (2008) tekivät tutkimuksen sairaalassaoloajan pituuden ennusteesta ja potilaan tyytyväisyydestä lonkka- tai polviproteesileikkauksen jälkeen. Tutkimuksessa todettiin, että nopean toipumisen hoitomallia hyödynnettäessä sairaalassaoloaika lyheni kahdeksasta päivästä 3,8 hoitopäivään. Tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan löydetty yhteyttä siihen, että esikäynti olisi vaikuttanut sairaalassaoloajan pituuteen. Eniten vaikuttivat naissukupuoli, yksinasuminen, ikä sekä leikkauksen viikonpäivä pidempään sairaalassa olemiseen. Potilaiden tyyty-



väisyys fast track -hoitomalliin oli tutkimuksen tulosten perusteella todella korkea. Potilaiden tyytyväisyys kertoi siitä, että lonkka- ja polviproteesileikkauksissakin lyhyestä sairaalassaoloajasta on hyötyä. (Husted, Holm & Jacobsen 2008.)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, kuinka fast track -mallilla hoidettujen elektiivisten gynekologisten leikkauspotilaiden ohjaus toteutuu hoitoprosessin eri vaiheissa. Opinnäytetyön tavoitteena on, että saatuja tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa potilaiden ohjauksen kehittämisessä. Lisäksi kyselylomakkeessa kerätään potilailta kirjallista palautetta annettavaksi naistentautien osastolle. Tutkimusongelmiksi muodostuivat seuraavat:

- 1) Miten fast track -mallilla hoidettujen gynekologisten leikkauspotilaiden ohjaus on toteutunut hoitoprosessin eri vaiheissa?
- 2) Miten fast track -mallilla hoidettujen gynekologisten leikkauspotilaiden ohjausta tulee kehittää?

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvaamme, miten olemme toteuttaneet opinnäytetyömme. Käsittelemme osioissa toimintaympäristöä ja tutkittavia, lähestymistapaa, menetelmää ja aineistonkeruuta sekä aineiston analysointia. Olemme käyttäneet teorian tietoa oman tekstimme tukena kirjoittaessamme toteutuksen eri vaiheista.

### 4.1 Toimintaympäristön ja tutkittavien kuvaus

Toteutimme opinnäytetyömme Keski-Pohjanmaan keskussairaalan Naistentautien ja synnyttäjien vuodeosastolle 3. Se on osa naistenklinikkaa, ja vuodeosastolla hoidetaan kaikenikäisiä naisia naistentaudeista synnytyksiin. Nykyään emättimen kautta tehdään kohdunpoistoja naistentautipotilailla enemmän kuin leikkauksia tähytysmenetelmin. Kohdunpoisto, laskeumien korjaukset sekä munasarjoihin tehtävät leikkaukset ovat yleisimpiä leikkauksia. Virtsanpidätyskyvyn korjausleikkaukset tehdään päiväkirurgisessa toiminnassa, mutta potilaat tulevat tarvittaessa jatkoseurantaan osastolle. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014.)

Tutkimuksemme kohdistui kaikkiin Fast track -mallilla suoritettaviin gynekologisiin leikkauspotilaisiin. Fast track -hoitomallia toteutetaan jokaisen potilaan kohdalla, joten perusjoukkona oli kaikki naistentautien alkuvuoden 2015 elektiiviset leikkauspotilaat. Lisäksi naistentautien osastolla on satunnaisesti päivystyksellisiä potilaita, mutta heitä emme ottaneet mukaan tutkimukseen. Halusimme yleisesti tietää potilaiden ohjauksen toteutumisen ja varmistaa tutkittavien riittävän määrän. Naistentautien osaston sihteeri antoi lomakkeet kaikille fast track -mallilla hoidetuille elektiivisille gynekologisille leikkauspotilaille. Potilaat saivat itse päättää osallistumisestaan tutkimukseen, joten meillä oli itsevalikoituva näyte. Koska käytimme näytettä, emme voineet tehdä perusjoukkoa koskevia päätelmiä. Naistentautien elektiivisiä leikkauksia on vain noin 2–3 viikoittain, ja koska tiedostimme, etteivät kaikki potilaat tule kyselyyn vastaamaan, tavoitteenamme oli saada vähintään 40–60 kyselylomaketta takaisin.

## 4.2 Lähestymistapa, menetelmä ja aineiston keruu

Lähestymistapamme opinnäytetyöhön on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jonka avulla voidaan selvittää kysymyksiä liittyen lukumääriin ja prosenttiosuuksiin. Riittävän laaja ja edustava otos on edellytyksenä määrälliselle tutkimukselle. Tietynhetkinen tilanne saadaan usein selvitettyä määrällisen tutkimuksen avulla, mutta riittävään asioiden syiden selvittelyyn tarvitaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. (Heikkilä 2014.) Määrällinen tutkimus kohdentuu muuttujien mittaamiseen ja niiden välisten yhteyksien tarkasteluun sekä tilastollisten menetelmien käyttöön. Muuttujat olivat esimerkiksi vastaajien taustatietoja, vastaajien tyytyväisyyttä hoitoon tai ohjauksen vaikutusta kivun lievittymiseen. Tutkimuksemme toteutui poikittaistutkimuksena, jossa aineisto kerättiin kerran eikä pidemmän ajan kuluessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55–57.)

Tutkimuksemme oli niin sanottu survey-tutkimus, jossa käytimme suunnittelemaamme strukturoitua kyselylomaketta (LIITE 2) (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55–57). Kyselylomakkeessamme käytimme Likertin asteikkoa, joka on ”tavallisesti 4- tai 5-portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko, jossa toisena ääripäänä on useimmiten *täysin samaa mieltä* (tai samaa mieltä) ja toisena ääripäänä *täysin eri mieltä* (tai eri mieltä)” (Heikkilä 2014). Kyselylomakkeemme asteikon väittämä 1 tarkoitti *täysin eri mieltä* ja 5 *täysin samaa mieltä*, väittämä 3 tarkoitti *en osaa sanoa*. Kyselylomakkeemme osiot ja väittämät perustuivat opinnäytetyön tietoperustaan ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Tutkimuslupa myönnettiin 15.12.2014. Luvan myönsi Keski-Pohjanmaan keskussairaalan hallintoylihoitaja (LIITE 3).

Kyselylomakkeen alussa on taustatietoja kerääviä kysymyksiä. Lomakkeessa kysymyksiin vastattiin asteikoiden 1–5 avulla. Kysymykset analysoimme kvantitatiivisilla menetelmillä. Havaintoaineistoa analysoimme tilastollisin analyysimenetelmin ja tässä käytimme SPSS-tilastointiohjelmaa. Kuvasimme saadut tulokset prosentteina, frekvensseinä sekä ristiintaulukointina. Lisäksi lopussa oli yksi avoin kysymys, johon vastaajat kirjoittivat halutessaan palautetta naistentautien osastolle. Tätä emme erikseen analysoineet, mutta koosteen palautteet olemme luvanneet antaa osaston käyttöön opinnäytetyön valmistuttua.

Valitsimme kvantitatiivisen lähestymistavan työelämän toiveesta. Naistentautien osaston sairaanhoitajien mukaan gynekologiset asiat olisivat voineet olla potilaille henkilökohtaisia, joista ei juuri haluta puhua. Potilaiden oli helpompi ja nopeampi vastata kotonaan kyselylomakkeella, toisin kuin että olisimme sopineet esimerkiksi haastatteluajat. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä saimme kattavan tiedon ohjauksen toteutumisesta leikkauspotilailla, kun vastaajia oli enemmän. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä oli myös meille henkilökohtaisesti ominaisempi tapa lähestyä tätä aihetta ja tutkimusta. Esitestasimme kyselylomakkeen kahdella henkilöllä ja esitestauksen perusteella joitakin lause- tai sanamuotoja muutettiin. Kyselylomakkeen yhteydessä potilaille annettiin mukaan saatekirje, jossa tuli ilmi tärkeimmät tiedot tutkimuksesta (LIITE 1).

Aloitimme aineistonkeruun alkuvuodesta 2015. Tällöin Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa oli jo aloitettu fast track -mallin toteuttaminen ja sekä hoitajat että lääkärit olivat perillä menetelmistä eri hoitoketjun vaiheissa. Aineistonkeruun toteutimme siten, että annoimme naistentautien osaston sairaanhoitajille 50 kappaletta kyselylomakkeita sekä ohjeet toimintatavasta. Naistentautien hoitajat tai osastonsihteerit antoivat kyselylomakkeet potilaille mukaan kotiutusvaiheessa. Tutkimukseen osallistuvat potilaat vastasivat kyselylomakkeeseen sairaslomansa loppupuolella, kun koko hoitoketju oli käyty läpi. Vastaamisensa jälkeen vastaajat lähettivät lomakkeet takaisin naistentautien osastolle. Hankimme etukäteen kirjekuoret ja postimerkit, jotka naistentautien osasto kustansi. Kirjekuoreen kirjoitettiin valmiiksi sairaalan osoite, naistenklinikka ja osastonhoitajan nimi.

