

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Virtsa-avannepotilaan ohjauksen rungon suunnittelu

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
13.03.2007

Iina Lifländer
Anna Mielonen

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
13.03.2007

Iina Lifländer
Anna Mielonen



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Lifländer, Iina - Mielonen, Anna			
Työn nimi			
Virtsa-avannepotilaan ohjauksen rungon suunnittelu			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	kevät 2007	38 + 2	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Potilaan ohjaus korostuu nykypäivänä entistä enemmän. Potilaat tarvitsevat tutkimusten mukaan enemmän ohjausta liittyen sairauteen ja sen tuomiin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin muutoksiin. Lyhentyneet sairaalassaoloajat luovat paineita potilaan ohjaukselle, ja potilaiden tulee oppia hallitsemaan sairauden tuomat muutokset melko lyhyessä ajassa. Meilahden sairaalan osasto 132U halusi kehittää yhteneväiset ohjeet virtsa-avannepotilaan ohjaukseen, jotta potilaan ohjaus ja opetus olisi laadukasta ja tätä kautta paranisivat myös potilaan itsehoitokyky ja elämänlaatu. Tarkoituksenamme oli luoda virtsa-avannepotilaan ohjauksen runko yhdessä Meilahden sairaalan osasto 132U:n kehittämishankkeen kanssa.</p> <p>Opinnäytetyömme käsittelee virtsa-avanne potilaan ohjauksen laadun parantamista. Virtsa-avanne joudutaan tekemään yleensä syövän, trauman, synnynnäisen epämuodostuman tai virtsarakon toimintahäiriön vuoksi. Yleisin osastolla 132U tehtävä virtsa-avanne on Brickerin diversio, jossa avanne tulee vatsanpeitteiden läpi iholle ja virtsa kerääntyy iholle kiinnitettävään avannepussiin. Yleisin syy virtsa-avanteen tekoon osastolla 132U on virtsarakon syöpä.</p> <p>Opinnäytetyömme aihe lähti työelämän tarpeista saada tietoa virtsa-avannepotilaan ohjauksesta. Meilahden sairaalan osastolla 132U alkoi vuonna 2006 virtsa-avannepotilaan ohjaus osastolla - kehittämishanke, johon osallistuimme tekemällä kirjallisuuskatsauksen kehittämishankkeen käyttöön. Kehittämishankkeen tavoitteena on, että virtsa-avannepotilaan saama ohjaus ja opetus on laadukasta, jolloin potilaan elämänlaatu ja itsehoitokyky paranee. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehtiin ohjausrunko, jonka avulla hoitajat pystyvät määrätietoisesti ohjaamaan virtsa-avannepotilasta. Ohjausrungon keskeisiksi alueiksi muodostuivat sairaus ja sen hoito, potilaan psykososiaaliset muutokset, potilaan rooli, kuntoutuminen, seksuaalisuus, käytännön asiat ja omaisen ohjaustarpeet. Kirjallisuuskatsauksessa tarkastelimme myös potilaiden parhaina pitämiä ohjausmentelmiä sekä potilaiden ajatuksia parhaasta ohjauksen ajankohdasta.</p> <p>Tekemämme kirjallisuuskatsaus loi pohjan projektiryhmän tekemälle ohjauskaavakkeelle. Ohjauskaavake otettiin testikäyttöön osastolla helmikuussa 2007, jonka jälkeen sitä muokataan hoitajilta tulleiden ehdotusten mukaan. Toivomme ohjauskaavion tulevan vakituiseen käyttöön osastolla ja näin parantamaan potilaan saaman ohjauksen laatua.</p>			
Avainsanat			
virtsa-avanne, kirurginen potilas, ohjaus			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Iina Lifländer, Anna Mielonen			
Title			
An Instruction Form for Urinary Stoma patients			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2007	38+ 2 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>Patient education is becoming more obvious nowadays. According to the surveys patients need more guidance for their disease and it`s physical, psychological and social changes. Hospitalization times have become shorter and it brings pressures on the patient education and his/her need to learn how to control changes that the sickness bring with it. The hospital ward 132U at the Meilahti Hospital,Finland, wanted to develop a congruent guideline for how to guide urinary stoma patient. The purpose of the project was to improve the quality of patient education. Our purpose was to create a instruction form for urinary stoma patients in co-operation the hospital ward 132U.</p> <p>Our final project covered quality improvement of urinary stoma patient education. Urinary stoma is done because of cancer, trauma, inborn malformation or urinary bladder functional disorder. The most prevailing urinary stoma is called Bricker diversion, where the stoma is done through the abdominal wall and the urin is collected into the stoma bag. On the war 132U, the most common reason for urinary stoma was urin bladder cancer.</p> <p>Our final project started as a need of working life. The hospital ward 132U at the Meilahti hospital started a developing project in 2006. Our purpose was to do a literature review of surgical patient education, its methods and timing. On the ground of the literature review we created two instruction forms. A project group used our literature review and instruction forms to make their own final instruction form. The essential sections in the literature review were sickness and its treatment, patient`s psychological changes, patient role, rehabilitation, sexuality, practical affairs and relatives education needs.</p> <p>Instruction form was tested on the ward 132U in February 2007. After the test use the project group prepared an instruction form through the nurses proposal. We hope that instruction form will be in permanent use on the ward 132U in the future. It would guarantee the patients better eduction.</p>			
Keywords			
urinary stoma, surgical patient, patient education			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TYÖN TARKOITUS	2
3 TYÖN TOTEUTUS	3
4 OHJAUKSEN SISÄLTÖALUEIDEN MÄÄRITTELY	4
4.1 Sairaus ja sen hoito	4
4.1.1 Tieto sairaudesta ja sen hoidosta -kirjallisuuskatsaus	5
4.1.2 Yhteenveto sairaus ja sen hoito -tietoalueesta	8
4.2 Potilaan psykososiaaliset muutokset	9
4.2.1 Potilaan psykososiaaliset muutokset -kirjallisuuskatsaus	10
4.2.2 Yhteenveto potilaan psykososiaalisista muutoksista -tietoalueesta	12
4.3 Potilaan rooli	13
4.3.1 Tieto potilaan roolista -kirjallisuuskatsaus	14
4.3.2 Yhteenveto potilaan rooli -tietoalueesta	16
4.4 Kuntoutuminen	16
4.4.1 Tieto kuntoutumiseen liittyvistä sisältöalueista -kirjallisuuskatsaus	17
4.4.2 Yhteenveto kuntoutuminen – tietoalueesta	18
4.5 Seksuaalisuus	19
4.5.1 Tieto seksuaalisuudesta ja parisuhteesta -kirjallisuuskatsaus	20
4.5.2 Yhteenveto seksuaalisuus -tietoalueesta	21
4.6 Käytännön asiat	21
4.6.1 Tieto käytännön asioista -kirjallisuuskatsaus	22
4.6.2 Yhteenveto käytännön asiat -tietoalueesta	23
4.7 Omaisen ohjaustarpeet	24
4.7.1 Tieto omaisen ohjaustarpeista -kirjallisuuskatsaus	24
4.7.2 Yhteenveto omaisen ohjaustarpeista -tietoalueesta	25
5 OHJAUSMENETELMIEN MÄÄRITTELY	26
5.1 Ohjausmenetelmät potilaan näkökulmasta -kirjallisuuskatsaus	27
5.2 Yhteenveto potilaiden parhaina pitämistä ohjausmenetelmistä	29
6 OHJAUKSEN AJOITUKSEN MÄÄRITTELY	29
6.1 Ohjauksen ajoitus -kirjallisuuskatsaus	30
6.2 Yhteenveto ohjauksen ajoituksesta	31
7 OHJAUSRUNGON LAADINTA	31
7.1 Ohjausrungon suunnittelu	31
7.2 Ohjausrungon arviointi	32
8 POHDINTA	33
LÄHTEET	37
LIITTEET 2	39

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kirjallisuuden pohjalta, mitä ohjausta kirurgiset potilaat tarvitsevat, miten he haluaisivat ohjausta annettavan ja milloin ohjausta tulisi antaa. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta laaditaan ohjausrunko virtsa-avannepotilaan ohjaukseen. Opinnäytetyömme liittyi Meilahden sairaalan osaston 132U:n **virtsa-avannepotilaan ohjauksen** kehittämishankkeeseen.

Potilaan ohjaus ja opetus käsitetään useissa yhteyksissä toistensa synonyymeiksi. Potilaan opettamisella tarkoitetaan kaikkea ohjausta ja opetusta, jonka avulla pyritään auttamaan potilasta ymmärtämään sairauttaan, hoitoaan, terveydentilaansa, kuntoutustaan sekä hoitamaan itseään. Potilaan opettaminen kuuluu hoidon kaikkiin vaiheisiin. (Hieta-nen ym. 2004: 41.)

Avanneleikattavien hoidossa korostuu ohjaus sekä ennen että jälkeen leikkauksen. Hoitomenetelmien kehittyessä lyhenevät sairaalassaoloajat asettavat suuria haasteita paitsi potilaalle, myös hänen ohjauksestaan vastuussa olevalle hoitajalle. Potilasta on rohkais-tava ja ohjattava itsehoitoisuuteen. Itsehoito kuuluu jokapäiväiseen elämään. (Hokkanen - Liukkonen 2000: 35, 39-41.)

Avanneleikkaus muuttaa henkilön minäkuvaa merkittävästi, ja se tulee ottaa huomioon potilaan kanssa keskusteltaessa ja häntä ohjattaessa. Avanneleikattava tuleekin nähdä kokonaisvaltaisesti, fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Hoitotyössä tulee siis ottaa huomioon myös potilaan omaiset ja sosiaalinen ympäristö. (Hokkanen - Liukkonen 2000: 38-39.) Kirjallisuuskatsauksen ja ohjausrunkojen tarkoitus on kasvat-taa hoitohenkilökunnan tietoisuutta virtsa-avanneleikattavan potilaan ohjauksen tärkey-destä.

2 TYÖN TARKOITUS

Potilaat tarvitsevat runsaasti tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. On havaittu, että vaikka potilaita nykyään ohjataankin runsaasti, potilaat kaipaavat silti usein enemmän ohjausta kuin he saavat. Meilahden sairaalan osasto 132U halusi kehittää yhteneväiset ohjeet virtsa-avanne potilaan ohjaukseen, jotta potilaan ohjaus ja opetus olisi laadukasta ja tätä kautta paranisi myös potilaan itsehoitokyky ja elämänlaatu. Opinnäytetyömme tarkoitus oli kartoittaa kirjallisuudesta kirurgisen potilaan tarvitsemat ohjaustarpeet, ohjausmenetelmät ja ohjauksen ajoitus. Kehittämishankkeen tehtävä oli luoda valmis ohjausrunko kirjallisuuskatsauksen pohjalta.

Meilahden sairaalan osastolla 132U alkoi vuoden 2006 alusta kehittämishanke **virtsa-avannepotilaan ohjaus osastolla**. Osasto 132U henkilökuntineen palvelee HUS-piirin aikuisväestöä vaativan urologian osalta. Vaativa urologia pitää sisällään mm. isot syöpäleikkaukset. Tarkoituksena on parantaa virtsa-avannepotilaan ohjauksen laatua osastolla 132U. Kehittämishankkeen tavoitteena on, että virtsa-avannepotilaan saama ohjaus ja opetus on laadukasta, jolloin potilaan elämänlaatu ja itsehoitokyky paranee. Lisäksi osaston henkilökunta saa yhtenäiset toimintamenetelmät virtsa-avannepotilaan ohjaukseen, jolloin ohjauksen laatu paranee. Kehittämishankkeen tavoitteena on laatia kirjallinen ohje, joka palvelee työntekijää, uutta henkilökuntaa ja opiskelijoita osastolla 132U sekä koko HUS:n alueella ohjaustilanteessa.

Potilaan ohjaus ja opetus käsitetään useissa yhteyksissä toistensa synonyymeiksi. Potilaan opettamisella tarkoitetaan kaikkea ohjausta ja opetusta, jonka avulla pyritään auttamaan potilasta ymmärtämään sairauttaan, hoitoaan, terveydentilaansa, kuntoutustaan sekä hoitamaan itseään. Potilaan opettaminen kuuluu hoidon kaikkiin vaiheisiin. (Hieta-nen ym. 2004: 41.) Potilaan opettamisen tarkoituksena on siirtää vastuu hoidosta potilaalle tai hänen läheisilleen sekä tukea potilaan itsenäistä selviytymistä. (Iivanainen - Jauhiainen - Korkiakoski 1997: 51.) Potilaan opettaminen on tiimityötä, jossa oppivan osapuolena ovat potilas ja hänen läheisensä ja opettajana toimivat eri ammattiryhmien edustajat (Sarvimäki - Stenbock-Hult 1996: 176).

3 TYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa kolmessa eri vaiheessa. Ensimmäinen vaihe muodostui kirjallisuuskatsauksen tekemisestä syksyllä 2006. Toisessa vaiheessa loimme kaksi erilaista ohjausrunkomallia (liite 1, liite 2) kehittämishankkeen käyttöön ja esittelimme kirjallisuuskatsauksen projektipäivillä lokakuussa 2006. Kolmannessa vaiheessa kehittämishankkeen projektiryhmä muokkasi joulukuussa 2006 kirjallisuuskatsauksen pohjalta luomiemme ohjausrunkomallien avulla ohjausrungon osastolle koekäyttöön. Haimme tutkimuslupaa Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin kirurgian tulosityksikön ylihoitajalta Camilla Sirviöltä.

Ensimmäisessä vaiheessa rajasimme opinnäytetyömme aiheen kirjallisuuskatsausta varten. Kirjallisuuskatsaukseen valitsimme tutkimuksia, jotka käsittelivät potilaan ohjausta, ohjausmenetelmiä ja ohjauksen ajoitusta potilaiden näkökulmasta tarkasteltuna. Ensimmäisiksi etsimme tutkimuksia, jotka käsittelivät kirurgisen potilaan ohjausta. Päätimme ottaa tutkimuksia, jotka olivat tehty vuoden 1993 jälkeen. Suurin osa tutkimuksista käsittelee kirurgisen potilaan ohjausta, mutta mukaan otettiin myös Juvosen ja Laurin (1994), Stenforsin (1996) ja Tuusvuoren (1998) sisätautipotilaita käsittelevät tutkimukset. Katsoimme saavamme lisätietoa kyseisistä tutkimuksista liittyen kirjallisuuskatsauksen aiheisiin.

Hakusanoina käytimme mm. ”virtsa-avanne”, ”avanne”, ”kirurginen potilas”, ”omaisen ohjaus” ja ”potilasohjaus”. Käytimme hakukoneina mm. Medic, Kurre ja Helka tietokantoja. Sanoilla ”virtsa-avanne” ja ”avanne” ei tullut yhtään sopivaa artikkelia Medic-tietokannasta eikä myöskään Kurre- tai Helka-tietokannoista. Medic-tietokannasta löysimme hakusanalla ”potilasohjaus” Katja Heikkisen pro gradu -tutkielman artikkelin Hoitotiede lehdestä. Lopulta tämän artikkelin lähdeluettelosta löytyi suurin osa käyttämistämme tutkimuksista. Tutkimusten löytymisen jälkeen kävimme systemaattisesti ne läpi ja teimme suunnitelman, miten saamme parhaiten tiedon niistä ajatellen ohjausrungon toteutusta.

