

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Elina Hautamäki, Anna Paavola & Sanni Siekkinen

KEUHKOLEIKATUN POTILAAN LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN TIEDON JA TUEN TARVE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sairaanhoidaja (AMK)

Joulukuu 2015 | 41 + 4

Ohjaajat: Tiina Pelander ja Sirpa Nikunen

Elina Hautamäki, Anna Paavola ja Sanni Siekkinen

KEUHKOLEIKATUN POTILAAN LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN TIEDON JA TUEN TARVE

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyönä Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Turun yliopistollisen keskussairaalan keuhkoleikattujen potilaiden tarvitsemää ja saamaa tietoa ja tukea leikkauksen jälkeen. Tavoitteena on kehittää sydänvuodeosastolla annettavaa tiedon ja tuen antoa keuhkoleikatuille potilaille. Tutkimus toteutettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan sydänosasto 3:lla kyselytutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin kuuden viikon aikana loka-marraskuussa 2015. Kyselyyn vastasi kuusi potilasta (n = 6). Aineisto analysoitiin manuaalisesti frekvenssien avulla.

Tutkimustulosten mukaan suurimmaksi osaksi näyttää siltä, että vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon ja tukeen jokaisella osa-alueella. Niitä olivat tiedollinen, sosiaalinen, emotionaalinen ja instrumentaalinen tuki. Emotionaalisen tukeen oltiin kaiken kaikkiaan tyytyväisimpiä. Sosiaalisen tuen osalta erityisen tyytyväisiä oltiin siihen, että henkilökunta keskusteli potilaiden kanssa tarvittaessa, ja tiedollisen tuen osalta muun muassa ohjeistukseen haavan hoidosta. Instrumentaalista tukea koskevat väittämät aiheuttivat eniten hajontaa. Tyytymättömmimpiä oltiin mahdollisuuteen keskustella muiden ammattiauttajien kanssa.

Kehittämiskohteita osastolla voisi olla ohjaustilanteiden yhtenäistäminen, unohtamatta kuitenkin yksilöllistä ohjausta. Ohjaustilanteiden olisi hyvä olla rauhallisia ja kiireettömiä. Olisi myös hyvä varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjeet. Jatkossa saman tutkimuksen voisi toistaa huomattavasti suuremmalla otoksella, jotta tutkimus olisi luotettavampi ja yleistettävissä. Jatkotutkimus voisi nimenomaan keskittyä siihen, millaista tietoa ja tukea potilaat tarvitsevat.

ASIASANAT:

Keuhkoleikkaus, potilas, tiedon tarve, tuen tarve

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health care | Registered nurse (AMK)

December 2015 | 41 + 4

Instructors: Tiina Pelander and Sirpa Nikunen

Elina Hautamäki, Anna Paavola and Sanni Siekkinen

LUNG SURGERY PATIENT'S NEED FOR INFORMATION AND SUPPORT AFTER SURGERY

The thesis was carried out in cooperation with Turku University of Applied Sciences and The Hospital District of Southwest Finland. The purpose on the study was to figure out the information and support patients have received and their need for information and support after lung surgery at Turku University Hospital. The aim of the study was to develop lung surgery patients' informing and supporting at Cardiology ward 3. The study was carried out as a survey at Cardiology ward 3 in Turku University Hospital. The data were collected within six weeks in October and November 2015. Six patients took part in the study (n = 6). The data were analyzed manually by using frequency.

The study results show that most of the patients were satisfied with the information and support they were given in every section. Sections were informational, social, emotional and instrumental support. All in all patients were most satisfied with emotional support. In social support, most of the patients were satisfied with the fact that the staff talked with them if needed. In informational support they were most satisfied with information of wound care. Assertions concerning instrumental support caused most deviation. The most unsatisfied participants were with the fact that were they offered a chance to talk to other professionals.

Things to develop could be unifying the guidance of patients without forgetting individual guidance. The situations should be calm and unhurried. It would also be good to make sure that the patient has understood the given instructions. In the future the same study could be done with bigger sample so that the study would be more reliable and universal. It could particularly concentrate on patients' need for information and support.

KEYWORDS:

Lung surgery, patient, information, support

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 KIRURGISESTI HOIDETTAVAT KEUHKOSAIRAUDET	2
2.1 Keuhkosityöpä ja sen hoito	2
2.2 Pneumothorax ja sen hoito	4
2.3 Pleuraempeema ja sen hoito	6
3 TIEDON JA TUEN ANTO POTILAILLE SAIRAALASSA	9
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	14
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	15
6 TULOKSET	19
6.1 Keuhkoleikatun potilaan saama ja tarvitsema tieto sairaalassaoloaikana	20
6.2 Keuhkoleikatun potilaan saama ja tarvitsema tuki sairaalassaoloaikana	22
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
8 POHDINTA	29
LÄHTEET	33

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Tutkimuslupa
- Liite 4. Tiedote hoitajille

KUVIOT

Kuvio 1. Vastanneiden (n = 6) sukupuolijakauma	19
Kuvio 2. Vastanneiden (n = 6) ikäjakauma	19
Kuvio 3. Vastanneiden (n = 6) tulotapa sairaalaan	20

TAULUKOT

Taulukko 1. Suositukset tiedolliseen tukemiseen (Lipponen ym., 2006)	10
Taulukko 2. Suositukset emotionaaliseen tukemiseen (Lipponen ym., 2006)	11
Taulukko 3. Suositukset instrumentaaliseen tukemiseen (Lipponen ym., 2006)	12
Taulukko 4. Keuhkoleikkauspotilaiden (n = 6) kokemukset tiedollisesta tuesta	21
Taulukko 5. Keuhkoleikkauspotilaiden (n = 6) kokemukset sosiaalisesta tuesta	22
Taulukko 6. Keuhkoleikkauspotilaiden (n = 6) kokemukset emotionaalisesta tuesta	23
Taulukko 4. Keuhkoleikkauspotilaiden (n = 5) kokemukset instrumentaalisesta tuesta	23

1 JOHDANTO

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa tehdään vuosittain noin 200 rintaontelokirurgista toimenpidettä (VSSH 2014). Tavallisimpia rintaontelokirurgisia ongelmia ovat spontaani pneumothorax ja pleuraempyema. Rintaontelokirurgiaan sisältyy myös keuhkosyövän hoito. (Kuukasjärvi ym. 2010, 613–616.)

Sairastuminen ja sairaalaan joutuminen on aina poikkeuksellinen tilanne, jossa omat selviytymiskeinot joutuvat koetukselle. Sairaalassa ollessa ihmisen tuen tarve on erityisen suuri. Tuen tarpeen kasvaminen perustuu sekä itse sairastumiseen, että sairaalassa olemisen aiheuttamiin elämänmuutoksiin. Hoitohenkilökunta on merkittävässä asemassa potilaan tukemisessa. Henkilökunnan tuleekin ammatillisen avun lisäksi tarjota potilaalle hänen tarvitsemaansa psykososiaalista tukea. (Mikkola 2006, 13.) Sosiaalinen tuki on erittäin laaja käsite. Se voidaan jakaa neljään eri muotoon: tiedolliseen, sosiaaliseen, emotionaaliseen ja instrumentaaliseen tukeen. (Kylmänen 2014, 1.) Sosiaalinen tuki on tärkeä osa vuorovaikutussuhdetta ja hyvinvointia. Se auttaa ongelman ratkaisussa, auttaa purkamaan emotionaalista kuormitusta sekä vahvistaa tunnetta merkityksellisyydestä. (Mikkola 2006, 8.) Keskeistä on, kuinka potilas voi selviytyä itse sairauden kanssa, sen aiheuttamasta kriisistä ja miten hänen tuskaansa voitaisiin lievittää (Mikkola 2006, 13). Tiedollista tukea ovat muun muassa keskusteluyhteyden avaaminen sekä ylläpito ja tiedon antaminen potilaalle. Näihin voi sisältyä myös opetusta, neuvontaa ja koulutusta. (Mattila 2011, 4-5.)

Opinnäytetyö toteutettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan Sydänkeskuksen sydänvuodeosasto 3:lla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Turun yliopistollisen keskussairaalan sydänvuodeosaston keuhkoleikattujen potilaiden saamaa ja tarvitsemaa tietoa ja tukea. Tavoitteena on kehittää osastolla annettavaa tiedon ja tuen antoa keuhkoleikatuille potilaille.

2 KIRURGISESTI HOIDETTAVAT KEUHKOSAIRAUDET

Yleisimpiä rintaontelokirurgisia ongelmia ovat keuhkosityöpä, pneumothorax ja pleuraempyeema (Kuukasjärvi ym. 2010). Keuhkoleikatun potilaan (n = 62) kotiutumisen jälkeistä terveyspalveluiden tarvetta on tutkinut Wang ym. (2010, 1). Tutkimuksen mukaan keuhkojen toiminta, potilaan kokemat oireet ja niiden aiheuttama ahdistus ja kivun taso korreloivat tiedon ja hoidon tarpeen tason kanssa. Itse koettu oireiden vakavuus ($p = 0.032$) ja ahdistuksen taso ($p = 0.043$) korreloivat vähäisesti. (Wang ym. 2010, 1.)

2.1 Keuhkosityöpä ja sen hoito

Keuhkosityöpä on yleisin syöpä maailmassa sekä ilmaantuvuuden että kuolleisuuden suhteen (Mali 2013a, 368). Vuosittain Suomessa todetaan noin 2300 uutta keuhkosityöpätapausta ja tehdään noin 350 keuhkosityöpäleikkausta (Knuuttila 2013, 284; Salo 2013, 380). Keuhkosityöpä on miesten toiseksi yleisin ja naisten neljänneksi yleisin syöpä (Keuhkosityöpä: Käypä hoito -suositus 2015). Keuhkosityövissä ennuste on keskimäärin huono: kaikista keuhkosityöpään sairastuneista viiden vuoden kuluttua elossa on noin 10–13 % (Knuuttila 2013, 284).

Keuhkosityöivistä 90 % aiheutuu pitkäaikaisesta tupakoinnista (Keuhkosityöpä: Käypä hoito -suositus 2015). Sen lisäksi keuhkosityövän **riskitekijöitä** ovat muun muassa asbesti, radon, arseeni, tietyt kromi- ja nikkeliyhdisteet, dieselhöyryt ja ionisoiva säteily (Keuhkosityöpä: Käypä hoito -suositus 2015; Knuuttila 2013, 285; Mali 2013b, 368). Myös COPD eli keuhkoahantauti lisää keuhkosityövän riskiä (Mali 2013b, 369). Tehokkain tapa keuhkosityövän ilmaantuvuuden ja kuolleisuuden vähentämiseen on vähentää väestön tupakointia (Knuuttila 2013, 284).

Yleisimpiä keuhkosityövän **oireita** ovat yskä, veriyskä, kipu, hengenahdistus, toistuvat keuhkokuumeet, varjostuma keuhkon natiiviröntgenkuvassa, pleuranesteen kertyminen sekä yleisoireet. Yleisoireita ovat muun muassa heikkous, väsymys, ruokahaluttomuus, kuumeilu ja laihtuminen. Alkuvaiheessa syöpä on oireeton ja yleensä oireiden ilmaantuminen viittaa jo levinneeseen tautiin (Keuhkosityöpä:

Käypä hoito -suositus 2015; Mali 2013c, 373–374.) Primäärituumorin koko, sijainti ja levinneisyys vaikuttavat siihen, mitä oireita kasvain aiheuttaa (Knuuttila 2013, 287–288).

Keuhkosyövät jaetaan kudostyyppin mukaan **histologisiin alaryhmiin**, pienisoluisiin ja ei-pienisoluisiin karsinomiin. **Pienisolainen karsinoma** on korkean maligniteettiasteen neuroendokriininen (hormoneita tuottavista soluista lähtöisin oleva) karsinoma. Se on hyvin vahvasti yhteydessä tupakoimiseen. **Ei-pienisoluiset** keuhkosyövät jaetaan levyepiteelikarsinomiin, adenokarsinomiin sekä suurisoluisiin karsinomiin. Adenokarsinomat ovat yleisin alatyyppejä. (Knuuttila 2013, 285–286.)

