



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Aikuisen nielurisaleikkauspotilaan

ohjaus

Mikkonen, Elina
Wahren, Heidi

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Aikuisen nielurisaleikkauspotilaan ohjaus

Mikkonen, Elina
Wahren, Heidi
SHF215KA
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2017

Laurea-ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

Tiivistelmä

Elina Mikkonen, Heidi Wahren

Aikuisen nielurisaleikkauspotilaan ohjaus

Vuosi	2017	Sivumäärä	49
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa erään sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle videomuotoinen ohjauspaketti elektiivisesti nielurisaleikkaukseen saapuvalla aikuiselle potilaalle. Ohjausvideon sisältönä oli tarkoitus olla sekä preoperatiivista että postoperatiivista tietoa. Tavoitteena oli tehostaa ja yhtenäistää nykyistä preoperatiivista ohjausta. Ohjausvideo suunniteltiin ja toteutettiin juuri kohteena olevan osaston tarpeita vastaavaksi. Ohjausvideo päätettiin toteuttaa sekä suomen- että ruotsinkielisenä, jotta se palvelisi ja tukisi mahdollisimman suurta potilasjoukkoa.

Teoreettisen viitekehyksen lähteinä käytettiin ajantasaisia alan kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia, hoitosuosituksia, alan kirjallisuutta, uusinta tutkimustietoa sekä lainsäädäntöä. Tietokannoiksi valittiin Medic, Cinahl ja PubMed. Käypä hoito -suosituksesta ja Hoitotieteellisestä tutkimusseurasta (Hotus) haettiin tietoa käytännön hoitotyöstä ja ajantasaisista suosituksista. Tietoa haettiin päiväkirurgiasta, potilaan ohjauksesta, nielutulehduksesta sekä nielurisaleikkauksesta.

Opinnäytetyö suoritettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön alkukartoitus tehtiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Tietoa saatiin haastattelemalla hoitajia. Haastattelu oli puolistrukturoitu ja se suoritettiin kahdelle hoitajalle samanaikaisesti. Saatu aineisto litteroitiin ja luokiteltiin sisällönanalyysillä. Saadun tiedon pohjalta tehtiin ohjausvideo, johon potilaalla on mahdollisuus tutustua joko preoperatiivisella käynnillä tai kotonaan odottaessaan leikkausta sekä leikkauksen jälkeen.

Ohjausvideon sisältöehdotukset kerättiin sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalta, että päiväkirurgiselta leikkausosastolta. Ohjausvideon osa-alueiksi valikoituivat haastattelun perusteella leikkaukseen valmistautuminen, saapuminen sairaalaan sekä leikkauksen jälkeinen aika kotona. Ohjausvideossa painotettiin kivunlievityksen tarpeellisuutta. Kivunhallinta vaikuttaa potilaan toipumiseen positiivisesti sekä vähentää yhteydenottoja hoitavaan yksikköön. Potilaan leikkauksekelpoisuuteen vaikuttaa hänen terveydentilansa, ravinnotta oleminen ja lääkkeiden tauotus. Preoperatiivisen käynnin jälkeen voi joutua odottamaan leikkaukseen pääsyä, jolloin asioita on hyvä kerrata ohjausvideon avulla. Ohjausvideo tallennettiin YouTubeen, josta potilaalla on mahdollisuus katsoa video tarvittaessa useaan kertaan.

Valmis ohjausvideo arvioitiin toimeksiantajan määräämien hoitajien toimesta. Video arvioitiin ulkoasun, selkeyden ja hyödynnettävyyden kannalta. Videossa erityistä kiitosta saivat selkeys ja loogisuus sekä puheen rauhallisuus.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotettiin potilaille suunnattua tutkimusta, jossa voisi kartoittaa potilaiden näkemystä preoperatiivisessa ohjauksesta.

Asiasanat: päiväkirurgia, nielurisaleikkaus, potilasohjaus, kivunlievitys.

Elina Mikkonen, Heidi Wahren

Guidance of an adult tonsil surgery patient

Year	2017	Pages	49
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to produce a video format guidance package to a patient who will arrive to a hospital for elective tonsil surgery at ENT polyclinic. The content of this guidance video includes information of preoperational and post operational phases of the surgery. The goal was to enhance and unify current preoperational guidance. The guidance video was planned and implemented to meet the needs of the polyclinic. The guidance video was implemented both in Finnish and Swedish in order to serve and support as vast an audience as possible.

The theoretical framework sources were up to date national and international researches of the field, treatment recommendations, literature of the field, the latest research information and legislation. The chosen databases were Medic, Cinahl and PubMed. Käypä hoitosuositus and Hotus was used to search for information for practical care work and up to date recommendations. Information was searched from day surgery, patient guidance, pharyngitis and tonsil surgery.

