

Suolistosyöpöpotilaan preoperatiivinen ohjaus: ammattilaisten näkökulma

KIRSTI LEHTONEN

TtM, aoh, koulutussuunnittelija ma.

Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö
Oulun yliopisto ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

MARIA KÄÄRIÄINEN

TtT, professori ma., asiantuntija

Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö
Oulun yliopisto ja Oulun yliopistollinen sairaala

SATU ELO

TtT, dosentti, yliopistonlehtori, asiantuntija

Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö
Oulun yliopisto ja Oulun yliopistollinen sairaala
Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusryhmä

TIIVISTELMÄ

Yleistyvän suolistosyövän ensisijainen hoito on kasvaimen poistaminen. Uudet leikkaustekniikat ja kehittynyt anestesia- ja kivunhoito mahdollistavat potilaiden kotiutumisen jo muutaman hoitopäivän jälkeen. Terveydenhuollon ammattilaisten onkin aloitettava potilaiden ohjaus jo ennen leikkausta, jotta he saisivat tarvitsemansa tiedon ja tuen.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä suolistosyöpäpotilaiden preoperatiivisen ohjauksen sisällöstä Suomessa. Aineisto kerättiin haastattelemalla ohjaukseen osallistuvia terveydenhuollon ammattilaisia (n=25) kolmen sairaanhoitopiirin alueella ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Tiedonantajien mukaan ohjauksen avulla pyritään antamaan potilaille yksilöllisesti tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, tietoa perioperatiivisesta hoidosta sekä psykososiaalista tukea toipumiseen. Tieto sairaudesta sisältää tietoja syöpäepäilystä, tutkimustuloksista, hoitovaihtoehdoista, kokonaisuhoitosuunnitelmasta sekä leikkaushoidon tarpeesta, syövästä sairautena ja taudin levinneisyydestä ja ennusteesta. Tieto hoidosta käsittää tietoja leikkauksen ajankohdasta, hoidosta sairaalassa, potilaan omasta osallistumisesta toipumisessa sekä kotiutumisesta. Tieto perioperatiivisesta hoidosta koostuu tiedosta leikkauksesta, avanteesta, anestesiasta, leikkauskelpoisuuteen vaikuttavista tekijöistä sekä leikkauksen riskitekijöistä. Tiedonantajien mukaan potilaiden toipumista tuetaan psykososiaalisesti kiinnittämällä huomiota psyykkisten voimavarojen vahvistamiseen, sosiaaliseen tukemiseen ja elämään leikkauksen jälkeen.

Asiasanat: suolistosyöpä, preoperatiivinen hoito, potilasohjaus, tieto, terveydenhuollon ammattilainen

Saapunut:

Hyväksytty julkaistavaksi:

ABSTRACT

Colorectal cancer patient's preoperative counseling – professional's perspective

Kirsti Lehtonen, MNSc student

Maria Kääriäinen, PhD, Professor (acting)

Satu Elo, PhD, Adjunct Professor, University teacher

Colorectal cancer has become one of the most common types of cancer. Primary intervention is a complete surgical removal of the tumor. Technical development in surgery, anesthesia, and pain management enables patients to return home only after a few days of hospital-stay. Therefore, the healthcare professionals need to start counseling to provide the required information and support to the patients already before surgery.

The purpose of this study was to describe the healthcare professionals' perceptions of the content of the preoperative counseling for colorectal cancer patients. Data was collected by a theme interview. Twenty-five healthcare professionals participating in preoperative counseling were chosen from three hospital districts in Finland. Both group and individual interviews were used and the data was analyzed by an inductive content analysis.

According to the results, the content of the preoperative counseling concerns the information about the illness and its treatment, the perioperative care and about the psychosocial support as well. The preoperative information about the illness consists of the knowledge about a potential cancer diagnosis, results of investigations, treatment options, a plan for the patient's care, the need for surgery and about cancer as a disease as well as about the extent of the disease and its prognosis. The information on the treatment deals with the date of the operation and the hospitalization as well as empowering the patient to be active in surgical care. The hospital discharge will naturally be discussed too. The information concerning the perioperative care consists of the knowledge about the operation, an ostomy, anesthesia, the factors contributing to the operability and about the risk factors of the operation. According to the informants, psychosocial support is provided to strengthen patient's coping abilities and life after surgery.

Key word: colorectal cancer, preoperative care, patient counseling, information, healthcare professional

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Suolistosyöpä on yleistynyt syöpä sekä miehillä että naisilla.
- Uudet leikkaustekniikat yhdessä parempien anestesia- ja kivunhoitomenetelmien kanssa ovat mahdollistaneet potilaiden kotiutumisen jo muutamien hoitopäivien jälkeen.
- Oikein suunnitellulla preoperatiivisella ohjauksella varmistetaan potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa sekä helpotetaan myös sairaalahoidon ja leikkauksen hänelle aiheuttamia pelkoja ja ahdistusta.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Tietoa suolistosyöpäpotilaiden ohjauksen sisällöstä Suomessa.
- Suolistosyöpäpotilaan ohjauksessa tiedollisten tarpeiden täyttämisen lisäksi keskeistä on psykososiaalisen tuen antaminen.
- Tiedonantajien mukaan ilman preoperatiivista avanneohjausta sopeutuminen avanteeseen on hitaampaa ja viivästyttää usein kotiutusta.
- Yksi ohjauksen keskeisistä tavoitteista on suunnata potilaan ajatukset elämään leikkauksen jälkeen.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Tuloksia voidaan hyödyntää suolistosyöpäpotilaan preoperatiivisen ohjauksen ja henkilöstön ohjausosaamisen kehittämiseen.