Kirjallisuuskatsauksen teon jälkeen aloimme suunnittelemaan ohjausrunkoja. Teimme kaksi ehdotelmaa kirjallisuuskatsausten pohjalta, jotka esittelimme kehittämishankkeel-

le. Ohjausrungoista tuli melko pitkiä ja ulkoasultaan yksinkertaisia, sillä projektiryhmä halusi melko itsenäisesti toteuttaa ohjausrungon ulkoasun ja pituuden suunnittelun. Suunnittelemamme ohjausrungot olivat siis lähinnä tiivistelmä niistä asioista, joita kirjallisuuskatsauksessamme nousi esille.

Kolmannessa vaiheessa saimme projektiryhmältä valmiin ohjausrunkomallin, jonka he olivat projektiryhmässä suunnitelleet. Ohjausrunko muodostui lyhyeksi, eikä siinä painotettu mielestämme tarpeeksi esille nostamiamme asioita. Osastolla 132U ohjausrunko oli otettu testikäyttöön helmikuussa 2007. Arvioimme ohjausrungon toimivuutta kirjallisuuskatsauksen pohjalta luvussa 5.3.

4 OHJAUKSEN SISÄLTÖALUEIDEN MÄÄRITTELY

Olemassa olevan tutkimustiedon perusteella preoperatiivisen ohjauksen tavoitteeksi määritellään pyrkimys tarjota potilaalle tietoa ja psykososiaalista tukea sekä antaa hänelle mahdollisuus oppia leikkauksen jälkeisen toipumisen kannalta tärkeitä taitoja. Välitettävä tieto voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen 1)menettelytapoihin tai tilanteeseen liittyvään informaatioon, 2) aistikokemuksiin liittyvään informaatioon ja 3)potilaan rooliin liittyvään informaatioon. Tutkimusten mukaan tehokkain tapa informoida potilasta käsittää kaikkien edellä mainittujen kombinaation. (Iire - Leino-Kilpi - Suominen - Vuorenheimo - Välimäki 1993: 22; Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 206.)

Olemme tehneet kirjallisuuskatsauksen suomalaisiin hoitotyön julkaisuihin ja kirjoitetuihin teoksiin. Käsittelemme pääasiassa kirurgisiin potilaisiin kohdistuvaa tutkimustietoa. Tutkimuksista käsittelemme niitä, joissa tulee ilmi potilaan näkökulma ohjauksen sisältöön, ajoitukseen ja menetelmiin. Käsittelemme seuraavaksi ohjauksen sisältöalueita, jotka ovat nousseet esiin käyttämistämme lähteistä.

4.1 Sairaus ja sen hoito

Sairastuessaan ihminen on erityisen valmis oppimaan terveyttään koskevia asioita. Tutkimusten mukaan potilaat haluavat tietoa omasta taudistaan, sen syistä ja mekanismeis-

ta, uusiutumisesta ja ennusteesta. Toiseksi potilaat haluavat tietoa hoidosta, sen vaihtoehdoista ja omasta osuudesta siinä. Kolmanneksi potilaat haluavat tietoa laajemmin terveysasioista, joihin taudilla saattaisi olla yhteys. Tieto muodostuu sairaalle keskeiseksi, jotta hän pystyisi sopeutumaan diagnoosiin ja jäsentämään sekä säilyttämään realistiset odotuksen taudin suhteen ja selviytymään sairastamisen mukanaan tuomien muutosten kanssa. (Leino-Kilpi 1993: 9-10, 36.) Asiallinen tieto sairaudesta ja leikkaukseen liittyvistä asioista lisää potilaan luottamusta ja positiivista asennetta hoitoon ja kuntoutukseen. (Holmia ym. 1999: 89).

4.1.1 Tieto sairaudesta ja sen hoidosta -kirjallisuuskatsaus

Leino-Kilven julkaisussa (1993: 23-24) esille otetuissa tutkimuksissa potilaat kokivat tarvitsevansa eniten tietoa leikkauksen jälkeisestä hoidosta ja itse leikkauksesta. Lisää tietoa potilaat olisivat halunneet leikkauskomplikaatioista, jatkohoidosta sekä leikkauksen vaikutuksista elämään. Ilvosen ja Myllyharjun (1998: 55) tutkimuksessa tutkittiin avanneleikattujen mukautumista jokapäiväiseen elämään ja tietoa avanteeseen johtaneista syistä piti tarpeellisena noin 85 prosenttia tutkimukseen osallistuneista. Avanteen hoitotietoutta piti erittäin tai hyvin tarpeellisena 90 prosenttia.

Heikkinen (2006: 126-127) tutki kirjallisuusanalyysin avulla miten sairaalapotilaan ohjausta ja tiedonsaantia on suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä tutkittu vuosina 1993-2003 potilaan näkökulmasta tarkasteltuna. Tärkeimpinä tiedon osa-alueina potilaat pitivät bio-fysiologisen osa-alueen tietoa. Potilaat korostivat tietoa sairaudesta ja hoidosta, komplikaatioista, kivusta ja lääkehoidosta. Eniten potilaille oli välitetty tietoa itse sairaudesta, tutkimuksista, hoitoon liittyvistä asioista, lääkityksestä, leikkausta edeltävistä asioista ja leikkauksen jälkeisestä hoidosta.

Alanen (2002: 29-36) tutki potilaiden tiedontarpeita ja tiedonsaantia Hyvinkään sairaalan sisätautien-, kirurgian- ja päiväkirurgian osastoilla. Tieto yleisesti ottaen oli tärkeää, mutta kaikki tiedonalueet eivät olleet yhtä tärkeitä. Sairautta ja sen hoitoa koskevista tiedonalueista tärkeinä pidettyjä olivat sairautteen, tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvät asiat. Näiltä alueilta saatu tieto oli useimmiten riittävää. Riittämättömäksi koettiin tutkimuksen mukaan tieto hoitoon liittyvistä riskeistä, hoitovaihtoehdoista ja hoidon

ennusteesta. Vähintään viides osa piti tarpeettomana tietoa hoitovaihtoehtoista, anestesista, toimenpiteisiin liittyvistä riskeistä ja hoidon ennusteesta.

Juvonen ja Lauri (1994: 27-29, 31-33) tutkivat uusien syöpäpotilaiden tiedonsaantia ja tiedontarvetta sekä osallistumista omaa hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon. Tutkimuksessa tutkittiin mm. potilaiden tiedonsaantia ja tiedontarvetta sairaudestaan ja sen hoidosta. Yleisesti ottaen potilaiden tiedontarpeet sairaudestaan ja hoidosta olivat suuremmat kuin mitä tiedonsaanti oli ollut. Tuusvuoren (1998: 36-37) tutkimus ohjauksesta ja ohjauksen tarpeesta sydäninfarktipotilaan kokemana antaa samanlaisia tuloksia. Kaikkien sairauten ja hoitoon liittyvien ohjauksen sisältöalueiden kohdalla tietoa olisi tarvittu enemmän kuin oli saatu. Tietoalueet sairauteen ja hoitoon liittyen olivat mm. itse infarktiin johtaneet taudit ja niiden hoitomuodot.

Juvosen ja Laurin (1994: 27-33) tutkimuksessa suurin osa potilaista oli saanut tietoa syövästä, mutta silti noin puolet halusi lisää tietoa. Tutkimuksessa yli 60% potilaista ilmoitti haluavansa lisää tietoa sairauden vaikutuksista elimistöön ja sairauden ennusteesta. Kaikkein tärkeimmäksi sairautta koskevaksi tiedoksi potilaat kokivat tiedon sairauden ennusteesta ja mahdollisesta uusiutumisesta. Hoitoja koskevista asioista tärkeimpinä potilaat pitivät tiedonsaantia hoitomuodoista ja hoitojen sivuvaikutuksista. Vähiten potilaat olivat saaneet tietoa unettomuuden hoidosta, lääkkeiden sivuvaikutuksista ja hoitoajan pituuteen vaikuttavista asioista. Tärkeitä asioita olivat myös jatkohoito ja seuranta sekä vaihtoehtoiset hoitomuodot. Myös tietoa itsensä hoitamisen merkityksestä tutkittiin ja yleisesti ottaen näistä asioista oli saatu hyvin tietoa. Puhtauden ja ihon hoidon merkityksestä hoitoon oli saatu hyvin tietoa, mutta 40 prosenttia ilmoitti ettei ollut saanut tietoa infektioiden ehkäisystä.

Virran (1993: 32) tutkielmassa käy ilmi, että viides osa tutkimukseen osallistuneista potilaista oli sitä mieltä ettei hoitohenkilökunta kerro riittävästi potilaan saamasta hoidosta ja lääkkeiden sivuvaikutuksista. Myös Salosen (1998: 35) tutkimuksessa lääkehoitoon liittyvien kysymysten käsittely oli jäänyt vähemmälle ohjaukselle.

Timosen (1998: 299, 302, 305) tutkimus rintasyöpäpotilaan ohjauksesta yliopistollisen keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja poliklinikalla kertoo, että parhaiten saatiin tietoa liittyen sairauteen ja sen hoitoon sekä itse leikkauksesta, vähemmän vaihtoehtoisista hoidoista, kuten hormoni-, sytostaatti- ja sädehoidoista. Suurin lisätiedontarve oli

jatkohoidoista, seurannasta ja sairauden ennusteesta. Tutkimuksessa potilaat vastasivat kyselyyn ennen jälkitarkastusta, joten osaltaan tämän takia tiedot jatkohoidosta olivat vähäisiä.

Huovisen (1999: 13, 30-33, 37-38, 46) tutkimus täyhystyskirurgisen kohdunpoistopotilaan odottamasta ja saadusta ohjauksesta tuo myös esiin potilaiden tiedon tarpeen olevan suurempi tiedon saantiin nähden. Yli puolet potilaista odotti saavansa tietoa tilanteesta ja ennusteesta, kuten leikkauksen vaikutuksista elimistöön ja riskitekijöistä. Reilusti yli kolmannes potilaista koki saaneensa vähän tietoa riskitekijöistä. Suurin osa odotti saavansa tietoa menettelytavoista koskien toimenpidettä ja potilaan hoitoa. Menettelytapoja ovat mm. leikkauksen arvioitu kesto, leikkaussalissa tapahtuvat toimenpiteet, kivun hoito ja kipulääkitys. Potilaista suurin osa odotti saavansa tietoa aistikokeuksista, kuten leikkauksen jälkeisistä sivuoireista ja voinnista sekä tuntemuksista nukettaessa. Potilaista 61 prosenttia koki saaneensa tietoa riittävästi leikkauksen jälkeisestä voinnista. Haavan hoidossa tarvittavista taidoista 87 prosenttia ja kivun hoidossa tarvittavista taidoista 85 prosenttia koki saaneensa riittävästi tietoa.

Huovisen tutkimuksen tavoin samansuuntaisia tuloksia on saanut myös Linna ja Mikkola (2000: 34-39, 56) tutkiessaan potilaiden kokemuksia ohjauksesta laparoskooppisen kohdunpoiston yhteydessä. Potilaiden ohjauskokemuksissa korostuu yksityiskohtaisen ja konkreettisen tiedonsaannin ja ohjauksen tarve. Tutkimustuloksista voidaan yhteenvetona todeta, että potilaat olivat saaneet hyvin tietoa liittyen sairauteen ja sen hoitoon, itse toimenpiteestä, leikkausta edeltävistä toimenpiteistä, lääkityksestä ja esilääkityksestä. Enemmän ohjausta oli kaivattu mm. leikkauksen riskitekijöistä ja haavakivusta. Pelkoa oli myös tutkittu ja eniten potilaat pelkäsivät nuketusta, leikkausta ja kipua sekä komplikaatioita ja taudin pahanlaatuisuutta.

Myös Höltän (2000: 54, 56) tutkimus kertoo, että potilaiden mielestä kaikkein tärkeintä oli tietää leikkauksen jälkeisistä oireista ja komplikaatioista, jotta he selviytyisivät omasta hoidostaan kotona. Lääkehoitoon liittyvät asiat koettiin myös tärkeiksi. Tärkeimpiä oppimistarpeita liittyen lääkehoitoon olivat mm. lääkkeenottoaika, miten kukin lääke otetaan ja mitä tehdä jos saa lääkkeitä allergian.

Luojus (1999: 26-27) tutki aivokasvainpotilaiden kokemuksia hoidon aikaisesta ohjauksesta ja leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä. Potilaat kokivat ohjauksessa välittyneen

tiedon lähinnä rauhoittavana, esimerkiksi tieto komplikaatioista ja riskeistä ei lisännyt ahdistusta vaan erilaisten ikävienkin vaihtoehtojen tiedostaminen koettiin enemmänkin rauhoittavana. Potilaiden mukaan tieto sairaudesta ja sen ymmärtäminen sekä hoitoa koskevat asiat auttoivat tiedollisesti orientoitumaan tulevaa hoitoa kohtaan. Tiedon lisääntyminen sairautta ja hoitoa kohtaan koettiin siis tutkimuksessa rauhoittavana ja orientoivana asiana.

Mattila (1998: 149) tutki potilaan ohjausta sairaalahoidon aikana, ja lähes kaikki potilaat halusivat keskustella hoitajien kanssa enemmän mm. sairauden uusiutumisen riskeistä, jatkohoidosta ja hoito-ohjeista.

4.1.2 Yhteenveto sairaus ja sen hoito -tietoalueesta

- tieto sairaudesta, sairauteen liittyvät asiat, avanteeseen johtaneet syyt (Alanen 2002, Heikkinen 200, Huovinen 1999, Hölttä 2000, Ilvonen ja Myllyharju 1998, Juvonen ja Lauri 1994, Linna ja Mikkola 2000, Luojus 1999, Timonen 1998)
- tieto hoidosta, menettelytavat koskien hoitoa, hoitoon liittyvät riskit, hoitojen sivuvaikutukset elimistöön, avanteen hoitotietous, (Alanen 2002, Heikkinen 2006, Iivonen ja Myllyharju 1998, Juvonen ja Lauri 1994, Linna ja Mikkola 2000, Luojus 1999, Timonen 1998, Virta 1993)
- itsehoito, puhtaus, infektioiden ehkäisy (Juvonen ja Lauri 1994)
- leikkaus/toimenpide, menettelytavat koskien toimenpidettä: leikkausta edeltävät asiat, leikkauksen jälkeinen hoito, leikkauksen kesto, leikkauksen aikana tapahtuvat asiat (Alanen 2002, Leino-Kilpi 1993, Heikkinen 2006, Huovinen 1999, Linna ja Mikkola 2000, Timonen 1998)
- leikkauskomplikaatiot ja komplikaatiot yleensä, riskit (Heikkinen 2006, Huovinen 1999, Hölttä 2000, Leino-Kilpi 1993, Luojus 1999)
- leikkauksen/sairauden vaikutus elämään (Leino-Kilpi 1993, Huovinen 1999, Juvonen ja Lauri 1994)
- kipu, kivun hoito, kipulääkitys, haavakipu, haavan hoito (Heikkinen 2006, Huovinen 1999, Linna ja Mikkola 2000)
- lääkehoito, esilääkitys, lääkkeiden sivuvaikutukset (Heikkinen 2006, Huovinen 1999, Hölttä 2000, Juvonen - Lauri 1994, Linna ja Mikkola 2000, Salonen 1998, Virta 1993)

- tutkimukset (Alanen 2002, Heikkinen 2006)
- hoitovaihtoehdot, vaihtoehtoiset hoitomuodot (Alanen 2002, Juvonen ja Lauri 1994, Timonen 1998)
- hoidon ja sairauden ennuste, sairauden uusiutuminen ja seuranta (Alanen 2002, Huovinen 1999, Juvonen ja Lauri 1994, Mattila 1998, Timonen 1998)
- jatkohoito, hoito-ohjeet (Juvonen ja Lauri 1994, Leino-Kilpi 1993, Mattila 1998, Timonen 1998)
- hoitoajan pituuteen vaikuttavat asiat (Juvonen ja Lauri 1994)
- aistikokemukset, leikkauksen jälkeiset oireet (sivuoireet, leikkauksen jälkeinen vointi, tunteet nukutettaessa) (Huovinen 1999, Hölttä 2000, Linna ja Mikkola 2000)

4.2 Potilaan psykososiaaliset muutokset

Kuten jo aikaisemmin todettiin, preoperatiivisen ohjauksen tavoitteeksi määritellään myös pyrkimys tarjota psykososiaalista tukea ja tätä kautta antaa mahdollisuus oppia toipumisen kannalta tärkeitä taitoja. Psykososiaalisen tuen tarkoituksena on potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen kautta pyrkiä käsittelemään yhdessä potilaan pelkoja ja edistämään potilaan selviytymistä kirurgisessa prosessissa. Leino-Kilven (1993:25) teoksessa koottujen tutkimusten mukaan psykologisella tukemisella oli tehokas vaikutus sekä potilaan pelkoihin että epäsuotuisiin asenteisiin. Myös postoperatiiviseen toipumiseen ja potilastyytyväisyyteen psykologisella tukemisella oli myönteinen vaikutus. (Leino-Kilpi ym. 1993:22, 24-25; Eriksson - Kuuppelomäki 2000:130.)