The thesis was performed as a functional thesis work. Pre-survey of the thesis work was made as a qualitative research. Information was gathered by interviewing nurses. The interview was semi-structured and it was carried out to two nurses simultaneously. The guidance video was made by using the retrieved information, so that the patient has a chance to become familiar with it either at preoperational visit or at home waiting for surgery and after the surgery.

The guidance video's content proposals were gathered both from ENT polyclinic and day surgery polyclinic. Preparation for surgery, arrival at the hospital and time at home after the surgery was selected as sectors for the guidance video based on the information retrieved from the interviews. The need for pain relief was emphasized in the guidance video. Pain control has a positive influence on patient recovery and reduces contacts to caring unit. Patient's healthiness, fasting and medicine break has an influence on eligibility for surgery. After preoperational visit, the patient may have to wait for the surgery, when it is good to offer an opportunity for recap with guidance video. The guidance video was uploaded to YouTube, from where the patient has a chance to view the video as many times as necessary.

The completed guidance video was evaluated by nurses designated by the employer. The video was evaluated for appearance, clarity and usability. Clarity, logicity and calm speech were given special acknowledgement in the video.

Surveying patient's view about pre-operative guidance was suggested as a follow-up topic of study.

Keywords: day surgery, tonsil surgery, patient guidance, pain relief

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Tavoitteet ja rajaus	7
3	Teoreettinen tausta	8
	3.1 Kirurginen potilas	8
	3.2 Nielutulehduspotilaan epidemiologia, diagnostiikka ja hoito	11
	3.3 Päiväkirurgisen potilaan ohjaus	13
	3.3.1 Preoperatiivinen vaihe	15
	3.3.2 Postoperatiivinen vaihe	18
	3.3.3 Kivunhoito	20
4	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä	22
	4.1 Laadullinen tutkimus	22
	4.2 Aineistonkeruu menetelmät.....	23
	4.3 Otos.....	24
	4.4 Sisällönanalyysi	25
5	Tulokset.....	26
	5.1 Pääluokat ja sisällönanalyysin tulokset	26
	5.2 Ohjausvideo	29
6	Arviointi.....	31
	6.1 Etiikka ja luotettavuus	32
	6.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	34
	Lähteet	36
	Kuviot	39
	Taulukot	40
	Liitteet.....	41

1 Johdanto

Päiväkirurgia on kirurgisen toimenpiteen toteutustyyppi, jota nykyään käytetään paljon leikkaustoimipisteen pienten yksikkökulujen, tehokkuuden sekä potilaan lyhyen sairaalassaoloajan takia (Tuominen 2014). Päiväkirurgiassa on tavoitteena, että potilas saapuu leikkaukseen, leikataan ja myös kotiutuu saman päivän aikana. Potilaalta päiväkirurgia edellyttää riittävän hyvää terveydentilaa ja hyvää itseohjautuvuutta leikkauksesta kuntoutumiseen. Päiväkirurgisesti hoidetaan toimenpiteitä, jotka ovat komplikaatoriskiltään vähäisiä ja joiden toipumisaika on lyhyt. Aikuisten nielurisaleikkaukset ovat hyvin tyyppillisesti päiväkirurgisesti toteutettavia. (Hammar 2011, 11-12.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä preoperatiivinen ohjausvideo aikuisille potilaille, jotka ovat menossa elektiivisesti nielurisaleikkaukseen. Tavoitteena oli tehostaa ja yhtenäistää nykyistä preoperatiivista ohjausta. Toimeksiantajan puolelta toiveena oli, että opinnäytetyön tuotos olisi video. Opinnäytetyön toimintaympäristönä toimi erään sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka. Kohderyhmä on aikuiset nielurisaleikkaukseen tulevat potilaat, jotka ovat työikäisiä.

Opinnäytetyön teoria on ajantasainen ja valittu vastaamaan tutkimusongelmaa. Teorian tarkoitus on kuvata kirurgisen potilaan hoitopolkua leikkauspäätöksestä postoperatiiviseen ohjaukseen. Teoria osoittaa, että pre- ja postoperatiivisesta ohjauksesta on hyötyä ja merkitystä potilaan valmistautuessa leikkaukseen sekä kuntoutuessa leikkauksesta. Kivunlievitys on potilaan elämänlaadun kannalta tärkeää ja nopeuttaa toipumista. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 145.)