Diagnoosin varmistamiseksi potilas lähetetään keuhkosairauksien klinikalle. Perustutkimuksiin kuuluvat anamneesin huolellinen selvittäminen sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. Anamneesissa kiinnitetään huomiota erityisesti potilaan tupakointihistoriaan, muihin sairauksiin ja aikaisempiin syöpiin, mahdolliseen asbestialtistukseen sekä oireisiin. Lisäksi arvioidaan potilaan yleiskuntoa. (Mali 2013d, 375–378.)

Pienisoluisen keuhkosyövän **hoitona** yleiskunnon ollessa hyvällä potilaalle on solunsalpaajahoidon rajoittuneessa taudissa voidaan solunsalpaajien lisäksi antaa sädehoitoa. (Knuuttila 2013, 292.) **Ei-pienisoluisen** karsinoman ensisijainen hoito on leikkaus tai tähän soveltumattomille potilaille sädehoito ja lääkehoito (Knuuttila 2013, 291). Kaikista ei-pienisoluisista karsinomista vain noin viidennes voidaan leikata, sillä suurin osa niistä on levinnyt jo ennen toteamista tai potilaan yleiskunto ja hengitystoiminta ovat saattaneet heikentyä liikaa (Salo 2013, 380).

Keuhkosyövän **leikkaushoito** käsittää yleensä keuhkon anatomisen resektion eli poiston sekä tarvittavien imusolmukkeiden poiston. Yleisimmin tehtäviä toimenpiteitä ovat yhden keuhkolohkon poisto eli lobektomia, oikealta tarvittaessa kahden lohkon poisto eli bilobektomia ja koko keuhkon poisto eli pneumektomia riippuen tuumorin sijainnista ja koosta. Ensimmäisen asteen ei-pienisoluisen keuhkosyövän suositeltavin leikkaustekniikka on videoavusteinen torakoskooppinen lohkonpoisto eli niin sanottu VATS (video assisted thoracic surgery). (Salo 2013, 380.)

Bronkoplastinen toimenpide eli **bronkusresektio** on toimenpide, jossa pyritään säästämään tervettä keuhkokudosta paremman toiminnallisen tuloksen saavuttamiseksi. Yleensä toimenpide käsittää ylälohkon poiston ja pääkeuhkoputken resektion. **Laajennettua keuhkoresektiota** käytetään, kun keuhkosyöpä kasvaa suoraan rintakehän seinämään, palleaan tai perikardiumiin eli sydänpussiin. Tällöin lohkonpoiston yhteydessä tehdään myös rinnan seinämän, pallean tai perikardiumin resektio. **Pancoastin tuumorin** leikkaus käsittää ylempien kylkiluiden ja joskus vastaavien nikamien poikkihaarakkeiden resektion sekä kyseisten verisuonien ja hermojuurien resektion. (Salo 2013, 380–381.)

Henkitorvea, henkitorven harjua ja keuhkoputkia ahtauttavia tuumoreita voidaan hoitaa **palliativisesti** asettamalla endoskooppisesti tukoskohdan alueelle stentti tai avaamalla ilmatiet bronkoskopiasteitse laserilla. Jos kasvain tukkii keuhkoputken ja esteen taakse on syntynyt atelektaasi (keuhkon osan ilmattomuus), pneumonia tai keuhkopaise tai jos potilas kuumeilee septisesti, palliativista leikkausta voidaan harkita. (Salo 2013, 381.)

2.2 Pneumothorax ja sen hoito

Pneumothorax eli ilmarinta on tila, jossa keuhkopussin sisään on päässyt ilmaa eikä keuhko toimi normaalisti (Kuukasjärvi ym. 2010, 613). Normaalissa tilassa pleuraontelossa on ulkoiseen paineeseen verrattuna negatiivinen paine, jonka johdosta pleuralehdet pysyvät tiivistä yhdessä. Jos keuhkopussiin pääsee ilmaa eli syntyy ilmarinta, alipaine katoaa ja keuhkon tilavuus pienenee. (Halme 2005a, 604.) Ilmarinta voi syntyä spontaanisti tai vamman tai toimenpiteen johdosta (iatrogeeninen ilmarinta) (Nieminen 2013, 191).

Pääoireita ilmarinnassa ovat rintakipu ja hengenahdistus sekä yskänärsytys. Äkillisesti alkavat oireet voimistuvat syvään hengittäessä ja rasituksessa. Kipu säteilee saman puolen hartiaan. (Lääkäriin käsikirja 2013.) Keuhkopussionteloon päässyt ilma vaimentaa hengitysäänet (Nieminen 2013, 191). Diagnoosin varmistamiseksi keuhkokuva ja kaikututkimus ovat välttämättömiä toimenpiteitä (Lääkäriin käsikirja 2013).

Spontaanissa ilmarinnassa keuhkorakkula rikkoutuu, jolloin paine-ero pleuraontelon ja ilmanpaineen kanssa tasoittuu ja keuhko painuu kasaan (Kuukasjärvi ym. 2010, 613–616). **Primaarinen spontaani** ilmarinta on terveessä keuhkossa syntyvä ilmarinta (Nieminen 2013, 191). Se ilmenee tavallisimmin 20 – 40-vuotiailla pitkällä laihoilla mieshenkilöillä. Yli 90 % potilaista tupakoi. (Lääkärin käsikirja 2013.) **Sekundaarisen spontaanin** ilmarinnan taustalla on keuhkosairaus, tavallisimmin keuhkohtaumatauti. Ilmavuodon aiheuttaa keuhkolaajentuman repeäminen. (Nieminen 2013, 191.) Sekundaarinen spontaani ilmarinta esiintyy tavallisimmin vanhemmilla ihmisillä (Sihvo 2015a). Kirurgisen hoidon tavoitteena on poistaa tuhoutuneet keuhkorakkulat ja estää tilan uusiutuminen (Kuukasjärvi ym. 2010, 613–616). **Traumaattisen** ilmarinnan aiheuttaa yleensä erilaiset rintakehän lävistävät vammat tai kylkiluun murtuma (Nieminen 2013, 191). Lisäksi rintakehän sisäinen paineen nousu voi johtaa hengitystie- tai keuhkorepeämään (Sihvo 2015a). **Iatrogeeninen** ilmarinta taas syntyy, kun toimenpiteessä kuten pleurapunktiossa tai keuhkobiopsiassa pääsee ilmaa keuhkopussionteloon (Nieminen 2013, 191).

Tensiopneumothorax eli paineilmarinta voi aiheutua keuhkopussin, keuhkokuoksen tai keuhkoputken repeämästä. Sisään hengittäessä ilmaa virtaa alipaineeseen keuhkopussiin eikä ilma pääse poistumaan uloshengityksen aikana. Paine keuhko-ontelossa lisääntyy, josta seuraa kaasujen vaihdon häiriö. Paineen nousu keuhkossa voi estää laskimopaluun sydämeen. Paineilmarinnan **oireita** ovat muun muassa välikarsinan siirtyminen, verenpaineen lasku ja sydämen sykkeen nousu, hengitysvaikeudet, pullottavat kaulasuonet sekä verenkierron äkillinen romahtaminen. (Laukkanen & Bergman 2010.) Paineilmarintaa esiintyy yleensä traumapotilailla sekä mekaanisen ventilaation ja elvytyksen yhteydessä (Lääkärin käsikirja 2013).

Ilmarinnan hoidon tavoitteena ovat ilman poistaminen keuhkopussista, ilmavuodon loppuminen, keuhkon laajentuminen ja oireiden helpottuminen. Alkuvaiheen hoitovaihtoehtoina ovat seuranta, pleuraimu tai ilman aspiraatio. (Sihvo 2015b.) **Seuranta** soveltuu pienen primaarin spontaanin ilmarinnan hoitoon ja se toteute-

taan aluksi päivittäisin thoraxkuvin. Oireiden tai ilmarinnan lisääntyminen vaatii li-
sätoimenpiteitä. (Sihvo 2015b.) **Pleuraimu** on suositeltavaa, jos kyseessä on trau-
maattinen ilmarinta, ilmarinta on aiheuttanut huomattavaa hengenhdistusta tai
jos keuhko on painunut vahvasti kasaan. Pleuraonteloon viety katetri yhdistetään
imuun tai käytetään Heimlichin venttiiliä. Jos vuoto jatkuu imusta huolimatta, vuoto
suljetaan endoskooppisesti eli tähystäen. Avoimeen torakotomiaan eli rintaontelon
avaukseen on harvemmin tarvetta. (Lääkäriin käsikirja 2013.) **Ilman aspirointi** on
Suomessa harvoin käytetty hoitomuoto. Se soveltuu primaarin spontaanin ilmarin-
nan hoitoon enintään keskisuudessa ilmarinnassa. (Sihvo 2015b.) Ilmaa aspiroi-
daan pleuraonteloon viedyn katetrin kautta ruiskulla (Lääkäriin käsikirja 2013). Jos
noin kuuden tunnin kuluttua aspiraatiosta otetussa thoraxkuvassa ilmasirppi on
pientynyt, voidaan jatkaa seurannalla (Sihvo 2015b). **Kemiallinen pleurodeesi**
nopeuttaa ilmapuodon loppumista ja vähentää ilmarinnan uusiutumisen riskiä.
Pleurodeesi tarkoittaa kiinnikemuodostusta keuhkon ja rinnan seinämän välillä,
joka minimoi ilmapuodon riskiä. Lisäksi ilmarintaa voidaan hoitaa leikkauksella tai
konservatiivisesti. (Sihvo 2015b.)

Kirurgisen hoidon periaatteena on poistaa ilmapuodon aiheuttaja paikallisella
keuhkoresektiolla tai pleurodeesilla. Leikkausta tulee harkita, jos potilaalla on en-
simmäinen ilmarinta, se on pitkittynyt (4 – 7 vuorokautta ilmapuotoa) tai jos keuhko
ei laajene. Jos ilmarinta on kaksipuolinen tai jos spontaani ilmarinta on uusiutunut
1 – 2 kertaa, leikkaus voi tulla myös kyseeseen. Leikkausindikaatioita ovat lisäksi
ammatilliset syyt, suuri yksittäinen ilmarinnan aiheuttava keuhkolaajentuma ja pai-
neilmarinta. (Sihvo 2015b.) Paineilmarinta hoidetaan punktoimalla pleuraontelo
ylipaineen poistamiseksi. Tällöin tila muuttuu avoimeksi ilmarinnaksi. (Laukkanen
& Bergman 2010.)

2.3 Pleuraempyeema ja sen hoito

Pleuraempyeema on pleuran eli keuhkopussin infektiosta vakavin (Koskela
2011). Se on märkäinen keuhkopussin nestekertymä (Kuukasjärvi ym. 2010, 617).

Se voi syntyä muun muassa keuhkokuumeen, keuhkopaiseen, tapaturman tai leikkauksen komplikaationa (Korppi & Järvinen 2011). Lisäksi se voi kehittyä ruokatorven repeämän jälkeisestä infektiosta (Halme 2005b, 384).

Pleurampyeeman esiintyvyys on lisääntymässä ja tärkein **riskitekijä** on alkoholismi (Koskela 2011). Empeemoista 29 – 40 % johtuvat alkoholin käytöstä. Alkoholin käyttöön liittyy aspiraatoriski, joka on tärkeä taustatekijä keuhkokuumeelle ja sen kautta myös pleuraempyeemalle. Muita riskitekijöitä ovat viive keuhkokuumeen hoidon aloituksessa, heikentynyt puolustuskyky keuhkosairauden tai syövän takia sekä huono suuhygienia. (Halme 2005b, 384.)

Oireena pleuraempyeemassa on yleensä alkuvaiheessa hengitykseen liittyvää rintakipua. Tässä vaiheessa keuhkokuuntelussa voidaan löytää hankausääni. Bakterin aiheuttamassa empeemassa kuume voi nousta korkeaksi ja tauti kehittyy nopeasti. (Halme 2005b, 386.) Nestemäärän kasvaessa keuhkossa potilas voi tuntea myös hengenahdistusta ja hengitysäänet hiljenevät tai voivat puuttua kokonaan (Halme 2005b, 386; Riska & Saarelainen 2011).