Tutkimuksen lähtökohdat

Paksu- ja peräsuolisyövät eli suolistosyövät ovat yleistyneet Suomessa ja muissa kehittyneissä maissa aina 1950-luvulta lähtien (Kamangar ym. 2006, Suomen syöpärekisteri 2011). Kasvaimen poisto leikkaamalla on suolistosyövän ensisijainen hoitomuoto (Walden 2011). Kehittyneet leikkaustekniikat yhdessä parempien anestesia- ja kivunhoitomuotojen kanssa ovat mahdollistaneet potilaiden kotiutumisen jo muutaman hoitopäivän jälkeen. Uusilla menetelmillä pyritään minimoimaan leikkauksen aiheuttama stressi potilaassa ja ehkäisemään tai minimoimaan jo ennakkolta mahdollisia ongelmia. Toimintatapaa kutsutaan nopean toipumisen (Enhanced recovery after surgery eli ERAS) tai fast track (FT) -ohjelmaksi. (King ym. 2006, Wind ym. 2006.) Toimintatavan on todettu lyhentävän potilaiden sairaalassaoloaika potilasturvallisuuden kärsimättä, vaikka leikkaus olisi tehty avoimesti isommasta leikkausviillosta. Olipa leikkaustapa mikä tahansa, mahdollistaa nopean toipumisen ohjelma suolistosyöpäpotilaiden nopeamman paluun normaaliin ruokavalioon (Lloyd ym. 2010).

Nopean toipumisen ohjelma lyhyine leikkauksen jälkeisine hoitoaikoinen asettaa haasteita potilaiden ohjaukselle. Ohjaus on yksi hoitotyön keskeisimmistä toiminnoista ja tärkeä osa potilaan hoitoprosessia. Käsitteenä se on moniulotteinen ja sillä on useita lähikäsitteitä: neuvonta, tiedon antaminen, opettaminen ja informointi. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Tässä tutkimuksessa ohjauksella tarkoitetaan potilaan taustan, tarpeet ja aikaisemmat kokemukset huomioivaa yksilöllistä ohjausta, jolla pyritään paitsi välittämään tietoa myös tukemaan potilasta ja luomaan potilaalle turvallisuuden tunne (Kääriäinen 2007). Ohjauksella voidaan lisätä potilaan tietoa sairaudesta ja leikkauksesta, edistää omahoitoa, haavan ja kivun hoitoa, jatkohoitoa ja kuntoutumista sekä vähentää läheisten epätietoisuutta potilaan tilanteesta (Kivelä ym. 2014, Kajula ym. 2016, Kaakinen ym. 2017).

Suolistosyöpäpotilaiden preoperatiivista eli ennen leikkausta tapahtuvaa ohjausta on tutkittu kansainvälisesti niukasti ja Suomessa ei lainkaan. Tutkimus on keskittynyt enemmän postoperatiivisen vaiheen ohjaukseen tai läheisten mukaan ottamiseen. Ohjaus tulisi aloittaa jo leikkauksen päätyttyä tehtäessä, koska potilaat omaksuvat ohjauksen paremmin ennen sairaalahoitoa (Lipponen ym. 2006, Kruzik 2009, Foss 2011). Hyvin suunnitellun, potilaan tarpeista lähtevän preoperatiivisen ohjauksen avulla potilas pystyy paremmin ennakoimaan edessä olevia asioita. Samalla myös osa sairaalahoidon ja leikkauksen aiheuttamasta jännityksestä, peloista ja ahdistuksesta vähenee. (Taylor 2001, Spalding 2003, Aasa ym. 2013.) Sisällöllisesti ohjauksessa on keskeistä keskustella sairaalassaoloajasta, jotta potilaat voisivat valmistautua leikkaukseen ja toipumiseen. Leikkauksen toteuttamiseksi terveydenhuollon ammattilaisilla on myös vastuu varmistaa, että potilaat saapuvat leikkaukseen niin fyysisesti kuin psyykkisestikin valmistautuneina (Taylor 2001, Pritchard 2011).

Toipumisen onnistumiseksi potilaita tulisi tukea aktiivisuuteen myös leikkauksen jälkeen. Potilaiden on hyvä tietää, että tavoitteena on mahdollisimman pian toimenpiteen jälkeen palata normaaliin ruokavalioon ja nousta liikkumaan. (Lassen ym. 2009.) Ohjauksessa tulisi paneutua myös leikkauksen mukanaan tuomiin muutoksiin kehonkuvassa, sen toiminnassa ja tunteissa kuitenkin niin, että potilas voi vaikuttaa kerrallaan haluamansa tiedon määrään ja sisältöön (Taylor 2001).

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tässä tutkimuksessa kuvataan preoperatiivisen ohjauksen sisältöä terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimus on rajattu vain leikkaushoitoon liittyvään ohjaukseen ja mahdollisiin leikkaushoitoa täydentäviin säde- tai solunsalpaajahoitoihin liittyvä ohjaus on jätetty tämän

tutkimuksen ulkopuolelle. Tavoitteena on saada tietoa preoperatiivisen ohjauksen ja henkilöstön ohjausosaamisen kehittämiseen.

Tutkimuksessa etsitään vastausta seuraavaan tutkimustehtävään: millaista suolistosyöpäpotilaan preoperatiivisen ohjauksen sisältö on terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta?

Aineisto ja menetelmät

Aineiston keruu

Aineisto kerättiin haastattelemalla ohjaukseen osallistuvia terveydenhuollon ammattilaisia (n=25) kolmen sairaanhoitopiirin alueella. Haastattelun etuna tiedon keruumuotona on sen joustavuus ja haastattelijan mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Sairaanhoitopiirit valittiin Suomen pituusakselilta, jotta ne erityisvastuualueineen edustaisivat mahdollisimman suurta osaa väestöstä (yli 3,7 miljoonaa). Kukin sairaala ohjeistettiin itse valitsemaan haastatteltavat suolistosyöpäpotilaan preoperatiiviseen ohjaukseen osallistuvista ammattilaisista. Haastatteluun osallistuneiden taustatiedot on kuvattu taulukossa 1.