Opinnäytetyö suoritettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön alkukartoitus tehtiin laadullisena tutkimuksena. Tiedonkeruu tehtiin haastattelemalla hoitajia. Haastattelu oli puolistrukturoitu haastattelu, joka suoritettiin kahdelle hoitajalle samanaikaisesti. Saatu aineisto litteroitiin, luokiteltiin ja analysoitiin sisällönanalysillä. Saadun tiedon pohjalta tehtiin ohjausvideo, johon potilaalla voisi olla mahdollisuus tutustua joko preoperatiivisella käynnillä tai kotonaan odottaessaan leikkausta sekä leikkauksen jälkeen. Ohjausvideon tarkoitus on olla informatiivinen ja kohdennettu juuri kohdesairaalaan tuleville nielurisaleikkauspotilaille. Toimeksiantaja toimii kaksikielisessä kaupungissa jossa potilaiden äidinkielenä voi olla suomi tai ruotsi. Ohjausvideot toteutettiin molemmilla kielillä. Sekä suomen- että ruotsinkielisessä ohjausvideossa on sama sisältö.

Ohjausvideon sisältö koostuu preoperatiivisesta sekä postoperatiivisesta tiedosta, joka kerätään sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalta, että päiväkirurgiselta leikkausosastolta.

Kvalitatiivisen tutkimuksen perusteella saatiin selville, mitkä asiat koetaan tärkeäksi ohjauksessa ja mitä kehitettävää voisi olla. Ohjausvideo tallennettiin YouTubeen, josta potilaalla on mahdollisuus katsoa video tarvittaessa useaan otteeseen.

2 Tavoitteet ja rajaus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä preoperatiivinen ohjausvideo aikuisille potilaille, jotka ovat menossa elektiivisesti nielurisaleikkaukseen. Tavoitteena oli tehostaa ja yhdenäistää nykyistä preoperatiivista ohjausta. Toimeksiantajan puolelta toiveena oli, että opinnäytetyön tuotoksena syntyisi video. Opinnäytetyön tekijöitä yhdisti kiinnostus kirurgisen/perioperatiivisen potilaan hoitotyötä kohtaan. Mielenkiintoa opinnäytetyöaihetta kohtaan herätti myös sen työelämälähtöisyys ja mahdollisuus oikean työryhmän toimintatapaan perehtymiseen. Opinnäytetyö rajattiin käsittelemään aikuisia potilaita, pre- ja postoperatiivista ohjausta sekä potilaita jotka ovat tulossa erääseen sairaalaan nielurisaleikkaukseen.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana ja kehittämisympäristönä toimii erään sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka, jossa tehdään nielurisaleikkauspotilaiden preoperatiivinen käynti. Nielurisaleikkauspotilaan hoitopolkua kyseisessä sairaalassa KNK-poliklinikan kautta leikkaukseen on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1: Toimeksiantajan nielurisaleikkauspotilaan hoitopolku

KNK-poliklinikalla potilas tapaa lääkärin ja saa leikkauspäätöksen. Tämän jälkeen hän tapaa sairaanhoitajan, joka suorittaa preoperatiivisen haastattelun. Potilaalle lähetetään poliklinikalta ajanvarauskirje, jossa määrätty hänen leikkauspäivänsä. Ajanvarauskirje sisältää leikkaukspäivätiedon lisäksi tietoa siitä, miten potilaan tulee valmistautua leikkaukseen ja myös siitä, miten potilas voi valmistautua leikkauksesta toipumiseen. (Sairaalan verkkosivut 2017.)

Myöhemmin potilaalle lähetetään tekstiviestitse kellonaika, jolloin hänen pitää olla leikkausosastolla. Tämä viesti lähetetään hänelle leikkausosastolta päivää ennen leikkausta. Mikäli potilas ei ole suostunut tekstiviestin lähettämiseen, hänelle soitetaan leikkausaika myöskin päivää ennen leikkausta. Potilaan postoperatiivinen ohjaus tapahtuu leikkausosastolla, eikä hänelle normaalisti enää ole kontrollikäyntiä poliklinikalla. (Sairaalan verkkosivut 2017.)

Preoperatiivisia haastatteluja tehdään KNK-poliklinikalla sekä elektiiviseen leikkaukseen tuleville, että päivystyspotilaille (Sairaalan verkkosivut 2017).

3 Teoreettinen tausta

3.1 Kirurginen potilas

Kirurginen potilas on henkilö, jolle leikkaus on välttämätön tai todennäköinen sairauden tai äkillisen sairastumisen johdosta. Kirurginen hoito voi joko parantaa potilaan sairauden tai parantaa hänen elämänlaatuaan helpottamalla sairaudesta johtuvia oireita. Potilaan kokemus omasta tilastansa, leikkauksesta sekä anestesiasta vaihtelee. Potilaan kokemukseen saattaa vaikuttaa sairastumisen äkillisyys ja vakavuus, sairauden merkitys, sekä mahdolliset aikaisemmat hoitokokemukset että nykyiset hoitomahdollisuudet. Sairauteen liittyvien seikkojen lisäksi potilaan kokemukseen vaikuttavat potilaan persoonallisuus ja tunteet, tiedot sairaudesta ja hoidosta sekä sosiaalinen tilanne. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 16.)