Mm. pelko, viha, ahdistus ja ilo ovat ihmisen perustunteista. Tunteiden eli emootioiden syntyminen on aivojen säätelemää toimintaa, eikä ihminen usein voi tunteillaan mitään. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on fyysisten oireiden lisäksi myös potilaan ja hänen omaistensa emotionaalinen tukeminen. Potilaan emotionaalisen tukemisen tarkoituksena on auttamista tiedostamaan sairauden eri vaiheissa syntyviä tunteita, mahdollisuuden antamista tunteiden avoimelle purkamiselle ja potilaan auttamista hallitsemaan tunteitaan. Syöpään sairastunut pelkää monia asioita, leikkauksia, liikuntakyvyn menettämistä, kyvyttömyyttä tehdä ja toimia sekä omaisten suhtautumista heihin. Pelon myöntäminen ja pelosta puhuminen helpottaa usein. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 130,134-135,141.)

Aisteihin liittyvän informaation tarkoituksena on potilaan pelkojen vähentäminen. Kun leikkaukseen tulevalle potilaalle kerrotaan, minkälaisia kokemuksia ja tunteita on odotettavissa, potilas pystyy sen perusteella muodostamaan mielikuvan tulevasta tapahtumista ja sitä kautta kykenee saamaan ne kognitiivisesti hallintaansa. Leino-Kilven (1993: 33) teoksessa esille otetussa tutkimuksessa sisällöllisesti tehokkaimmalta ohjaukselta vaikutti menettelytapainformaation ja aistimuksiin liittyvän informaation kombinaatio. Potilaan pelkotasoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja antaa preoperatiivista ohjausta kunkin potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Leino-Kilpi ym. 1993: 24-25, 33.)

4.2.1 Potilaan psykososiaaliset muutokset -kirjallisuuskatsaus

Luojuksen (1999: 44, 47-48) tutkimuksessa potilaat toivoivat enemmän tukea emotionaalisen selviytymisen edesauttamiseksi. Sairaus ja hoito koettiin uhkana selviytymiselle, mikä aiheutti pelkoja, masennusta ja ahdistuneisuutta. Potilaat kokivat saamansa sosiaalisen tuen merkittävänä tekijänä heidän selviytymisprosessissaan. Sosiaalisen tuen muodostivat perhe, ystävät, potilastoverit ja tuttavat, osastohoidon aikaisia ohjaajia ei mainittu sosiaalisen tuen välittäjinä. Sosiaalisen tuen muotoina mainittiin yhteydenpito, yhdessä oleminen ja liikkumisen sekä konkreettisten ohjeiden noudattamisen tukemisen.

Tuen saantia tutki myös Huovinen (1999: 42, 45). Tutkimuksessa selvitettiin mm. potilaan odottamaa ja saamaa tukea ja lähes kaikki potilaat kokivat saaneensa tukea hieman odotuksiaan enemmän. Suurin osa (96%) potilaista koki itseään tukeviksi asioiksi henkilökunnan rohkaisun ja ystävällisyyden sekä työyhteisön miellyttävän ilmapiirin. 80 prosenttia odotti saavansa tukea hoitajilta ja 73 prosenttia lääkäreiltä, 84% koki saaneensa tukea hoitajilta ja 62% koki saaneensa tukea lääkäreiltä.

Sairauden vaikutusta perhe-elämään, harrastuksiin, työkykyyn, elämäntapoihin sekä sairauden aiheuttamaa stressiä kysyttiin potilailta Juvosen ja Laurin (1993: 28,50-51) tutkimuksessa. Vajaa puolet ei ollut saanut tietoa sairauden vaikutuksista perhe-elämään ja harrastuksiin. Noin kolmannes oli jäänyt vaille tietoa siitä miten sairaus vaikuttaa heidän työkykyynsä ja elämäntapoihin. Jokaisen kysymyksen kohdalla vajaa puolet ilmoitti haluavansa lisää tietoa kyseisistä asioista. Jopa 55 prosenttia vastanneista halusi

lisää tietoa siitä, miten selviytyä sairauden aiheuttamasta stressistä. Hengellisistä asioista 75 prosenttia vastanneista ei ollut saanut tietoa.

Sydäninfarktin sairastaneilta potilailta kysyttiin (Tuusvuori 1998) heidän kokemuksiaan psykososiaalisista muutoksista ja tutkimustuloksista käy ilmi, että ohjauksessa näitä muutoksia oli käsitelty vähän. 58 prosentin mielestä stressiä oli käsitelty melko vähän tai ei lainkaan. Reilun 60 prosentin mielestä mielialan vaihteluita ja masennusta käsiteltiin ohjauksessa melko vähän tai ei lainkaan. Sairauden tuomiin henkisiin muutoksiin viitattiin tutkimuksen avoimissa kysymyksissä paljon. Sairauteen liittyvistä ongelmista ja epävarmuudesta kuten syyllisyydestä, turvattomuudesta, väsymyksestä, tulevaisuuden pelosta ja elämänmuutoksesta oli saatu vähemmän tietoa kun olisi haluttu. Tutkimuksessa korostui varsinkin sairauden aiheuttamien elämänmuutosten liian vähäinen ohjaus, tietoa olisi tarvittu enemmän kuin sitä saatiin.

Myös Linnan ja Mikkolan (2000: 35-36, 44, 47) tutkimuksessa yli puolet potilaista ilmoitti, ettei heidän kanssaan oltu keskusteltu leikkauksen jälkeisestä mahdollisesta uupumisesta ja väsymisestä. Tutkimuksessa selvitettiin myös toimenpiteeseen liittyvää pelkoa. Eniten pelkoa herätti nukutus, leikkaus ja kipu, myös taudin pahanlaatuisuutta, komplikaatioita ja omaa henkistä selviytymistä pelättiin. Ohjauksessa painottuivat vähiten tulevaisuuteen, henkiseen hyvinvointiin ja turvallisen ilmapiirin luomiseen liittyvät asiat. Mattilan (1998) tutkimuksessa lähes kaikki potilaat halusivat keskustella enemmän sairauteen liittyvästä epävarmuudesta ja tunteista.

Virta (1993: 34-36) tutki mm. potilaiden tyytyväisyyttä potilas-hoitaja suhteen luonteeseen. Potilaat antoivat joko positiivisen tai negatiivisen vastauksen väittämiin tai jättivät kokonaan vastaamatta. Potilaan tunteista kertomisen mahdollisuus hoitajille, potilaan ongelmien ymmärtäminen, inhimillisyys ja suhtautuminen potilaita kohtaan sekä potilaan ei-holhoava kohtelu saivat eniten negatiivisia mielipiteitä tai kokonaan vastaamatta jättämisen aikaan. Lähes kaikki tunsivat olonsa turvalliseksi hoitohenkilökunnan heitä hoitaessa. Myös väittämään jossa kysyttiin hoitohenkilökunnan saatavuutta, jos potilas tarvitsee tukea, ilmoitti yli 90 prosenttia positiivisen mielipiteen.

Leikkauksen jälkeinen psyykinen kuntoutuminen voi olla pitkäaikainen prosessi. Koivunen (2002: 67-68) tutki sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutumista ohitusleikkauksesta ja ohjausta osana kuntoutumista. Sekä naisilla, että miehillä

psykkisen kuntoutumisen aikana esiintyi tunnetasojen vaihtelua, aina tunteiden tasapainosta mielen alakuloisuuteen.

Ilvonen ja Myllyharju (1998:37-38) tutkivat mm. avanteen vaikutusta jokapäiväiseen elämään. Vaikutuksen olivat lähinnä kielteisiä, vain 12 prosenttia koki vaikutukset myönteisinä tai neutraaleina. Avanne rajoitti osan elämää mm. sosiaalisen kanssakäymisen alueella. Avanne herätti mm. syyttömyyttä, syyllisyyttä, lamaantuneisuutta ja selviytymisen tunnetta. Uskoa tulevaisuuteen ja pelkoa koettiin lähes yhtä paljon. Pienelle osalle avanne aiheutti stressiä, aggressiota ja masennusta.

4.2.2 Yhteenveto potilaan psykososiaalisista muutoksista -tietoalueesta

- emotionaalinen selviytyminen, psyykkisesti kuntoutuminen pitkä prosessi (Koivunen 2002, Luojus 1999)
- sairaudesta johtuvat ongelmat ja epävarmuus: syyllisyys, turvattomuus, väsymys, uupumus, tulevaisuuden pelko, elämän muutos, lamaantuneisuus, selviytymisen tunne, usko tai pelko tulevaisuutta kohtaan (Ilvonen ja Myllyharju 1998, Linna ja Mikkola 1998, Mattila 1998, Tuusvuori 1998)
- mielialojen vaihtelu, henkiset muutokset, hengelliset asiat, tunteet (Juvonen ja Lauri 1994, Mattila 1998, Tuusvuori 1998)
- pelko: leikkaus, nukutus, kipu, komplikaatiot, henkinen ja fyysinen selviytyminen, taudin pahanlaatuisuus (Linna ja Mikkola 1998, Luojus 1999)
- masennus, ahdistus, aggressio, stressi (Ilvonen ja Myllyharju 1998, Luojus 1999, Juvonen ja Lauri 1994, Tuusvuori 1998)
- sosiaalinen tuki: yhteydenpito, yhdessä oleminen ja liikkuminen, konkreettisten ohjeiden noudattamisen kannustaminen. Tukevia toimintoja: mahdollisuus puhua hoitajille, ymmärtäväisyys, ystävällisyys, inhimillisyys, positiivinen suhtautuminen potilaisiin, henkilökunnan saatavuus tarvittaessa, rohkaisu, työyhteisön miellyttävä ilmapiiri (Huovinen 1999, Luojus 1999, Virta 1993)
- elämäntapojen muutos, muutokset perhe-elämään, harrastuksiin, työkykyyn, elämää rajoittava merkitys (Juvonen ja Lauri 1994, Ilvonen ja Myllyharju 1998)

4.3 Potilaan rooli

Laki potilaan oikeuksista määrittää seuraavasti: ”Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.” Itsemääräämisoikeus on myös säädetty lakiin: ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) Potilaiden voimavaroja hyödyntävä ohjaus edistää itsehoitoa ja vastaa potilaiden haluun osallistua hoitoon ja olla siinä asiantuntijana terveys- ja sairauskokemuksineen. (Mattila 1998: 151)

Potilaan osallistumista hoitoon ja sitä koskevaan päätöksentekoon pidetään terveydenhuollossa tärkeänä. Potilaan vastuu hoidostaan on kasvanut mm. lyhentyneiden hoitoaikojen myötä. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa potilas ja hoitaja ovat tasavertaisessa suhteessa toisiinsa. Hyvän hoitamisen perusteet ovat hoitajakeskeisiä; hoitajan työskentelylle asetetaan edellytyksiä ja hänellä on tavoitteita. Potilaalle ei taas ole määritelty ns. ominaisvaateita. Vaikka potilaalla on rajatusti aktiviteetteja, tulisi hänen toimia oma-toimisesti, osallistua, auttaa ja valikoida. Potilaan odotetaan myös toimivan yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: mitkä sivut?? Leino-Kilpi 1990: 98)

Potilaan rooliin liittyvä informaatio sisältää tiedon antamista niistä odotuksista, joita hoitavalla henkilökunnalla on potilaan omasta osallistumisesta hoitoonsa hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilasta tulisi informoida siitä, mikä on hänen osuutensa hoitoprosessissa. Leino-Kilven teoksessa otettujen tutkimusten pohjalta voidaan olettaa, että potilaan oma aktiivinen osallistuminen lisää potilaan hoitoon sitoutumista. Usein kuitenkin osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksentekoon voi olla vaikeaa, jos potilaalla on tietoa sairaudesta liian vähän. (Leino-Kilpi ym. 1993:25,42.)

Potilaaseen liittyvät yksilölliset tekijät vaikuttavat potilaan halukkuuteen toimia omassa roolissaan. Syöpäpotilaan hoitoon osallistumisen edellytyksiä ovat mm. kyky asettaa

arvoja ja tavoitteita eli kyky nähdä mikä hänelle itselleen on ”hyvää tai pahaa”, kyky kommunikoida ja ymmärtää informaatiota sekä kykyä päätellä ja harkita vaihtoehtoisia ratkaisuja suhteessa omiin arvoihin ja asenteisiin. Edellä mainitut vaatimukset koskevat myös muita potilasryhmiä. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000:219.)

4.3.1 Tieto potilaan roolista -kirjallisuuskatsaus

Syöpäpotilaiden osallistumista hoitoaan koskevien päätösten tekemiseen tutki Juvonen ja Lauri (1994: 36-37). Vain 40 prosenttia potilaista oli tietoisia, että heillä on mahdollisuus osallistua hoitonsa suunnitteluun. Potilaista 20 prosenttia oli tehnyt hoitoaan koskevia aloitteita ja 34 prosenttia oli sitä mieltä, että he olivat voineet kieltäytyä hoitotoimenpiteistä. Lähes 80 prosenttia potilaista halusi jättää hoitoaan koskevat päätökset hoitohenkilökunnalle ja vain 8 prosenttia koki tarvetta osallistua päätösten tekemiseen jossain määrin. Tutkimuksessa on jokseenkin ristiriitaista tietoa siitä mitä potilaat haluavat liittyen päätösten tekemiseen. Potilaiden tiedontarpeen ja päätöstenteon välillä näytti olevan yhteys, ne jotka halusivat lisää tietoa sairaudestaan ja hoidoistaan, halusivat myös muita enemmän osallistua päätöksentekoon.