Haastattelut toteutettiin väljin teemoihin (ohjauksen sisältö, ohjaustilanne) perustuvina ryhmä- (n=4) tai yksilöhaastatteluina (n=7) syksyllä 2013. Ryhmissä oli kahdesta viiteen henkilöä ja haastattelijana toimi yksi haastattelijasta (KL). Teemahaastattelua pidetään sopivana metodina, kun tutkittavaa asiaa ei kovin hyvin tunneta. Ryhmähaastattelussa saadaan samalla tietoa usealta henkilöltä yhtä aikaa. (Hirsijärvi ym. 2008.)

Haastattelut toteutettiin sairaaloiden kanslia- tai neuvottelutiloissa elo-joulukuussa 2013. Ne kestivät yhteensä 5,5h. Yhden ryhmähaastattelun kesto oli noin 55 minuuttia ja yksilöhaastattelun 23 minuuttia. Litteroitua tekstiä muodostui yhteensä 98 sivua. ”Lisää tähän taulukko 1”

Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä (Polit & Beck 2012, Elo & Kyngäs 2008). Ennen analyysin aloittamista digitaalisesti nauhoitettu aineisto litteroitiin tekstiksi. Haastatteluaineistot koodattiin kirjoitusvaiheessa käsin kirjaimin ja numeroin, jolla varmistettiin osallistuneiden organisaatioiden anonymiteettiä. Koodaus mahdollisti analyysin eri vaiheissa palaamisen takaisin alkuperäiseen aineistoon.

Aineiston analyysiä ohjasi tutkimustehtävä ja analyysiyksiköksi valittiin yksi ajatuskokonaisuus. Huolellisen tutustumisen jälkeen aineiston alkuperäisilmaukset pelkistettiin. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin siten, että samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaksi luokaksi ja nimettiin sisältöä kuvaavasti. (Polit & Beck 2012, Elo & Kyngäs 2008.) Abstrahoinnin avulla saman sisältöiset alaluokat (n=39) yhdistettiin yläluokiksi (n=11). Yläluokat yhdistettiin vielä päälukiksi (n=3), joita olivat tieto sairaudesta ja sen hoidosta, tieto perioperatiivisesta hoidosta sekä psykososiaalinen tuki toipumiseen. Analyysin eteneminen on kuvattu tulososiossa esitetystä taulukossa 2.

Tutkimustulokset

Sisällön analyysin perusteella päälukot ovat tieto sairaudesta ja sen hoidosta, tieto perioperatiivisesta hoidosta sekä psykososiaalinen tuki toipumiseen (taulukko 2). Näiden alueiden

ohjaus nivoutuu tiukasti toisiinsa. Tiedonantajat pyrkivät keskustelemalla potilaan kanssa selvittämään kunkin yksilölliset ohjaustarpeet ja toiveet keskusteltavista asioista. ”Lisää tähän taulukko 2”

Tieto sairaudesta ja sen hoidosta

Tiedonantajien mukaan potilaille annetaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Tietoa annetaan yksilöllisesti potilaan omaksumiskyvyn ja voimavarojen mukaan. Juuri syöpädiagnoosin saaneiden potilaiden kyky vastaanottaa ohjausta on rajallinen. Ensitieto sairaudesta eli kasvaimesta, sen laadusta (syöpäepäilystä) ja leikkaustarpeesta potilaille annetaan usein heti tähytyksen jälkeen. Samalla kerrotaan tulevista diagnoosia vahvistavista ja tarkentavista jatkotutkimuksista (näytteet, magneettitutkimus, tietokonetomografia). Tutkimustuloksiin ja hoitovaihtoehtoihin tutustutaan yhdessä potilaan kanssa ja tehdään kokonaisuhoitosuunnitelma, jonka tulevista vaiheista ja sen etenemisestä keskustellaan toistetusti. Jotta potilaat ymmärtäisivät sairauden vakavuuden, on diagnoosin varmentumisen jälkeen tärkeä puhua syövästä kasvaimen tai karsinooman sijaan. Potilaan kanssa keskustellaan alustavasti taudin ennusteesta, vaikka lopulliseen ennusteeseen ja koko hoitoprosessiin vaikuttaa suurelta osin itse leikkaus, leikkauslöydös ja patologin löydös leikkauksen jälkeen. Potilaiden kanssa keskustellaan jäljellä olevasta elinajasta, josta potilaat usein kysyvät. Ennusteesta kerrottaessa pyritään rehellisyyteen, ja ajatukset pyritään suuntaamaan eteenpäin.

Potilaalle annetaan tietoa sairaalahoidosta, jossa keskeisenä on tieto tulevan leikkauksen ajankohdasta, hoidon vaiheista sairaalassa ja kotiutumisen. Potilaalle kerrotaan, että leikkauksen ajankohtaan vaikuttavat mahdolliset leikkaushoitoa tukevat, jo ennen leikkausta annettavat, säde- ja solusalpaajahoidot. Lisäksi kerrotaan sairaalaan tulosta leikkauspäivän aamuna, tulevasta sairaalahoidosta ja sen yleisestä etenemisestä nopean toipumisen kirurgiassa, jossa pyritään varhaiseen liikkeelle lähtöön ja ravitsemukseen ja jossa potilaalla on keskeinen rooli. Potilaille painotetaan heidän omaa osallistumistaan hoitoon ja heidän vaikutusmahdollisuuksiaan paranemisen nopeuteen. Heidän on tiedettävä, mitä heiltä odotetaan hoidon eri vaiheissa. Heitä rohkaistaan ilmoittamaan kivusta ja lähtemään liikkeelle jo leikkauspäivän iltana, joten oikean, kivuttoman, ylösnousutekniikan opetus jo ennen leikkausta on ensiarvoista. Suolen normaalin toiminnan käynnistymiseksi potilaat saavat jo leikkauspäivän iltana juotavaa ja kevyttä syötävää.