Kirurgisten potilaiden hoitopolut voivat olla hyvin erilaiset. Potilaat voivat olla lyhki-, leiko- tai päiki-kirurgian potilaita. Lyhki-kirurgia tarkoittaa, että potilaat ovat sairaalahoidossa leikkaukspäivän ja sitä seuraavan yön ajan. Tästä käytetään joskus myös nimitystä 23h-toiminta. Leiko-toiminnassa potilaat saapuvat leikkaukseen kotoa, aivan kuten päiväkirurgisenkin potilaan kohdalla. Leiko-toiminta eroaa päiväkirurgisesta toiminnasta siinä, että potilaat jäävät toimenpiteen jälkeen sairaalaan. Leiko-potilas siirretään leikkauksen jälkeen heräämöhön ja sieltä eteenpäin jatkohoitoon oman erikoisan vuodeosastolle. (Hammar 2011, 13.)

Elektiivisen potilaan hoitopolku alkaa potilaan kiireellisyden arvioinnilla ja leikkaukspäätöksestä, jolloin kirjataan potilaan esitiedot kirurgisella poliklinikalla. Seuraavaksi potilas siirtyy

potilasohjaukseen ja samalla hänelle tehdään leikkausta varten tarvittavat tutkimukset. Tämän jälkeen jonohoitaja varaa potilaalle ajan toimenpiteeseen. Potilaan preoperatiivinen käynti tai soitto potilaalle tapahtuu muutama viikko ennen leikkausta. Täytetyn esitietokavakkeen, eli paperikonsultaation, avulla anestesia lääkäri määrää potilaan esilääkkeet. Mikäli on tarpeellista anestesia lääkäri tapaa potilaan ennen leikkausta preoperatiivisella käynnillä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Erkola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2014, 99.)

Ennen leikkausta potilas saapuu hänelle sovittuun yksikköön, joko päiväkirurgiseen, leikoon tai kirurgiselle vuodeosastolle, josta hän seuraavaksi menee leikkaukseen. Leikkauksen jälkeen potilas siirretään jatkohoitoon kirurgiselle osastolle tai hänet kotiutetaan. (Ahonen ym. 2014, 99.)

Suomessa hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolalla (2010/1326). Sekä perusterveydenhuollon hoitoon sekä erikoissairaanhoidon pääsyyn on määrätty omat raaminsa, joiden mukaan toimitaan. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että potilaan hoitoketjussa toimitaan lakisäädösten mukaisesti. Leikkaustoiminta on osa erikoissairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon pääseminen edellyttää lääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä. Perusterveydenhuollossa lääkäri tekee potilaalle lähetteen ja erikoissairaanhoidon tulee aloittaa hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmen viikon päästä lähetteen saapumisesta. Tapauskohtaisesti potilaan hoidon tarpeen arviointi saattaa sisältää erityyppisiä tutkimuksia tai erikoislääkärin arviointia. Näiden tutkimusten tulee olla toteutettuna kolmen kuukauden kuluessa erikoissairaanhoidon saapuneen lähetteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella määrätyt toimenpiteet on suoritettava kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Päiväkirurgian tavoitteena on laadukas ja turvallinen kirurginen hoito sekä se, että potilas kotiutuu leikkauspäivänä. Näihin tavoitteiden onnistumisen edellytyksenä on hyvä etukäteissuunnittelu, hyvä potilasohjaus sekä sujuva yhteistyö toimivien tahojen kanssa. (Rauta, 2013.) Päiväkirurgian etuna voidaan pitää pieniä toimipisteen yksikkökuluja, tehokkuutta, potilaan nopeaa kuntoutumista kotona, jossa potilas saa kuntoutua tutussa ympäristössä. Samalla sairaalainfektiovaara pienenee lyhyen sairaalassaoloajan vuoksi ja potilaspaikat säästyvät potilaille, jotka tarvitsevat sairaalatasoista hoitoa. (Tuominen 2014.)

Päiväkirurginen potilas saapuu sairaalaan leikkauspäivänä ja sairaalassaoloaika jää yleisesti ottaen alle 12 tuntia. Joissain tapauksissa, jos potilaan vointi estää kotiutumisen, jää hän sairaalan vuodeosastolle vielä leikkauksen jälkeiseksi yöksi. Potilaan soveltuminen päiväkirurgiseksi potilaaksi arvioidaan ASA-luokituksella. Päiväkirurgisesti voidaan suorittaa toimenpiteitä, joissa komplikaatoriski on vähäinen, ja jossa toipumisaika on lyhyt. Tällaisia leikkauk-