Vastauslomakkeita otimme vastaan kesäkuulle 2015 saakka. Aineistonkeruu-aika oli suunniteltua pidempi, sillä leikattuja potilaita oli vain muutama viikoittain. Lisäksi osa potilaista siirrettiin toiselle osastolle remonttien ja sulkujen vuoksi, emmekä ottaneet näitä potilaita mukaan tutkimukseen ollenkaan. Kyselylomakkeita myös palautui huomattavasti pienempi määrä kuin oli suunniteltu. Määrällisessä kyselylomaketutkimuksessa meidän täytyi huomioida pitkä aineistonkeruu-aika, sillä leikattavia potilaita oli tietty määrä viikoittain. Kesän ja alkusyksyn aikana analysoimme aineiston ja aloitimme opinnäytetyön raportin kirjoittamisen. Tutkimuksen tulokset esitämme naistentautien osastolle osastotunnilla marraskuussa 2015.

### 4.3 Aineiston analyysi

Määrällisellä tutkimuksella syntyvän havaintoaineiston hankimme kyselyllä, jossa vastaaja itse täyttää lomakkeen (Kallio, Korhonen & Salo 2003, 66). Kyselylomakkeemme useat eri muuttujat eli kysymykset ja väittämät muodostavat yhdessä mittarin (Karjalainen 2010, 18). Kyselylomakkeen (LIITE 2) muodostimme itse opinnäytetyömme ohjaajan kanssa. Mittari muodostui viidestä osiosta: taustatiedot, ennen leikkausta, leikkauspäivän aamu, leikkauksen jälkeen ja ohjaus. Väittämät pohjautuivat aikaisempaan teoriatietoon sekä aikaisempiin tutkimuksiin. Kyselyyn vastaajat valitsivat parhaiten mielipidettään kuvaavan väittämän.

Perusjoukkoon voidaan määritellä kuuluvan kaikki tutkimuksen yksilöt, elementit, objektit tai tapahtumat. Tutkimuskohteen muodostamaa joukkoa voidaan kutsua myös kohdejoukoksi. (Karjalainen 2010, 17; Kallio ym. 2003, 68.) Omassa tutkimuksessamme perusjoukkona oli kaikki alkuvuoden 2015 aikana leikatut naistentautien elektiiviset leikkauspotilaat. Tutkittavaa ominaisuutta kutsutaan muuttujaksi (Karjalainen 2010, 18). Perusjoukon alkioista voidaan käyttää vain osaa, jolloin aineistona on niin sanottu otos tai näyte (Kallio ym. 2003, 68). Potilaat saivat itse päättää osallistumisestaan tutkimukseen, joten meillä oli itsevalikoituva näyte. Koska käytimme näytettä, emme voineet tehdä perusjoukkoa koskevia päätelmiä tai yleistyksiä. (Kallio ym. 2003, 68–69.)

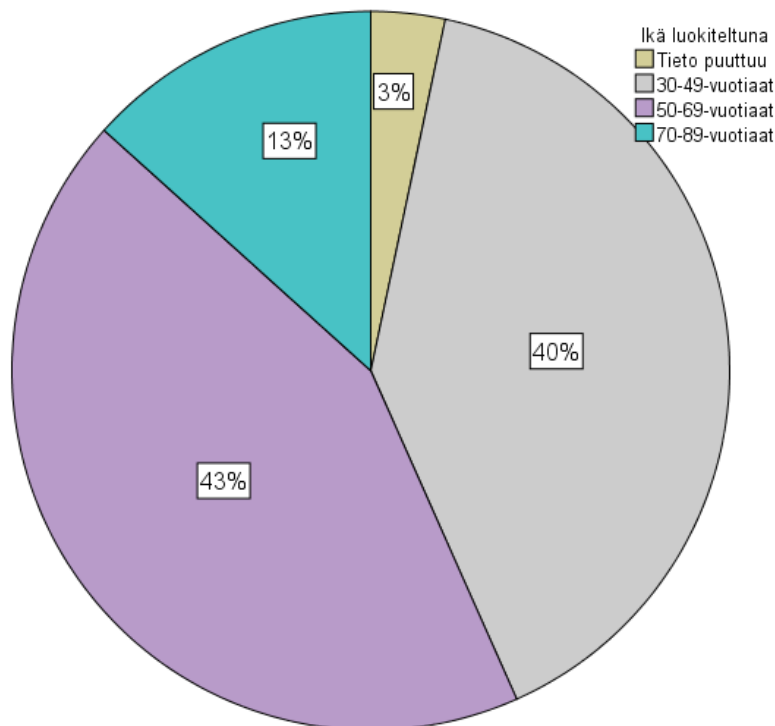
Havaintoaineiston analysoimme tilastollisin analyysimenetelmin ja tässä käytimme SPSS-tilasto-ohjelmaa (Statistical Package for Social Sciences 23.0). Kuvassimme saadut tulokset prosentteina, frekvensseinä sekä ristiintaulukointina. Frekvenssillä tarkoitetaan havaintojen lukumäärää tietyssä havaintoluokassa (Kallio ym. 2003, 78). Ristiintaulukoinnissa tutkitaan kahta eri muuttujaa ja niiden välisiä riippuvuuksia, jolloin suoritetaan kaksiulotteinen jakauma (Karjalainen 2010, 42.) Kyselylomakkeen tulosten esittämisen apuna käytimme erilaisia kuvioita, pylväsdiagrammeja ja taulukoita. Saadut tulokset kuvaavat tämänhetkistä potilaiden tyytyväisyyttä saadusta ohjauksesta.

## 5 TULOKSET

Tulososuudessa kerromme tiivistetysti kyselylomakkeilla saaduista vastauksista. Analysoinnissa olemme käyttäneet SPSS-tilasto-ohjelmaa ja tulokset esitämme kuvioden ja taulukoiden avulla. Kyselylomakkeemme on jaettu viiteen osioon, jotka olivat taustatiedot, ennen leikkausta, leikkauspäivän aamu, leikkauksen jälkeen sekä ohjaus.

### 5.1 Taustatietoja

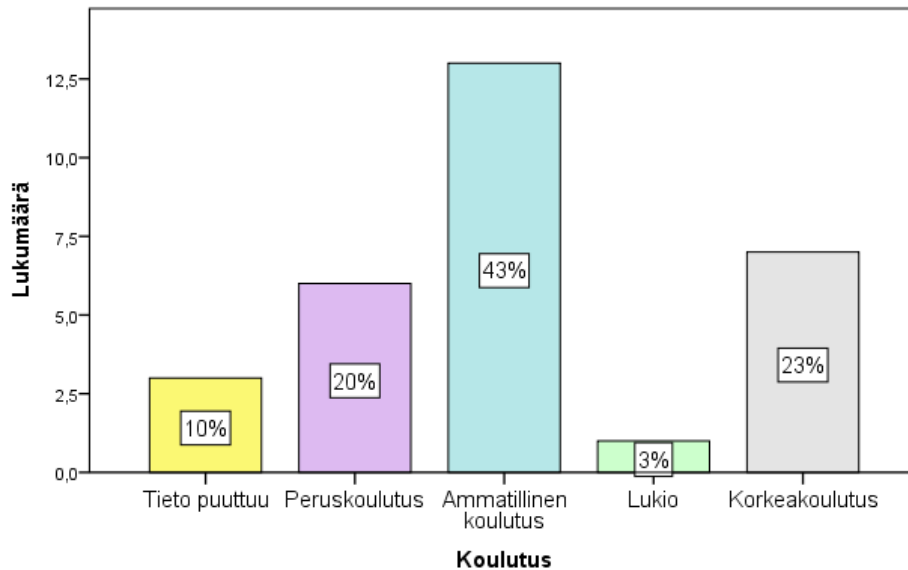
Kyselylomakkeita jaettiin 50 kappaletta ( $N = 50$ ) ja niitä palautettiin 30 kappaletta. Vastausprosentiksi muodostui 60 %. Kaikkiin taustatietoihin ei vastattu, mutta vastaajien ikäjakauma oli 31–83 vuotta. Luokittelimme iät kolmeen ryhmään: 30–49-vuotiaat, 50–69-vuotiaat ja 70–89-vuotiaat (KUVIO 1). Kaikki vastaajat olivat naisia.



KUVIO 1. Ikäjakauma opinnäytetyöhön osallistuneista (%)

Suurin osa vastaajista oli käynyt ammatillisen koulutuksen ( $n = 13$ ). Toiseksi eniten vastaajista oli korkeakoulussa kouluttautuneita ( $n = 7$ ) ja lähes saman verran peruskoulussa olleita ( $n = 6$ ). Neljän vastaajan kohdalta puuttui tieto koulutuksesta kokonaan tai vastausvaihtoehdoista oli valittu useampi vaihtoehto. (KUVIO 2.)