Potilaille kerrotaan, että he voivat kotiutua jo muutaman hoitopäivän jälkeen, jollei avanteen hoidon opettelu sitä hidasta. Samalla keskustellaan myös mahdollisen sairasloman pituudesta ja työhön paluusta, joista potilaat kaipaavat tietoa. Potilaiden kanssa keskustellaan asumisolosuhteista, liikuntakyvystä ja mahdollisesta apuvälineiden tarpeesta sekä mahdollisesta jatkokuntoutuksen ja kotiavun tarpeista. Kotona selviytymiseen vaikuttavat suuresti kodin asumisolosuhteet esimerkiksi mahdollisuudet hyvän hygienian ylläpitämiseen.

Tieto perioperatiivisesta hoidosta

Tiedonantajien mukaan tieto perioperatiivisesta hoidosta keskittyy tietoon leikkauksesta, avanteesta, anestesiasta, leikkauskelpoisuuteen vaikuttavista tekijöistä ja leikkauksen riskitekijöistä. Potilaiden kanssa keskustellaan tulevasta leikkauksesta, joka mahdollisuuksien mukaan tehdään mini-invasiivisesti tähytystekniikkaa käyttäen. Kuvien avulla heille kerrotaan leikkauksen kulusta ja peräsuolen mahdollisesta kiinniompelamisesta. Heille mainitaan leikkauksen riskeistä ja mahdollisista komplikaatioista, kuten ongelmista virtsaamisessa ja tuntopuutoksista

perianaalialueella. Potilaille kerrotaan myös leikkauksen jälkeen leikkausalueelta tulevista laskuputkista ja virtsakatetrasta.

Avanteen (suoja-avanne tai pysyvä) mahdollisuudesta kerrotaan tiedonantajien mukaan kaikille suolistosyöpäleikkaukseen tuleville. Heille selvitetään pääpiirteet avanteesta, sen tarkoituksesta ja toiminnasta sekä alustavaa tietoa sen hoidosta. Osa potilaista kuitenkin kieltää ajatuksen avanteesta. Avanteen paikka pyritään merkitsemään ennen leikkausta tai ainakin näyttämään sen mahdollinen sijainti.

”Sen kyllä huomaa, että miten potilas sopeutuu avanteeseen, että onko hän saanut preohjauksen vai ei. Se on kuin yö ja päivä.” (Y 4e)

Nukutus ja kivunhoito askarruttavat tiedonantajien mukaan potilaita. Potilaiden kanssa keskustellaan nukutuksen toteuttamisesta ja kerrotaan epiduraaliteitse toteutettavasta kivunhoidosta. Näin vahvojen kipulääkkeiden tarve ei hidasta kuntoutuksen aloittamista. Lisäksi potilaille kerrotaan tarvittaessa annettavasta esilääkityksestä ja arvioidaan nukahtamislääkkeen tarve leikkausta edeltäväksi yöksi.

Potilaille annetaan tietoa leikkauksekelpoisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Hengitysfunktiota pyritään vahvistamaan pulloon puhallus -harjoitusten avulla. Potilaita kannustetaan huolehtimaan hyvästä ravitsemuksesta ja ravitsemustilaa pyritään parantamaan suosittelemalla heille lisäravinteita. Yleiskunnosta kehoitetaan pitämään huolta liikkumalla.

Turvallisen leikkauksen varmistamiseksi potilaiden kanssa keskustellaan riskitekijöistä, kuten allergioista ja infektioista, lääkityksen mahdollisesta tauotuksen tarpeesta, antikoagulanttihoidon ennalta suunniteltavasta siltahoidosta sekä potilaan nykytilasta, kuten sairauksista ja aiemmista leikkauksista mahdollisine ongelmineen. Lisäksi komplikaatioiden ennaltaehkäisemiseksi potilaita kehoitetaan lopettamaan tai ainakin vähentämään tupakointia ennen leikkausta sen aiheuttaman anestesariskin vuoksi. Laskimotukosten ehkäisemiseksi potilaalle opetetaan pienimolekyylisen hepariinin pistäminen kotona ja heille kerrotaan leikkauksen ajaksi annettavista antiemboliasukista. Potilaille kerrotaan myös mahdollisesta preoperatiivisesta suolen tyhjennyksestä ja käsidesinfection käytön merkityksestä infektioiden ehkäisyssä.

Psykososiaalinen tuki toipumiseen

Tiedonantajien mukaan potilaiden toipumista tuetaan psykososiaalisesti kiinnittämällä huomiota psyykkisten voimavarojen vahvistamiseen, sosiaaliseen tukemiseen ja elämään leikkauksen jälkeen.

Empaattisella suhtautumisella sekä vahvistamalla potilaiden psyykkisiä voimavaroja ja elämän uskoa pyrittiin lievittämään potilaiden pelkoja ja ahdistusta. Tiedonantajien mukaan moniammatillisessa ohjauksessa keskeistä on turvallisuuden tunteen luominen ja luottamuksen vahvistaminen. Potilaille pyritään antamaan positiivista informaatiota ja keskustelemaan selviytymiseen vaikuttavista tekijöistä. Potilaille tulisi tulla tunne, että he voivat oman mielen kaaoksesta huolimatta luottaa asioiden olevan jonkun hallinnassa.