sia ovat esim. kilpirauhasleikkaukset, sappi- ja tyräleikkaukset, sekä nielurisojen- ja kitarisojen poistoleikkaukset. Ennen leikkausta potilas saa tietoa tulevasta toimenpiteestä, valmistautumisesta toimenpiteeseen sekä toimenpiteen jälkeisestä toipumisesta ja kivunlievityksestä. Anestesia lääkäri arvioi potilaan soveltumista päiväkirurgiseksi potilaaksi. Päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen potilas siirretään heräämöhön ja sieltä edelleen toiseen vaiheen heräämöhön, eli seurantahuoneeseen, josta hänet kotiutetaan. Päiväkirurgisen potilaan kotiuttaa usein sairaanhoitaja sen jälkeen, kun potilaan kotiuttamisen edellytykset täyttyvät. Nämä edellytykset sisältävät kriteerejä potilaan vitaalielintoiminnoista, psyykkisestä ja fyysisestä tilasta sekä toimenpiteeseen liittyvät tekijät sekä saattaja. (Hammar 2011, 11-12.)

Tarkisteltaessa potilaan soveltuvuutta päiväkirurgiseksi potilaaksi otetaan huomioon potilaan tilanne hyvin kokonaisvaltaisesti. Potilaan itsehoitokynnyksen täytyy olla hyvä, jotta hän pystyy kuntouttamaan itseään kotioloissa vastuullisesti. Anestesia lääkärit käyttävät leikkauskelpoisuuden arviointiin viisi portaista ASA (American Society on Anesthesiologists) luokitusta. Taulukossa 1 on kuvattu potilaan ASA-luokitusta. Tässä luokituksessa potilaan soveltuvuutta arvioidaan potilaan yleiskunnon perusteella. Luokkaan 1 kuuluu terve 1-65-vuotias henkilö, 2 luokkaan kuuluu yli 65-vuotias tai henkilö, jolla on joku lievä yleissairaus, 3 luokkaan kuuluu henkilö jolla voi olla vakava, mutta ei henkeä uhkaava yleissairaus, 4 luokkaan kuuluu henkilö, jolla on hengenvaarallinen sairaus ja luokkaan 5 kuuluu henkilö, jonka elinaikaennuste ilman tehtävää leikkausta on alle 24 tuntia. (Tuominen 2014.)

ASA LUOKKA	LUOKKAAN KUULUVA POTILAS ON
ASA 1	Terve 1 - 65-vuotias
ASA 2	Alle 1-vuotias, yli 65-vuotias tai henkilö jolla on lievä hyvässä hoitotasapainossa oleva sairaus
ASA 3	Henkilö jolla on hyvässä hoitotasapainossa oleva vakava yleissairaus
ASA 4	Henkilö jolla on hengenvaarallinen yleissairaus
ASA 5	Hengenvaarassa oleva potilas, jonka elinaikaennuste ilman leikkausta on alle vuorokausi.

Taulukko 1 Potilaan ASA-luokitus (mukaillen Tuominen 2014)

Päiväkirurgiseksi potilaaksi voidaan suoraan valita henkilö, jonka ASA-luokka on 1 tai 2. Anestesia lääkäri voi kuitenkin harkinnalla ottaa potilaaksi myös henkilön ASA-luokasta 3 - 4 jos potilaan sairaus on hyvässä hoitotasapainossa. Potilaan runsas ylipaino (BMI yli 30) voi estää päiväkirurgisen leikkauksen. Myös ylipaino, johon liittyy jokin perussairaus tai alkoholin, huumei-

den, lääkkeiden väärinkäyttö tai joku psyykinen sairaus, jonka koetaan uhkaavan potilaan pärjäämistä kotona leikkauksen jälkeen voi estää päiväkirurgisen toimenpiteen. Potilaalla tulee leikkauksen jälkeisenä vuorokautena olla yli 18-vuotias vastuuhenkilö, joka hakee potilaan sairaalasta tai vastaanottaa potilaan, jos potilas kotiutuu taksilla. Tämän vastuuhenkilön tulee tarkkailla potilaan vointia leikkausta seuraavana yönä. Potilaan kotimatka sairaalasta leikkauksen jälkeen tulee kestää alle tunnin. (Tuominen 2014.)

3.2 Nielutulehduspotilaan epidemiologia, diagnostiikka ja hoito

Nielurisa eli *tonsilla palatina* (lat.) on parillinen risa, joka sijaitsee etumaisen ja takimmaisen kitakaaren välissä, sivuseinässä, nielun etuosassa. Tonsillat ovat imukudoksesta muodostuneita kudusulokkeita, joissa on pieniä kuoppia. (Duodecim 2007.) Elimistön sisäosista tuleva imuneste kulkee syvien imusolmukkeiden läpi. Syvät imusolmukkeet jaetaan kolmeen pääryhmään, josta nielurisat kuuluvat kaulan syviin imusolmukkeisiin. Kaulan imusolmukkeisiin tulee imunestettä henki- ja ruokatorvesta sekä pään syvistä kudoksista. Näihin syviin imusolmukkeisiin tulee myös pinnallisten imusolmukkeiden keräämä imuneste. Tonsilliitti eli nielutulehdus voi aiheuttaa kaulan syvien imusolmukkeiden suurenemista. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud 2013, 308.)