Pleuranestekertymän **diagnostiikassa** käytetään keuhkoröntgenkuvaa, kaikukuvausta, tietokonetomografiaa ja pleurapunktiota. Punktiosta saadun nesteen tarkastelu on tärkeä osa diagnostiikkaa. Bakterivärjäyksestä ja viljelystä todetaan nesteessä kasvavat bakteerit. Lisäksi diagnostiikassa tarkastellaan nesteen pH:ta sekä verikokeista muun muassa veriviljelyä ja valkosolujen määrää. (Halme 2005b, 386.)

Olennaista empeeman **hoidossa** ovat märkäpesäkkeen tyhjennys, keuhkon laajentaminen, lokeroitumisen estäminen ja keuhkon liikkuvuuden säilyttäminen (Korppi & Järvinen 2011). Yksi hoitomuodoista on **dreneeraus**. Jos nestekertymä on suuri, paikallispuudutuksessa tai yleisanestesiassa asetettu pleuradreeni edesauttaa paranemista. (Peltola 2010.) Pleuradreeni asetetaan tarvittaessa ja poistetaan vasta, kun ulos tullut nestemäärä alittaa 75 ml vuorokaudessa. Mikäli nestemäärä ei vähene riittävästi dreneerauksella tai voidaan epäillä nesteen lokeroitumista, käytetään intrapleuraalista fibrinolyysiä. **Intrapleuraalinen fibrinolyysi** eli

keuhkopussin sisäinen liutushoito toteutetaan ruiskuttamalla empyeemaa liuotavia entsyymejä dreenin kautta empyeemaonteloon. Tavoitteena on rikkoa lokeroiden seinämiä sekä saada märkä juoksevampaan muotoon. Tällöin ontelon tyhjeneminen helpottuu. (Halme 2005b, 387.)

Mikäli erite on ohutta, empyeeman tyhjentäminen voi onnistua **neulapunktiolla** (Rantala & Huotari 2010). Vain tuoreissa tapauksissa, joissa potilaan yleistila on hyvä ja aiheuttaja tunnettu, kannattaa yrittää punktiota 1 – 2 kertaa päivässä. Empyeemapotilaista 40 – 50 % tarvitsee **kirurgista hoitoa**. (Koskela 2011.) Ruokatorven repeämä ja keuhkojen ulkopuoliset märkäpesäkkeet vaativat välitöntä kirurgista hoitoa (Korppi & Järvinen 2011). Yleisimmät toimenpiteet ovat **torakoskopia** (rintaontelon tähytys) ja **torakotomia** (rintakehän avausleikkaus). Tarkoituksena on poistaa märkäinen neste, kuollut kudos ja saada keuhko laajenemaan ja hajottaa lokerot. (Koskela 2011.) Torakoskopiolla voidaan rikkoa ontelon väliseiniä ja kiinnikkeitä. Se suositellaan tehtäväksi riittävän aikaisessa vaiheessa, noin 2 – 3 viikkoa nesteen kertymisen alkamisesta. Mikäli torakoskopia ei auta, suositellaan torakotomiassa tehtävää puhdistusta. Torakotomia on helpointa tehdä 3 – 4 viikon kuluttua taudin alkamisesta. (Halme 2005b, 387.) Myös pleuran pinnalle kehittynyt fibriinikuori voi estää keuhkon laajenemisen kutistamalla ja painamalla keuhkokudosta (Halme 2005b, 388; Koskela 2011). Tällöin tehdään **dekortikaatio** eli fibriinikuoren poisto (Koskela 2011).

3 TIEDON JA TUEN ANTO POTILAILLE SAIRAALASSA

Laissa on määrätty potilaan oikeudet tiedonsaannin suhteen. Potilaalle on kerrottava hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Tiedon tulee olla ymmärrettävää ja on varmistuttava siitä, että potilas käsittää saamansa tiedon. Lisäksi selvityksen antamisesta tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/783.)

Toimenpide ja sairaalassa oleminen lisäävät ihmisen tuen tarvetta. Hoitohenkilökunta on merkittävässä asemassa potilaan tukemisessa ja heidän tulee tarjota potilaalle hänen tarvitsemaansa psykososiaalista tukea. (Mikkola 2006, 13.) **Sosiaalinen tuki** on ihmisten välistä vuorovaikutusta ja se sisältää tuen antamisen ja saamisen. Se voi olla joko suoraa tai epäsuoraa. Suora sosiaalinen tuki on suoraan henkilöltä toiselle annettua ja epäsuora järjestelmän kautta annettua. (Lipponen ym. 2006.) Sosiaalista tukea voidaan saada perheenjäseniltä, ystäviltä ja vertaisryhmiltä. Se ilmentää sosiaalisten suhteiden laatua ja sitoutumista, joiden kautta voi saada emotionaalista, tiedollista ja instrumentaalista tukea. (Salminen-Tuomaala 2013, 51 – 52.) Sosiaalinen tuki voidaan jakaa tiedolliseen tukeen, emotionaaliseen ja instrumentaaliseen tukeen (Kylmänen 2014, 1).

Tiedollinen tuki sisältää tietojen antamisen, tilanteen selvittämisen potilaalle sekä päätöksenteossa tukemisen. Se auttaa ongelman ratkaisemisessa. (Lipponen ym. 2006, 35.) Pelkkä informaatio ei ole tiedollista tukea, vaan annettavan tiedon tulee liittyä tukea tarvitsevan tilanteeseen (Mattila 2011, 18 - 19). Potilaat tarvitsevat luotettavaa tietoa sekä asiallista suhtautumista ja kahdenkeskisiä tilanteita, joissa heillä on mahdollisuus kysyä epäselväksi jääneitä asioita (Lipponen ym. 2006, 35).

Hunt (2008, 5) on kirjallisuuskatsauksessaan tarkastellut hoitajan roolia keuhkosityöpöpotilaan tiedollisessa tukemisessa. Siinä käy ilmi, että keuhkosityöpöpotilaat eivät koe saavansa tarpeeksi informaatiota sairauteensa liittyen. Hoitajan tulisi keskustella potilaan vaikeuksista kollegoidensa kanssa, jotta potilaalle voitaisiin

tarjota riittävää tukea moniammatillisen tiimin toimesta. Keuhkosityöpähoitajalla on elintärkeä rooli potilaan tukemisessa. (Hunt 2008, 5.)

Lipponen ym. (2006) ovat eritelleet hyvän tiedollisen tukemisen ominaisuuksia (taulukko 1). Niitä ovat muun muassa kirjallisen ja suullisen tiedon antaminen potilaalle sekä omaisten tiedon ja tuen tarpeen huomioiminen. (Lipponen ym. 2006, 35.)

Taulukko 1. Suositukset tiedolliseen tukemiseen (Lipponen ym. 2006, 35).

Suosituksia tiedolliseen tukemiseen:

- Ymmärrettävän ja ajankohtaisen tiedon antaminen sairaudesta, sen ennusteesta, hoidosta, hoitojen sivuvaikutuksista ja jatkohoidosta, lääkityksestä sekä toipumisajan pituudesta
- Kirjallisen ja suullisen tiedon antaminen
- Tietojen kertaaminen ja potilaan ymmärtämisestä varmistuminen
- Potilaan informoiminen ongelmatilanteiden varalta
- Päätöksenteossa tukeminen
- Eri ammattiryhmistä kertominen (esimerkiksi lääkäri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, sairaalapastori, psykiatrinen sairaanhoitaja)
- Vertaistuen mahdollisuuksista informoiminen
- Omaisten tiedon ja tuen tarpeen huomioiminen

Emotionaalinen eli henkinen tuki käsittää tunteiden huomioimisen ja käsittelemisen (Mattila 2011, 19). Se voi olla välittämisen osoittamista, kannustamista tai arvostamista (Salminen-Tuomaala 2013, 51 – 52). Emotionaalisen tuen muotoja ovat muun muassa empatia, huolenpito, voimavarojen vahvistaminen, non-verbaalinen viestintä ja hiljaisuus. Emotionaalisen tuen tulisi perustua luottamukseen, turvallisuudentunteen lisäämiseen, ahdistuneisuuden vähentämiseen, yksilölliseen kohtaamiseen ja tulevaisuuden uskoon. Potilaat tarvitsevat hoitohenkilökunnan antamaa emotionaalista tukea pelkojen ja epävarmuuden käsittelyyn. (Lipponen ym. 2006, 34.)

Lipponen ym. (2006) ovat eritelleet hyvän emotionaalisen tukemisen ominaisuuksia (taulukko 2). Niitä ovat muun muassa potilaan kuunteleminen ja hänen kysymyksiinsä vastaaminen sekä potilaan omien voimavarojen vahvistaminen. (Lipponen ym. 2006, 34.)

Taulukko 2. Suositukset emotionaaliseen tukemiseen (Lipponen ym. 2006, 34).

Suosituksia emotionaaliseen tukemiseen:

- Ystävällisen ja turvallisen ilmapiirin luominen
- Potilaan arvostus ja kunnioitus
- Potilaan hyväksyminen omana itsenään
- Kuunteleminen ja kysymyksiin vastaaminen
- Tunteiden ilmaisemiseen rohkaiseminen
- Auttaminen myönteisten asioiden löytämisessä
- Potilaan omien voimavarojen vahvistaminen
- Perheen ja ystävien kannustaminen potilaan tukemisessa
- Mahdollisten ongelmien tunnistaminen ja niistä keskusteleminen

Mattila (2011, 4-5) on tutkinut aikuispotilaan (n = 740) ja perheenjäsenen (n = 360) **emotionaalista** ja **tiedollista tukea** sairaalahoidon aikana. Tuloksista ilmeni, että hoitajat käyttivät tuen tarpeen tunnistamismenetelmiä, jotka perustuvat vuorovaikutukseen. Niitä olivat muun muassa elämäntilanteen selvittäminen ja henkisen hyvinvoinnin arvioiminen. Omahoitajuuden toteutuminen, tutkimustiedon käyttäminen sekä kollegoiden yhteistyö tukivat potilaan tuen tarpeen tunnistamista. Emotionaalisen tuen menetelminä hoitajat käyttivät luottamuksen rakentamista, välittämistä, potilaan tunteissa mukana elämistä, turvana olemista, läheisyyteen rohkaisua sekä henkisen tilanteen käsittelyä. Tiedollisen tuen annon menetelmiä olivat keskusteluyhteyden avaaminen sekä ylläpitäminen ja tiedon antaminen. Niihin sisältyi myös neuvontaa, opetusta ja koulutusta. (Mattila 2011, 4-5.)

Instrumentaalista eli konkreettista tukea voivat olla esimerkiksi taloudellinen avustaminen, ajan antaminen sekä arkiaskareissa auttaminen (Salminen-Tuomaala 2013, 51–52). Lisäksi se voi olla erilaisten apujen, palvelujen ja resurssien tarjoamista vuorovaikutussuhteen rinnalla (Mattila 2011, 19).

Lipponen ym. (2006) ovat eritelleet hyvän konkreettisen tukemisen ominaisuuksia (taulukko 3). Niitä ovat muun muassa apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden hankkimisessa auttaminen sekä tarvittaessa vertaistuen järjestäminen. (Lipponen ym. 2006, 36.)

Taulukko 3. Suositukset instrumentaaliseen tukemiseen (Lipponen ym. 2006, 36).

Suosituksia instrumentaaliseen tukemiseen:

- Kirjallisen tiedon antaminen
- Lääkityksestä kysyminen
- Apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden hankkimisessa auttaminen
- Ajan varaaminen tarvittaessa (esimerkiksi lääkärille fysioterapeutille, psykiatriselle sairaanhoitajalle)
- Tarvittaessa jakohoidon järjestäminen (esimerkiksi kotihoito)
- Tarvittaessa vertaistuen järjestäminen

Tuomisto (2013, 1) on kirjallisuuskatsauksessaan (n = 10) tarkastellut sydänpotilaan ja hänen perheenjäsentensä sairaalassa saamaa tukea. Tulosten mukaan potilaat ja heidän perheenjäsenensä saivat hoitohenkilökunnalta tiedollista, emotionaalista, konkreettista sekä päätöksentekoon liittyvää tukea. Puutteita ilmeni erityisesti tiedollisen tuen osalta. Hoitohenkilökunnan käytös ja asenteet vaikuttivat potilaan ja hänen perheenjäsentensä kokemukseen turvallisuuden tunteesta. (Tuomisto 2013, 1.)