Suurimmalle osalle vastaajista oli tehty jokin aikaisempi leikkaus (n = 20). Leikkauksia ei ollut tehty aikaisemmin yhdeksälle vastaajista. Yksi osallistujista ei vastannut tähän kysymykseen. Osallistujista lähes kaikki vastasivat, että heitä ei ole aikaisemmin hoidettu nopean toipumisen periaatteiden mukaan (n = 23). Neljää oli hoidettu kyseisten periaatteiden mukaan ja kolme ei vastannut kysymykseen. (TAULUKKO 1.)



KUVIO 2. Koulutusten jakautuminen (%)

TAULUKKO 1. Aikaisemmat leikkaukset ja aikaisempi hoito nopean toipumisen hoitomallin mukaan (f)

		Aikaisempi fast track		Yhteensä
		Kyllä	Ei	
Aikaisemmat leikkaukset	Kyllä	4	14	18
	Ei	0	9	9
Yhteensä		4	23	27

## 5.2 Hoitoprosessin vaiheet

Tässä osiossa käsittelemme sitä, miten ohjaus ja hoito on toteutunut hoitoprosessin eri vaiheissa. Hoitoprosessi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat preoperatiivinen, intraoperatiivinen sekä postoperatiivinen. Olemme nämä käsitteet avanneet aikaisemmin tietoperustassa.



### 5.2.1 Ennen leikkausta

Taustatietojen jälkeen selvitimme, olivatko tutkimukseen osallistuneet potilaat tavanneet nukutuslääkärinä ennen leikkausta. Vastajista 50 % ei ollut tavannut nukutuslääkärinä ja 40 % oli tavannut. Yksi ei ollut vastannut kysymykseen. (TAULUKKO 2.) Ennen leikkausta leikkaavan lääkärin oli tavannut 22 henkilöä. Vastavasti kolme ei ollut tavannut leikkaavaa lääkärinä etukäteen.

TAULUKKO 2. Nukutuslääkärin tapaaminen ennen leikkausta (f)

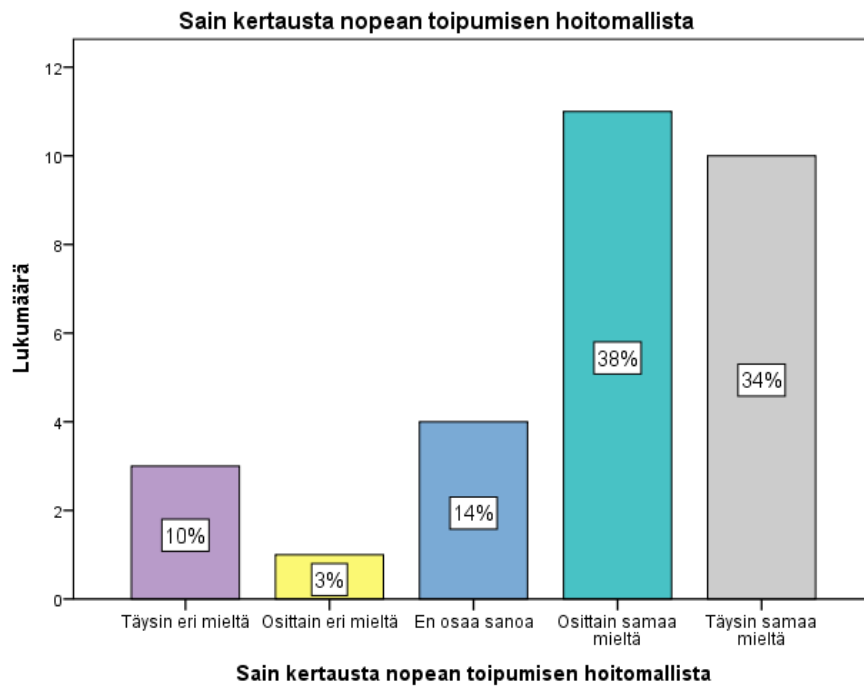
		Lukumäärä	Prosentti
Valid	Täysin eri mieltä	15	50,0
	Osittain eri mieltä	1	3,3
	Osittain samaa mieltä	1	3,3
	Täysin samaa mieltä	12	40,0
	Vastauksia yhteensä	29	96,7
Ei vastausta		1	3,3
Yhteensä		30	100,0

Lähes kaikki vastaajista oli täysin samaa mieltä, että olivat saaneet sairaanhoitajalta tarpeeksi tietoa hoidostaan edeltävällä päiväkäynnillä. Neljä vastaajista oli osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Sairaalassaoloajan arvioidusta pituudesta sai tietoa 24 vastaajaa. Osittain samaa mieltä oli kolme vastaajaa. Yksi ei osannut sanoa ja täysin eri mieltä oli yksi vastaajista. Vastaajista lähes kaikki olivat sitä mieltä, että he saivat esittää hoitoonsa liittyviä kysymyksiä. Yksi vastaajista oli osittain samaa mieltä ja yksi henkilö ei vastannut väittämään. Vastanneista kaikki (97 %) saivat kirjallisia ohjeita toimenpiteeseensä liittyen.

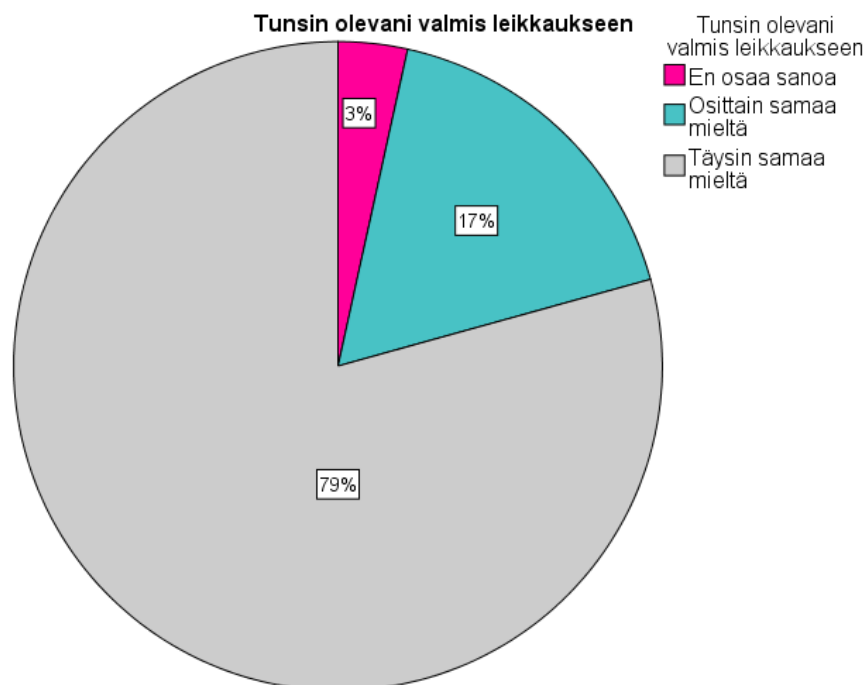
### 5.2.2 Leikkauspäivän aamu

Suurin osa vastaajista (n = 18) koki saaneensa tietoa leikkauspäivän kulusta. Osittain samaa mieltä oli kymmenen vastaajaa. Nopean toipumisen hoitomallista ker- tausta kokivat vastaajat saaneen vaihtelevasti. Täysin samaa mieltä oli kymmenen vastaajaa ja osittain samaa mieltä 11. Väittämään ei osannut vastata neljä osallistujaa, täysin eri mieltä oli kolme. (KUVIO 3.) Potilaat kokivat lähes poikkeuksetta siirtyneensä leikkaussaliin hyvin valmentautuneena tai olivat osittain samaa mieltä

väittämästä. Kaksi ei vastannut kysymykseen. Suurin osa osallistuneista (n = 28) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että he tunsivat olevansa valmiita leikkaukseen (KUVIO 4; TAULUKKO 3.)