Nielutulehduksia esiintyy kaikenikäisillä ihmisillä ja se on yksi yleisimmistä syistä perusterveydenhuollon vastaanottokäynnille. Nielutulehduksia aiheuttavat mikrobit ja virukset. Viruksista tavallisimmat aiheuttajat ovat adenovirukset ja Epstein-Barrin virukset. Mikrobeista tavallisimmat ovat Beetahemolyttiset streptokokit, eli streptokokit ryhmistä A, C ja G. Streptokokki A aiheuttaa 5-10 % kaikista aikuisten nielutulehduksista. Lasten kohdalla suuruusluokka on 15-30 %. Toiseksi yleisin nielutulehduksen aiheuttaja on adenovirus, joka on lapsilla hie-man aikuisia yleisempää. (Käypä hoito 2013.)

Nielutulehduksen kliininen kuva on (sekä bakteerin että viruksen aiheuttamassa taudissa) kurkkukipu, nielun punoitus, turvotus ja nielun peitteet. Streptokokkien aiheuttamissa nielutulehduksissa oireet alkavat useasti nopeasti. Kurkkukipu, kuume (yli 38 astetta), nielurisojen valkoiset pilkut ja/tai katteet, turvonneet imusolmukkeet ja päänsärky ovat tavallisia oireita. Lisäksi streptokokki A, voi aiheuttaa tulirokkomaista ihottumaa, kynsivallintulehdusta, märkäruepa ja mansikkakielen. Virusperäisten nielutulehduksessa oireet ovat kurkkukipu, yskä, nuha, äänen käheys, silmien sidekalvotulehdus, ripuli, ihottuma sekä rakkulat suun kalvolla. Epäiltäessä streptokokin aiheuttamaa nielutulehdusta, potilaalta otetaan nieluviiljely. Streptokokki A:lle on myös käytössä pika-testi, mutta se on aiheellinen vain, jos tulos valmistuu potilaan odottaessa. Myös pikatestin positiivinen tulos on riittävä diagnoosiin. Negatiiviset tu-

lokset voidaan varmistaa vielä nieluviiljelyllä. Mikäli kyseessä on epidemia, käytetään ainoastaan nieluviiljelyä. Nieluviiljelyn tarpeellisuudessa voidaan käyttää Mc-Isaac'in kurkkukivun pisteystystä. (Käypä hoito 2013.)

Nieluviiljely otetaan nielun takaseinästä ja molemmista nielurisoista. On varottava, ettei koske nielun muihin osiin, jotta näyte olisi laadukas. Näytteen tulos luetaan 18-24 tunnin kuluessa. Jos näyte on negatiivinen, tarkistetaan kasvu vielä seuraavana päivänä. Mikäli nielu-näytteessä kasvaa streptokokki A, oletetaan sen olevan taudin aiheuttaja. Varmuudella ei voida sanoa onko se taudinaiheuttaja, vai onko kyseinen henkilö pelkkä streptokokin kantaja. Myös streptokokki C ja G nielutulehduksen aiheuttajana saadaan selville nieluviiljelyllä. (Käypä hoito 2013.)

Toistuvasta tonsilliitista voidaan puhua, jos potilaalla esiintyy tonsilliitti 3 kertaa puolessa vuodessa tai 4 kertaa vuoden aikana. Yleisimmät syyt toistumiseen on huono hoitoon sitoutuminen (lääkekuuri jäänyt kesken tai väärin valittu lääke), muutokset normaalifloorassa (penisilliini ei tehoa), streptokokkikantajuus tai lähikontaktista uusi tartunta. Toistuvien infektioiden ensisijaisena hoitona on mikrobilääkitys, Kefeleksiini, mutta voidaan myös päätyä poistoleikkaukseen. (Koskenkorva, Koivunen & Alho 2016.)