Ohjausta pidetään yhtenä keskeisimpänä hoitotyön toimintona ja olennaisena osana potilaan laadukasta hoitoa. Hoitotyössä ohjaus on määritelty tiedon antamiseksi vuorovaikutuksessa, auttamiseksi valintojen tekemisessä ja yhdeksi hoi-

totyön toiminnoksi. Ohjauksen lähtökohtana ovat potilaan omat tavoitteet ja tulokset. Hyvä ohjaus on asiakaskeskeistä, kommunikoivaa potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta. Ohjaus ei ole pelkästään tiedon tai neuvojen antamista, vaan sisältää myös potilaan tarpeiden mukaan sosiaalisen tuen muodot eli emotionaalisen, tiedollisen ja instrumentaalisen tuen. Aktiivinen kuuntelu, avointen kysymysten käyttö, reflektiivinen vastaaminen ja asioiden ilmaiseminen toisin ovat hyviä ohjaustaitoja. (Saarela 2013, 8–9.)

McCelland ja Weiss (2014, 1) ovat tehneet Yhdysvalloissa kirjallisuuskatsauksen keuhkosityöpöpotilaan peloista. Kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että auttaakseen potilasta valitsemaan oikean hoitomuodon, tulee ammattilaisen kuunnella potilasta ja huomioida hänen pelkonsa. Omat uskomukset ja mielipiteet pitää sivuuttaa ja kunnioittaa potilaan päätöstä. Luottamuksen rakentaminen voi auttaa potilasta pääsemään peloistaan. Potilaan luottaessa terveydenhuollon ammattilaisiin voi potilaan luotto hoitoonkin kasvaa. (McCelland & Weiss 2014, 2.)

Omaisten hoitoon osallistuminen lyhentää potilaan sairaalassaoloaikaa ja heillä on merkittävä vaikutus potilaan hyvinvointiin. Jaksakseen tukea potilasta sekä sopeutuakseen uuteen elämäntilanteeseen, tarvitsevat omaiset hoitohenkilökunnalta tukea. Hoitohenkilökunnalta omaiset odottavat eniten tiedollista tukea, jota he tarvitsevat pystyäkseen käsittelemään läheisensä sairauden aiheuttamaa stressiä. Tiedon tarpeeseen vaikuttaa läheisen ihmisen sairaus ja sen vaiheet. Tiedollisen tukemisen lähtökohtana ovat omaisen aikaisemmat tiedot sekä kyky käsitellä tietoa. Epävarmuus potilaan tilasta vaikuttaa negatiivisesti omaisen henkiseen tasapainoon. Hoitohenkilökunnalla tulee olla tilannetajua tunnistaa omaisten tarpeet kohtaamistilanteessa ja heidän tulisi myös rohkaista omaista puhumaan tunteistaan, mikäli hän kokee sen tarpeelliseksi (Lipponen ym. 2006, 44–46).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tarkoituksena oli selvittää Turun yliopistollisen keskussairaalan keuhkoleikkattujen potilaiden tarvitsemaa ja saamaa tietoa ja tukea leikkauksen jälkeen.

Tavoitteena on kehittää osastolla annettavaa tiedon ja tuen antoa keuhkoleikatuille potilaille.

Tutkimusongelmat

1. Millaista tietoa keuhkoleikatut potilaat ovat saaneet sairaalassaoloaikana?
2. Millaista tietoa keuhkoleikatut potilaat kokevat tarvitsevansa sairaalassaoloaikana?
3. Millaista tukea keuhkoleikatut potilaat ovat saaneet sairaalassaoloaikana?
4. Millaista tukea keuhkoleikatut potilaat kokevat tarvitsevansa sairaalassaoloaikana?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Sairaalassa ollessa ihmisen tuentarve on erityisen suuri. Tuen tarpeen kasvaminen perustuu sekä itse sairastumiseen, että sairaalassa olemisen aiheuttamiin elämänmuutoksiin. Hoitohenkilökunta on merkittävässä asemassa potilaan tukemisessa. (Mikkola 2006, 13.)

Toimeksianto tuli Turun yliopistollisen keskussairaalan sydänvuodeosasto 3:lta, jossa halutaan kehittää keuhkoleikkattujen potilaiden saamaa ohjausta. Tutkimusta varten tehtiin toimeksiantosopimus. Opinnäytetyö tehtiin Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteistyönä.

Tietoa haettiin CINAHL-, Cochrane-, Medic- ja Medline-tietokannoista. Hakusanoina käytettiin ”lung surgery”, ”support” ja ”patient” sekä kaikkia edellä mainittuja yhdessä sekä ”patient”, ”support”, ”surgery” ja ”information” ja näitä kaikkia yhdessä. Lisäksi haettiin Medic-tietokannasta suomenkielisillä hakusanoilla ”keuhkoleikkaus”, ”tuki” ja ”potilas” sekä kaikilla niillä yhdessä. Lisäksi haettiin sanoilla ”leikkaus” ja ”tuki” yhdessä. Hakua rajattiin käsittämään kokotekstit vuosilta 2005 – 2015. Hakujen perusteella löytyi yhdeksän tutkimusta, joista tiivistelmän perusteella valittiin luettavaksi kuusi tutkimusta ja koko tekstin perusteella valikoitui neljä tutkimusta. Lisäksi käytettiin suomalaisia väitöskirjatutkimuksia, aihetta koskevaa kirjallisuutta ja Käypä Hoito-suositusta.

Kyselytutkimus (survey) on määrällinen tutkimusmenetelmä, jonka tavoitteena on tiedon kokoaminen kyselymenetelmällä suurehkoista otoksesta (Jyväskylän yliopisto 2015a). Opinnäytetyö tehtiin kyselytutkimuksena, jolla voidaan selvittää kattavasti ja nopeasti mahdollisimman suurella otoksella potilaiden mielipiteitä. Kysely soveltuu erilaisten tilanteiden, olosuhteiden ja käytänteiden kartoitukseen ja vertailujen tekemiseen. Kysely tapahtuu tavallisesti sitä varten suunnitellulla lomakkeella, johon sisältyy tietty määrä kysymyksiä. (Anttila 1998.) Kyselylomakkeen sopiva pituus ja selkeys ovat tärkeitä sekä vastaajalle että tutkimuksen tekijälle. Liian pitkä kysely karkottaa vastaamishalun. Lomaketta laatiessa kysymys-

sarjojen käyttö on hyödyllistä, kun halutaan selvittää vastausvaihtoehdoiltaan yhteneviä kysymyksiä. Kysymykset tulisi erottaa selkeästi toisistaan, esimerkiksi laatikoimalla tai viivoin ja lomakkeeseen kannattaa merkitä tarkat vastausohjeet. (KvantiMOTV 2010.) Tätä tutkimusta varten laadittiin oma kyselylomake (liite 1). Lomake laadittiin yhteistyössä toimialueen ylihoitajan, sydänvuodeosaston osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Lomakkeessa oli neljä taustakysymystä ja 19 väittämää. Väittämät on erotettu laatikoilla toisistaan helpottamaan vastaamista.

Sosiaalinen tuki voidaan jakaa tiedolliseen tukeen, emotionaaliseen ja instrumentaaliseen tukeen (Kylmänen 2014, 1). Sosiaalinen tuki on ihmisten välistä vuorovaikutusta ja se sisältää tuen antamisen ja saamisen. Tiedollinen tuki sisältää tietojen antamisen, tilanteen selvittämisen potilaalle sekä päätöksenteossa tukemisen. (Lipponen ym.2006.) Emotionaalinen eli henkinen tuki käsittää tunteiden huomioimisen ja käsittelemisen (Mattila 2011, 19). Instrumentaalista eli konkreettista tukea voivat olla esimerkiksi taloudellinen avustaminen, ajan antaminen sekä arkiaskareissa auttaminen (Salminen-Tuomaala 2013, 51–52). Kyselylomakkeen väittämät on jaoteltu tuen muotojen mukaan tutkimustulosten purkamisen helpottamiseksi.

Asteikkoihin perustuvassa kysymystyyppissä esitetään väittämiä ja vastaaja valitsee niistä sen, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä kuin kyseinen väittämä (Hirsjärvi ym. 2009, 200) Kyselylomakkeen väittämiin vastattiin Likert-asteikolla. Vastausvaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”osittain samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”osittain eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Avoimessa kysymyksessä esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten Ne antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on oikeasti mielessään (Hirsjärvi ym. 2009, 198–201). Lisäksi kyselylomakkeessa oli kolme avointa kysymystä, joista ensimmäinen koski potilaan tarvitsemaa mahdollista lisätietoa, toinen vastaavasti potilaan tarvitsemaa mahdollista lisätukea leikkauksen jälkeen ja kolmas antoi mahdollisuuden kertoa, mitä muuta potilaalle jäi mieleen. Väittämillä 5 ja 7 – 14 ja kysymyksellä 24 haettiin vastauksia tutkimusongelmiin ” Millaista tietoa keuh-

koleikatut potilaat ovat saaneet sairaalassaoloaikana?” ja ”Millaista tietoa keuhkoleikatut potilaat kokevat tarvitsevansa sairaalassaoloaikana?”. Väittämillä 6 ja 15 - 23 ja kysymyksellä 25 haettiin vastauksia tutkimusongelmiin ”Millaista tukea keuhkoleikatut potilaat ovat saaneet sairaalassaoloaikana?” ja ”Millaista tukea keuhkoleikatut potilaat kokevat tarvitsevansa sairaalassaoloaikana?”.

Saatekirje on yleensä sivun mittainen teksti, joka sisältää olennaiset tiedot tutkimuksesta. Sen perusteella vastaanottaja voi päättää, osallistuuko tutkimukseen vai ei. (Vilkkä 2015, 80.) Kyselylomakkeen kanssa annettiin saatekirje (liite 2). Saatekirjeessä kerrottiin lyhyesti työn aihe, tavoite ja tutkimuksen muoto. Vastajalle kerrottiin, että kysely on vapaaehtoinen ja luottamuksellinen. Saatekirjeen lopusta löytyivät myös mahdollisia kysymyksiä varten yhteystiedot. Kyselyyn vastaaminen oli siis potilaalle vapaaehtoista ja kyselyyn vastaaminen katsottiin tutkimukseen osallistumisen suostumukseksi. Tutkimukseen saatiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuslupa (liite 3).