KUVIO 3. Saatu kertaus nopean toipumisen hoitomallista (%)



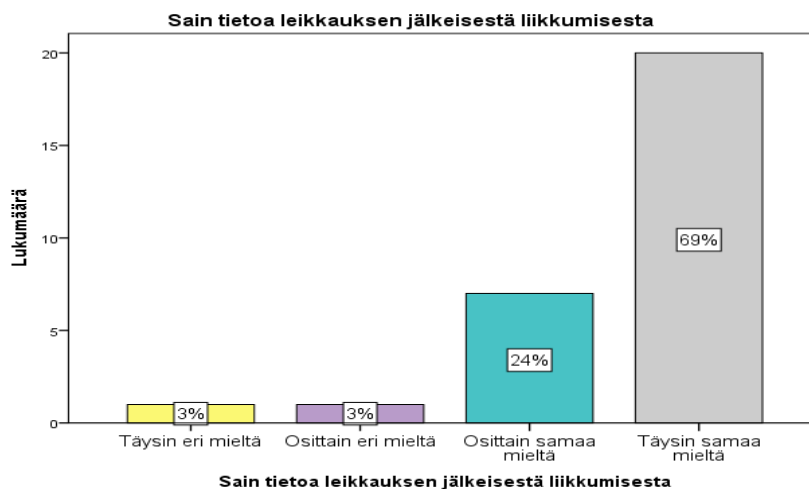
KUVIO 4. Valmius leikkaukseen (%)

TAULUKKO 3. Ristiintaulukointi valmiudesta leikkaukseen ja leikkaavan lääkärin tapaamisesta ennen leikkausta (f, %)

		Tunsin olevani valmis leikkaukseen			Yhteensä
		En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	
Tapasin leikkaavan lääkärin ennen leikkausta	Täysin eri mieltä	1 100,0%	0 0,0%	2 8,7%	3 10,3%
	En osaa sanoa	0 0,0%	0 0,0%	2 8,7%	2 6,9%
	Osittain samaa mieltä	0 0,0%	0 0,0%	2 8,7%	2 6,9%
	Täysin samaa mieltä	0 0,0%	5 100,0%	17 73,9%	22 75,9%
Yhteensä		1	5	23	29

### 5.2.3 Leikkauksen jälkeen

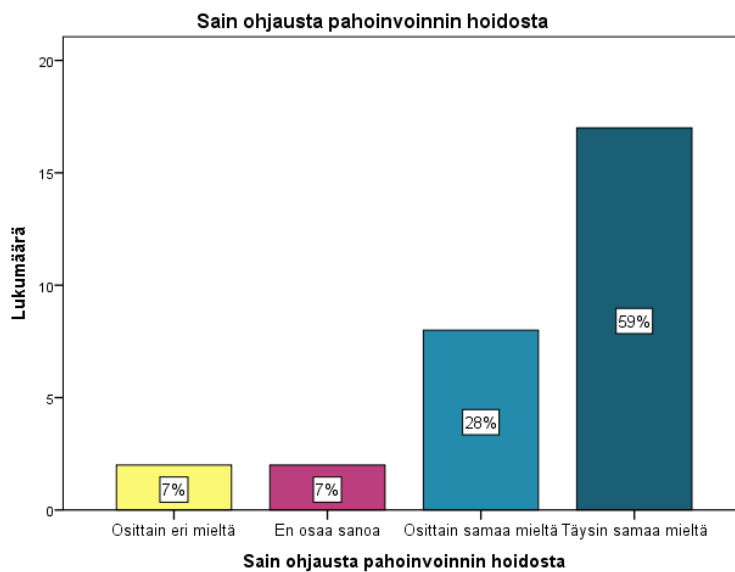
Tietoa siitä, miten leikkaus oli sujunut, vastaajat kokivat saaneen hyvin. 15 vastaajaa oli täysin samaa mieltä väittämästä ja 13 osittain samaa mieltä. Täysin samaa mieltä lähes kaikki (n = 26) olivat siitä, että heidät huomioitiin yksilöllisesti. Tutkimukseen osallistujat kokivat saaneensa riittävästi kipulääkitystä (n = 27). Vastaajista 20 koki saaneensa tietoa leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta, 7 oli osittain samaa mieltä väittämästä (KUVIO 5). Haavanhoidosta tietoa oli saatu hyvin (n = 24). Potilaista kaikki olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että kokivat olevansa valmiita kotiutumaan.



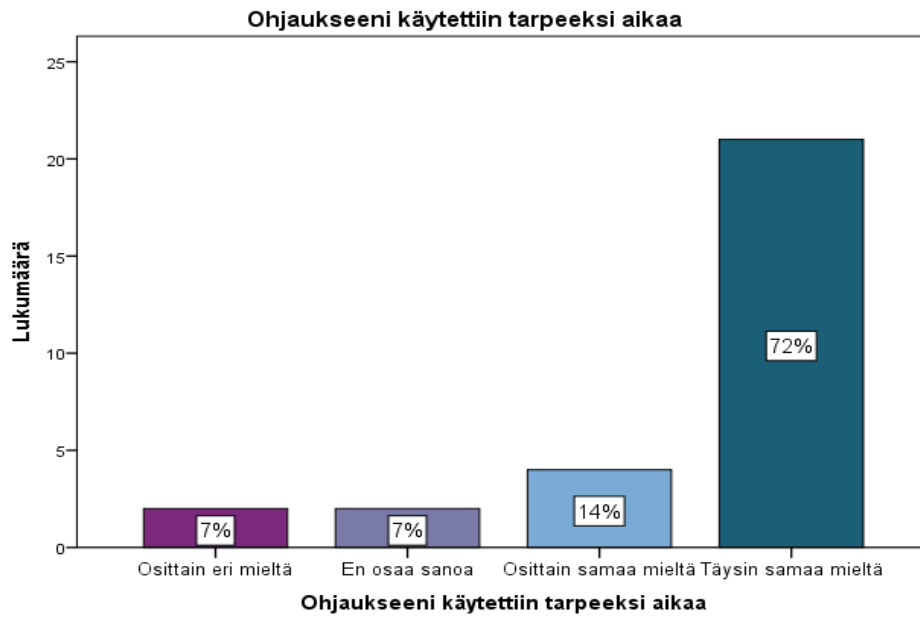
KUVIO 5. Saatu tieto leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta (%)

### 5.3 Ohjaus

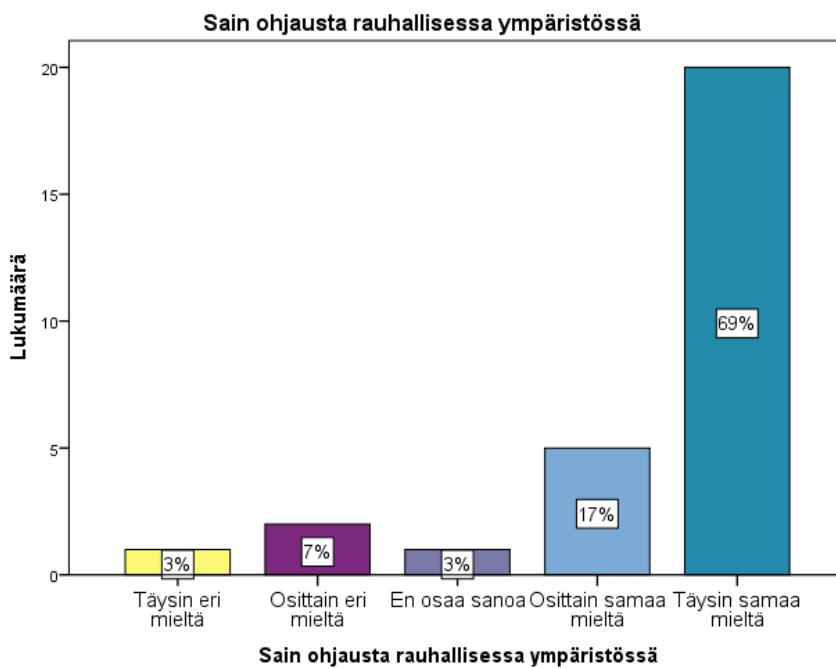
Opinnäytetyöhömmä vastaajista suurin osa (93 %) oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että he kokivat saamansa ohjauksen tarpeelliseksi. Myös kivunhoidosta saadut vastaukset olivat samaa luokkaa (93 %). Kokemukset saadusta pahoinvoinnin hoidon ohjauksesta vaihtelivat, mutta kuitenkin 17 vastaajaa oli väitteen kanssa samaa mieltä (KUVIO 6). Kaikki potilaat olivat täysin tai osittain sitä mieltä, että heitä kuunneltiin ohjaustilanteissa. Ohjaukseen käytetystä ajasta vastaajilla oli eri kokemuksia. Täysin samaa mieltä oli suurin osa eli 70 %. Osittain eri mieltä oli kaksi vastaajaa ja samoin kaksi ei osannut vastata kysymykseen. Osittain samaa mieltä oli 13 % (KUVIO 7). Ohjaus tapahtui vastaajien mukaan pääasiassa rauhallisessa ympäristössä, mutta täysin tai eri mieltä oli kolme vastaajaa (KUVIO 8). Osittain tai täysin samaa mieltä vastaajista lähes kaikki (93 %) koki saaneensa sopivasti tietoa ohjaustilanteissa, mutta myös täysin eri mieltä oltiin (7 %).