” ... minä yritän valaa uskoa siinä vaiheessa näihin potilaisiin. Vaikka tauti nyt olis jossain määrin levinnytkin, pitää kuitenkin pyrkiä positiivisen informaation antamiseen siinä vaiheessa, koska se on hirmu tärkeää leikkauksesta toipumien kannalta, että niillä on se korvien väli kunnossa.” (R 2)

Tiedonantajien mukaan myös syöpätiedon aiheuttamien tunteiden käsittely on tärkeää leikkauksen jälkeiseen elämään sopeutumisessa, sillä sairaus ja leikkaus aiheuttavat potilaassa monenlaisia

pelkoja. Haastateltavien mukaan kuoleman pelko on potilaiden peloista suurin. Jo pelkkä syöpä - sana aiheuttaa kuoleman pelkoa. Kuoleman pelon jälkeen toiseksi eniten potilaiden ajateltiin pelkäävän kipua ja kivunhoidossa käytetyn epiduraalipuudutuksen laittoa. Leikkauksen aikana ja välittömästi leikkauksen jälkeen uskottiin potilaiden pelkäävän toisten armoilla olemista. Myös mahdollisia komplikaatioita pidettiin potilaita pelottavina. Avanteessa potilaat pelkäsivät sen hoitamista, mahdollisia hajuhaittoja ja avanteen näkymistä vaatehuoneen alta. Avanteen pelon myötä potilaiden ajateltiin pelkäävän myös erakoitumisesta tai toimintakyvyttömyyttä.

Potilaita kannustetaan rohkaisemaan läheisiä osallistumaan ohjaukseen, koska he ovat potilaalle arvokas tuki. Läheiset voivat esittää kysymyksiä ja saavat saman tiedon tai esimerkiksi avanneohjauksen kuin potilaskin. Lisäksi läheisiltä terveydenhuollon ammattilaiset saavat arvokasta tietoa potilaan kotona selviämisestä. Potilaalle kerrotaan, että päätöksen läheisen mukaanotosta tekee aina potilas. Mikäli läheinen ei voi osallistua ohjaukseen, potilaita kannustetaan kertomaan löydöksistä kotona. Tiedonantajien mukaan potilaat usein suojelevat lähipiiriään. Lapsille kertominen on iästä riippumatta aina vaikeaa. Heille kertomisen tukena ohjattiin käyttämään kirjallista materiaalia, joka mahdollistaa asiasta kertomisen lapsen kehitystason mukaisesti. Potilaille kerrotaan myös vertaistukitoiminnasta ja potilasjärjestöjen tarjoamasta tuesta.

”... kun juteltiin, niin mies kaivoi lompakon ja lävyytti sen auki ja siinä oli kolmen lapsen kuvat. Mitä hän näille sanoo?” (R 1)

Elämää leikkauksen jälkeen pyritään tukemaan käymällä potilaan kanssa läpi toipumisen yleistä etenemistä, leikkauksen aiheuttamia toimintarajoituksia, ravitsemuksen erityispiirteitä, elämää avanteen kanssa sekä leikkauksen vaikutuksia minäkuvaan ja seksuaalisuuteen. Potilaiden kanssa keskustellaan toipumisajasta ja toipumisen etenemisestä. Heitä mietityttää arjen jatkuminen ja mahdollinen tuleva työhön paluu. Potilaita kiinnostavat leikkauksen aiheuttamat toimintarajoitukset (esimerkiksi noston rajoitukset) ja se, milloin liikuntaharrastusten pariin voi palata. Vaikka vuodeosaston ravitsemuksessa toteutetaan vähärajaisia rajoituksia, on leikkauksen jälkeisen ravitsemuksen lähtökohtana potilaan normaali ruoka. Lähtökohtaisesti potilaalle ei anneta rajoitelmia. Proteiinin saanti pitää kuitenkin turvata toipumisaikana ja syödä pieniä aterioita usein.

Elämä avanteen kanssa on syöpäpotilaalle iso asia käsitellä, minkä vuoksi potilaan sopeutumista avanteeseen tuetaan kertomalla realistisesti avanneleikkattuna elämisestä. Heille painotetaan sitä, että avanne mahdollistaa elämän jatkumisen ilman suuria rajoitteita. Potilaiden kanssa keskustellaan jo ennen leikkausta avanteen ja anatomian muuttumisen aiheuttamista muutoksista minäkuvaan ja seksuaalisuuden kokemiseen. Peräsuoli on mahdollisesti suljettu ja ulosteet tulevat vatsalla olevaan avannepussiin. Miehillä erektiovaikeudet ovat tavallisia ja siemensyöksy voi suuntautua virtsarakkoon päin. Potilaiden identiteettiä pyritään vahvistamaan keskustelemalla kehon muutoksista, naisena ja miehenä olemisesta sekä seksuaalisuudesta. Potilaat ottavat harvoin seksuaalisuuden itse esille ennen leikkausta, mutta se otetaan kuitenkin kaikkien kanssa puheeksi ja annetaan lupa palata seksuaalisuuden kysymyksiin myöhemmin.

Pohdinta

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan luotettavuuskriteereiden avulla, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus ja siirrettävyys. Tutkimustuloksien on oltava yhteneviä tiedonantajien käsitysten kanssa. (Elo ym. 2014, Polit & Beck 2012.) Tässä tutkimuksessa uskottavuutta varmistaa tutkimusprosessin läpinäkyvyys. Uskottavuuden vahvistamiseksi sekä analyysi- että tulosten kirjoitusvaiheessa palattiin useita kertoja alkuperäisaineistoon.