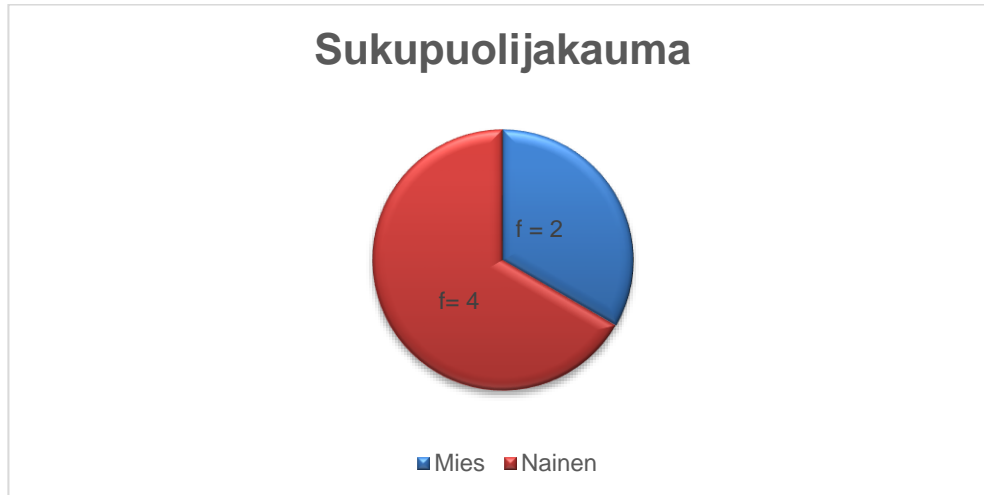
Osasto, jolla tutkimus suoritettiin käsittää sydänvalvonnan sekä sydänvuodeosasto 3:n. Yhteensä osastolla on potilaspaiikkoja 19, joista yhdeksän on vuodeosastotasoisia. Potilas tulee osastolle ensiavun kautta, toimenpide- ja leikkausosastolta, teho-osastolta, muilta vuodeosastoilta tai poliklinikalta. Osaston potilaat ovat erilaisia sydän- ja keuhkoleikkauksista tai toimenpiteistä toipuvia aikuispotilaita. Keuhkoleikattuja potilaita osastolle tulee keskimäärin 1-2 viikossa sekä mahdolliset päivystykset. (Kiiikeri 2015.) Ennen tutkimuksen aloitusta apulaisosastonhoitajan kanssa sovittiin tapaaminen, jolloin informoitiin häntä ja osaston henkilökuntaa tutkimuksesta. Tutkimuksesta ja kyselylomakkeesta annettiin tiedote (liite 4) hoitajille, missä kerrottiin kenelle ja milloin se jaettiin sekä minne lomake palautettiin. Tiedote laitettiin esille myös hoitajien ilmoitustaululle. Kyselylomakkeet jaettiin suomenkielisille keuhkoleikatuille potilaille. Kyselylomakkeen jakoi hoitaja kotiuttamisen yhteydessä osastolla. Potilas palautti täytetyn lomakkeen suljetussa kirjekuoressa hoitajalle, joka vei sen lukolliseen palautuslaatikkoon kansliaan. Arvioitu hoitajan työ ajallisesti oli noin viisi minuuttia. Kyselylomakkeet jaettiin viikoilla

42–47. Neljän viikon jälkeen lomakkeita oli palautettu vain kolme ja näin ollen keräilyaika pidennettiin viidestä viikosta kuuteen. Kyselyyn vastasi kuusi potilasta ($n = 6$).

Tutkimuksen tuloksia voidaan analysoida muun muassa frekvenssien, prosenttien ja keskiarvon avulla. Frekvenssi on tietyn arvon esiintymiskertojen lukumäärä tilastoaineistossa. (Opetushallitus 2015.) Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin manuaalisesti frekvenssien avulla. Otos oli niin pieni, että prosenttien ja keskiarvojen käyttö ei ollut aiheellista. Tulokset esitettiin taulukoiden ja kuvioiden avulla. Taustakysymyksiin ja väittämiin oli vastattu hyvin. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu niukasti. Työ valmistui joulukuussa 2015. Työ esitettiin Turun ammattikorkeakoulussa ja arkistoitii Theseukseen sekä Turun ammattikorkeakoulun arkistoon. Lisäksi se toimitettiin toimeksiantajalle.

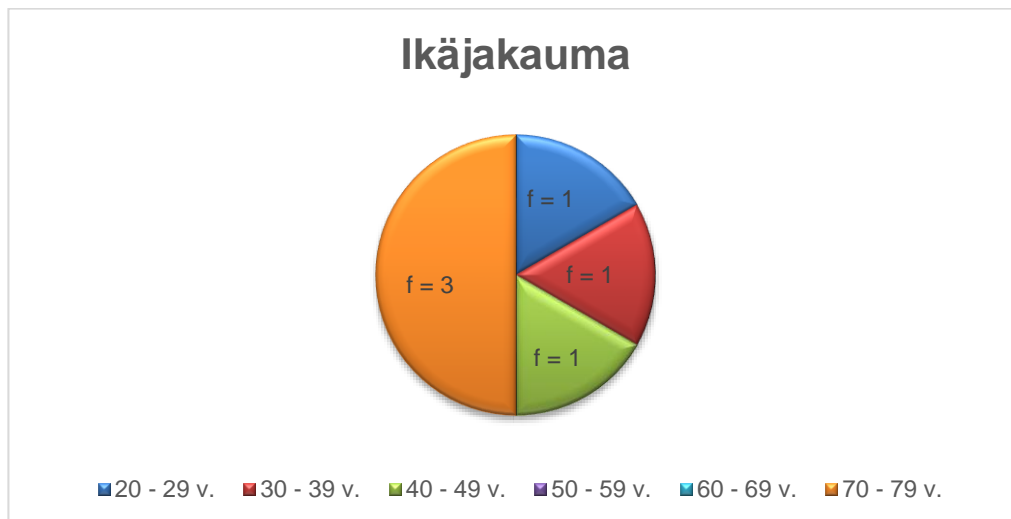
6 TULOKSET

Vastanneista enemmistö oli naisia (kuvio 1).



Kuvio 1. Vastanneiden sukupuolijakauma (n = 6)

Vastanneiden ikäjakauma oli 20–74 vuotta. Eniten oli yli 70-vuotiaita (kuvio 2).



Kuvio 2. Vastanneiden ikäjakauma (n = 6)

Vastanneista enemmistö tuli sairaalaan ajanvarauksella (kuvio 3).



Kuvio 3. Vastanneiden tulotapa sairaalaan (n = 6)

Potilaille tehtyjä toimenpiteitä olivat vasen keuhkolohkon poisto, oikea keuhkolohkon poisto, biopsia, gae 40 ja torakoskopia. Yksi vastanneista jätti vastamatta kysymykseen.

6.1 Keuhkoleikatun potilaan saama ja tarvitsema tieto sairaalassaoloaikana

Suurin osa vastanneista oli tyytyväisiä saamaansa tiedolliseen tukeen. Erityisen tyytyväisiä oltiin ohjeistukseen haavan hoidosta, ohjeistukseen toipumiseen liittyvistä rajoituksista sekä helposti ymmärrettävään ohjaukseen. Eniten mielipiteitä jakoi yhteystietojen saanti ongelmatilanteiden varalta sekä kotiutusohjeiden riittävyys (taulukko 4).

Taulukko 4. Keuhkoleikkauspotilaiden (n = 6) kokemukset tiedollisesta tuesta

Väittämät koskien tiedollista tuke- mista	Täysin eri mieltä f	Osittain eri mieltä f	Ei samaa eikä eri mieltä f	Osittain samaa mieltä f	Täysin samaa mieltä f
Sain riittävästi tietoa toimenpiteestä ennen leikkausta	0	0	0	4	2
Henkilökunta kertoi hoitoon liittyvät asiat ymmärrettävästi	0	0	0	1	5
Sain riittävästi tietoa haavan hoi- dosta	0	0	1	0	5
Sain riittävästi tietoa toipumiseen liit- tyvistä rajoituksista (esim. liikunta, saunominen, ruokailu, ulkoilu...)	0	0	0	1	5
Sain riittävät ohjeet mahdollisesta lääkehoidosta	0	0	0	2	4
Sain riittävät ohjeet jatkohoi- dosta/kontrolliajoista	0	1	0	2	3
Sain yhteystiedot ongelmatilantei- den varalta	1	0	1	1	3
Kotiutusohjeet olivat riittävät	0	2	0	1	3
Minut pidettiin ajan tasalla hoitoni liittyvistä asioista	0	0	2	2	2

Avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin potilaiden tarvitsemaa tietoa, oli vastattu, että toivottaisiin lisää tietoa tulosten saamisesta. Lisäksi potilaat toivoisivat, että lääkärit ottaisivat heidät paremmin huomioon. Kysymykseen vastasi kaksi potilasta.

”Tulosten saamisesta”

”Että lääkärit ottaisivat enemmän huomioon potilaan”

6.2 Keuhkoleikatun potilaan saama ja tarvitsema tuki sairaalassaoloaikana

Suurin osa vastanneista oli tyytyväisiä saamaansa sosiaaliseen tukeen. Erityisen tyytyväisiä vastaajat olivat siihen, että henkilökunta keskusteli heidän kanssaan tarvittaessa. Eniten mielipiteitä jakoi kokemus tuen saannista ennen leikkausta sekä kokemus läheisten huomioon ottamisesta (taulukko 5).

Taulukko 5. Keuhkoleikkauspotilaiden (n = 6) kokemukset sosiaalisesta tuesta

Väittämät koskien sosiaalista tuke- mista	Täysin eri mieltä f	Osittain eri mieltä f	Ei samaa eikä eri mieltä f	Osittain samaa mieltä f	Täysin samaa mieltä f
Sain tarvitsemaani tukea ennen leik- kausta	0	1	0	2	3
Henkilökunta kuunteli minua	0	0	0	2	4
Henkilökunta keskusteli kanssani halutessani	0	0	0	0	6
Henkilökunta otti minut yksilöllisesti huomioon	0	0	0	1	5
Henkilökunta otti läheiseni huomi- oon (n = 5)	1	0	0	1	3

Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa emotionaaliseen tukeen (taulukko 6).

Taulukko 6. Keuhkoleikkauspotilaiden (n = 6) kokemukset emotionaalisesta tuesta

Väittämät koskien emotionaalista tukemista	Täysin ei mieltä f	Osittain eri mieltä f	Ei samaa eikä eri mieltä f	Osittain samaa mieltä f	Täysin samaa mieltä f
Koin oloni turvalliseksi osastolla	0	0	0	3	3
Koin, että hyvinvoinnistani välitettiin	0	0	1	2	3
Koin, että tunteeni otettiin huomioon	0	0	0	3	3

Väittämät koskien potilaiden kokemuksia instrumentaalisesta tuesta aiheuttivat eniten hajontaa. Tyytymättömyyttä oltiin mahdollisuuteen keskustella muiden ammattiauttajien kanssa (taulukko 7). Yksi vastaajista oli kirjoittanut lomakkeen sivuun, ettei hänellä ole tarvetta keskustella muiden ammattiauttajien kanssa.

Taulukko 7. Keuhkoleikkauspotilaiden kokemukset instrumentaalisesta tuesta (n = 5)

Väittämät koskien instrumentaalista tukemista	Täysin eri mieltä f	Osittain eri mieltä f	Ei samaa eikä eri mieltä f	Osittain samaa mieltä f	Täysin samaa mieltä f
Sain mahdollisuuden keskustella muiden ammattiauttajien kanssa (sairaalapappi, psykiatri ym.)	3	0	1	0	1
Sain tarvittavaa tukea/apua kotona pärjäämisessä kotiutumisen jälkeen	1	0	3	0	1

Avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin miten henkilökunta olisi voinut tukea potilaita paremmin, oli vastattu, että henkilökunnan toiminta oli kiitettävää ja, että potilaat otettiin hyvin huomioon. Lisäksi oli vastattu, ettei henkilökunta olisi voinut tukea mitenkään paremmin. Kysymykseen vastasi kaksi potilasta.

”Henkilökunnan toiminta oli kiitettävää ja minut otettiin hyvin huomioon”

”Ei mitenkään”

Avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin mitä muuta potilaalle jäi mieleen, oli vastattu, ettei ole helppoa tulla Ahvenanmaalta ja kiitetty yhden hengen huoneesta sekä hyvästä ruuasta. Kysymykseen vastasi kaksi potilasta.

”Erityiskiitos yhden hengen huoneesta ja hyvästä ruuasta”

”Ei ole helppoa tulla Ahvenanmaalta”

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettinen ajattelu on kykyä pohtia sitä, mikä jossain tilanteessa on oikein tai väärin. Lakien ja eettisten normien tuntemus auttaa konkreettisten ratkaisujen tekemisessä, mutta jokainen tutkija on vastuussa omista valinnoistaan. Terveydenhuoltoon kohdistuvaa ja lääketieteellistä tutkimusta ohjaa terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. Se antaa koulutusta, ohjeita ja suosituksia tutkimukseen liittyvissä eettisissä kysymyksissä. (Kuula 2006, 21.) Tähän tutkimukseen ei tarvittu eettisen lautakunnan lausuntoa. Terveystieteellistä tutkimusta ohjaavat lisäksi muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä henkilötietolaki (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/783; henkilötietolaki 22.4.1999/523). Tutkimusta tehdessä on noudatettu lakia potilaan asemasta ja oikeuksista sekä henkilötietolakia. Tutkimuksella tulee olla myös asianmukaiset luvat (Turku CRC 2014). Tähän tutkimukseen on saatu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuslupa.