KUVIO 6. Saatu ohjaus pahoinvoinnin hoidosta (%)



KUVIO 7. Ohjaukseen käytetty aika (%)



KUVIO 8. Ympäristön rauhallisuus ohjaustilanteissa (%)

## 6 POHDINTA

Pohdintaosuudessa käsittelemme opinnäytetyön luotettavuutta ja etiikkaa, ja kuinka nämä ovat toteutuneet meidän tutkimuksessamme. Lisäksi olemme pohtineet tutkimusmenetelmää, tuloksia, jatkotutkimusaiheita sekä oppimisprosessia. Pohdinnassa tuomme esille omia ajatuksiamme opinnäytetyöprosessista, ja lisäksi olemme käyttäneet teorian tietoa sekä aikaisempia tutkimuksia pohdintamme tueksi.

### 6.1 Luotettavuus

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla. Analyysin johdonmukaisuutta sekä mittaustulosten toistettavuutta tarkoitetaan reliabiliteetilla. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen aineiston analyysimittareiden tulee olla päteviä ja mitata sitä, mitä on tarkoituskin. Validissa tutkimuksessa ei ole systemaattisia virheitä, ja se antaa oikeita tuloksia keskimäärin. (Heikkilä 2014; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–210; Karjalainen 2010, 23.)

Omassa työssämme validius pyrittiin etukäteen varmistamaan painottamalla huolelliseen suunnitteluun ja harkittuun tiedonkeruuseen. Kysymysten tuli olla oikeita asioita mittaavia, yksiselitteisiä ja koko tutkimusongelman kattavia. Perusjoukon oli oltava määritelty selkeästi ja otoksen oltava edustava. Vastausprosentin tulisi olla mahdollisimman korkea. (Heikkilä 2014.) Ongelmaksi muodostui liian vähäinen vastaajamäärä, mihin emme voineet juuri itse vaikuttaa. Täten vastausprosentti jäi melko pieneksi. Kyselylomakkeesta saimme kuitenkin selkeän ja johdonmukaisen pitämällä lomakkeen yksinkertaisena, lyhyenä ja suoraviivaisena. Luotettavuutta lisäsimme esitestaamalla lomakkeen, jolloin mahdolliset virheet tulivat esille. Esitestaamalla saimme selville kysymysten sopivan määrän ja kysymyssarjojen pituuden. Kyselylomakkeeseen jäi kuitenkin merkitsemättä tieto lomakkeen kaksipuolisuudesta, jolloin osa vastaajista vastasi vain toiselle sivulle.

Reliaabelin tutkimuksen edellytyksenä on tarkkojen ja ei-sattumanvaraisten tulosten antaminen. Tutkimuksen tulee olla myös toistettavissa niin, että tulokset

ovat samanlaiset. Otoksen tulee olla tarpeeksi suuri ja edustava. Huolellisuutta ja virheettömyyttä painotetaan tiedonkeruussa, tulosten syöttämisessä ja niiden käsittelyssä. (Heikkilä 2014.) Opinnäytetyömme otoksen olisi pitänyt olla suurempi, mutta tämä olisi vaatinut pidempää tiedonkeruuaikaa. Saadut tulokset syötimme ja käsitelimme mahdollisimman huolellisesti. Koemme, että tutkimus on toistettavissa, ja näin ollen sen olevan reliaabeli.

Osastolla oli käynnissä samaan aikaan toinen kysely, jonka vuoksi kaikille potilaille jaettiin kaksi kyselylomaketta. Tämä saattoi vaikuttaa siihen, että osa jätti vastaamatta kyselyyn. Emme tehneet ruotsinkielistä lomaketta, jolloin täysin ruotsinkieliset potilaat jäivät kokonaan tutkimuksen ulkopuolelle. Naistentautien osastolla käynnistettiin remontti kesken tutkimuksen, jolloin osa potilaista siirtyi kokonaan toisen osaston potilaiksi. Yhdessä ohjaajiemme kanssa sovimme, ettemme ota kyseisiä potilaita mukaan tutkimukseen, sillä tutkimus oli osoitettu juuri naistentautien osaston potilaille. Kaiken kaikkiaan vastaajia oli hyvin vähän määrällisen tutkimuksen luotettavuutta mittaamaan tutkijoista riippumattomista syistä. Pidensimme kuitenkin vastausaikaa ja otimme lomakkeita vastaan vielä myöhemminkin, jotta saisimme mahdollisimman paljon lomakkeita takaisin. Koska vastaajia oli vain vähän, laadullisella tutkimuksella olisimme voineet saada luotettavampia tutkimustuloksia.

Tutkimukseen vastanneet potilaat saattoivat vähentää luotettavuutta ymmärtämällä väärin kysymyksiä, vastaamalla väärään aikaan, kuten esimerkiksi liian kauan leikkauksen jälkeen. Tutkimustuloksista voidaan olettaa, että kaikki potilaat eivät ymmärtäneet nopean toipumisen käsitettä, jolloin osaan väittämistä jätettiin vastaamatta. Osaan kysymyksistä oli myös vastattu useampaan kohtaan, jolloin emme voineet käyttää näitä vastausten analysoinnissa.

Säilytimme lomakkeita asianmukaisesti ja luotettavasti koko tutkimusprosessin ajan. Analyysimenetelmämme olivat sopivia määrälliselle tutkimukselle, mutta SPSS-tilastointiohjelma ei sinänsä ollut tuttu meille aikaisemmin. Emme ehkä siis osanneet hyödyntää erilaisia analyysimenetelmiä parhaalla mahdollisella tavalla. Tarkoituksena oli käyttää muun muassa ristiintaulukointia, mutta se osoittautui epäluotettavaksi analyysimenetelmäksi vähäisten vastausten vuoksi. Pohdinta-

osuuteen olemme käyttäneet paljon aikaa ja olemme pyrkineet huomioimaan kaikki luotettavuutta vähentävät tekijät. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa oleellisesti käytettyjen lähteiden ja materiaalien sopivuus. Osa lähteistä on ollut melko vanhoja, mutta sisältö on pysynyt suurin piirtein samana esimerkiksi ohjauksen osalta.

## 6.2 Etiikka

Sana *etiikka* tulee kreikankielen sanasta "ethos". Tämä tarkoittaa hyvän ja pahan erottamista. Toisin sanoen etiikalla tarkoitetaan hyvää käyttäytymistä, joka edistää ihmisten sekä koko yhteiskunnan hyvinvointia. (Tilastokeskus 2006.) Opinnäytetyötä tehdessämme meidän täytyi toimia hyvän tieteellisen käytännön ja eettisten vaatimusten mukaan. Hyvässä tieteellisessä käytännössä tulee toimia huolellisesti, rehellisesti ja tarkasti, käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä avoimuutta julkaisemisessa. Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset tulee ottaa asianmukaisesti huomioon ja suunnittelussa, toteuttamisessa ja raportoinnissa tulee käyttää asetettuja vaatimuksia. Myös muun muassa aineistojen säilyttämisestä on sovittava etukäteen ja rahoituslähteistä sekä sidonnaisuuksista on ilmoitettava rehellisesti. Luvaton tekstin lainaaminen eli plagiointi on kiellettyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–228.)

Opinnäytetyöhömmme liittyi useita eettisiä kysymyksiä, joita olivat muun muassa tutkittavien tietosuojan, vapaaehtoisuuteen, turvallisuuteen sekä harmin aiheuttamiseen liittyvät asiat. Noudatimme tutkimukselle edellytetyjä käytäntöjä, kuten tutkimuslupakäytäntöjä. Tutkimuksemme kohteena olivat elektiiviset gynekologiset leikkauspotilaat ja heidän kokemuksensa ohjauksesta. Olimme sopineet työelämän kanssa, että he jakavat kyselylomakkeet. Tällä tavalla emme tienneet osallistujien henkilöllisyyttä. Hoitajat antoivat suullisen ohjeistuksen ja kyselylomakkeen lisäksi mukaan potilaille saatekirjeen (LIITE 2), jossa kerroimme tutkimuksen pääkohdat. Mukaan kotiin potilaat saivat myös postimerkillä varustetun kirjekuoren lomakkeen palautusta varten sekä meidän yhteystietomme.

Painotimme alusta asti osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä henkilöllisyyden salassa pysymistä. Potilaille ei aiheutunut kuluja eikä heidän henkilöllisyyttään tullut



esille missään vaiheessa. Kyselylomakkeet lähetettiin takaisin suljetuissa kirjekuorissa naistentautien osastolle, josta sitten haimme ne. Lomakkeet säilytettiin luotettavasti ja turvallisesti. Tutkimuksen valmistuttua huolehdimme lomakkeiden asianmukaisesta tuhoamisesta silppuroimalla ne. Vaitiolovelvollisuus säilyi koko opinnäytetyöprosessin ajan ja sen jälkeen.