Toistuvat, pitkittyneet ja hoitoon reagoimattomat potilaat ohjataan korvalääkäriin konsultaatioon. Myös kroonistuneista tonsilliiteista ja kurkkupaiseista, jotka tyhjentämisestä huolimatta eivät parane, ohjataan konsultaatioon, jossa usein suositellaan nielurisojen poistoleikkausta. (Käypä hoito 2013.) Leikkaushoidon aiheellisuus perustuu kuitenkin aina potilaskohtaiseen arvioon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Toistuvat nielutulehdukset voivat parantua itsestään, mutta usein tarvitaan nielurisaleikkaus. Leikkauksia tehdään Suomessa vuodessa noin 8200, josta yhden leikkauksen kokonaishinta on 2500 euroa. Suurin osa nielurisaleikkauksista tehdään yleisanestesiassa ja päiväkirurgisesti. Nielurisaleikkauksen haittoja ovat nielun voimakas kipeytyminen leikkauksen jälkeen sekä sairasloman tarve. Hyvin pieni osa potilaista, 0,1-5 %, saavat myöhäisen jälkiverenvuodon noin viikon kuluttua leikkauksesta. Jotta potilas välttyisi jälkiverenvuodolta neuvotaan häntä välttämään raskasta liikuntaa/fyysistä rasittamista, saunomista, karkeaa sekä kuumaa ruokaa leikkauksen jälkeisenä aikana. (Koskenkorva 2016.)

Nielurisaleikkaus voidaan suorittaa joko poistamalla nieluriset kokonaan (*tonsillektomia*), tai osapoistolla (*tonsillotomia*). Tonsillektomiassa nielurisa poistetaan etummaisesta ja takimmaisesta kitakaaren välistä ja haava annetaan parantua granuloimalla. Aikuisella leikkauksesta toipuminen kestää noin 2 viikkoa. Toimenpiteen jälkeen voi ilmetä verenvuotoa, kun katteet irtaavat. (Mattila 2005.) Tonsillotomiassa, eli nielurisojen osapoistossa, poistetaan ainoastaan

ahtaava osa. Menetelmä on vanha, mutta se on otettu käyttöön uudestaan, sillä leikkauksen jälkeinen vuoto ja kipu ovat vähäisempiä. Tätä menetelmää käytetään enimmäkseen ahtaumiin, jossa ilmenee kuorsausta ja nielemisvaikeuksia. Aikuisten nielurisaleikkaukset johtuvat pääsääntöisesti toistuvista tai kroonisista nielutulehduksista ja tonsillotomian riittävyttä näissä tapauksissa on epäilty. Aikuisten tonsillotomiaa on kuitenkin tutkittu hyvin vähän. (Nokso-Koivisto 2013.)

Nielurisaleikkaus vähentää nielurisatulehdusten uusiutumista ja näin ollen myös vähentää aikuisten sairaslomia, antibioottikuureja, särkylääkkeiden käyttöä, lääkärikäyntejä ja kuume-
päiviä. Suomalaisen tutkimuksen mukaan krooniset ja toistuvat nielutulehdukset ovat kustannuksiltaan ennen leikkausta noin 3600 euroa vuodessa ja leikkauksen jälkeen vastaava on 500 euroa. Leikkaus siis maksaa itsensä takaisin alle vuodessa. (Koskenkorva ym. 2016.)

3.3 Päiväkirurgisen potilaan ohjaus

Ohjaus on hoitotyön keskeisenä osana potilaan hoitosuhteessa. Laadukas ohjaus korostuu, koska kasvokkain tapahtuva ohjausaika on vuosien saatossa vähentynyt. Nykypäivän elektroniset välineet myös mahdollistavat ohjauksen antamisen muullakin tavalla kuin kasvotusten. (Kyngäs ym. 2007, 5-6.)

Päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessissa edellytetään potilaalta kykyä vastaanottaa ohjeita ja kykyä ottaa vastuuta omahoidostaan. Päiväkirurginen potilas saa kasvotusten ohjausta preoperatiivisella käynnillä sekä leikkauspäivänä. Itsenäisesti potilas voi näiden käyntien välissä ja jälkeen perehtyä annettuihin ohjeisiin sekä hakea tietoa itsenäisesti. (Rauta, 2013.) Hyvän ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta löytämään omat voimavaransa, kannustaa ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Päiväkirurgisessa prosessissa hyvä potilasohjaus hoitajakson aikana vahvistaa kotona selviytymistä sekä potilaan yhteydenotot toimenpiteen jälkeen vähenevät. (Kyngäs ym. 2007, 6.)

Hyvä ja laadukas ohjaus edistää potilaan terveyttä. Ohjaus edistää potilaan toimintakykyä, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, itsenäistä päätöksentekoa, kotona selviytymistä ja elämänlaatua. Hyvä laadukas ohjaus on myös vähentänyt masentuneisuutta, yksinäisyyden tunnetta ja ahdistusta. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

Ohjauksen perusteena pidetään asiakkaan oikeutta tietää terveydestään ja hoidostaan. Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella sekä yksilön näkökulmasta, että yhteisönäkökulmasta. Yksilön näkökulmasta tarkastellaan potilaan kokemuksia ohjauksesta ja sen avulla saadusta tiedosta ja tuesta. Yhteisönäkökulmasta ohjausta tarkastellaan kansanterveydellisten,

taloudellisten ja yhteiskunnallisten hyötyjen kautta. Tällöin ohjaus on vähentänyt sairauspäiviä, hoitokäyntejä tai lisäsairauksia. (Kyngäs 2007, 145.)