Vahvistettavuus kuvaa tulosten objektiivisuutta ja yhtenevyyttä aineiston kanssa. Se edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista siten, että prosessin pääpiirteiden seuraaminen on mahdollista. (Elo ym. 2014, Polit & Beck 2012.) Analyysin eteneminen kuvattiin taulukossa 2. Aineiston ja tulosten yhteyttä osoitetaan alkuperäisilmauksin.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Elo ym. 2014, Polit & Beck 2012). Aineisto kerättiin teemahaastattelurungon mukaisesti edeten ja tarvittaessa tehtiin tarkentavia lisäkysymyksiä. Ryhmähaastattelussa yksittäisen tiedonantajan kertoma voi synnyttää muissa ryhmään kuuluvissa uusia ajatuksia. Näin saadaan rikas, luotettavuutta lisäävä aineisto. Usealta tiedonantajaryhmältä (kirurgit, fysioterapeutti ja sairaanhoitajat kolmen sairaanhoitopiirin alueilta) kerätty tieto vahvistaa luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009) ja antaa viitteitä siitä, että tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä muihin sairaanhoitopiireihin ja sairaaloihin. Yhtä sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta haastatteluissa mainitaan myös fysioterapeutin preoperatiivinen ohjaus. Koska fysioterapian edustaja puuttui kaikista ryhmähaastatteluista, täydennettiin aineistoa yhden fysioterapeutin haastattelulla. Muiden sairaaloiden osalta tieto fysioterapeuttien antaman ohjauksen sisällöstä tulee muiden ammattiryhmien antamana. Tämä voi heikentää tulosten siirrettävyyttä.

Eettiset kysymykset

Suunniteltu tutkimus ei kohdistunut potilaisiin, vaan tiedonantajina käytettiin ohjausprosessiin osallistuvia terveydenhuollon ammattilaisia. Lupa tutkimukselle saatiin kaikista osallistuvista sairaanhoitopiireistä. Keskeiset eettiset kysymykset liittyivät itse tutkimusprosessiin ja hyvän tutkimuskäytännön noudattamiseen, jossa tärkeää on tutkittavien ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Kuula 2006, Hirsijärvi ym. 2008, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Perustan tutkimusprosessin eettisyydelle luo itse tutkimusaiheen eettinen oikeutus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa luotettavaa tietoa aiheesta, joka oli sekä tutkijaa kiinnostava että yhteiskunnallisesti merkittävä. Tutkija pyrki paneutumaan tutkittavaan aiheeseen niin hyvin, että hankittu ja välitetty tieto olisivat mahdollisimman luotettavaa. (Pietarinen 2002.) Laadullista tutkimusotetta puolsi se, että uusien ilmiöiden käsitteellistämiseen ja kuvaamiseen soveltuu parhaiten kvalitatiivinen tutkimusote. Tutkimuksen avulla pyrittiin lisäämään ymmärrystä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Koska tutkimus kohdistuu ihmisiin, vaaditaan tutkijalta hyvän tutkimuskäytännön noudattamista. Sen edellytyksenä on tutkivan tietoinen suostunut. (Kuula 2006, Hirsijärvi ym. 2008.) Tutkittaville lähetettävässä tiedotteessa kerrottiin tutkimuksen tavoitteista ja tarkoituksesta, ryhmähaastattelun teemoista, aikataulusta sekä haastattelun tallentamisesta, jotta he pystyivät antamaan asiaan perehtyneen suostumuksen tutkimukseen. Julkaistuista tuloksista ei voi jäljittää yksittäisiä haastateltavia.

Tulosten tarkastelua

Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa suolistosyöpäpotilaan preoperatiivisesta ohjauksesta terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta Suomessa. Tiedonantajien mukaan ohjauksen avulla pyritään antamaan potilaille yksilöllisesti tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, tietoa perioperatiivisesta hoidosta sekä psykososiaalista tukea toipumiseen. Ohjauksen pohjana oli kunkin potilaan kanssa

keskustelemalla selvitetty tiedontarve ja kyky tiedon vastaanottamiseen. Myös Suhonen ym. (2006) on tekemässään kirjallisuuskatsauksessa todennut, että kirurgisten potilaiden tiedontarve vaihtelee ja että ohjaus tulisi toteuttaa yksilöllisesti.

Tiedonantajien mukaan potilaille annettiin tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Sairaudesta kerrottaessa korostettiin, että diagnoosin varmistuttua tulisi potilaille puhua syövästä, ei kasvaimesta tai karsinoomasta. Näin potilaat ymmärtävät paremmin sairautensa laadun. Myös Worster'in ym. (2008) mukaan on varmistettava, että potilas ymmärtää saamansa tiedon. Suolistosyöpäpotilaan preoperatiivinen ohjaus nopean toipumisen kirurgiasta on välttämätöntä. Potilaan tulee tietää vuodeosaston tapahtumista ja omasta roolistaan hoidossa ja toipumisessa etukäteen (Baird ym. 2010) ja heitä tule kannustaa ottamaan aktiivinen rooli kivunhoidossa ja kuntoutumisessa (Fearon ym. 2005).

Chaudhrin (2005) mukaan avanneohjaus oli tehokkainta preoperatiivisesti annettuna ja mahdollisti varhaisemman kotiutuksen. Myös tässä tutkimuksessa todettiin, että ilman preoperatiivista avanneohjausta sopeutuminen avanteeseen oli hitaampaa ja vaati enemmän jälkihoidolta. Tiedonantajien kokemuksen mukaan potilaiden kotiutuminen viivästyi usein avanteen hoidon opetteluun takia.