### **6.3 Opinnäytetyön menetelmien tarkastelua**

Selvitimme potilaskyselyn avulla potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen fast track -hoitomallilla toteutetussa hoidossa. Tutkimuksen toteutimme Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien osastolle 3 ja aiheen valitsimme yhteisestä aihepankista. Aihe vaikutti mielenkiintoiselta ja koimme nopean toipumisen hoitomallin jakavan paljon mielipiteitä potilaiden keskuudessa. Ennakkokäsityksemme mukaan joillakin olisi sellainen käsitys, että nopealla kotiuttamisella pyritään lähinnä taloudelliseen voittoon sairaaloiden puolesta. Olimme kuitenkin kuulleet paljon hyvää fast track -mallista ja myös potilailta hyviä kokemuksia. Mielenkiintoa aiheeseen lisäsi sen ajankohtaisuus ja lisääntyvä yleistyminen.

Suomessa on fast track -hoitomallia tutkittu melko vähän. Myös kirjallisuutta on hyvin suppeasti, eikä esimerkiksi Henrik Kehletin kirjoja fast track -mallista ole suomennettuna saatavilla kaikista kirjastoista. Kansainvälisiä tutkimuksia on jo runsaasti, mutta varsinaisesti gynekologisten leikkauspotilaiden hoidosta tai ohjauksesta ei löydy erityisemmin aikaisempia tutkimuksia. Ohjauksesta, kirurgisista potilaista yleisesti ja gynekologisista leikkauspotilaista kirjallisuutta ja aikaisempia tutkimuksia on runsaasti, tosin osa lähteistä on jo melko vanhoja.

Opinnäytetyöprosessin aikana pohdimme nopean toipumisen hoitomallin käsitettä: mitä käsitteitä tulemme käyttämään tulevaisuudessa, kun nopeutettu hoito on niin sanotusti normaalia hoitoa? Jo nyt hoitomallia sovelletaan kaikilla potilailla esimerkiksi naistentautien osastolla, joten voimmeko puhua varsinaisesta hoitomallista? Myös Honeysett ja McShane (2013) puoltavat tutkimuksessaan sitä, että hoitomallia käytettäisiin kaikilla potilailla. Tutkimuslähteiden löytymiseen saattoi vaikuttaa juuri se, että fast track -hoitomalli on pikkuhiljaa tullut osaksi jokaisen potilaan hoitoa.

## 6.4 Tulosten tarkastelua

Tutkimustulosten perusteella potilaiden ohjaus on toteutunut hoitoprosessin eri vaiheissa pääasiassa hyvin, mutta myös parannusehdotuksia on löytynyt. Ohjausta tulee kehittää ainakin nopean toipumisen hoitomallia koskien, pahoinvoinnin hoidosta ja saadun tiedon määrästä. Ohjaukseen tulisi käyttää tarvittaessa enemmän aikaa, sen tulisi tapahtua rauhallisemmassa ympäristössä ja yksilöllisyys täytyisi ottaa paremmin huomioon.

Opinnäytetyön vastausprosentiksi muodostui 60 %. Tulokset eivät siis anna erityisen luotettavaa kuvaa leikkauspotilaiden ohjauksen toteutumisesta, mutta tulokset antavat suuntaa-antavan kuvan ohjauksen laadusta. Kyselylomakkeeseen vastanneista suurin osa oli 50–69-vuotiaita ja lähes saman verran 30–49-vuotiaita. Nuorempia potilaita ei tänä aikana leikattu ollenkaan, ja 70–89-vuotiaita oli 13 %. Tämä kertoo ikäjakaumasta gynekologisissa leikkauksissa ja myös siitä, että ikään-tyneemmilläkin potilailla voidaan hyödyntää nopean toipumisen hoitomallia (Honeysett & McShane 2013).

Tulosten mukaan suurin osa vastaajista oli käynyt ammatillisen koulutuksen, mutta koulutusten jakautumisen perusteella ei pystytty osoittamaan niiden vaikutusta ohjaukseen tai tyytyväisyyteen. Neljän vastaajan kohdalla tieto koulutuksesta puuttui kokonaan tai vastausvaihtoehdoista oli valittu useampi vaihtoehto. Vastausvaihtoehdoissa ei ollut sellaista vaihtoehtoa, että aikaisempaa koulutusta ei ole, mikä saattaa kertoa tyhjästä kohdista lomakkeissa. Iso osa potilaista oli ollut jossakin aikaisemmassa leikkauksessa, mutta aikaisemmin nopean toipumisen hoitomallilla oli hoidettu vain neljää vastaajista. Kolme ei vastannut kysymykseen aikaisemmasta hoidosta nopean toipumisen mallilla, mikä viitanee siihen, ettei kysymystä ymmärretty tai että he eivät olleet tietoisia nopean toipumisen hoitomallin määritelmästä.

Tutkimuksen tulosten perusteella hoitoon ja ohjaukseen oltiin pääasiassa erittäin tyytyväisiä. Tämä oletamus perustuu siihen, että suurimpaan osaan väittämistä oli vastattu *täysin samaa mieltä*. Olimme muotoilleet väittämät siten, että väittäminen 5 (*täysin samaa mieltä*) tarkoittaa positiivista mielipidettä. Myös aikaisemmat tut-

kimukset viittaavat tyytyväisyyteen nopean toipumisen hoitomallissa (Husted, Holm & Jacobsen 2008; Ward 2012). Olisimme kuitenkin voineet kysyä suoraan sitä, ovatko vastaajat olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja ohjaukseen. Tämän kyselylomakkeen tuloksia emme voi yleistää koskemaan yleisesti gynekologisia leikkauspotilaita.

Puolet kyselyyn osallistuneista eli ollut tavannut nukutuslääkärin ennen leikkausta tai oli osittain eri mieltä väittämästä. Nukutuslääkärin tapaaminen ennen leikkausta ei ole kuitenkaan oletuksena kaikilla potilailla vaan riippuu esimerkiksi potilaan perussairauksista ja iästä. Leikkaavan lääkärin ennen leikkausta oli tavannut suurin osa potilaista. Tuloksista huomasimme, että leikkaavan lääkärin tapaamisella oli vaikutuksia leikkaussaliin siirtymisessä. Leikkaussaliin siirryttiin selvästi paremmin valmentautuneena, kun leikkaava lääkäri oli tavattu aikaisemmin. Leikkaavan lääkärin tapaamisen jälkeen leikkaukseen koettiin oltavan myös selvästi valmiimpia. Pienen vastaajamäärän vuoksi emme kuitenkaan saaneet tilastollisia merkitsevyyksiä.

Edeltävällä päiväkäynnillä oli saatu pääosin tarpeeksi tietoa sairaanhoitajalta. Lapsipotilaiden vanhempien on tutkittu yliarvoineen sairaalassaoloajan pituuden (Jawahar & Scarisbrick 2009). Voidaan olettaa ohjauksen toteutuneen paremmin tässä tutkimuksessa, sillä lähes kaikki vastaajista olivat saaneet tietoa sairaalassaoloajan arvoidusta pituudesta. Kaikki potilaat saivat esittää hoitoonsa liittyviä kysymyksiä ja heistä jokainen oli saanut kirjallisia ohjeita toimenpiteeseensä liittyen. Voidaan siis olettaa vastaajien saaneen hyvin tietoa edeltävällä päiväkäynnillä leikkaukseensa liittyen ja päiväkäynnin olevan tarpeellinen. Potilaiden valmistelun tärkeys etukäteen on huomattu myös McShanen ja Honeysettin (2013) tutkimuksessa.

Leikkauspäivän aamuna suurin osa potilaista oli saanut tietoa leikkauspäivän kuluista, mutta melko iso osa oli vastannut olevan osittain samaa mieltä. Mahdollisesti siis tietoa ei saatu aivan riittävästi kaivatuista osa-alueista. Nopean toipumisen hoitomallista oli saatu kertausta vaihtelevasti. Käsitteenä tätä voitaisiin avata potilaille enemmän ja panostaa ehkä siihen, millä tavoin potilaat itse voivat vaikuttaa nopeaan ja parempaan toipumiseen. Potilaat kokivat lähes poikkeuksetta siirty-

neensä leikkaussaliin hyvin valmentautuneena tai olivat osittain samaa mieltä väit-  
tämästä. Lähes kaikki myös tunsivat olleensa valmiita leikkaukseen, joten voidaan  
mahdollisesti olettaa potilaiden tunteneen olonsa turvalliseksi ja huomioituksi.

Leikkauksen jälkeen vastaajat kokivat saaneensa tietoa leikkauksen sujumisesta  
ja heidät oli huomioitu yksilöllisesti. Pääasiassa kipulääkitystä oli saatu riittävästi ja  
leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta sekä haavanhoidosta tietoa oli saatu hyvin.  
Kotiutusvaiheessa potilaat olivat kokeneet olevansa valmiita kotiutumaan. Myös  
Norlykin ja Harderin (2010) tutkimuksessa on painotettu potilaiden hoidon suunnit-  
telua yksilöllisesti heidän omien normiensa ja arvojensa mukaan, jotta potilaat pär-  
jäisivät kotiutumisen jälkeen mahdollisimman hyvin.