Tutkimustyötä tehdessä tutkijan työtä määrittävät tutkimuseettiset periaatteet (Jyväskylän yliopisto 2015b). Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia. Tietoja ei tule luovuttaa ulkopuolisille, eikä käyttää muuhun kuin sovittuun tarkoitukseen. Osallistujien henkilöllisyyttä ei saa paljastaa eikä heidän henkilötietojaan tule säilyttää huolimattomasti. Tutkimusta varten kerätyistä tiedoista on huolehdittava myös tutkimuksen valmistumisen jälkeen ja ne tulee hävittää asianmukaisesti. (Jyväskylän yliopisto 2015c; Tampereen yliopisto 2013.) Tässä tutkimuksessa aineisto on kerätty ja säilytetty luottamuksellisesti. Aineisto palautettiin suljetussa kirjekuoressa ja säilytettiin lukitussa palautuslaatikossa, joten aineisto ei ollut ulkopuolisten saatavilla. Avaimet palautuslaatikkoon olivat vain tutkimuksen tekijöillä. Suljetun kirjekuoren vei palautuslaatikkoon hoitaja, joten ei voida kuitenkaan täysin varmentua näkikö hoitaja vastaukset. Vastaukset olivat anonyymeja. Otoksen ollessa näinkin pieni, anonyymiyden kanssa tuli olla erityisen tarkka, jotta osastolla ei tunnistettaisi kenestä potilaasta on kyse. Etenkin avoimien kysymyksien kohdalla riskinä oli se, että henkilökunta tiesi tutkimuksen tuloksista

kenestä potilaasta on kyse. Tutkimuksen tekijät eivät nähneet vastaajia, joten tämän osalta anonyymiyys säilyi. Aineistoa käytettiin vain tähän tutkimukseen ja se hävitettiin asianmukaisesti.

Tutkittaville on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Osallistujilta pyydetään vapaaehtoinen suostumus, jonka vastaanottaessa tutkijan on varmistettava, että osallistuja tietää ja ymmärtää, mistä tutkimuksessa on kysymys. (Jyväskylän yliopisto 2015c.) Kyselylomakkeen saatekirjeessä on selvitetty tutkimuksen aihe, tavoitteet sekä menetelmä. Saatekirjeestä kävi ilmi, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja täten kysymyslomakkeen täyttäminen ja palauttaminen katsottiin suostumukseksi. Tutkimuksen tekijät olivat vastuussa saatekirjeen ymmärrettävyydestä. Saatekirjeen ymmärrettävyyttä ei kuitenkaan esitestattu kenelläkään ulkopuolisella, joten ei voida taata, onko jokainen kyselyyn osallistunut täysin ymmärtänyt mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkittaville on annettava kirjallisesti tieto, ketkä ovat tutkimuksesta vastuussa ja keneen voi ottaa yhteyttä lisätietojen saamiseksi (Kuula 2006, 104). Saatekirjeestä kävi ilmi, että tutkimuksesta ovat vastuussa Turun ammattikorkeakoulu ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja että tutkimusta varten on saatu asianmukainen lupa. Lisäksi saatekirjeessä oli tekijöiden yhteystiedot yhteydenottoa varten. Lisäksi tutkimus oli ei-kajoava eikä se aiheuttanut potilaalle mitään riskejä.

Kyselylomakkeen saatekirjeineen ojensi tutkittavalle hoitaja. Ennen tutkimusta hoitajia informoitiin tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisesti tiedotteella, millä pyrittiin varmistamaan, että hoitajat ymmärsivät mistä tutkimuksessa on kyse. Kirjallisesta tiedotteesta henkilökunnalle kävi ilmi, mistä tutkimuksessa oli kyse, miten ja kenelle kyselylomakkeet jaettiin. Eettisyyden kannalta ongelmaksi tässä muodostui se, että väärinkäsityksistä johtuen osastolla tapahtui vastaajien valikoitumista. Tästä johtuen joidenkin potilaiden mielipiteet saattoivat jäädä kuulematta ja näin ollen tasa-arvo toteutumatta. Johtuiko tämä huonosta informoinnista hoitajille? Kaikki hoitajat eivät olleet tilaisuudessa, jossa heitä informoitiin tutkimuksesta. Osastolle jätettiin kuitenkin myös kirjallinen tiedote hoitajien ilmoitustau-

lulle. Voi olla, ettei sekään tavoittanut kaikkia osaston hoitajia. Hoitaja jakoi kyselylomakkeen potilaalle kotiutuksen yhteydessä ja potilas täytti sen osastolla. Täytetyt kyselylomakkeet annettiin suljetussa kirjekuoressa hoitajalle, joka vei sen lukolliseen palautuslaatikkoon hoitajien kansliaan.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada mahdollisimman totuudenmukaista ja luotettavaa tietoa. Luotettavuuden arvioimisessa käytetään käsitteitä validiteetti ja reliabiliteetti, jotka mittaavat tutkimuksen luotettavuutta. Validiteettia ja reliabiliteettia tulisi tarkastella myös suhteessa tutkimuksen tuloksiin. Tutkimustulosten tulee johtua vain tutkimusasetelmasta ja tulosten tulisi olla yleistettävissä sekä edustaa perusjoukkoa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206–211.)

Validiteetti tarkoittaa sitä, että mitataan ja tutkitaan oikeita asioita tutkimusongelmien kannalta. Tutkimuksessa käytettävän mittarin tulee olla tarkka, rajata tutkittava käsite ja kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206–211.) Tätä tutkimusta varten laadittiin oma kyselylomake. Kyselylomake laadittiin yhteistyössä toimialueen ylihoitajan, sydänuodeosaston osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Tällä pyrittiin varmistamaan, että lomake kuvaisi tutkittavaa käsitettä oikein. Lomaketta ei testattu etukäteen. Testauksella olisi ehkä voitu välttyä harhaanjohtavilta väittämiltä. Tässä tutkimuksessa validiutta pyrittiin lisäämään rakentamalla kyselylomakkeen väittämät tutkimusongelmien pohjalta. Jokaiseen tutkimusongelmaan saatiin vastaus, mutta pienestä otoksesta johtuen saatujen tulosten ei voida yleistää edustavan perusjoukkoa. Luotettavuuteen saattoi vaikuttaa joidenkin väittämien muotoilu. Osa väittämistä oli muotoiltu niin, että ne saatettiin ymmärtää monella tavalla. Esimerkiksi väittäminen koskien mahdollisuutta keskustella muiden ammattiauttajien kanssa voi olettaa, että kaikki vastaajat halusivat keskustella muiden ammattiauttajien kanssa. Voi myös olla, että mahdollisuutta siihen on osastolla tarjottu liian vähän. Väittäminen koskien tarvittavaa tukea tai apua kotona pärjäämisessä kotiutumisen jälkeen saattaa olla harhaanjohtava. Väittäminen antaa helposti ymmärtää, että jokainen tarvitsisi apua kotona pärjäämisessä tai että osaston henkilökunta tulisi potilaan kotiin asti auttamaan. Väittämien piti tarkoittaa, että henkilökunta olisi tarvittaessa järjestänyt esimerkiksi kotihoidon auttamaan kotiin.

Näin ollen ei välttämättä saatu vastausta haluttuun asiaan. Lomakkeeseen olisi voinut lisätä vastausvaihtoehdon ”Ei koske minua”, jolloin jokaiselle vastaajalle olisi löytynyt sopiva vastausvaihtoehto. Myös väittämä kotiutusohjeiden riittävydestä olisi voitu muotoilla toisin. Nyt väittämä kertoo vain, olivatko vastaajien mielestä kotiutusohjeet riittävät. Epäselväksi jää kuitenkin syy, miksi osan mielestä ohjeet eivät olleet riittävät. Syy voi olla hoitajan kiire kotiuttamisessa, rauhaton tilanne tai yksinkertaisesti kotiutusohjeiden puutteellisuus. Tähän saattaisi auttaa kotiutustilanteen suunnittelu etukäteen ja sen rauhallinen toteuttaminen.

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimusongelmien pysyvyyttä eli toistettaessa tutkimuksesta saadaan samat tulokset (Kananen 2011, 118). Tutkimuksen reliabiliteettiin saattoi vaikuttaa kyselylomakkeen antoajankohta ja lomakkeen palautustapa. Lomake annettiin potilaalle kotiutuksen yhteydessä, jolloin potilaalla saattoi olla jo kiire lähteä osastolta. Voi olla, että tämä vaikutti vastauksiin ja etenkin avointen kysymysten niukkaan vastausmäärään. Potilas palautti täytetyn kyselylomakkeen vastauskuoressa hoitajalle, joka vei sen palautuslaatikkoon. Vaikka hoitaja vei kirjekuoren palautuslaatikkoon, pyrittiin suljetulla kirjekuorella varmistamaan, että vastaukset pysyvät luottamuksellisina. Kuitenkaan ei voida täysin varmentua siitä, näkivätkö hoitajat vastauksia. Tutkimuksen tekijät eivät tieneet millainen lomakkeen täyttötilanne osastolla oli. Ei voida tietää oliko potilaan omaiset tai hoitaja läsnä tilanteessa ja vaikuttiko tämä vastauksiin. Myös rauhaton tilanne ja melu osastolla ovat voineet vaikuttaa vastaamiseen. Kaikki saadut vastaukset käytettiin tutkimukseen, joten valikoitumista tämän asian suhteen ei tapahtunut. Kysymyslomakkeet oli tarkoitus jakaa osastolla kaikille suomenkielisille keuhkoleikatuille potilaille. Väärinkäsityksistä ja unohduksista johtuen kyselylomaketta ei kuitenkaan jaettu kaikille osastolla olleille keuhkoleikkauspotilaille. Lisäksi esimerkiksi ruotsinkieliset potilaat jäivät kokonaan tutkimuksen ulkopuolelle, koska kyselylomake oli laadittu vain suomeksi. Tästä johtuen ei voida tietää, kuinka paljon vastauksia olisi saatu vielä lisää. Tutkimus olisi voinut olla paremmin yleistettävissä, jos kyselylomake olisi laadittu myös muulla kielellä. Kaiken kaikkiaan tämän tutkimuksen reliabiliteetista ei voida varmentua, sillä otos on niin pieni, että yhdenkin tutkimukseen osallistujan vastatessa eri tavalla tulokset ovat erilaiset.

8 POHDINTA

Potilaan hyvä ohjaus on asiakaskeskeistä, kommunikoivaa potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta. Ohjaus ei ole pelkästään tiedon tai neuvojen antamista, vaan sisältää myös potilaan tarpeiden mukaan tuen eri muodot eli tiedollisen, sosiaalisen, emotionaalisen ja instrumentaalisen tuen. (Saarela 2013, 8–9.) Tutkimuksen lähtökohtana oli selvittää keuhkoleikkattujen potilaiden leikkauksen jälkeistä tiedon ja tuen tarvetta. Tavoitteena on kehittää osastolla annettavaa tietoa ja tukea.

Tiedollisen tuen osalta on pääteltävissä, että suurin osa vastanneista oli tyytyväisiä. Erityisesti oltiin tyytyväisiä tiedon antoon haavan hoidosta, toipumiseen liittyvistä rajoituksista sekä helposti ymmärrettävään ohjaukseen. Eniten mielipiteitä jakoi yhteystietojen saanti ongelmatilanteiden varalta sekä kotiutusohjeiden riittävyys. Osaston henkilökunta voisi tästä päätellen kiinnittää huomiota yhteystietojen antamiseen potilaille ja varmistaa, että potilaat tietävät mihin ottavat yhteyttä ongelmatilanteessa. Vastaajat, jotka eivät olleet tyytyväisiä kotiutusohjeiden riittävyyteen, olivat tarkentaneet mielipidettään avoimeen kysymykseen. Tietoa tarvittiin lisää muun muassa tulosten saamisesta. Väittämä kotiutusohjeiden riittävyydestä olisi kuitenkin voitu muotoilla toisin. Nyt väittämä kertoo vain, olivatko vastaajien mielestä kotiutusohjeet riittävät. Epäselväksi jää kuitenkin syy, miksi osan mielestä ohjeet eivät olleet riittävät. Syy voi olla hoitajan kiire kotiuttamisessa, rauhaton tilanne tai yksinkertaisesti kotiutusohjeiden puutteellisuus. Tähän saattaisi auttaa kotiutustilanteen suunnittelu etukäteen ja sen rauhallinen toteuttaminen. Osastolla voitaisiin käydä kotiutusohjeet yhdessä läpi ja tarvittaessa päivittää niitä. Lipposen ym. (2006) mukaan potilaat tarvitsevat luotettavaa tietoa sekä asiallista suhtautumista ja kahdenkeskisiä tilanteita, joissa heillä on mahdollisuus kysyä epäselväksi jääneitä asioita.