Luojaksen (1999: 25-27) tutkimuksessa potilaat toivoivat enemmän itsehoidon tukemista, erityisesti motivointia ja oman vastuun korostamista. Potilaat tiedostivat oman vastuunsa toipumisen etenemisestä ja se lisäsi heidän mielestään omaa aktiivisuutta ja kiinnostuneisuutta omasta toipumisesta. Toisaalta tutkimuksessa käy ilmi, että potilailla ei ollut tarvetta osallistua ohjauksensa suunnitteluun, toisaalta heillä ei ollut käsitystä miten siihen olisi voinut hoitojakson aikana vaikuttaa. Tässä tutkimuksessa potilaat luottivat ohjauksen antajan asiantuntijuuteen.

Mattilan (1998: 147, 150) tutkimuksessa kävi ilmi, että jotkut somaattiset potilaat eivät halunneet osallistua hoitoon ja odottivat hoitoa passiivisina. Potilaat kokivat riippuvuutta hoitajista eivätkä nähneet ohjauksella olevan yhteyttä itsehoitovalmiuksien kehittämiseen. Potilaat kokivat hoitoon osallistumisen vieraana, he osallistuisivat mikäli se olisi mahdollista ja mikäli kerrottaisiin mitä potilailta odotetaan.

Huovisen (1999: 34-36, 49) tutkimuksessa kävi ilmi että potilaat kokivat vähiten itseään tukeneeksi asiaksi tiedon omasta roolistaan potilaana. Tutkimuksessa mitattiin myös

potilaan odottamaa ja saamaa tietoa omasta roolista sekä sairaalassa että kotona. Suurin osa odotti ja sai tietoa riittävästi. Potilaan rooliin liittyi tieto osallistumisesta valmisteluihin ennen leikkausta, osallistuminen leikkauspäivän tapahtumiin ja leikkauksen jälkeiseen hoitoon. Arkitoiminnot, harrastukset ja sukupuolinen kanssakäyminen olivat asioita joihin haluttiin tietoa liittyen potilaan omaan rooliin kotona.

Salosen (1998: 64) haastattelu tutkimuksessa selvitettiin urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjausta ja esille nousi se etteivät mahdollisuudet vaikuttaa omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon olleet selviä potilaille eivätkä omaisille. Hoitoon osallistumisen potilaan sairaalahoidon aikana omaiset kokivat vieraana, koska potilaan hoitovastuu oli henkilökunnalla.

Kirurgisten sairaalapotilaiden tyytyväisyyttä tutkinut Virta (1993: 51-52) sai seuraavia tuloksia: lähes neljännes potilaista ilmaisi tyytymättömyyttä mahdollisuuksiinsa seurata omaa hoito-ohjelmaansa ja samoin neljännes koki etteivät hoitajat arvosta potilaan omaa näkemystä sairaudesta. Kuudes osa oli sitä mieltä, että hoitajat eivät ota huomioon sitä mitä potilas heille kertoo. Vaikuttamismahdollisuudet omaan hoitoon olivat heikot, sillä noin viidennes koki, että ei voinut valita hoitoansa eikä voinut suunnitella omaa hoitoansa.

Rintasyöpäpotilaita tutkineen Timosen (1998 : 303-304) tutkimustuloksista käy ilmi, että 66 prosenttia vastasi pystyneensä itse vaikuttamaan siihen millainen leikkaus tullessaan tekemään ja esimerkiksi kaikki rinnankorjausleikkauspotilaat saivat mielestään päättää itse leikkaustavan.

Linna ja Mikkola (2000: 48) kysivät tutkimuksessaan potilaiden osallistumismahdollisuuksistaan ohjaustilanteessa. Jopa 67 prosenttia oli sitä mieltä, ettei heiltä oltu kysytty palautetta ohjaukselle ja melkein sama määrä potilaita oli sitä mieltä, ettei heitä rohkaistu tekemään hoitoaan koskevia aloitteita. Toisaalta viidesosa oli saanut aloitteen tekemiseen rohkaisua. Kolmannes oli sitä mieltä, ettei heidän toiveitaan otettu huomioon ohjaustilanteessa.

4.3.2 Yhteenvedo potilaan rooli -tietoaalueesta

- ei tarvetta osallistua päätöksentekoon, hoitoon osallistuminen vieras asia, tieto omasta roolista hoidon aikana ei tukenut potilasta (Huovinen 1999, Luojus 1999, Mattila 1998)
- ei tietoa mitä potilaalta odotetaan, ei käsitystä miten osallistua omaa hoitoaan koskevien päätösten tekemiseen, ei tietoa miten osallistuminen mahdollista, tietämättömyys omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Juvonen ja Lauri 1994, Luojus 1999, Mattila 1998, Salonen 1998)
- vaikutusmahdollisuudet omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon heikot, hoidon ja hoidon suunnittelu vaikeaa, tyytymättömyys mahdollisuuksiin seurata omaa hoito-ohjelmaa (Virta 1993)
- mahdollisuus päättää leikkaustapa, tietoa vaihtoehtoista (Timonen 1998)
- potilaan näkemystä ei arvosteta, hoitaja ei huomio potilaan sanomisia, toiveita ei oteta huomioon (Linna ja Mikkola 2000, Virta 1993)
- omaiset kokivat auttamisen vieraana (Salonen 1998)
- potilaan rooli ennen ja jälkeen leikkauksen (Huovinen 1999)
- rooli kotona, itsehoidon korostuminen: motivointi, oman vastuun korostaminen (Huovinen 1999, Luojus 1999)
- luottaminen hoitajaan, hoitoa koskevat päätökset hoitajille, riippuvuus hoitajista (Juvonen ja Lauri 1994, Luojus 1999, Mattila 1998)
- mahdollisuus tehdä hoitoa koskevia aloitteita ja mahdollisuus kieltäytyä hoidosta, rohkeisuus aloitteiden tekemiseen (Linna ja Mikkola 2000, Juvonen ja Lauri 1994)
- palautteen antaminen ohjauksesta (Linna ja Mikkola 2000)

4.4 Kuntoutuminen

Luvussa 1.1 mainittiin potilaiden tiedontarpeista liittyen itse sairauteen, hoitoon sekä laajemmin terveysasioihin, joihin sairaudella voi olla yhteys. Tutkimusten mukaan potilaat ovat tyytyväisiä, jos he saavat hoidostaan riittävästi tietoa, heitä ohjataan tai opetetaan hoitoon liittyvissä asioissa. Potilasohjauksen yksi sisältöalue käsittää niiden taitojen, aktiviteettien ja harjoitusten opettamisen potilaalle, joiden odotetaan edistävän potilaan toipumista leikkauksesta ja/tai vähentämään komplikaatioiden riskiä. (Leino-Kilpi ym. 1993: 8-10, 26.)

Ihmisen normaali terveys vaatii yleensä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tasapainon. Hyvän tasapainon ylläpitämiseksi ihminen pyrkii huolehtimaan riittävästä ravinnosta, liikunnasta, päivittäisestä puhtaudesta, suolen ja rakon toiminnasta ja sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. Syöpään sairastuminen ja leikkaukseen joutuminen horjuttaa aina jollakin tavalla ihmisen hyvinvointia ja aiheuttaa erilaisia ongelmia.

Seuraavaksi käsittelemme tutkimuksissa ilmenneitä ohjauksen sisältöalueita, joilla katsomme olevan yhteys kuntoutumiseen leikkauksen jälkeen. Tutkimuksissa ilmenneitä, potilaiden tärkeinä pitämiä sisältöalueita ovat mm. arkitoiminnot, ravitsemus ja liikunta. Olemme jo edellä käsitelleet hoitoon liittyviä asioita, joten keskitymme nyt kuntoutumista edistäviin alueisiin. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 68.)

4.4.1 Tieto kuntoutumiseen liittyvistä sisältöalueista -kirjallisuuskatsaus

Huovisen (1999: 36) tutkimuksessa potilailta kysyttiin odotuksia ja saatua tietoa omasta roolistaan kotona leikkauksen jälkeen. Noin neljä viidesosaa odotti saavansa tietoa arkitoiminnan rajoituksista ja harrastuksiin liittyvistä rajoituksista ja tietoa myös saatiin odotusten mukaan. Kuitenkin ne potilaat, jotka tunsivat henkisen tai fyysisen terveydentilansa huonoksi ennen leikkausta kokivat saaneensa vähän tietoa harrastuksia koskevista rajoituksista. Alasen (2002: 30, 37) tutkimuksen mukaan 40 prosenttia vastaajista piti tietoa ravitsemuksesta tärkeänä ja reilut 40 prosenttia piti tietoa kuntoutumisesta tärkeänä. Kun tutkittiin selviytymistä tukevia tiedon alueita, kuntoutus ja toimintakyky olivat tärkeimmät tietalueet potilaille.

Toipumisen kannalta tärkeiden taitojen ohjausta osastolla ennen leikkausta ja kotihoiton taitoihin liittyvää ohjausta kysyttiin Linnan ja Mikkolan (2000: 40-43) tutkimuksessa laparoskooppisen kohdunpoiston yhteydessä. Yleisesti potilaat halusivat lisää toipumista edistävien taitojen ohjausta. Esimerkiksi lantionpohjalihasten vahvistamisesta annettu ohjaus oli suurimman osan (69%) mielestä vähäistä tai sitä ei saatu lainkaan. Yskimistekniikkaa, rentoutumista ja hengitystekniikkaa oli myös käsitelty yli puolien vastanneiden mielestä vähän tai ei lainkaan. Vuoteesta nouseminen ja verenkierron vilkastuttamiseen liittyviä asioita oltiin käsitelty ohjauksessa eniten. Lähes puolet vastaajista toivoi konkreettisempaa liikunnan ohjausta. Noin puolet vastaajista oli saanut paljon tai melko paljon ohjausta kantamisesta ja nostamisesta leikkauksen jälkeen. Puhtau-

teen ja saunomiseen sai yli puolet ohjausta. Yli 50 prosenttia sai vähän tai ei lainkaan ohjausta toipumista edistävän ruokavalion merkityksestä. Virtsaamisesta sai ohjausta ainoastaan noin 20 prosenttia ja suolen toiminnasta reilu puolet sai ohjausta.

Juvosen ja Laurin (1994: 33) tutkimuksessa tutkittiin myös potilaiden tiedonsaantia ja tiedontarvetta itsensä hoitamisen merkityksestä. Suurin osa ilmoitti saaneensa tietoa ravinnon ja vitamiinien merkityksestä terveydelleen, mutta silti yli puolet potilaista halusi saada asiasta vielä enemmän tietoa. 29 prosenttia ilmoitti, ettei ollut saanut mitään tietoa liikunnan merkityksestä terveydelle ja 55 prosenttia ilmoitti ettei tarvitse tietoa ko. asiasta. Suun ja hampaiden hoidon merkityksestä sai tietoa 64 prosenttia ja puhtauden ja ihon hoidosta sai tietoa 87 prosenttia. Vähiten potilaat saivat tietoa infektioiden hoidosta.

Salosen (1998: 31-34) tutki urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjausta haastatteleamalla asianomaisia. Ravitsemukseen liittyvää ohjausta annettiin osana leikkausvalmisteluihin liittyvää ohjausta. Ravinnotta olemisen tarkoituksesta he eivät olleet tietoisia. Kuitupitoisen ruoan vaikutuksista suolen toimintaan potilaat saivat tietoa kotiinlähtöpäivänä. Potilaat olisivat halunneet tietoa alkoholin nauttimisesta toimenpiteen jälkeen. Liikunnan oli kerrottu lisäävän virtsan eritystä ja palauttavan virtsan kulkua normaalisti. Fyysisen kunnon ylläpitämistä kotona tuli haastateltavien jatkaa normaaliin tapaan.

Tuusvuoren (1998) infarktipotilaita käsittelevä tutkimus käsitteli mm. ohjauksen sisältöalueita. Tutkimuspotilaiden sairauden luonteen huomioon ottaminen ei ole poikkeavaa, että ohjauksessa korostui terveellisiin elämäntapoihin liittyvät tiedot. Ruokavaliosta ja liikunnasta oli saatu runsaasti tietoa, sen sijaan levon tarpeeseen ja rasitukseen liittyvää tietoa oli käsitelty melko vähän. Myös alkoholin vaikutuksia terveydelle oli käsitelty vähän. Poikkeuksena tässä tutkimuksessa oli tarvittu tieto tupakasta ja alkoholista, yli 20 prosenttia ilmoitti ettei tarvitse tietoa ko. asioista.

4.4.2 Yhteenveto kuntoutuminen – tietoa alueesta

- harrastusten rajoittaminen, levon tarve, rasituksen oikea määrä (Huovinen 1999, Tuusvuori 1998)

- ravitsemus, toipumista edistävä ruokavalio, ravinnon ja vitamiinien merkitys terveydelle, ruokavalio osana terveellistä elämäntapaa, alkoholin ja tupakan merkitys terveydelle (Alanen 2002, Juvonen ja Lauri 1994, Linna ja Mikkola 2000, Tuusvuori 1998)
- kuntoutuminen, toimintakyvyn ylläpitäminen, arkitoiminnan rajoitukset (Alanen 2002, Huovinen 1999)
- toipumista edistävien taitojen ohjaus: lantiopohjalihasten vahvistaminen, yskimis- ja hengitystekniikka, rentoutuminen, vuoteesta nouseminen, verenkierron vilkastuttaminen (Linna & ja Mikkola 2000)
- liikunnan ohjaus, liikunnan merkitys terveydelle, liikunta osana terveellistä elämäntapaa (Juvonen ja Lauri 1994, Linna ja Mikkola 2000, Tuusvuori 1998)
- kantaminen ja nostaminen leikkauksen jälkeen (Linna ja Mikkola 2000)
- puhtaus ja saunominen, suun ja hampaiden hoidon merkitys terveydelle (Juvonen ja Lauri 1994, Linna ja Mikkola 2000)
- infektioiden hoito, ihonhoito (Juvonen ja Lauri 1994)
- virtsaaminen ja suolen toiminta (Linna ja Mikkola 2000)

4.5 Seksuaalisuus

Seksuaalisuus on yhä edelleen alue, josta useimpien ihmisten on vaikea puhua. Tämä koskee niin potilasta ja hänen puolisoaan kuin hoitohenkilökuntaakin. Seksuaalisuus on ihmiselle olennaista ja se vaikuttaa kaikkiin elämän osa-alueisiin. Syöpäpotilas joutuu sairauden ja hoitojen vuoksi vastakkain hyvin kipeiden, miehuuteen ja naiseuteen liittyvien kysymysten kanssa. Seksuaalisuuteen liittyvien alueiden syövätkuten urologiset syövätkuten rintasyöpä aiheuttavat eniten ongelmia. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 172, 174.)