Saatu ohjaus koettiin tarpeelliseksi lähes kaikkien vastaajien mielestä. Kivunhoi-  
dosta saatiin hyvin ohjausta, mutta pahoinvoinnin hoidosta saatu ohjaus vaihteli.  
Potilaat olivat kokeneet, että heitä kuunneltiin ohjaustilanteissa. Parannettavaa  
olisi ohjauksen ajankäyttöön, sillä kokemukset vaihtelivat ohjaukseen käytetystä  
ajasta. Vaihtelua tuli jonkin verran myös väittämässä rauhallisesta ohjausympäris-  
töstä. Ohjausympäristön rauhallisuuteen saattoi vaikuttaa osastolla ollut remontti.  
Saadun tiedon määrä koettiin sopivaksi ohjaustilanteissa, mutta osa olisi kaivannut  
joko enemmän tai vähemmän tietoa. Jatkossa tulisi siis huomioida paremmin poti-  
laiden yksilöllisyys ohjaustilanteissa sen osalta, kuinka paljon he ovat valmiita vas-  
taanottamaan tietoa. Ohjauksen on tapahduttava riittävän rauhallisessa ympäris-  
tössä ja siihen on käytettävä tarpeeksi aikaa.

Kerättyjen palautteiden mukaan suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä hoitoon ja  
kiitollisia saamastaan hoidosta ja palvelusta. Noin kolmasosa ei antanut mitään  
palautetta. Positiivisina asioina koettiin muun muassa seuraavat: potilaan hyvä  
kohtelu, asiantunteva ja ammattimainen hoitohenkilöstö, potilaan kuuntelu, yksilöl-  
linen kohtaaminen ja rento ilmapiiri. Avoimuus seksuaalisuudesta koettiin hyväksi  
asiaksi ohjauksessa samoin kuin se, että kirjallinen ohje ei ollut niin sanotusti hete-  
ronormatiivinen. Osa vastaajista olisi kaivannut esimerkiksi enemmän ohjausta  
tietyistä osa-alueista, rauhallisemman ohjaustilanteen sekä kontrollikäynnin jälki-  
käteen, jolloin olisi mahdollisuus kysymyksille.

## 6.5 Jatkotutkimusaiheita

Opinnäytetyössämme tutkimme, miten ohjaus toteutuu Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien osastolla. Jatkossa voitaisiin tutkia esimerkiksi ohjauksen toteutumista nopean toipumisen hoitomallissa muilla sairaalan osastoilla. Tarkemman ja yksityiskohtaisemman tutkimuksen voisi tehdä samasta aiheesta laadullisella tutkimusotteella, jolloin saataisiin tietää tyytyväisyyteen vaikuttavista osatekijöistä tarkemmin. Jatkossa voitaisiin myös kehittää ohjeellinen potilaille nopean toipumisen hoitomallista, jotta heillä olisi paremmin selvillä, miten he voivat itse vaikuttaa toipumiseen. Mielenkiintoista olisi tietää omaisten ja läheisten osallistumisesta potilaan hoitoon.

## 6.6 Oppimisprosessi

Tämän tutkimuksen parissa työskennellessämme olemme kasvaneet ammatillisesti monelta osin. Olemme kehittyneet ainakin aikaisempien tutkimuksien kriittisessä tarkastelussa sekä hyödyntämään myös kansainvälisiä lähteitä. Olemme oppineet käyttämään SPSS-tilastointiohjelmaa ja hyödyntämään erilaisia määrällisen tutkimuksen analysointimenetelmiä. Tiimi- ja parityöskentely on tullut tutummaksi, ja ajankäyttöä olemme opetelleet hallitsemaan. Opittuja asioita voimme tulevaisuudessa hyödyntää erityisesti kirurgisten potilaiden hoidossa ja ohjauksessa. Fast track -hoitomalli on sovellettavissa lähes kaikilla kirurgian alueilla, joten opinnäytetyön tekemisestä on ollut paljon hyötyä riippumatta siitä, mihin aiomme jatkossa hakeutua töihin. Olemme ymmärtäneet työn tekemisen myötä ohjauksen merkityksen ja sen, mitä kaikkea sen tulee sisältää, kuitenkin resurssit huomioiden.

## LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö – Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 98–136.
- Ahonen, O., Itkonen, H. & Koivukoski, S. 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidaja-lehti, näyttöön perustuva hoitotyö. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>. Luettu 6.9.2015.
- Brummer, T., Heikinheimo, O. & Härkki, P. 2011. Muuttuva kohdunpoisto. Terveysportti, lääkärin tietokannat. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo99755&p\\_haku=gynekologiset%20leikkaukset](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99755&p_haku=gynekologiset%20leikkaukset). Luettu 21.9.2015.
- Grigoras, I. 2007. Fast-track surgery – A new concept – The Perioperative anesthetic management. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.jurnaluldechirurgie.ro/jurnal/docs/jurnal207/fast%20track%20final%20grigoras.pdf>. Luettu 21.9.2015.
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Tilastollinen tutkimus, Edita. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>. Luettu 15.9.2015.
- Hilliaho, M. 2014. Henkilökohtainen tiedonanto, keskustelu. 20.5.2014.
- Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.hotus.fi/system/files/KK\\_heraamohoito.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamohoito.pdf). Luettu 6.9.2015.
- Honeysett, A. & Mc.Shane, C. 2013. What is the preadmission role in preparation of patients for fast track surgery? Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=c95aa94f-57c6-4249-9068-ab7db18d960c%40sessionmgr115&hid=123>. Luettu: 5.9.2015.
- Husted, H., Holm, G. & Jacobsen, S. 2008. Predictors of length of stay and patient satisfaction after hip and knee replacement surgery. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=ab3e3cc5-9a40-43b1-ac9c-d8042a093422%40sessionmgr4002&hid=4106>. Luettu 18.11.2014.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Ikonen, T. & Tapper, A-M. 2015. Robottikirurgiasta hyötyä harkiten – esimerkkinä kohdunpoisto. Terveysportti, lääkärin tietokannat. Www-dokumentti. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo12399&p\\_haku=gynekologiset%20leikkaukset](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12399&p_haku=gynekologiset%20leikkaukset). Luettu 21.8.2015.

Jawahar, K. & Scarisbrick, A. 2009. Parental Perceptions in Pediatric Cardiac Fast-Track Surgery. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=b5380ed0-cafc-48f3-92c0-168b8605ac5e%40sessionmgr113&hid=116>. Luettu 18.11.2014.

Kairaluoma, P. 2007. Fast track -kirurgian anesthesiologiset periaatteet. Finnanest. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/fasttrack\\_pka.pdf](http://www.finnanest.fi/files/fasttrack_pka.pdf). Luettu 19.3.2014.

Kallio, M., Korhonen, P. & Salo, S. Johdatus kvantitatiiviseen analyysiin taloustieteissä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Hakapaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karjalainen, L. 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Otava.

Kehlet, H. 2006. Future perspectives and research initiatives in fast-track surgery. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00423-006-0087-8>. Luettu 5.9.2015.

Kellokumpu, I. 2012. Nopeutetun hoidon malli – kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.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=duo10403](http://www.duodecimlehti.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=duo10403). Luettu 20.3.2014.

Keski-Pohjanmaan keskussairaala, naistentautien osasto 3. 2013. Potilasohjeet, monisteet ja muistiinpanot.

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Naistentautien ja synnyttäjiä vuodeosasto 3. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kpshp.fi/sivu/synnytys\\_ ja\\_naistentautien\\_osasto](http://www.kpshp.fi/sivu/synnytys_ ja_naistentautien_osasto). Luettu 20.4.2014.

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön johtoryhmä. 2008. Hoitotyön suositus potilaan ohjauksesta. Sähköposti p-l.hautala-jylha@kpshp.fi 5.5.2014. Tulostettu 8.9.2014.

Koivusipilä, A., Tarnanen, K., Jalonen, J. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen – lisätietoa potilaalle. Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim, Terveyskirjasto. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00089](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089). Luettu 6.9.2015.

Korpi, L., Raitopuro, A., Sjöholm, R. & Ritamala-Castrén, M. 2007. Nopeaa toipumista Marian sairaalassa. Sairaanhoitaja. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja)

lehti/4\_2007/muut\_artikkelit/nopeaa\_toipumista\_marian\_sairaal/. Luettu 20.3.2014.

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

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2014. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Näyttöön perustuva hoitotyö, Sairaanhoitajalehti. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>. Luettu 5.9.2015.

Käypä hoito -suositus. 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito, Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50066>. Luettu 6.9.2015.

Merriam-Webster Dictionary. 2015. Gynecology. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/gynecology>. Luettu 3.9.2015.