Mattila (2011, 4-5) on tutkinut aikuispotilaan (n = 740) ja perheenjäsenen (n = 360) tiedollista tukea sairaalahoidon aikana. Tiedollisen tuen annon menetelmiä olivat keskusteluyhteyden avaaminen sekä ylläpitäminen ja tiedon antaminen. Niihin sisältyi myös neuvontaa, opetusta ja koulutusta. Pelkkä informaatio ei ole

tiedollista tukea, vaan annettavan tiedon tulee liittyä tukea tarvitsevan tilanteeseen. (Mattila 2011, 4-5.)

Hunt (2008, 5) on kirjallisuuskatsauksessaan tarkastellut hoitajan roolia keuhkosyöpöpotilaan tiedollisessa tukemisessa. Siinä käy ilmi, että keuhkosyöpöpotilaat eivät koe saavansa tarpeeksi informaatiota sairauteensa liittyen. Hoitajan tulisi keskustella potilaan vaikeuksista kollegoidensa kanssa, jotta potilaalle voitaisiin tarjota riittävää tukea moniammatillisen tiimin toimesta. Keuhkosyöpöhoitajalla on elintärkeä rooli potilaan tukemisessa. (Hunt 2008, 5.)

Sosiaalisen tuen osalta näyttää siltä, että suurin osa vastanneista oli tyytyväisiä. Erityisen tyytyväisiä vastaajat olivat siihen, että henkilökunta keskusteli heidän kanssaan tarvittaessa. Eniten mielipiteitä jakoi tarvittava tuen saanti ennen leikkausta sekä läheisten huomioon ottaminen. Tarvittavaan tuen saantiin saattoi vaikuttaa oliko potilas tullut sairaalaan ajanvarauksella vai yllättäen. Jos potilas tulee yllättäen, hän ei välttämättä ehdi saamaan samanlaista tukea kuin ajanvarauksella tuleva. Akuutissa tilanteessa kuitenkin etusijalla on potilaan nopea hoitaminen, jolloin potilaan tukeminen saattaa jäädä vähäiseksi. Mikkolan (2008) mukaan toimenpide ja sairaalassa oleminen lisäävät ihmisen tuen tarvetta. Hoitohenkilökunta on merkittävässä asemassa potilaan tukemisessa ja heidän tulee tarjota potilaalle hänen tarvitsemaansa psykososiaalista tukea. (Mikkola 2008, 13.) Vastauksiin koskien läheisten huomioon ottamista voi vaikuttaa, onko potilaalla ylipäättään omaisia tai ovatko he käyneet osastolla. Mahdollista on myös, ettei potilaan omaisia ole huomioitu tarpeeksi. Jokaisen potilaan omaiset tulisi huomioida tasavertaisesti ja tukea heitä tarpeen mukaan. Lipposen ym. (2006) mukaan hoitohenkilökunnalla tulee olla tilannetajua tunnistaa omaisten tarpeet kohtaamistilanteessa ja heidän tulisi myös rohkaista omaista puhumaan tunteistaan, mikäli hän kokee sen tarpeelliseksi.

Emotionaalisen tuen osalta on nähtävissä, että suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa emotionaaliseen tukeen. Lipposen ym. (2006) mukaan emotionaalisen tuen tulisi perustua luottamukseen, turvallisuudentunteen lisäämiseen, ahdistuneisuuden vähentämiseen, yksilölliseen kohtaamiseen ja tulevaisuuden uskoon. Potilaat tarvitsevat hoitohenkilökunnan antamaa emotionaalista

tukea pelkojen ja epävarmuuden käsittelyyn. Vaikuttaa siis siltä, että osaston hoitajat osaavat antaa potilaille heidän tarvitsemaansa emotionaalista tukea.

Mattila (2011, 4-5) on tutkinut aikuispotilaan (n = 740) ja perheenjäsenen (n = 360) emotionaalista tukea sairaalahoidon aikana. Emotionaalisen tuen menetelminä hoitajat käyttivät luottamuksen rakentamista, välittämistä, potilaan tunteissa mukana elämistä, turvana olemista, läheisyyteen rohkaisua sekä henkisen tilanteen käsittelyä. (Mattila 2011, 4-5.)

Instrumentaalista tukea koskevat väittämät aiheuttivat eniten hajontaa. Tyytymättömmimpiä oltiin siihen mahdollisuuden keskustella muiden ammattiauttajien kanssa. Hajontaan saattoi vaikuttaa väittämien muotoilu. Väittämä koskien mahdollisuutta keskustella muiden ammattiauttajien kanssa voi olettaa, että kaikki vastaajat haluaisivat keskustella muiden ammattiauttajien kanssa. Voi myös olla, että mahdollisuutta siihen on osastolla tarjottu liian vähän. Syitä tähän saattoi olla, ettei potilas itse tuonut esille haluaan keskustella jonkun muun ammattiauttajan kanssa tai hoitaja ei tunnistanut potilaassa tarvetta tälle. Potilaan sairaudesta ja persoonasta huolimatta jokaiselle tulisi ainakin mainita kyseisestä mahdollisuudesta. Väittämä koskien tarvittavaa tukea tai apua kotona pärjäämisessä kotiutumisen jälkeen saattaa olla harhaanjohtava. Väittämä antaa helposti ymmärtää, että jokainen tarvitsisi apua kotona pärjäämisessä tai että osaston henkilökunta tulisi potilaan kotiin asti auttamaan. Väittämän piti tarkoittaa, että henkilökunta olisi tarvittaessa järjestänyt esimerkiksi kotihoidon auttamaan kotiin. Voi myös olla, ettei apua tai tukea tarjottu tarpeeksi. Syynä saattoi olla, ettei potilaan tuen tai avun tarve tullut ilmi osastolla. Lomakkeeseen olisi voinut lisätä vastausvaihtoehdon ”Ei koske minua”, jolloin jokaiselle vastaajalle olisi löytynyt sopiva vastausvaihtoehto. Lomaketta ei testattu etukäteen. Testauksella olisi ehkä voitu välttyä harhaanjohtavilta väittämiltä. Osastolla tulisi huolellisesti kartoittaa potilaan toimintakyky ja tilanne kotona. Omaisia on myös hyvä käyttää apuna. Mattilan (2011) mukaan instrumentaalinen tuki voi olla esimerkiksi erilaisten apujen, palvelujen ja resurssien tarjoamista vuorovaikutussuhteen rinnalla.

Lomakkeen avoimiin kysymyksiin saatiin hyvin vähän vastauksia. Saatujen vastausten perusteella henkilökunta voi kuitenkin kehittää toimintaansa ja annettavaa potilasohjausta. Vastaajat toivoivat, että lääkärit ottaisivat potilaat enemmän huomioon ja tuloksista kerrottaisiin paremmin. Yksi vastaajista vastasi että ”Ei ole helppoa tulla Ahvenanmaalta”. Tämä voi johtua esimerkiksi kielimuurista tai pitkistä matkoista. Saarelan (2013) mukaan ohjausta pidetään yhtenä keskeisimpänä hoitotyön toimintona ja olennaisena osana potilaan laadukasta hoitoa. Hyvä ohjaus on asiakaskeskeistä, kommunikoivaa potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta.

Tutkimuksen otos jäi valitettavan pieneksi johtuen opinnäytetyön tekemiseen varatun lyhyen ajan vuoksi. Kyseisellä ajalla ei ollut mahdollista kerätä suurempaa aineistoa. Tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen vaikutti se, ettei jokainen osastolla ollut suomenkielinen keuhkoleikkauspotilas saanut kyselylomaketta. Tämä johtui väärinkäsityksestä osastolla potilaiden valintakriteereiden suhteen. Tämä muodosti myös eettisen ongelman, sillä tasa-arvo ei toteutunut, koska joidenkin vastaajien mielipide jäi kuulematta. Lisäksi osalle potilaista unohdettiin antaa kyselylomake.

Kaiken kaikkiaan kehittämiskohteita voisi olla osaston ohjaustilanteiden yhtenäistäminen, unohtamatta kuitenkaan yksilöllistä ohjausta. Ohjaustilanteiden olisi hyvä olla rauhallisia ja kiireettömiä. Olisi myös hyvä varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjeet. Jatkossa saman tutkimuksen voisi toistaa huomattavasti suuremmalla otoksella, jotta tutkimus olisi luotettavampi ja yleistettävissä. Jatkotutkimus voisi nimenomaan keskittyä siihen, millaista tukea ja tietoa potilaat tarvitsevat.

LÄHTEET

- Anttila, P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Survey eli kyselytutkimus. Viitattu 10.12.2015 http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/21_survey_eli_kyselytutkimus.
- Halme, M. 2005a. Keuhkopussin sairaudet. Keuhkosairaudet. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Halme, M. 2005b. Pleuraempyema ja keuhkoabsessi. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hunt, P. 2008. Diagnosing and managing patients with lungcancer. Viitattu 1.8.2015 http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/sp-3.16.0a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameSet=1&S=IGFBPDNBECHEFHOFNKKJDDGBGGAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.52.55%257c0%257c00002311-200804230-00055%26S%3dIGFBPDNBECHEFHOFNKKJDDGBGGAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNDGJD-HOEC00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00002311%2f00002311-200804230-00055.pdf&filename=Diagnosing+and+managing+patients+with+lung+cancer.&pdf_key=PDHFFNDGJDHOEC00&pdf_index=/fs046/ovft/live/gv023/00002311/00002311-200804230-00055&D=ovft.
- Jyväskylän yliopisto 2015a. Koppa. Survey. Viitattu 19.8.2015 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/survey>.
- Jyväskylän yliopisto 2015b. Tutkimuksen eettiset suuntaviivat. Viitattu 3.11.2015 https://www.jyu.fi/edu/tutkimus_vanha/tutkimusetiikkaa.
- Jyväskylän yliopisto 2015c. Aineiston hankinta ja tutkittavien kohtelu. Viitattu 3.11.2015 https://www.jyu.fi/edu/tutkimus_vanha/tutkimusetiikkaa/aineiston-hankinta-ja-tutkittavien-kohtelu.
- Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Tampereen yliopistopaino Oy.
- Keuhkosityöpä: Käypä hoito – suositus 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n ja Suomen onkologiayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2014. Viitattu 9.8.2015 <http://kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi06050>.
- Kiikeri, R. 2015. Apulaisosastonhoitaja. Sydänvalvonta ja sydänosasto 3. Tyks. Haastattelu 25.11.2015.
- Knuutila, A. 2013. Keuhkosityövät. Teoksessa: Kaartenaho, R., Brander, P., Halme, M. & Kinnula, V. 2013. Keuhkosairaudet – Diagnostiikka ja hoito. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 284 – 293.
- Koskela, H. 2011. Empeeman hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 9.8.2015 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00184&p_haku=thoraxkirurgia.

Korppi, M. & Järvinen, A. 2011. Märkäinen keuhkopussitulehdus (empyeema). Infektiosairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.10.2015 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artik-keli=isa03303&p_haku=m%C3%A4rk%C3%A4inen%20keuhkopussitulehdus.

Kuukasjärvi, P., Laurikka, J. & Tarkka, M. 2010. Rintakehän ja pleuran kirurgia. Teoksessa: Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. Kirurgia. 2., painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 613–618.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

KvantiMOTV 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 24.11.2015 <http://www.fsd.uta.fi/menetaelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>.