Sairastuessaan vakavasti on luonnollista ja luvallista, että kiinnostus seksuaalisuuteen vähenee tai aihe ei kiinnosta lainkaan. Toisaalta on myös ihmisiä, jotka pohtivat asiaa kovasti. Asia askarruttaa mieltä, aiheuttaa pelkoja ja nostaa esiin monia kysymyksiä. Kirurginen hoito muuttaa voimakkaasti ihmisen ulkoista ja sisäistä minäkuvaa, potilas voi jopa kadottaa seksuaalisen identiteettinsä, ahdistua ja tuntea itsensä silvotuksi ja rikkinäiseksi. On erittäin tärkeä tarjota psyykkistä tukea ja tietoa sairauden vaikutuksesta myös seksuaalisuuteen. Syöpäpotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö edellyttää myös seksuaalisuuden ja parisuhteen huomioon ottamista. Syövän ja sen toiminnallisiin on-

gelmiin liittyy aina myös psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia. On muistettava myös tukea potilaan sukupuolista identiteettiä, kuunnella potilasta ja ottaa huomioon hänen parisuhteensa ja elämäntilanteensa. (Toim. Rosenberg 2001: 4, Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 172, 175)

Olemme halunneet käsitellä seksuaalisuutta omana kokonaisuutenaan liittyen ohjauksen sisältöön. Jokaisesta tutkimuksesta, joissa kysyttiin ohjauksen riittävyttä seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvissä asioissa potilaat ilmoittivat tyytymättömyytensä ohjauksen määrään.

4.5.1 Tieto seksuaalisuudesta ja parisuhteesta -kirjallisuuskatsaus

Ilvonen ja Myllyharju (1998: 32) tutkivat avanneleikattujen mukautumista jokapäiväiseen elämään. Mukautumiseen minäkuvan alueella, johon seksuaalisuuskin kuuluu, kuului tutkimuksessa mm. tiedot sukupuolielämän ja naisellisuuden/miehisyyden muutoksesta sekä ulkonäön muutokset. Viidennes vastaajista koki ettei naisellisuus/miehisyyden ollut kärsinyt lainkaan avanteesta ja reilu viidennes koki asian todella ongelmalliseksi. Sukupuolielämä oli pysynyt ennallaan kolmanneksella avanneleikatulta ja ongelmia sukupuolielämässään koki neljäsosa. Ulkonäköön avanteella ei koettu olevan yhtä suurta vaikutusta kuin naisellisuuteen ja miehisyyteen sekä sukupuolielämään.

Salosen (1998: 36) tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät potilaat olleet jutelleet hoitohenkilökunnan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista vaikka halua tähän olisi ollut. Haastateltavien miesten mielestä aloitteentekijä seksuaalisuudesta keskusteltaessa tulisi olla hoitaja. Myös yksityisyyden varmistaminen koettiin tärkeäksi, sillä potilaat olisivat halunneet jutella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista muualla kuin potilashuoneessa tai lääkärin kierrolla. Osa haastatelluista oli myös sitä mieltä, ettei seksuaalisuuteen liittyvät asiat kuulu vanhemmille miehille.

Kohdunpoisto leikkauksen vaikutusta naiseuden menettämiseen tai sukupuolielämään kysyi Linna ja Mikkola (2000: 35, 38) tutkimuksessaan. Vain noin 10 prosenttia pelkäsi naiseuden menettämistä tai leikkauksen vaikutusta sukupuolielämään. Samassa tutkimuksessa kysyttiin myös tiedon saantia ohjaustilanteessa ennen leikkausta. Yli puolet

vastanneista oli sitä mieltä, että kohdunpoiston vaikutus seksuaalisuuteen oli jäänyt ohjauksessa vähälle huomiolle. Avoimissa kysymyksissä tuli selville, että potilaat halusivat syvempää ja perusteellisempaa tietoa mm. seksuaalisuudesta.

Huovisen (1999: 36, 49) tutkimuksessa kysyttiin odotettua ja saatua tietoa liittyen sukupuoliseen kanssakäymiseen leikkauksen jälkeen. Asiasta sai tietoa riittävästi 80 prosenttia ja 17 prosenttia sai mielestään vähän tietoa. Tuusvuoren (1998: 39) tutkimuksessa parisuhdetta käsittelevää tietoa olisi tarvittu huomattavasti paljon enemmän kuin tietoa oli saatu. Parisuhdetta käsittelevää tietoa oli saanut erittäin tai melko paljon vain 16 prosenttia. Myös Juvosen ja Laurin (1994: 28) tutkimuksessa, kysyttäessä tiedonsaantia ja -tarvetta sairauden vaikutuksista seksuaalielämään, 58 prosenttia vastanneista ei ollut saanut mitään tietoa liittyen asiaan. Puolet vastanneista olisi halunnut lisää tietoa. Tulos on huomionarvoinen siitä syystä, että puolet vastaajista sairasti rintasyöpää.

4.5.2 Yhteenveto seksuaalisuus -tietoalueesta

- sukupuolielämän muutokset, leikkauksen vaikutukset sukupuolielämään, sukupuolinen kanssakäyminen leikkauksen jälkeen (Huovinen 1998, Ilvonen ja Myllyharju 1998, Linna ja Mikkola 2000)
- sairauden vaikutus seksuaalielämään, kohdun poiston vaikutus seksuaalisuuteen (Juvonen ja Lauri 1994, Linna ja Mikkola 2000)
- miehisyyden/naiseuden muutokset, naiseuden menettämisen pelko (Ilvonen ja Myllyharju 1998, Linna ja Mikkola 2000)
- parisuhdetta käsittelevä tieto (Tuusvuori 1998)
- ulkonäön muutos (Ilvonen ja Myllyharju 1998)
- aloitteentekijänä keskusteluun hoitaja (Salonen 1998)

4.6 Käytännön asiat

Sairastuessaan ihminen tarvitsee tukea ja apua myös käytännön asioiden järjestämiseen. Syöpään sairastuminen ja tieto avanteen tekemisestä vaikuttaa monitahoisesti. Sen lisäksi, että sairastunut kokee huolta itsestään ja sairaudesta myös huoli sairauden vaikutuksesta sosiaaliin suhteisiin kasvaa. Työpaikan ja elannon menettäminen, sosiaalisten suhteiden merkitys ja tuen saaminen ovat sairastuneen mielessä. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 23.)

Syöpäpotilaan selviytymisprosessin eri vaiheiden tiedostaminen on hoitajalle tärkeää, jotta osataan antaa oikeanlaista tietoa oikeaan aikaan. Shokkivaiheen aikana jokapäiväisen elämän toimintoihin kohdistuvat vaatimukset riippuvat mm. siitä, mikä rooli sairastuneella on perheessä. Perheen sisäiset kuten kotitöiden hoitaminen, lastenhoito sekä ulkoiset asiat, kuten ansiotyö ovat asioita, joita sairastunut joutuu miettimään. Kun potilas on sopeutunut elämään sairauden kanssa, hän alkaa kysellä realistisia, jokapäiväiseen elämään liittyviä asioita. Tässä vaiheessa potilaan käyttäytymiselle on tyypillistä mm. hallittu käyttäytyminen ja käytännön asioiden järjestäminen yhdessä omaisten kanssa. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 52-54.)

4.6.1 Tieto käytännön asioista -kirjallisuuskatsaus

Juvonen & Lauri (1994: 34-35) selvittivät tutkimuksessaan potilaiden tietoa erilaisista tukimuodoista. Puolet potilaista oli saanut paljon tietoa ja 38 prosenttia jonkin verran tietoa siitä kenen puoleen he voivat kääntyä sairauttaan ja hoitoa koskevissa kysymyksissä. Kuitenkin lähes 40 prosenttia olisi halunnut lisää tietoa kyseisestä asiasta. Tietoa saatiin hyvin mm. sosiaaliturvasta, syöpäyhdistyksen toiminnasta ja siitä kenen kanssa on mahdollista keskustella esim. peloista. Kolme viidestä ei ollut saanut tietoa oikeusturvastaan hoitoa koskevissa asioissa. Oikeusturvasta olisi halunnut lisää tietoja 63 prosenttia. Tutkimuksessa todettiin myös, että naiset tarvitsivat tilastollisesti merkittävästi enemmän tietoa tukimuodoista kuin miehet.

Hölttä (2000: 42) tutki potilaiden oppimistarpeita sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeen. Kotiutumisen jälkeen potilaat olisivat halunneet tietää mistä saisivat tukihenkilön, joka osaisi antaa apua, tukea ja neuvoja leikkauksesta toipuvulle. Etenkin yksinasuvien kohdalla huoli kotiaskareiden hoitamisesta, jokapäiväisestä elämästä selviytyminen ja päivittäisten asioiden hoitaminen aiheutti huolta.

Tuusvuoren (1998: 40) tutkimuksessa kysyttiin yhtenä ohjauksen osa-alueena käytännön järjestelyihin liittyviä asioita. Tarpeelliseksi tiedoksi koettiin mm. ensiapu, jota 61 prosenttia piti melko tai erittäin tarpeellisena sekä sydänkuntoutus jota piti melko tai erittäin tarpeellisena 53 prosenttia. Tiedon sairauslomasta koki tarpeelliseksi noin puolet vastanneista. Tieto potilasyhdistyksestä koettiin vähiten tarpeelliseksi. 56 prosenttia oli

sitä mieltä, että omaisten osallistumista ohjaukseen ja heidän rooliaan infarktipotilaan toipumisessa oli ohjauksessa käsitelty melko vähän tai ei lainkaan. Yleisesti ottaen ohjauksessa ei oltu käsitelty käytännön asioihin liittyviä kysymyksiä niin paljon kuin tarvetta olisi ollut.

Alasen (2002: 30) tutkimuksessa selviytymistä tukevista tiedonalueista noin neljännes vastaajista piti tietoa sairauslomasta ja potilaan oikeuksista tärkeänä. Vain harva (5-8%) piti tärkeänä tietoa järjestöistä ja omaisen osallistumisesta hoitoon. Linnan ja Mikkolan (2000: 34) tutkimuksessa potilaat olivat saaneet hyvin tietoa mm. sairausloman pituudesta.

Stenforsin (1996: 29) omaisen ohjausta käsittelevässä tutkimuksessa omaiset odottivat saavan tietoa kotisairaanhoidojärjestelmästä sekä käytännön toimintatavoista. Omaisia mietitytti mm. se kuka huolehtii kotiavun järjestämisestä kotiin.

Ongelmatilanteissa mahdollisuus yhteydenottoon osastolle nostettiin tärkeäksi asiaksi mm. Luojuksen (1999: 42), Huovisen (1999: 33) ja Salosen (1998: 35) tutkimuksissa. Timosen (1998 : 303) tutkimuksessa 98 prosenttia potilaista tiesi yhteydenottomahdollisuudesta osastolle, jos ongelmia ilmenee kotona.

4.6.2 Yhteenveto käytännön asiat -tietoalueesta

- mistä tietoa sairautta ja hoitoa koskevissa kysymyksissä, ensiapu, yhteydenotto mahdollisuus osastolle ongelmatilanteissa (Huovinen 1999, Juvonen ja Lauri 1994, Luoju 1999, Salonen 1998, Timonen 1998, Tuusvuori 1998)
- sosiaaliturva, oikeusturva, potilaan oikeudet (Alanen 2002, Juvonen ja Lauri 1994)
- syöpäyhdistys, sydänekuntoutus , potilasyhdistys, järjestöt (Alanen 2002, Juvonen ja Lauri 1994, Tuusvuori 1998)
- mistä keskustelu apua saatavilla, tukihenkilön saaminen (Hölttä 2000, Juvonen - Lauri 1994)
- sairausloma (Alanen 2002, Linna ja Mikkola 2000, Tuusvuori 1998)
- omaisen rooli, omaisen osallistuminen (Alanen 2002, Tuusvuori 1998)
- kotisairaanhoidojärjestelmä, kotihoito, kotiaskareiden tekeminen, päivittäisten asioiden hoitaminen (Hölttä 2000, Stenfors 1996)

4.7 Omaisen ohjaustarpeet

Yksilön sairastuminen vaikuttaa monin tavoin myös omaisen hyvinvointiin ja jokapäiväiseen elämään. Omaisen selviytymisprosessi on samankaltainen kuin potilaan ja se etenee selviytymisvaatimuksista ja selviytymiskeinoista sopeutumiseen. Omaisella on usein tärkeä tehtävä potilaan emotionaalisenä tukijana ja avohoidon lisääntyminen mahdollistaa omaisen roolin ja panoksen lisäämisen potilaan sairaalahoidossa. Omaisten hoitoon osallistuminen lyhentää osaltaan potilaan sairaalassaoloaikaa ja lisää kotihoidon osuutta. Omaisat tarvitsevat hoitohenkilökunnan tukea ja apua, jotta he jaksavat tukea potilasta ja jakaa tämän kanssa vaikean sairauden sekä sopeutuakseen itse sairauden aiheuttamaan uuteen elämäntilanteeseen. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 226.)

Hoitohenkilökunnan omaiselle antamaa tukea nimitetään ammatilliseksi tueksi erotukseksi sosiaaliselta verkostolta saadusta tuesta. Ammatillisen tuen käsite voidaan jakaa omaisen suoraan ja epäsuoraan tukemiseen. Suoraan tukemiseen liittyy hoitohenkilökunnan omaiselle välittämä tieto ja emotionaalinen tuki. Epäsuoraan tukemiseen liittyy omaisten mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon ja omaisen kokemus siitä että potilas saa hyvää hoitoa. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 227.)

4.7.1 Tieto omaisen ohjaustarpeista -kirjallisuuskatsaus

Erikssonin (1996: 143) väitöskirja käsittelee syöpäpotilaiden omaisten sopeutumisen edistämistä. Tutkimuksen mukaan omaiset kokivat tarvitsevansa eniten lääketieteellistä ja vähiten osaston toimintaan liittyvää tietoa. Omaisat pitivät tärkeänä sitä, että hoitohenkilökunta antaa heille potilaan sairautta koskevaa tietoa. Tiedon välittämisessä tärkeimpänä pidettiin, että omaisten kysymyksiin vastataan rehellisesti, asiat selitetään ymmärrettävässä muodossa ja että omaiset voivat kysyä kaikkia heille tärkeitä asioita. Tutkimuksen mukaan omaiset haluavat osallistua potilaan hoitoon ja tärkeimpänä osallistumisen muotona omaiset pitivät emotionaalista tukemista. Omaisilla ei juurikaan ollut tietoa mahdollisuuksistaan osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon yhdessä muiden kanssa. Omaisten mielestä myöskään potilasta ei tuettu osallistumaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon.

Omaisien ohjausta vanhuspotilaan kotiutumisvaiheessa tutki Stenfors (1996: 26-29). Tärkeimmiksi tiedon tarpeen alueiksi muodostui tieto haavan hoidosta, ruokavaliosta ja sen muutoksista, liikkumisesta, tarvittavista apuvälineistä ja lääkityksestä. Potilaan voinnista ja kuntoutumisesta kaivattiin myös tietoa. Kuntoutumisesta erityisesti silloin jos leikkaus kohdistui alaraajoihin. Kotisairaanhoidojärjestelmästä ja käytännön toimintatavoista haluttiin myös tietoa.

Salosen (1998: 45, 66, 69) tutkimuksessa omaiset, jotka auttoivat päivittäisissä toiminnoissa potilasta, olisivat halunneet varmistua hoidon jatkuvuudesta ja sen vuoksi olisivat halunneet tietoa potilaan sairaudesta ja sen hoitomuodoista sekä leikkauksen jälkeisestä hoidosta jo ennen potilaan sairaalavaiheen hoitoa. Omaisten tyytymättömyys vuorovaihtukseen hoitajien kanssa tuli tutkimuksessa voimakkaasti esille. Omaiset olisivat halunneet keskustella enemmän hoitajien kanssa ja puoliset toivoivat, että heidät huomioidaan potilaan omaisena, joka tarvitsee tietoa potilaan hoitoon liittyvistä kysymyksistä voidakseen tukea potilaan selviytymistä ja itsehoitoa kotona. Hygieniaan, ravitsemukseen, erityiseen ja liikuntaan liittyvät ohjeet olivat tärkeitä omaisille.