Mustajoki, P. 2015. Suolitukos (suolen tukkeuma). Duodecim, Terveyskirjasto. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00330](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00330). Luettu 6.9.2015.

Mäkelä, J. 2015. Suolitukos. Akuuttihoito-opas, Terveysportti. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=aho01833&p\\_haku=ileus%20leikkauksen%20j%C3%A4lkeen](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01833&p_haku=ileus%20leikkauksen%20j%C3%A4lkeen). Luettu 6.9.2015.

Nieminen, K. 2013. Gynekologiset laskeumat. Terveysportti, lääkärin käsikirja. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00626&p\\_haku=ohjaus](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00626&p_haku=ohjaus). Luettu 1.9.2015.

Norlyk, A & Harder, I. 2010. Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery programme. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=c95aa94f-57c6-4249-9068-ab7db18d960c%40sessionmgr115&hid=123>. Luettu 5.9.2015.

Rainio, J. & Rätty, T. 2015. Somaattinen erikoissairaanhoito 2013 – Tilastoraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125551/Tr01\\_15\\_raportti\\_fi\\_sv\\_en.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125551/Tr01_15_raportti_fi_sv_en.pdf?sequence=4). Luettu 21.8.2015.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Keskeisiä käsitteitä neuvontapalveluista ja kotikäynneiltä. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/lait/kasitteet](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/lait/kasitteet). Luettu 7.5.2014.



Terveyskirjasto. 2014. Gynekologia. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=Ilt01007](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt01007). Luettu 14.4.2014.

Therapia Fennica. 2014. Gynekologinen leikkauspotilas. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Gynekologinen\\_leikkauspotilas](http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Gynekologinen_leikkauspotilas). Luettu 20.4.2014.

Tiala, T. 2013. Nopeutetun hoidon mallit sairaanhoitajien kokemana. Oulun yliopiston terveystieteiden laitos, hoitotieteen pro gradu –tutkielma. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201312062023.pdf>. Luettu 17.11.2014.

Tilastokeskus. 2006. Tilastokeskuksen ammattieettinen opas. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.stat.fi/org/periaatteet/tilastokeskuksen\\_ammattieettinenopas.pdf](http://www.stat.fi/org/periaatteet/tilastokeskuksen_ammattieettinenopas.pdf). Luettu 19.4.2014.

Vehviläinen, S. 2014. Ohjaustyön opas – yhteistyössä kohti toimijuutta. Tallinna: Gaudeamus OY.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? – Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Ward, C. 2012. Fast Track Program to Prevent Postoperative Ileus. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=c95aa94f-57c6-4249-9068-ab7db18d960c%40sessionmgr115&hid=123>. Luettu 5.9.2015.

Wodlin, N., Nilsson, L., Carlsson, P. & Khølhede, P. 2011. Cost-effectiveness of general anesthesia vs spinal anesthesia in fast-track abdominal benign hysterectomy. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(11\)00728-9/abstract?cc=y](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(11)00728-9/abstract?cc=y). Luettu 6.9.2015.

## SAATEKIRJE

Hyvä vastaanottaja!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Centria-ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyömme ohjauksen laadusta. Naistentautien osastolla 3 on käytössä nopean toipumisen hoitomalli eli fast track, jonka mukaan hoitonne on toteutettu.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, miten nopean toipumisen hoitomallilla hoidettujen gynekologisten leikkauspotilaiden ohjaus toteutuu hoidon eri vaiheissa. Opinnäytetyömme tavoitteena on saatujen tulosten hyödyntäminen tulevaisuudessa potilaiden ohjauksen kehittämisessä. Opinnäytetyö valmistuu syksyn 2015 aikana ja tulokset esitetään naistentautien osastolla. Nopean toipumisen mallia on vasta vuoden 2014 aikana aloitettu käyttämään naistentautien osastolla, jossa olette juuri käyneet gynekologisessa leikkauksessa.

Opinnäytetyössämme ei tule missään vaiheessa ilmi osallistujien tietoja. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja painotamme alusta asti henkilöllisyyden salassa pysymistä. Teille ei aiheudu tutkimuksesta mitään kuluja. Lomakkeet säilytetään ja analysoinnin jälkeen hävitetään asianmukaisesti.

Vastatkaa kyselylomakkeeseen sairauslomanne lopulla hoitoprosessin ollessa vielä tuoreessa muistissa. Pyydämme Teitä vastaamaan huolellisesti, aikaa vastaamiseen kuluu noin 10 minuuttia. Tämän jälkeen lähettäkää lomake takaisin naistentautien osastolle saamassanne kirjekuoressa, jossa on osoitetiedot valmiina. Jos Teillä tulee kysyttävää opinnäytetyöhöemme liittyen, voitte ottaa meihin tai osastolle yhteyttä missä vaiheessa tahansa.

Ystävällisin terveisin:

Saija Sinko (045-6511955)  
saija.sinko@cou.fi  
Ninette Karhu  
ninette.karhu@cou.fi

Osaston yhteystiedot:

Keski-Pohjanmaan keskussairaala  
Naistentautien osasto 3  
2. kerros, a-siipi  
puh. 06 826 4355 ja 06 826 4364

NOPEAN TOIPUMISEN HOITOMALLILLA HOIDETTUIEN SUUNNITELTUIEN  
GYNEKOLOGISTEN LEIKKAUSPOTILAIDEN OHJAUS

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin joko vastaukselle varattuun tilaan tai merkitsemällä rasti (x) sopivimman vaihtoehdon kohdalle.

**I. TAUSTATIEDOT**

1. Syntymävuosi: \_\_\_\_\_
2. Koulutus (valitkaa yksi vaihtoehto)
 

( ) peruskoulutus    ( ) ammatillinen koulutus    ( ) lukio    ( ) korkeakoulutus
3. Onko Teillä ollut aikaisempia leikkauksia?
 

( ) Kyllä                      ( ) Ei
4. Onko Teitä aikaisemmin hoidettu nopean toipumisen periaatteiden mukaan?
 

( ) Kyllä                      ( ) Ei

**II. HOITOPROSESSIN VAIHEET**

ENNEN LEIKKAUSTA	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
5. Tapasin nukutuslääkärin ennen leikkausta	1	2	3	4	5
6. Tapsin leikkaavan lääkärin ennen leikkausta	1	2	3	4	5
7. Sain sairaanhoitajalta tarpeeksi tietoa hoidostani päiväkäynnillä	1	2	3	4	5
8. Sain tietoa arvioidusta sairaalassa-oloajan pituudesta	1	2	3	4	5
9. Sain esittää hoitooni liittyviä kysymyksiä	1	2	3	4	5
10. Sain kirjallisia ohjeita toimenpiteeseeni liittyen	1	2	3	4	5
LEIKKAUSPÄIVÄN AAMU	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
11. Sain tietoa leikkauspäivän kulusta	1	2	3	4	5
12. Sain kertausta nopean toipumisen hoitomallista	1	2	3	4	5
13. Siirryin leikkaussaliin hyvin valmentautuneena	1	2	3	4	5
14. Tunsin olevani valmis leikkaukseen	1	2	3	4	5

LEIKKAUKSEN JÄLKEEN	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
15. Sain tietoa, miten leikkaukseni oli sujunut	1	2	3	4	5
16. Minut huomioitiin yksilöllisesti	1	2	3	4	5
17. Sain riittävästi kipulääkitystä	1	2	3	4	5
18. Sain tietoa leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta	1	2	3	4	5
19. Sain tietoa haavanhoidosta	1	2	3	4	5
20. Koin olevani valmis kotiutumaan	1	2	3	4	5

## I. OHJAUS

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
21. Koin ohjauksen tarpeelliseksi	1	2	3	4	5
22. Sain ohjausta kivunhoidosta	1	2	3	4	5
23. Sain ohjausta pahoinvoinnin hoidosta	1	2	3	4	5
24. Minua kuunneltiin ohjaustilanteissa	1	2	3	4	5
25. Ohjaukseeni käytettiin tarpeeksi aikaa	1	2	3	4	5
26. Sain ohjausta rauhallisessa ympäristössä	1	2	3	4	5
27. Sain sopivasti tietoa ohjaustilanteissa	1	2	3	4	5

## II. PALAUTE

Tähän voitte kertoa omin sanoin palautetta:

---



---



---



---



---

Kiitos osallistumisestanne!

## TUTKIMUSLUPA

KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPÄÄTÖS  
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

Tutkimuslupapäätös  
Hallintoylihoitaja

15.12.2014

27 §


**ASIA**

Sinko Saija, Karhu Ninette. Fast track-mallilla hoidettujen  
elektiivisten gynekologisten leikkauspotilaiden ohjaus.  
Centria-ammattikorkeakoulu. 151214

**PÄÄTÖS**

Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

**ESITYKSEN TEKIJÄ****PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ**

  
Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä  
Hallintoylihoitaja