Tiedonantajien mukaan preoperatiivinen riittävä psyykkisten voimavarojen tukeminen ja vahvistaminen on tärkeää. Myös aiemmissa tutkimuksissa syöpätiedon aiheuttamien tunteiden ja pelkojen käsittely on todettu tärkeäksi, olipa kyse mistä syövästä tahansa (Taylor ym. 2001, Worster ym. 2008). Suolistosyöpäpotilaita rohkaistiin ottamaan läheiset mukaan ohjaukseen tai ainakin kertomaan löydöksistä kotona. Tulokset tukevat aikaisempaa tutkimustietoa, jonka mukaan läheiset halusivat olla osallisena potilaan hoidossa. Heillä on tärkeä merkitys potilaan tukijana (Liimatainen 2011). Toisaalta sekä Taylor (2001) että Worster ym. (2008) ovat todenneet, että potilaat haluavat suojella läheisiään ja rajoittavat joskus läheisten mukaan ottamista. Tässä tutkimuksessa haastateltujen mukaan seksuaalisuus otettiin kaikkien potilaiden kanssa puheeksi ja annettiin lupa palata aiheeseen. Myös aiemmissa tutkimuksissa todettiin, että seksuaaliohjauksen tulisi kuulua osana kaikkien hoitosuunnitelmaa (Hautamäki-Lamminen ym. 2010). Yksi seksuaaliohjauksen keskeisistä alueista oli minäkuvan vahvistaminen ja tieto leikkauksen vaikutuksista minäkuvaan ja seksuaalisuuteen, vaikkei pysyvää avannetta tulisikaan (Junkin 2005).

Johtopäätökset

Potilaat saavat omaksumiskykynsä mukaisesti tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä edessä olevasta leikkauksesta ammattilaisten kuvaamana varsin kattavasti ja yksilöllisesti. Sairaudesta kerrottaessa tulisi diagnoosin varmistumisen jälkeen puhua syövästä, ei kasvaimesta tai karsinoomasta. Avanneohjauksen tulisi aina olla osa potilaan suolistosyöpäpotilaan preoperatiivista ohjausta. Tiedollisten tarpeiden täyttämisen lisäksi ohjauksen psykososiaalinen tuki on toipumisen kannalta tärkeää. Keskeistä on suunnata potilaan ajatukset elämään leikkauksen jälkeen.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: KL, SE, aineiston keruu: KL, aineiston analysointi; KL käsikirjoituksen kirjoittaminen: KL, SE, käsikirjoituksen kommentointi: MK.

LÄHTEET

- Aasa A., Hovbäck M. & Berterö C. (2013) The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing* **22**, 1605–1612.
- Baird G., Maxson P., Wroblewski D. & Luna B. (2010) Fast-track Colorectal Surgery Program Reduces Hospital Length of Stay. *Clinical Nurse Specialist* **24**(4): 202–208.
- Chaudhri S., Brown L., Hassan I. & Horgan A. (2005) Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma Education: A Randomized, Controlled Trial. *Diseases of Colon & Rectum* **48**, 504–509.
- Elo S., Kääriäinen M., Kanste O., Pölkki T., Utriainen K. & Kyngäs H. (2014) Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open* **4**, 1–10.
- Foss M. (2011) Enhanced recovery after surgery and implications for nurse education. *Nursing Standard* **24**, 45, 35–39.
- Hautamäki-Lamminen K., Åstedt-Kurki P., Lehto J. & Kellokumpu-Lehtinen P. (2010) Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta. *Hoitotiede* **22**(4), 282–290.
- Hirsijärvi S., Remes P. & Sajavaara P. (2008) *Tutki ja kirjoita*. 13.-14., osin uudistettu painos. Tammi, Helsinki.
- Junkin J. & Beitz JM. (2005) Sexuality and the Person With a Stoma. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* **March/April**, 121–128.
- Kaakinen P., Ervasti H. & Kääriäinen M. (2017) Quality of counseling for knee and shoulder arthroscopy patients during day surgery. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* **24**, 12–20.
- Kajula O., Kääriäinen M., Moilanen J., Kyngäs H. (2016) The Quality of Genetic Counseling and Connected Factors as Evaluated by Male BRCA1/2 Mutation Carriers in Finland. *Journal of Genetic Counseling* **25**(3), 413–421.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. (2009) *Tutkimus hoitotieteessä*. 1. painos. WSOY, Helsinki.
- Kamangar F., Dores G.M. & Anderson WF. (2006) Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *Journal of clinical oncology* **24**(14), 2137–2150.
- King P.M., Blazeby J.M., Ewings P., Franks P.J., Longman R.J., Kendrick A.H., Kipling R.M. & Kennedy R.H. (2006) Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery for colorectal cancer within an enhanced recovery programme. *British Journal of Surgery* **93**(3), 300–308.
- Kivelä K., Elo S., Kyngäs H. & Kääriäinen M. (2014) The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: a systematic review. *Patient counseling & Education* **97**(29): 147–157.
- Kuula A. (2006) *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Vastapaino, Tampere.
- Kruzik N. (2009) Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. *AORN Journal* **90**(3), 281–387.
- Kylmä J. & Juvakka T. (2012) *Laadullinen terveystutkimus*. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Kääriäinen M. & Kyngäs H. (2005) Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* **17**(5), 251–258.
- Kääriäinen M. (2007) *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Acta Universitatis Ouluensis D 937. Oulun yliopistopaino, Oulu.
- Lassen K.- Soop M., Nygren J., Cox B., Hendry P., Spies C., von Meyenfeldt M., Fearon K., Revhaug A., Nordval S., Ljungqvist O., Lobo D. & Dejong C. (2009) Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery. Enhanced recovery after surgery (ERAS) group recommendations. *Archives of Surgery* **144**(10), 961–969.
- Liimatainen T. (2011) Avanneleikkattujen potilaiden läheisten tuensaanti hoitojakson aikana. *Hoitotiede* **23**(3), 175–184.