Juvonen ja Lauri (1994: 40-41) selvittivät tutkimuksessaan olivatko omaiset saaneet potilaan mielestä riittävästi tietoa potilaan sairaudesta. Potilaat olisivat halunneet omaisten saavan tietoa sairauden ennusteesta, sairauden aiheuttamasta stressistä, leikkausvaihtoehtoista, hoitojen vaikutuksesta ja siitä, mikä sairaus syöpä on.

4.7.2 Yhteenveto omaisen ohjaustarpeista -tietoalueesta

- lääketieteellinen tieto, potilaan sairaus (Eriksson 1996, Salonen 1998)
- hoitomuodot, leikkauksen jälkeinen hoito (Salonen 1998)
- tietämättömyys osallistua päätöksentekoon (Eriksson 1996)
- haavanhoito (Stenfors 1996)
- ruokavalion muutokset, ravitsemus (Salonen 1998, Stenfors 1996)
- liikkuminen, potilaan kuntoutuminen, tarvittavat apuvälineet, potilaan vointi (Salonen 1998, Stenfors 1996)
- lääkitys (Stenfors 1996)
- hygienia, eritystoiminta (Salonen 1998)
- kotisairaanhoidojärjestelmä, käytännön asiat (Stenfors 1996)

Potilaat toivoivat tietoa annettavan

- sairauden ennuste (Juvonen ja Lauri 1994)
- sairauden aiheuttama stressi (Juvonen ja Lauri 1994)
- leikkausvaihtoehdot (Juvonen ja Lauri 1994)
- hoitojen vaikutus (Juvonen ja Lauri 1994)
- mikä sairaus syöpä on? (Juvonen ja Lauri 1994)

5 OHJAUSMENETELMIEN MÄÄRITTELY

Hoitohenkilökunta mieltää selvästi vastuunsa terveyttä, sairautta ja hoitoa koskevan tiedon välittämisessä potilaille. Potilaiden tarpeiden lisääntyminen, heidän lisääntynyt tietämyksensä ja tietotekniikan kehittyminen asettavat yhä suurempia vaatimuksia hoitavalle henkilökunnalle. Hoitotyössä välitetään tietoa sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti kommunikoimalla. Kaiken kattavaa yksittäistä tiedonvälittämistapaa ei ole löydettävissä ja siksi tiedon välittämisessä on kiinnitettävä nykyistä enemmän huomiota potilaan yksilöllisiin kognitiivisiin tiedonprosessointitapoihin ja siihen miten niihin voidaan hoidossa vastata. (Leino-Kilpi ym. 1993: 11; Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 204.)

Erilaiset ulkoiset tai sisäiset häiriöt voivat estää tiedon välittymisen siitä riippumatta, mitä menetelmää käytetään. Eri menetelmien tehokkuutta on turha pohtia, ellei hoitaja tunne potilaan ja omaisen kognitiivista kykyä, siihenastisia tietoja, kokemuksia ja valmiuksia ottaa vastaan informaatiota. Potilaan yksilöllisen tilanteen tunnistaminen onkin eriarvoisen tärkeää. Perusasetelmana tutkimuksissa onkin ollut se, ovatko potilaat omaksuneet sen tiedon, jota hoitohenkilökunta on heille välittänyt. (Leino-Kilpi ym. 1993: 12; Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 211.)

Kirurginen potilas joutuu hoitoprosessinsa aikana tekemisiin useiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa, jotka jollain tavalla informoivat häntä. Tutkijat ovat olleet kiinnostuneita erityisesti potilaiden käsityksistä hyvästä tiedonantajasta, potilaiden ja tiedonantajien käsityksistä yksilönohjauksesta verrattuna ryhmäohjaukseen sekä tiedon antamisen ajankohdasta. Tutkimuksissa tietoa on annettu potilaille suullisesti tai kirjallisesti, ääninauhalta, videona tai diakuvina. (Leino-Kilpi ym. 1993: 27-28.)

Seuraavassa tarkastelemme tutkimuksissa ilmenneiden tiedon välittämisen menetelmiä potilaiden näkökulmasta tarkasteltuna.

5.1 Ohjausmenetelmät potilaan näkökulmasta -kirjallisuuskatsaus

Tuusvuori (1998: 44) selvitti tutkimuksessaan eri ohjausmenetelmien käyttöä ja niiden sopivuutta ohjauksessa. Ohjausmenetelmistä sopivina potilaat pitivät henkilökohtaista ohjausta, kirjalliseen materiaaliin perustuvaa ohjausta, opetusvideoita ja luento-opetusta. Näitä kaikkia piti melko tai erittäin sopivina yli 60 prosenttia vastaajista. Ryhmäkeskustelun ja itsenäisen opiskelun kohdalla syntyi eniten hajontaa. Itsenäistä opiskelua piti lähes kolmannes melko tai ei lainkaan sopivana menetelmänä. Kun potilailta kysyttiin mitä menetelmiä ohjauksessa oli käytetty heidän sairaalassaolo aikanaan, vain 53 prosenttia vastasi kysymykseen. Jopa 37 prosenttia vastanneista ilmoitti ettei ollut saanut henkilökohtaista ohjausta. Kirjallista opetusmateriaalia ja opaslehtisiä oli saanut 61 prosenttia vastaajista. Itsenäiseen tiedonhankintaan ohjausta oli saanut vain 7 prosenttia vastaajista. Lähes kaikki (92%) vastaajat ilmoittivat hoitajien antamien ohjeiden olleen ymmärrettäviä. Lähes kolmannes ilmoitti ettei ohjausta sovellettu heidän omiin tarpeisiinsa. Yli puolet oli sitä mieltä, että omaisten läsnäolo ohjauksessa oli tärkeää.

Ohjauksessa käytettyjä menetelmiä selvitti myös Salonen (1998: 36) haastattelututkimuksessaan. Haastateltavat pitivät hyvänä yksilöllisen ohjauksen toteutumista. Suullisen ohjauksen arvioitiin riittävän sen tarkkuuden vuoksi. Kirjallisia esitteitä jaettiin myös ja ne sisälsivät paljon kuvia ja tekstiä, jotka olivat melko ymmärrettäviä ja selkeitä. Vieraskieliset sanat koettiin kuitenkin vaikeiksi ymmärtää. Oppaat olivat melko lääketiedepainotteisia ja osa potilaista koki ne pelottaviksi. Haastateltavat ilmaisivat, että ohjauksessa voitaisiin käyttää myös ääninauhaa, jota olisi mahdollista kuunnella suullisen ohjauksen tukena sairaalahoidon aikana. Kotihoito-ohjeissa haastateltavat olisivat halunneet olevan enemmän päivittäisiä toimintoja koskevia ohjeita. Myös omahoitajan kanssa tehtyä yhteistyötä arvostettiin sekä ystävällisyyttä ja avuliaisuutta. Ohjaustilanteet olivat tapahtuneet lähinnä potilashuoneissa, eikä vastaajia tämä häirinnyt.

Linnan ja Mikkolan (2000: 45-47) tutkimuksessa kysyttiin ohjauksen toteutumista potilaiden näkökulmasta. Ohjauksen toteuttamismenetelmiä olivat mm. kirjallinen materiaa-

li, suullinen ohjaus, videofilmit, puhelinohjaus, diakuvat ja tutustumiskäynti. Yleisimmin käytettiin kirjallista materiaalia ja suullista ohjausta. Vastaaajista 26 prosenttia kertoi saaneensa video-ohjausta jonkin verran, melko paljon tai paljon. Hoitohenkilökunnan tulisi olla mukana video-ohjauksessa antamassa vastauksia potilaiden kysymyksiin. Myös puhelinohjausta käytettiin ohjausmenetelmänä jonkin verran. Diakuvien käyttö ja tutustumiskäynnit olivat harvinaisia.

Alanen (2002: 43-45) selvitti tutkimuksessaan potilaiden suhtautumista eri tiedonsaanti keinoihin. Lähes kaikki vastanneista toivoivat saavansa tietoa henkilökunnalta vuorovaikutuksen keinoin. Vain noin kymmenesosa valitsi tiedonhankinnan keinoiksi itse etsimisen, kirjallisuuden tai internetin hyväksikäyttämisen. Pieni osa vastanneista halusi saada tietoa myös potilasjärjestöjen esitteistä ja videoiden välityksellä. Potilailta kysyttiin myös tiedonsaannin kehittämistä teknologian avulla ja pääosin sitä pidettiin tarpeellisena. Sähköpostin käyttöä tarpeettomana piti 55 prosenttia ja tarpeellisena 45 prosenttia. Lopuksi kysyttiin vielä ehdotuksia tiedonsaannin kehittämiseksi ja vastaukset pystyttiin jakamaan kahteen pääkategoriaan: potilaan ja henkilöstön väliseen vuorovaikutukseen liittyvät tekijät ja muut tiedonsaannin keinot. Monet ilmaisivat tyytymättömyytensä vuorovaikutukseen käytettävissä olevan ajan vähäisyyteen tai vuorovaikutuksen laadullisiin ominaisuuksiin. Muut tiedonsaantikeinot, kuten kirjallinen materiaali nähtiin henkilökohtaisen vuorovaikutuksen täydentäjinä.

Luoja (1999: 46) tutkimuksessa potilaat kokivat ohjauksen aikaisen vuorovaikutuksen turvalliseksi ja luottamusta herättäväksi. Huumorin käyttöä ja yleistä ilmapiiriä pidettiin positiivisena. Ohjaukseen käytetty aika oli lyhyt, mutta se katsottiin riittäväksi tarvittavan tiedon saamiseksi. Puhuttu kieli oli ymmärrettävää, kun taas kirjallisissa ohjeissa oli epäselviä ilmaisuja.

Turvallista ympäristöä, inhimillisyyttä, yksilöllisyyden kunnioittamista, ohjaajan luotettavuutta ja kiireettömyyttä pidettiin tärkeinä asioina Mattilan (1998: 149) tutkimuksessa. Ohjausmenetelminä edellä mainitut asiat edistivät potilaiden itsehoitoa.

Stenforsin (1996: 32) omaisen ohjausta käsittelevässä tutkimuksessa kysyttiin potilaan omaiselta missä muodossa tiedonsaannin tulisi tapahtua. Omaisesta korostivat suullista ohjausta itsestäänselvytenä. Kirjallisen materiaalin tärkeyttä korostivat erityisesti iäkkäämmät omaiset. Omaisen oma aktiivisuus ja vanhuspotilas itse olivat usein tae siitä,

että tietoa saatiin. Monet korostivatkin tutkimuksessa sitä, että yhteydenottomahdollisuutta pitäisi korostaa omaisille, koska kaikki eivät ole rohkeita kysymään asioista.

5.2 Yhteenveto potilaiden parhaina pitämistä ohjausmenetelmistä

- henkilökohtainen ja yksilöllinen ohjaus, omahoitajuus (Salonen 1998, Tuusvuori 1998)
- turvallinen, luottamusta herättävä ja ystävällinen vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä, suullinen ohjaus (Alanen 2002, Linna ja Mikkola 2000, Luojus 1999, Stenfors 1996)
- itsehoitoa korostava ohjaus: luotettava hoitaja, kiireettömyys, inhimillisuus, turvallinen hoitoympäristö (Mattila 1998)
- kirjallinen materiaali ja kirjalliseen materiaaliin perustuva ohjaus (Linna ja Mikkola 2000, Salonen 1998, Stenfors 1996)
- kirjallinen materiaali vuorovaikutuksen täydentäjä (Alanen 2002)
- puhelinohjaus (Linna ja Mikkola 2000)
- ääninauha (Salonen 1998)

RISTIRIITAIKIA TUNTEMUKSIA OHJAUSMENETELMISTÄ

- itsenäinen opiskelu, itse etsiminen (Alanen 2002, Tuusvuori 1998)
- ryhmäkeskustelu, luento-opetus (Tuusvuori 1998)
- opetusvideot (Alanen 2002, Linna ja Mikkola 2000, Tuusvuori 1998)
- kirjallisuus, potilasjärjestöjen esitteet, internet (Alanen 2002)
- tutustumiskäynti (Linna ja Mikkola 2000)

6 OHJAUKSEN AJOITUKSEN MÄÄRITTELY

Leino-Kilven (1993) teoksessa esille otetussa tutkimuksessa potilaan kokeman hoitoprosessin voitiin nähdä jäsentyvän viiteen päävaiheeseen: terveysongelman tunnistaminen ja hakeutuminen hoitoon, orientaatio hoitavaan järjestelmään, hoito järjestelmän sisällä, orientaatio kotiin ja toipilasaika kotona. Informaatioon liittyviä vaateita potilailla

oli kaikissa prosessin vaiheissa. Ihmiset odottavat tietoa, joka auttaa heitä hallitsemaan omaa elämäänsä. Ongelmana ei ole aina tiedon puute, vaan tiedon kohtaamisen ongelma eli se, ettei tietoa saada oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. (Holmia ym. 1999: 31; Leino-Kilpi ym. 1993: 20).

Olemme seuraavassa luvussa tehneet kirjallisuuskatsauksen käyttämiimme lähteisiin ja poimineet ohjauksen ajoitukseen liittyvät tutkimustulokset.

6.1 Ohjauksen ajoitus -kirjallisuuskatsaus

Luoja (1999: 58-59) esitti oman tutkimuksensa tutkimustulosten perusteella, että potilas voitaisiin ottaa mukaan ohjauksen suunnitteluun potilaan saapuessa osastolle. Tällöin voitaisiin kartoittaa milloin potilas haluaa esimerkiksi kotihoito-ohjauksen tapahtuvan, mitä hän tietää entuudestaan asioista, mitkä ovat hänen mielestään keskeisiä esille otettavia asioita ja haluaako hän ohjauksen yhdessä perheen/läheisten kanssa vai yksin. Ohjaus tulisi jaksottaa useammalle hoitopäivälle potilaan vastaanottokyky huomioiden. Kirjallisten kotihoito-ohjeiden saaminen tulee turvata mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Kotihoito-ohjeet tulisi käydä vielä kotiutumisvaiheessa läpi ja keskittyä erityisesti lääkitykseen ja haavanhoitoon liittyviin asioihin.

Linnan ja Mikkolan (2000: 45) tutkimuksessa kartoitettiin mm. potilaiden kokemuksia ohjauksen ajoituksesta. Lähes kaikki vastanneet olivat tyytyväisiä ohjauksen ajoitukseen vaikka ohjauksen ajoitus vaihteli lähes vuodesta leikkausta edeltäneeseen päivään. Kolmannes oli saanut ohjausta ensimmäisen kerran neljä viikkoa ennen leikkausta, saman verran potilaista sai ohjausta ensimmäisen kerran puolesta vuodesta vuoteen ennen leikkausta. Neljännes sai ensimmäisen kerran ohjausta leikkausta edeltävänä päivänä. Potilaista 72 prosenttia ilmoitti että ohjaukselle oli varattu erillinen aika ja keskimäärin ohjausaika oli 18 minuuttia.