Kylmänen, A. 2014. Sosiaalisen tuen tarpeet ja elementit aikuissosiaalityössä. Pro gradu. Sosiaalityö. Lapin yliopisto. Viitattu 3.9.2015 <http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61460/Kylm%C3%A4nen.Anna.pdf?sequence=2>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/783

Laukkanen, M. & Bergman, M. 2010. Paineilmarinta. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Viitattu 20.10.2015 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p_artik-keli=tht00044&p_haku=paineilmarinta.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Viitattu 12.10.2015 https://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf.

Lääkärin käsikirja 2013. Ilmarinta. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.10.2015 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00189&p_haku=ilmarinta.

Mali, P. 2013a. Keuhkosityövän yleisyys. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M & Lyly, T. 2013. Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 368.

Mali, P. 2013b. Keuhkosityövän vaaratekijät. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M & Lyly, T. 2013. Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 368 – 369.

Mali, P. 2013c. Keuhkosityövän oireet ja löydökset. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M & Lyly, T. 2013. Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 373 – 375.

Mali, P. 2013d. Patologia ja diagnostiikka. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M & Lyly, T. 2013. Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 370 – 373.

Mali, P., Wigren, T. & Salo, J. A. 2013. Keuhkosityövän hoitoperiaatteet. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M & Lyly, T. 2013. Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 379 – 380.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoiton aikana. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu 19.8.2015 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1>.

McCelland, S. & Weiss, P. 2014. Patient Fears of Tumor Cell Dissemination Secondary to Surgical Interventions—Part II. Viitattu 1.8.2015 http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/sp-3.16.0a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=IGFBPDNBECHEFHOFNKKJDDGBGG-GAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.66.69%257c0%257c00063185-201402000-00020%26S%3dIGFBPDNBECHEFHOFNKKJDDGBGGGAA00&direct-link=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNDGJD-HOEC00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00063185%2f00063185-201402000-00020.pdf&filename=Patient+Fears+of+Tumor+Cell+Dissemination+Secondary+to+Surgical+Interventions-Part+II.&pdf_key=PDHFFNDGJDHOEC00&pdf_in-dex=/fs046/ovft/live/gv023/00063185/00063185-201402000-00020&D=ovft.

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Viestintätieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 19.8.2015 <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13414/9513927288.pdf?sequence>.

Nieminen, E-M. 2013. Keuhkopussin sairaudet. Teoksessa Kaarteenaho, R., Brander, P., Halme, M. & Kinnula, V. 2013. Keuhkosairaudet – Diagnostiikka ja hoito. Helsinki: Duodecim, 186–193.

Opetushallitus 2015. Tilastollisia menetelmiä. Viitattu 5.11.2015 <http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/tilastomatikka/sanasto.html#Keskiarvo>.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Peltola, H. 2010. Pleuriitti, keuhkopussitulehdus, pleuritis, keuhkopussin märkäkertymä, empyeema. Viitattu 18.11.2015 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=Ita00152&p_haku=pleuraempyeema

Rantala, A. & Huotari, K. 2010. Pleuraempyeema. Kirurgia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 27.10.2015 http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=pat00315&p_haku=emfyseema.

Riska, H. & Saarelainen, S. 2011. Nestettä pleurassa - ongelmasta hoitoon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2011;127(2):185–90 . Viitattu 18.11.2015 http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99314

Saarela K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu 12.10.2015 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1>.

Salminen-Tuomaala, M. 2013. Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina – Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Salo, J. A. 2013. Ei-pienisoluisen keuhkosityövän leikkaushoito. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkö, S., Kouri, M & Lyly, T. 2013. Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 380–382.

Sihvo, E. 2015a. Ilmarinnan diagnostiikka. Akuuttihoito-opas. Viitattu 20.10.2015 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00350&p_haku=pneumothorax.

Sihvo, E. 2015b. Ilmarinnan hoito. Akuuttihoito-opas. Viitattu 20.10.2015 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00044&p_haku=pai-neilmarinta.

Tampereen yliopisto. 2013. Yksityisyys ja tietosuoja. Viitattu 27.11.2015 <http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/yksit.html>.

Tuomisto, S. 2013. Sydänpotilaan ja hänen perheenjäsentensä sairaalassa saama tuki. Pro Gradu -tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu 12.10.2015 <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94728/GRADU.pdf?sequence=1>

Turku CRC 2014. Terveystieteelliseen tutkimukseen liittyvät luvat ja lausunnot. Viitattu 3.11.2015 <http://www.turkucrc.fi/index.phtml?s=40>.

Vilka, H. 2015. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 23.8.2015 <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>.

VSSH 2014. Sydän- ja rintaontelokirurgia. Viitattu 9.8.2015. <http://www.vssh.fi/fi/toimipaikat/tyks/to2/Sivut/to2c.aspx>.

Wang, K.; Chang, N.; Wu, T.; Hsu, C.; Lee, Y. & Lee, S. 2010. Post-discharge health care needs of patients after lung cancer resection. Viitattu 1.8.2015 <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/detail/detail?sid=2fd7b1cb-29c7-42b8-825f-a33e3535f5f8%40session-mgr4005&urlhashurl=login.aspx%253fdirect%253dtrue%2526hid%253d118%2526db%253dcin20%2526AN%253d2010763458%2526site%253dehost-live&hid=4107&vid=0&bdata=JnN-pdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=2010763458&db=cin20>.

Kyselylomake

Teille esitetään väittämiä koskien keuhkoleikkauksenne jälkeistä tuen ja tiedon tarvetta. Väittämät koskevat aikaanne sydänvuodeosastolla.

Vastatkaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä teille sopivin vaihtoehto jokaiselta riviltä tai vastatkaa sille varattuun tilaan.

1. Ikänne _____

2. Sukupuolenne: 1. Nainen

2. Mies

3. Tehty toimenpide: _____

4. Tulitteko: 1. Ajanvarauksella

2. Yllättäen

Vastatkaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä teille sopivin vaihtoehto jokaiselta riviltä. (1=täysin eri mieltä, 2=osittain eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä)

Ennen leikkausta	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
5. Sain riittävästi tietoa toimenpiteestä ennen leikkausta	1	2	3	4	5
6. Sain tarvitsemaani tukea ennen leikkausta	1	2	3	4	5
Leikkauksen jälkeen	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
7. Henkilökunta kertoi hoitoon liittyvät asiat ymmärrettävästi	1	2	3	4	5
8. Sain riittävästi tietoa haavan hoidosta	1	2	3	4	5
9. Sain riittävästi tietoa toipumiseen liittyvistä rajoituksista (esim. liikunta, saunominen, ruokailu, ulkoilu...)	1	2	3	4	5
10. Sain riittävät ohjeet mahdollisesta lääkehoidosta	1	2	3	4	5
11. Sain riittävät ohjeet jatkohoidosta/kontrolliajoista	1	2	3	4	5
12. Sain yhteystiedot ongelmatilanteiden varalta	1	2	3	4	5
13. Kotiutusohjeet olivat riittävät	1	2	3	4	5
14. Minut pidettiin ajan tasalla hoitooni liittyvistä asioista	1	2	3	4	5

15. Henkilökunta kuunteli minua	1	2	3	4	5
16. Henkilökunta keskusteli kanssani halutessani	1	2	3	4	5
17. Henkilökunta otti minut yksilöllisesti huomioon	1	2	3	4	5
18. Henkilökunta otti läheiseni huomioon	1	2	3	4	5
19. Koin oloni turvalliseksi osastolla	1	2	3	4	5
20. Koin, että minun hyvinvoinnistani välitettiin	1	2	3	4	5
21. Koin, että tunteeni otettiin huomioon	1	2	3	4	5
22. Sain mahdollisuuden keskustella muiden ammattiauttajien kanssa (sairaalapappi, psykiatri ym.)	1	2	3	4	5
23. Sain tarvittavaa tukea/apua kotona pärjäämisessä kotiutumisen jälkeen	1	2	3	4	5

24. Mistä olisitte halunneet enemmän tietoa koskien leikkauksen jälkeistä aikaa osastolla tai kotona?

25. Miten henkilökunta olisi voinut tukea Teitä paremmin leikkauksen jälkeen osastolla?

26. Mitä muuta Teille jäi vielä mieleen?

Kiitos vastauksistanne!

Arvoisa vastaanottaja,

Opiskelemme Turun ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teemme opinnäytetyön yhteistyössä Turun yliopistollisen keskussairaalan sydänvuodeosaston kanssa. Opinnäytetyömme aihe on keuhkoleikatun potilaan leikkauksen jälkeinen tuen ja tiedon tarve. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää osastolla annettavaa tuen ja tiedon antoa keuhkoleikatuille potilaille. Tutkimukseen on saatu asianmukainen lupa.

Opinnäytetyö tehdään kyselytutkimuksena, johon toivomme Teidän osallistuvan. Osallistuminen siihen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista eikä se vaikuta saamaanne hoitoon. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti.

Kun olette vastanneet, palauttakaa ystävällisesti kyselylomake suljetussa kirjekuoressa palautuslaatikkoon tai hoitohenkilökunnalle. Jos Teillä on kysyttävää kyselylomakkeesta tai opinnäytetyöstämme, vastaamme kysymyksiinne mielellämme.

Vastauksenne ovat meille tärkeitä.

Kiitos osallistumisestanne!

Sanni Siekinen

[Redacted contact information]

Anna Paavola

[Redacted contact information]

Elina Hautamäki

[Redacted contact information]

Sirpa Nikunen

Opinnäytetyön ohjaaja

Sirpa.Nikunen@turkuamk.fi

Tiina Pelander

Opinnäytetyön ohjaaja

Tiina.Pelander@turkuamk.fi

TUTKIMUSLUPA
 (Toimintasääntö § 15)
Nro TO2/011/15
 Tutkimusnumero: **T173/2015**

 Tutkimuksen nimi: *Keuhkoleikatun potilaan leikkauksen jälkeinen tiedon ja tuen tarve*

Eettisen toimikunnan lausuntoa ei haettu (ei-kajoava tutkimus)

Tutkimuksen ajoitus: vkt 41 - 45, 2015

 Vastuullinen tutkija: Tiina Pelander (TurkuAMK)
 Suorittajat: Elina Hautamäki, Anna Paavola, Sanni Siekinen

Tutkimuksen laajuus: 12 potilasta

Tutkimuspalvelut: -

Kustannusvastuu: Opiskelijat

Myöntämällä luvan yllä mainittuun tutkimukseen Sydänkeskus-toimialueella. Edellytään, että tutkimuksesta ei aiheudu haittaa yksikön normaalille toiminnalle eikä muita kustannuksia sairaalalle.


 Juhani Airaksinen
 Toimialuejohtaja


 Heidi Luine
 Ylihoitaja

 JAKELU Vastuullinen tutkija
 Opinnäytetyön tekijät
 Kehittämispalvelut
 TurkuCRC

Hyvät sydänvuodeosaston hoitajat,

Teemme opinnäytetyötä keuhkoleikattujen potilaiden tiedon ja tuen tarpeesta osastollenne. Opinnäytetyö tehdään Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteistyönä. Sen tarkoituksena on selvittää sydänvuodeosaston keuhkoleikattujen potilaiden tiedon ja tuen tarvetta leikkauksen jälkeen. Tavoitteena on kehittää osastolla annettavaa tiedon ja tuen antoa keuhkoleikatuille potilaille. Tutkimus toteutetaan kysymyslomakkeiden avulla.

Ohjeita:

- Kysymyslomakkeet jaetaan suomenkielisille keuhkoleikatuille potilaille viikoilla 42–46.
- Kysymyslomakkeen jakaa hoitaja kotiuttamisen yhteydessä osastolla.
- Potilas palauttaa täytetyn lomakkeen suljetussa kirjekuoressa hoitajalle tai palautelaatikkoon, joka sijaitsee kanslian läheisyydessä.
- Arvioitu hoitajan työmäärä ajallisesti on noin viisi minuuttia.

Kiitos yhteistyöstä!

Sanni Siekkinen

[Redacted contact information]

Anna Paavola

[Redacted contact information]

Elina Hautamäki

[Redacted contact information]

Sirpa Nikunen

Opinnäytetyön ohjaaja

Sirpa.Nikunen@turkuamk.fi

Tiina Pelander

Opinnäytetyön ohjaaja

Tiina.Pelander@turkuamk.fi