- Lipponen K, Kyngäs H. & Kääriäinen M. (2006) *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4. Oulun yliopistopaino. Oulu.
- Lloyd G., Kirby D., Hemingway D., Keane F., Miller A. & Neary P. (2010) The RAPID protocol enhances patient recovery after both laparoscopic and open colorectal resections. *Surgical Endoscopy* **24**(6), 1434–1439.
- Pietarinen J. (2002) *Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä*. Teoksessa Karjalainen S., Launis V., Pelkonen R. & Pietarinen J. (toim.). Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus, Helsinki.
- Polit DF. & Beck CT. (2012) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Ninth Edition. International Edition. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pritchard MJ. (2011) Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standards* **25** (51), 35–39.
- Spalding NJ. (2003) Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. *Occupational Therapy International* **10**(4), 278–293.
- Suhonen R. & Leino-Kilpi H. (2006) Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling* **61**: 5–15.
- Syöpäpotilaiden eloonjäämisluvut koko maassa*. Syöpärekisteri 2014.
[http://www.cancer.fi/@Bin/119520903/Elossaololuvut_koko_maa_2012-2014.pdf/\(1.6.2016\)](http://www.cancer.fi/@Bin/119520903/Elossaololuvut_koko_maa_2012-2014.pdf/(1.6.2016))
- Taylor C. (2001) Patients' experiences of "feeling on their own" following a diagnosis of colorectal cancer: a phenomenological approach. *International Journal of Nursing Studies* **38**, 651–661.
- Tuomi J. & Sarajarvi A. (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 8. uudistettu painos. Tammi, Helsinki.
- Walden P. (2011) The facts about colorectal cancer. *Nursing made incredibly easy* **9**(5), 37–44.
- Wind J., Polle S.W., Fund Kon Jin P.H.P., Dejong C.H.C., von Meyenfeldt M.F., Ubbink D.T., Gouma D.J. & Bemelman W.A. (2006) Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *British Journal Of Surgery* **93**(7), 800–809.
- Worster B. & Holmes S. (2008) The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: a phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing* **12**, 418–424.

Kirsti Lehtonen, TtM, aoh, koulutussuunnittelija ma., HUS, HYKS, ATeK, Meilahden leikkaus- ja anestesiaosasto, PL 340, 00029 HUS, kirsti.lehtonen@hus.fi

Maria Kääriäinen, TtT, professori ma, Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö PL 5000, 90014 Oulun yliopisto, maria.kaariainen@oulu.fi

Satu Elo, TtT, dosentti, yliopistonlehtori, asiantuntija, Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto, satu.elo@oulu.fi

Taulukko 1. Osallistujien taustatiedot.

Sairaanhoitopiiri	Sairaala	Ammattinimike	n
SHP 1	Sairaala 1	kirurgian erikoislääkäri	1
		poliklinikan sairaanhoitaja	
		• gastroenterologia	1
		• kirurgia	1
		preoperatiivinen sairaanhoitaja	1
		asiantuntijahoitaja (avanne)	1
	Sairaala 2	kirurgian erikoislääkäri (ayl)	1
		asiantuntijahoitaja (avanne)	1
		poliklinikan sairaanhoitaja	
		• gastroenterologia	2
SHP 2	Sairaala 1	kirurgian erikoislääkäri (ayl)	1
		avannehoitaja	1
		sairaanhoitaja	
		• operatiivinen tulosityksikkö	1
		• vuodeosasto	1
		• leiko-yksikkö	1
SHP 3	Sairaala 1	kirurgian erikoislääkäri (oyl)	1
		avanne/endoskopiahoitaja	1
		sairaanhoitaja	
		• endoskopian pkl	1
		• kirurgian pkl	1
	Sairaala 2	kirurgian erikoislääkäri (ol)	1
		sairaanhoitaja	
		• kirurgian pkl	2
		• vuodeosasto	1
		fysioterapeutti	1
avannehoitaja	2		
YHTEENSÄ			25

Taulukko 2. Suolistosyöpöpotilaan ohjauksen sisältöalueet.

Alaluokka	Yläluokka	Päälukka
Tieto syöpäpäilystä	Tieto sairaudesta	Tieto sairaudesta ja sen hoidosta
Tieto tutkimustuloksista		
Hoitovaihtoehtojen selvittäminen		
Tieto kokonaishoitosuunnitelmasta		
Tieto leikkaushoidon tarpeesta		
Tieto syövästä sairautena		
Tieto levinneisyydestä ja ennusteesta		
Tieto leikkauksen ajankohdasta	Tieto hoidosta	
Tieto hoidon vaiheista sairaalassa		
Osallistuminen hoitoon		
Keskustelu kotiutumisesta		
Tieto leikkauksesta	Tieto leikkauksesta	Tieto perioperatiivisesta hoidosta
Tieto leikkaustekniikasta		
Tieto leikkauksen riskeistä		
Tieto avanteen mahdollisuudesta	Tieto avanteesta	
Perustieto avanteesta		
Tietoa avanteen tarkoituksesta ja toiminnasta		
Tietoa avanteen hoidosta		
Avanteen paikan merkitseminen		
Tieto esilääkityksestä	Tieto anestesiasta	
Tieto nukutuksesta		
Tieto kivunhoidosta		
Levon varmistaminen		

Hyvän hengitysfunktion varmistaminen	Tieto leikkaukelpoisuuteen vaikuttavista tekijöistä	
Hyvän ravitsemustilan varmistaminen		
Yleiskunnon kohottaminen		
Ennakkotietojen kartoitus	Tieto riskitekijöistä	
Komplikaatioiden ehkäisy		
Empatia, potilaiden psyykkisten voimavarojen ja elämän uskon vahvistaminen	Psyykkisten voimavarojen vahvistaminen	Psykososiaalinen tuki toipumiseen
Tunteiden käsittely		
Läheisten mukaanottaminen	Sosiaalinen tukeminen	
Tieto vertaistukitoiminnasta		
Toipumisen yleinen eteneminen	Elämä leikkauksen jälkeen	
Leikkauksen aiheuttamat toimintarajoitukset		
Ravitsemuksen erityispiirteet		
Elämä avanteen kanssa		
Leikkauksen vaikutukset minäkuvaan ja seksuaalisuuteen		