Tuusvuori (1998: 49-50) selvitti sopivinta ajankohtaa ohjauksen aloitukselle ja 71 prosenttia oli sitä mieltä, että ohjaus olisi hyvä aloittaa tehohoitovaiheen jälkeen. Vasta viikon kuluttua ohjausta katsoi tarvitsevansa 8 prosenttia ja kotiinlähtövaiheessa aloitettavaa ohjausta 8 prosenttia. Ohjaukset katsottiin tarvittavan yksilöllisen tarpeen mukaan. Tulosten mukaan päivittäin katsoi ohjausta tarvitsevansa 21%, aina tarvittaessa 45%, kahdesta kolmeen kertaan 38% ja kotiin lähtiessä 28%.

Salosen (1998: 37, 39) tutkimuksessa potilaat toivoivat, että hoidon jatkuvuuteen liittyvistä asioista tulisi keskustella hyvissä ajoin ennen kotiin lähtöä, jolloin olisi vielä mahdollisuus kysyä epäselviä ja askarruttavia asioita. Haastateltavat toivat esille myös sen, että sairaalan tulovaiheessa tietoa saatiin niin paljon, että kaikkia ohjeita ei välttämättä muistanut. Myös Stenforsin (1996: 32-33) tutkimuksessa potilaan omaiset halusivat tietoa hyvissä ajoin ennen kotiutumista. Myös liian aikaista tiedon saantia kritisoitiin muutamissa tapauksissa. Omaiset kokivat tiedon tarpeen heräävän siinä vaiheessa kun he näkivät että vanhuksen vointi alkaa kohentua ja kotiuttaminen alkaa oletettavasti olla lähellä.

6.2 Yhteenveto ohjauksen ajoituksesta

- ohjausta useammalle hoitopäivälle, (Luojus 1999, Tuusvuori 1998)
- potilas mukaan ohjausta ja ohjauksen ajoitusta suunnittelemaan, yksilöllisen tarpeen mukaan (Linna ja Mikkola 2000, Luojus 1999, Tuusvuori 1998)
- hyvissä ajoin ennen kotiin lähtöä, kirjalliset kotihoito-ohjeet mahdollisimman ajoissa (Luojus 1999, Salonen 1998, Stenfors 1996)
- ei liian varhain ohjausta (Stenfors 1996)

7 OHJAUSRUNGON LAADINTA

7.1 Ohjausrungon suunnittelu

Ohjausrunkoa suunnitellessamme halusimme, että kaikki kirjallisuuskatsauksesta saatu tärkeä tieto potilaan ohjaustarpeista olisi lyhennettynä esillä projektiryhmää varten. Suunnittelimme ohjausrungon kaavakemuotoon. Rungon mallia suunnitellessamme emme käyttäneet oppikirjojen tarjoamia valmiita malleja, koska projektiryhmä tulisi tekemään lopullisen ohjauskaavakkeen ja suunnittelemaan sen muodon. Suunnittelimme tekemämme ainakin kaksi ulkomuodoltaan erinäköistä ohjausrunkoa, joiden sisältö on samanlainen. Osasto 132U ja projektiryhmä eivät olleet mukana tässä ohjausrungon suunnitteluvaiheessa.

Ohjausrungon työstäminen alkoi kirjallisuuskatsauksen läpikäynnillä. Keräsimme kaikki tärkeät virtsa-avannepotilaan ohjauksessa huomioon otettavat asiat ja jaottelimme nämä aihepiireittäin ryhmiksi. Ryhmiksi muodostuivat sairaus ja sen hoito, potilaan psykososiaaliset muutokset, potilaan rooli, kuntoutuminen, seksuaalisuus, käytännön asiat ja omaisen ohjaustarpeet. Nämä olivat asioita, jotka nousivat tai jotka nostettiin tutkimuksissa esille kun tutkittiin potilaiden ohjauksessa tärkeinä pitämiä asioita. Ohjausmenetelmien ja ohjauksen ajoituksen osalta kävimme kaikki tutkimukset läpi, joissa kyseisiä asioita käsiteltiin. Tärkeimmiksi ohjausmenetelmiksi potilaat nostivat tutkimuksissa muun muuassa henkilökohtaisen ja yksilöllisen ohjauksen, itsehoitoa korostavan ohjaustavan, kirjallisen materiaalin ja kirjalliseen materiaaliin perustuvan ohjauksen. Ristiriitaisia tunteita potilailla oli itsenäisestä opiskelusta, ryhmäohjauksesta ja opetusvideoista.

Ohjauksen ajoituksen suhteen tutkittua tietoa oli melko vähän. Ohjauksen ajoituksesta tärkeimpiä olivat esimerkiksi se, että ohjaus sisältyy useammalle päivälle, potilas saa olla mukana ohjauksaikoja suunniteltaessa ja että ohjaus tapahtuu hyvissä ajoin ennen kotiin lähtöä. Lähtökohtana oli, että saisimme ohjausrunkoon kaikki edellä mainitut asiat mukaan. Käytännössä tämä onnistui kuitenkin vain ohjaustarpeiden osalta. Loimme kaksi ulkomuodoltaan erinäköistä ohjausrunkoa (liite 1, liite 2), jotka sisälsivät lyhyesti kaikki ohjaustarpeet. Ohjausmenetelmien ja ohjauksen ajoituksen suhteen päädyimme käsittelemään asiaa suullisesti projektipäivänä lokakuussa 2006.

Luovutimme tekemämme alustavat ohjausrungot projektiryhmälle lokakuussa 2006 pidetyssä projektipäivässä. Esittelimme tekemämme ohjausrungot projektiryhmälle ja keskustelimme niiden työstämisestä. Projektiryhmä halusi tehdä itse lopullisen ohjausrungon. Projektipäivän jälkeen osaston 132U projektiryhmä alkoi työstää ohjausrunkoa omien tarpeidensa mukaiseksi. Projektiryhmän tekemä valmis ohjauskaavake oli osaston käytössä helmikuussa 2007.

7.2 Ohjausrungon arviointi

Projektiryhmä suunnitteli itsenäisesti **virtsa-avannepotilaan hoito- ja ohjauskaavakkeen** kirjallisuuskatsauksen ja ohjausrunkomallien pohjalta tammikuussa 2007. Ohjauskaavake on osastolla koekäytössä muutaman kuukauden, jonka jälkeen sitä tarvittaessa vielä muokataan osastolta käsin. Ohjauskaavake on kaksisivuinen ja A4-paperille tehty.

Tietoalueiksi kaavakkeeseen on valittu kolme pääkohtaa: avanteen hoitotietous, avanteen hoito ja ohjaus osastolla sekä kotiutuminen ja jatkohoito. Jokaisen tietoalueen ohjauksen arviointiin on varattu tila avoimelle kirjoitukselle sekä kyllä/ ei -tyylisille kysymyksille. Ohjauskaavake on johdonmukainen, alkaen siitä tiedosta, onko potilas käynyt avannehoitajan vastaanotolla ja päättyen merkintään, milloin seuraavan kerran potilas menee kotiutumisen jälkeen avannehoitajan vastaanotolle. Ohjauskaavion arvioinnissa korostuu potilaan oppimien ja hänelle opettujen taitojen arviointi. Myös omaiset on otettu mukaan siten, että kaavioon hoitaja voi arvioida omaisen osuutta avanteenhoidossa. Ohjauksen loppuarviointiin on myös ohjauskaaviossa laitettu muistutus potilaan mahdollisuus arvioida ohjausta, ja tämä on hyvä asia. Kotiutumisen ja jatkohoidon arviointiin on varattu myös tilaa, joten hoidon jatkuvuus otetaan myös huomioon ohjauskaaviota kirjoitettaessa ja ohjausta arvioidessa. Erilaisten vertaistukiryhmien ja sopeutumisvalmennuskurssien ohjauksen arviointi on otettu myös huomioon. Lopuksi on tilaa jätetty vielä ”muuta”-otsikon alle, jonne toivon mukaan hoitajat kirjoittavat potilaan kokonaisuuden kannalta tärkeitä asioita.

Ohjauskaavakkeen painopiste on siis vahvasti käden taitojen ja avanteen hoitotietouden arvioinnissa sekä kotona pärjäämisen tukemisessa. Tärkeitä tietoalueita, joilta potilaat kaipaavat tutkimusten mukaan tietoa ovat kuitenkin myös psykososiaaliset muutokset joita sairaus aiheuttaa, kuntoutumiseen liittyvät asiat, seksuaalisuuden ja parisuhteen muutokset sekä omaisten tarvitsema ohjaus. Ohjauskaavake ei juuri muistuta näistä asioista, joten näiden asioiden ohjauksen muistaminen jää jokaiselle hoitajalle itselleen.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli luoda kirjallisuuskatsauksen pohjalta virtsa-avanne potilaan ohjausrunko kehittämishankkeen käyttöön. Meille jäi suuri vastuu siitä miten laajalti haluamme tutkimuksia käsiteltävän ja kuinka paljon paneudumme itse ohjausrunkojen suunnitteluun. Päätimme ottaa mahdollisimman monta kriteeriä täyttävää tutkimusta kirjallisuuskatsaukseen, jotta saisimme aiheesta tarpeeksi tutkittua tietoa osaston 132U kehittämishankkeen käyttöön. Kriteereiksi valitsimme aluksi seuraavat: tutkimuksen tulee olla kirurgista potilasta käsittelevä, tutkimuksen tulee olla potilaan näkökulmasta tehty, tutkimuksen tulee olla tehty vuoden 1993 jälkeen ja tutkimus tulee

olla suomenkielinen. Tutkimuksia, joissa käsiteltäisiin pelkästään kirurgisten potilaiden käsityksiä ohjauksesta, ohjausmenetelmistä ja ohjauksen ajoituksesta löytyi kohtuullisen hyvin. Löytämiämme tutkimuksia ei kuitenkaan läheskään kaikkia saatu, sillä tutkimuksia oli kadonnut kirjastoista tai niitä ei muuten ollut saatavilla. Tämän takia otimme myös sisätautipotilaita koskevia tutkimuksia mukaan kirjallisuuskatsaukseen (Juvonen ja Lauri 1994, Stenfors 1996, Tuusvuori 1998). Katsoimme näiden tutkimusten tuovan lisätietoa potilaiden näkökulmasta ohjaukseen. Olisimme voineet rajata kirjallisuuskatsauksen tarkemmin, mutta katsoimme, ettei kirurgisen ja sisätauti potilaan ohjaustarpeet eronneet valtavasti toisistaan.

Kehittämiprojektin toiveena oli, että olisimme tehneet kirjallisuuskatsauksen mahdollisimman pitkälti avanneleikattujen potilaiden näkökulmasta. Pelkästään avanneleikattujen näkökulmaa tutkivaa aineistoa ei ollut käytössä Iivosen ja Myllyharjun tutkimusta lukuun ottamatta. Jouduimme hieman luopumaan siitä, että kaikki tutkimukset olisivat olleet kirurgista potilas käsitteleviä, näin ollen otimme mukaan myös Alasen (2002), Juvosen ja Laurin (1994), Mattilan (1998) sekä Tuusvuoren (1998) tutkimukset, jotka käsitelivät muun kuin kirurgisen potilaan ohjaustarpeita. Stenforsin (1996) tutkimus käsittelee omaisen näkökulmaa leikatun potilaan ohjauksessa. Katsoimme, että edellä mainitut tutkimukset olivat sopivia kirjallisuuskatsaukseen.

Tiedonhaku opinnäytetyömme aiheen selvityksessä oli aluksi haastavinta. Mietimme hakusanoiksi lähinnä seuraavia: kirurginen potilas, potilas, ohjaus, omainen, virtsa-avanne ja avanne. Kirurgisen potilaan ohjauksesta löytyi hyviä tutkimuksia, mutta melko vähän käyttämistämme hakukoneista. Löysimme Heikkisen (2006) tekemän tutkimuksen, joka käsittelee potilasohjausta vuosina 1993-2003. Käytimme Heikkisen tutkimuksen lähde-luetteloä etsiessämme tutkimuksia ja tätä kautta löysimme monia varteenotettavia tutkimuksia. Päätimme ottaa huomioon vain suomenkieliset tutkimukset, joten englanninkielisistä tutkimuksista saatava tieto jäi hankkimatta. Tämän takia jäi varmasti paljon tietoa saamatta. Kirjallisuuskatsaus tehtiin vuoden 2006 syksyllä. Kävimme jokaisen tutkimuksen systemaattisesti läpi ja jaottelimme tutkimuksista saadun tiedon aiheen mukaan. Potilaiden tarvitseman tiedon sisältöalueet muodostimme tutkimuksia läpikäydessä. Samalla tavalla muodostimme ryhmät tiedonvälitys menetelmistä ja ohjauksen ajoituksesta.

Kirjallisuuskatsauksen tehtyäme aloimme suunnitella ohjausrunkoja. Ohjausrunkojen tarkoitus oli tuoda projektiryhmän tietoisuuteen ne asiat, joita kirjallisuuskatsaus nosti esille. Lyhensimme tutkimuksista esille nousseet potilaiden tiedontarpeet ja kokosimme ne ohjauskaavakkeelle tiiviiseen muotoon. Ohjausmenetelmien ja ohjauksen ajoituksen saaminen ohjausrunkoon osoittautui melko mahdottomaksi, ja näin ollen tyydyimme projektipäivillä kertomaan edellä mainituista asioista. Kirjoitimme ohjausrunkomallien täytön avuksi ohjeet, jotka esittelimme projektipäivänä. Teimme kaksi eri versiota ohjausrungoista. Näistä tuli erittäin pitkiä ja käytännön ohjaustilanteisiin epäsoivia. Olisimme voineet käyttää ohjausrunkomallien suunnittelussa apuna kirjallisuutta ja ohjeiden suunnitteluun tarkoitettuja oppaita. Tiesimme kuitenkin, että projektiryhmä tulee muokkaamaan mieleisensä ohjausmallin, joten tyydyimme siihen että tuomme kirjallisuuskatsauksen antaman tiedon heidän saatavilleen. Koska kirjallisuuskatsauksessa nousi esille erittäin paljon potilaiden tärkeiksi kokemia asioita, oli paljon meistä kiinni mitä näistä asioista ohjausrunkoihin valitsimme.

Esittelimme kirjallisuuskatsauksen ja tekemämme ohjausrunkomallit projektipäivillä lokakuussa 2006. Projektiryhmä vaikutti tyytyväisiltä työhömmä ja saimme kiitosta myös projektipäiville osallistuneilta kahdelta Meilahden sairaalan avannehoitajalta. Alun perin oli tarkoitus, että olisimme muokanneet ohjausrungot lopulliseen muotoonsa sen jälkeen kun projektiryhmä oli niistä keskustellut. Tämä ei kuitenkaan toteutunut, vaan käytännön syistä katsottiin järkevämmäksi, että projektiryhmä työstää ohjausmallit omaan käyttöönsä itsenäisesti. Mielestämme kirjallisuuskatsausta olisi voitu käyttää laajemmin hyväksi ohjausrunkoa suunniteltaessa. Ohjausrungossa ei myöskään oteta huomioon käytettyjä ohjausmenetelmiä tai ohjauksen ajoitusta. Näitä asioita yritimme painottaa kirjallisuuskatsauksessa. Koimme kuitenkin itse myös tämän asian esille tuomisen erittäin vaikeaksi.

Opinnäytetyön tarkoitus on ollut kasvattaa hoitajien tietoisuutta potilaan ohjauksesta. Toivomme, että olemme lisänneet projektiryhmän tietoisuutta asiasta ja projektiryhmä on saanut tarvitsemansa tiedon kehittämishankkeeseensa ja näin ollen virtsa-avanne potilaan ohjaus osastolla 132U paranisi.

Olemme oppineet käyttämään tutkimuksia tiedon lähteinä ja poimimaan niistä hoitotyön kannalta oleellisimpia asioita. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen on lisännyt valmiuksia käsitellä tutkimuksia ja etsiä niistä tarvitsemaamme tietoa. Myös osallistuminen työ-

elämälähtöiseen projektiin on lisännyt osaamistamme toimia osana kehittämisprojektia. Olemme joutuneet ottamaan huomioon projektin tarpeet koko opinnäytetyömme ajan ja näin ollen työskentelmään projektiryhmän tarpeiden mukaisesti. Olemme kuitenkin yrittäneet tuoda omalla panostuksellamme esille mahdollisimman laajasti potilaan ohjaukseen liittyviä asioita.

LÄHTEET

Alanen, Seija 2002: Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Eriksson, Elina 1996: Syöpäpotilaiden omaisten sopeutumisen edistäminen. Hoitotiede vol 8, 3/-96, s.142-145.

Eriksson, Elina – Kuuppelomäki, Merja 2000: Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY.

Heikkinen, Katja 2006: Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. Hoitotiede vol 18, no 3/-06.

Hietanen, Helvi - Holmia, Silja - Kassara, Heidi - Ketola, Marja-Leena - Lipponen, Varpu - Murtonen, Irja - Palokoski, Sanno 2004: Hoitotyön osaaminen. WSOY. Porvoo.

Hokkanen, Ulla - Liukkonen, Kirsi 2003: Avanne. AO- paino. Mikkeli

Holmia, Silja 2004: Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki. WSOY.

Huovinen, Kirsi 1999: Täyhystyskirurgisen kohdunpoistopotilaan odottama ja saama ohjaus. Tutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hölttä, Raili 2000: Potilaiden oppimistarpeet sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeen. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotiede, Hoitotieteen laitos.

Iivonen, Raija – Myllyharju, Matti 1998: Avanneleikattujen mukautuminen jokapäiväiseen elämään ja sopeutumisvalmennuskurssien antama tuki. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Kuopio

Juvonen, Soile – Lauri, Sirkka 1994: Uusien syöpäpotilaiden tiedonsaanti ja tiedontarve sekä osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:3/1994. Turun yliopisto.

Koivunen, Kirsi 2003: Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia. Hoitotiede vol 15, no 2/-03, s.62-73.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992: Finlex.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> > luettu 14.9.2006.

Leino-Kilpi, Helena 1990: Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintöhallituksen julkaisuja 163.Lääkintöhallitus. Helsinki.

Leino-Kilpi, Helena – Iire, Liisa – Suominen, Tarja – Vuorenheimo, Jaana – Välimäki, Maritta 1993: Tietääkö vai eikö tiedä? Katsaus potilasta ja tietoa koskevaan tutkimukseen. Stakes. Gummerus kirjapaino, Jyväskylä.

Linna, Pirjo – Mikkola, Irma 2000: Potilaiden kokemuksia laparoskooppisen kohdunpoiston yhteydessä. Pro gradu -työ. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Luoja, Katja 1999: Aivokasvainpotilaiden kokemuksia hoidon aikaisesta ohjauksesta ja leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä. Pro gradu -työ. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Mattila, Anneli 1998: Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana - potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. Hoitotiede vol. 10, no 3/-98, s.144-151.

Salonen, Ritva 1998: Urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjaus - haastattelututkimus potilaille ja omaisille. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos

Sarvimäki, Anneli - Stenbock-Hult, Bettina 1996: Hoito, huolenpito ja opetus. WSOY. Juva.

Stenfors, Kirsi 1996: Omaisen ohjaus leikatun vanhuspotilaan kotiutusvaiheessa – omaisen näkökulma. Tutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Timonen, Leena 1998: Rintasyöpäpotilaan ohjaus yliopistollisen keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja poliklinikalla. Hoitotiede vol 10, no 5/-98, s.299-307.

Tuusvuori, Maarit 1998: Ohjaus ja ohjauksen tarve sydäninfarktipotilaan kokemana. Pro Gradu-tutkielma, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos

Virta, Maarit 1993: Kirurgisten sairaalapotilaiden tyytyväisyys hoidon teknis-
ammattilliseen, kasvatukselliseen ja luottamukselliseen suhteeseen. Tutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

LIITTEET 2

**Ohjauksen arviointia ja potilaan
kommentteja**

Sairaus ja hoito

- Tietoa sairaudesta ja sairauteen liittyvistä asioista. Avanteeseen johtaneet syyt?

- Leikkauksen jälkeinen hoito, hoitoon liittyvät riskit, hoitojen sivuvaikutukset elimistöön.

- Tieto tulevista tutkimuksista potilaalle.

- Leikkausvalmistelut: leikkausta edeltävät valmistelut, esilääkitys ym.

- Leikkaukseen liittyvät asiat: leikkauksen kesto, leikkauksen aikana tapahtuvat asiat, leikkauksen jälkeinen hoito heräämössä ym.

- Leikkauskomplikaatiot ja komplikaatiot yleensä, leikkausriskit

- Aistikokemukset: kipu, leikkauksen jälkeinen vointi, tuntemukset nukutettaessa ym.

- Kivun hoito leikkauksen jälkeen, kipulääkitys. Lääkkeiden sivuvaikutukset.

- Haavakipu, haavan hoito

- Avanteen hoitotietous

- itsehoito, puhtaus, infektioiden ehkäisy

- Hoidon ja sairauden ennuste, sairauden uusiutuminen ja seuranta.

- Hoitoajan pituuteen vaikuttavat asiat

- Jatkohoito, hoito-ohjeet

Psykososiaaliset muutokset

- Sairauden tuoma elämäntapojen muutos, muutokset perhe-elämään, harrastuksiin, työkykyyn?

- Tietoa potilaalle mielialojen vaihtelusta, henkisistä muutoksista, hengellisistä asioista, tunteista.

- Onko potilaalla pelkoja: leikkaus, nukutus, kipu, komplikaatiot, henkinen ja fyysinen selviytyminen, taudin levinneisyys ym.?

Onko potilas kokenut masennusta, ahdistusta, aggressioita, stressiä? Haluaako keskustella asioista?

- Onko sairaudesta johtuvia ongelmia tai epävarmuutta: syyllisyys, turvattomuus, väsymys, uupumus, tulevaisuuden pelko, elämän muutos, lamaantuneisuus,

- Onko potilaalla selviytymisen tunne, usko tai pelko tulevaisuutta kohtaan?

Millainen on potilaan sosiaalinen tuki: yhteydenpito omaisiin/ystäviin? Kannustetaan yhteydenpitoon ym.

Potilaan rooli

- Mitä potilaalta odotetaan hoidon aikana? Miten hoitoon osallistuminen mahdollista ja

miten voi vaikuttaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon?

- Onko potilaalla tarve osallistua päätöksentekoon? Onko hoitoon osallistuminen vieras asia?

- Onko potilas nähnyt hoitosuunnitelman?

- Potilaan hoitoa koskevat ehdotukset/aloitteet? Rohkaisu aloitteiden tekemiseen. Onko potilas kieltäytynyt jostakin hoidosta?

- Onko potilas riippuvainen hoitajista? Luottamus hoitajiin? Jättääkö potilas hoitoa koskevat päätökset hoitajille?

- Onko potilaalla mahdollisuus päättää leikkaustapa? Jos on niin tietoa vaihtoehdoista.

- Onko potilaalla toiveita hoidon suhteen? Mikä on potilaan näkemys hoidoista ym. asioista?

- Mikä on potilaan rooli kotona, itsehoidon korostaminen: motivointi, oman vastuun korostaminen.

Lined area for handwritten responses, consisting of multiple horizontal lines.

Kuntoutuminen

- Potilaan harrastukset: rajoitukset jatkossa?

Levon tarve ja rasituksen oikea määrä?

- Ruokavalio osana terveellistä elämäntapaa.

Muutoksia ravitsemukseen? Toipumista edistävä ruokavalio? Alkoholien ja tupakan merkitys terveydelle?

- Toipumista edistävien taitojen ohjaus: yskimis- ja hengitystekniikka, rentoutuminen, vuoteesta nouseminen, verenkierron vilkastuttaminen ym.

- Fyysinen kuntoutuminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Arkitoiminnan rajoitukset? (kantaminen, nostaminen ym.)

- Liikunnan ohjaus (mitä liikuntaa voi harrastaa ym.), liikunnan merkitys terveydelle, liikunta osana terveellistä elämäntapaa.

- Puhtaus ja saunominen? Suun ja hampaiden hoidon merkitys terveydelle?

- Miten infektioita ehkäistään ja hoidetaan? Ihonhoito?

- Virtsan erityis ja suolen toiminta. Mikä normaalia?

Seksuaalisuus

- Tietoa siitä miten sairaus voi vaikuttaa seksuaalielämään ja parisuhteeseen. Onko potilaalla ongelmia näiden kysymysten suhteen? Haluaako potilas keskustella näistä asioista?

- Sukupuolielämän muutokset, leikkauksen vaikutukset sukupuolielämään, sukupuolinen kanssakäyminen leikkauksen jälkeen.

- Miehisyyden/ naiseuden muutokset? Onko potilaalla naiseuden / miehisyyden menettämisen pelko.

- Ulkonäön muutos.

Käytännön asiat

- Mistä potilas saa tietoa sairautta ja hoitoa koskevissa kysymyksissä? Mistä ensiapua? Yhteydenotto mahdollisuuden korostaminen osastolle ongelmatilanteissa.

- Potilaan lailliset oikeudet, sosiaaliturva ja oikeusturva.

- Syöpäyhdistys, potilasyhdistys, järjestöt.

Sairaus ja hoito

Tieto sairaudesta ja sairauteen liittyvistä asioista, avanteeseen johtaneet syyt.

Leikkaus: leikkauksen kesto, leikkauksen aikana tapahtuvat asiat, leikkauksen riskit ja mahdolliset komplikaatiot. Leikkausta edeltävät asiat: leikkausvalmistelut.

Aistikokemukset, millaisia leikkauksen jälkeisiä oireita odotettavissa: sivuoireet, leikkauksen jälkeinen vointi, tuntemukset nukutettaessa.

Leikkauksen jälkeinen hoito: onko hoidossa riskejä tai sivuvaikutuksia? Hoitoajan pituuteen vaikuttavat asiat?

Kipu, kivun hoito, kipulääkitys: millaista kipua, miten kipua hoidetaan ja miten kipulääkitys toteutetaan?

Haavan hoito: miten haavan hoito tapahtuu sairaalassa ja kotona.

Avanteen hoitotietous: avanteen sidonta, sidostarpeet, ihonhoidon merkitys, hygienia, puhtaus, infektioiden ehkäisy.

Hoidon ja sairauden ennuste, sairauden uusiutuminen ja seuranta.

Jatkohoito, hoito-ohjeet ja itsehoito kotona.

Psykososiaaliset muutokset

Emotionaalinen selviytyminen, sairauden tuoma elämäntapojen muutos, muutokset perhe-elämään, harrastuksiin, työkykyyn, elämää rajoittava merkitys..

Mielialojen vaihtelu, henkiset muutokset, hengelliset asiat, tunteet: masennus, ahdistus, aggressio, stressi. Potilaan pelot: leikkaus, nukutus, kipu, komplikaatiot, henkinen ja fyysinen selviytyminen, taudin levinneisyys ym.

Sairaudesta johtuvat ongelmat ja epävarmuus: syyllisyys, turvattomuus, väsymys, uupumus, tulevaisuuden pelko, elämän muutos, lamaantuneisuus, selviytymisen tunne, usko tai pelko tulevaisuutta kohtaan ym.

Potilaan sosiaalinen tuki: yhteydenpito omaisiin/ystäviin?

Potilaan rooli

Mitä potilaalta odotetaan hoidon aikana? Miten hoitoon osallistuminen mahdollista ja miten voi vaikuttaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon? Onko potilaalla tarve osallistua päätöksen tekoon? Haluaako potilas osallistua päätösten tekoon? Potilaan rohkaisu päätösten tekoon ja hoidon osallistumiseen.

Potilaan toiveet hoidon suhteen ja näkemys hoidoista. Onko hoitoon osallistuminen vieras asia? Onko potilas kieltäytynyt jostain hoitotoimenpiteestä?

Potilaan riippuvuus hoitajista? Luottamus hoitajiin? Jättääkö potilas hoitoa koskevat päätökset hoitajille?

Potilaan rooli kotona, itsehoidon korostaminen: motivointi, oman vastuun korostaminen.

Potilaan palaute ohjauksesta.

Kuntoutuminen

Ravitsemus: toipumista edistävä ruokavalio? Ruokavalio muutokset? Mikä on ravinnon ja vitamiinien merkitys terveydelle? Ruokavalio osana terveellistä elämäntapaa. Alkoholin ja tupakan merkitys terveydelle.

Toipumista edistävien taitojen ohjaus: yskimis- ja hengitystekniikka, rentoutuminen, vuoteesta nouseminen, verenkierron vilkastuttaminen ym.

Potilaan harrastukset? Rajoitukset jatkossa? Levon tarve ja rasituksen oikea määrä? Liikunta osana terveellistä elämäntapaa. Fyysinen kuntoutuminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Arkitoiminnan rajoitukset? (kantaminen, nostaminen ym.)

Puhtaus ja saunominen, infektioiden hoito ja ehkäisy, ihonhoito, suun ja hampaiden hoidon merkitys terveydelle.

Virtsan erityys ja suolen toiminta. Mikä normaalia?

Seksuaalisuus

Sukupuolielämän muutokset, leikkauksen vaikutukset sukupuolielämään, sukupuolinen kanssakäyminen leikkauksen jälkeen, sairauden vaikutus seksuaalielämään.

Parisuhde ja parisuhdetta käsittelevä tieto. Miehisyyden/naiseuden muutokset, naiseuden/miehisyyden menettämisen pelko?

Ulkonäön muutos, avanteen ulkonäkö.

Käytännön asiat

Mistä potilas saa tietoa sairautta ja hoitoa koskevissa kysymyksissä? Ensiapu, yhteydenotto mahdollisuus osastolle ongelmatilanteissa ym.

Sosiaaliturva, oikeusturva, potilaan oikeudet. Paljonko potilas tarvitsee sairauslomaa?

Keskusteluavun tarve? Tarve tukihenkilöön? Syöpäyhdistys, järjestöt?

Kotisairaanhoidojärjestelmä ja kotihoito. Kotiaskareiden tekeminen, päivittäisten asioiden hoitaminen? Auttaako omainen vai selviääkö potilas itse? Kotihoidon tarve?

Omaisien tietotarve

Lääketieteellinen tieto: sairaus, hoitomuodot, leikkaus, leikkauksen jälkeinen hoito, potilaan vointi ym.

Potilaan kuntoutumiseen osallistuminen: haavanhoito, lääketietämys, liikkumisessa ja hygienian hoidossa avustaminen, ruokailun järjestäminen ja ruokavalio muutokset, apuvälineiden hankkiminen ym.

Omaisien rooli potilaan hoidossa, mahdollisuus osallistua päätösten tekoon. Haluaako omaisen osallistua aktiivisesti potilaan hoitoon?

Kotisairaanhoidojärjestelmä, kotihoitojärjestelmä.