Ennen leikkausta annettava potilasohjaus on tärkeässä roolissa päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Moni potilas tulee leikkaukseen yhden poliklinikkakäynnin jälkeen. Ohjauksen on oltava suunnitelmallista, tehokasta, selkeää ja nopeatempoista. Tehoa lisätään kirjallisella ohjeistuksella tai visuaalisella ohjeistuksella. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 18.)

Sairaanhoitajan ja potilaan välinen ohjaussuhde on vastavuoroinen, luottamuksellinen, aktiivinen, vastuullinen ja yhteistyössä toteutettu kahdensuuntainen asiantuntijuus-suhde. Potilaan ohjauksen vuorovaikutustilanteessa kohtaa kaksi asiantuntijaa. Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja sairaanhoitaja toimii ohjausprosessin ja tarvittavan tiedon sisällöllisenä asiantuntijana. (Eloranta & Virkki 2011, 54-55.)

Sairaanhoitajan tulee varmistaa, että potilas saa tietoa riittävän kattavasti ja hänelle kerrotaan mahdolliset hoitovaihtoehdot tasavertaisina mahdollisuuksina. Sairaanhoitajan tulee varmistaa, että potilas tekee hoitovalintansa oikeaan tietoon perustuen sekä että hän on tietoinen päätöksensä seurauksista. (Eloranta & Virkki 2011, 55.) Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992) määrittelee raamit potilaan itsemääräämisoikeudelle. Kyseisessä laissa selvitetään, että potilaalle tulee antaa hänen hoitoonsa liittyvät tiedot ja näiden pohjalta tulee yhteisymmärryksessä suunnitella ja toteuttaa potilaan hoito. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä suunnitellusta hoidosta, jonka jälkeen potilasta tulee hoitaa muulla tavoin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Terveystieteidenhuoltolaissa (2010/1326) on määrätty terveydenhuoltopalvelujen kielestä. Tässä pykälässä määrätään, että potilaan tulee saada terveydenhuollon palvelut kunnan tai kuntayhtymän kielellä. Kaksikielisessä kunnassa tai kuntayhtymässä on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sekä suomen, että ruotsin kielellä. (Terveystieteidenhuoltolaki 2010.)

Erilaisissa vuorovaikutustilanteissa sairaanhoitaja voi tukea potilasta erilaisin keinoin. Sairaanhoitajan tuki voi ilmetä emotionaalisenä tukena, tiedollisena tukena sekä konkreettisena tukena. Emotionaalisen tuen potilas kokee sairaanhoitajan toiminnassa arvostuksena, hyväksyntänä ja välittämisenä. Tiedollista tukea sairaanhoitaja antaa kartoittamalla potilaan tiedontarpeen sekä valitsemalla potilaalle sopivan välitystavan. Tiedollisella tuella tarkoitetaan ymmärrettävän, luotettavan ja ajantasaisen tiedon jakamista potilaalle niin, että potilas sen ymmärtää. Tieto voidaan jakaa suullisesti, kirjallisesti sekä erilaisia elektronisia välineitä käyttäen. Oleellista on myös kertoa, miten potilaan tulee toimia mahdollisissa ongelmatilanteissa. Tiedollista tukea voidaan antaa myös omaisille. Konkreettista tukea voidaan antaa potilaalle

esimerkiksi selviytymisessä leikkauksen jälkeen kotona. Potilaalle voi jo ennen leikkausta kertoa kotihoito-ohjeita sekä auttaa mahdollisesti tarvittavien apuvälineiden käytössä hyvinkin käytännönläheisesti. Konkreettista tukea voidaan antaa myös omaisille, jos heidän apua tarvitaan potilaalle tehdyn toimenpiteen jälkeen. (Eloranta & Virkki 2011, 57-58.)

Ohjaustilanteessa sairaanhoitajan ja potilaan välisiä vuorovaikutuksellisia lähestymistapoja on monenlaisia. Nykypäivänä laadukkaan hoitotyön vuorovaikutustapana pidetään yleisesti asiakaskeskeistä vuorovaikutustapaa. Ohjaus lähtee siis potilaan tarpeesta ja tilanteesta. Perusajatuksena on potilaan sitouttaminen ja vaikuttaminen omaan hoitoonsa. Ohjaussuhteessa edetään, ottaen huomioon potilaan tarpeet, joihin etsitään ratkaisuja hyödyntäen ammattilaisen tietoa aiheesta. Tämä vuorovaikutustyyli korostaa dialogisuutta ja vastavuoroisuutta rakentaen sekä potilaan että ammattilaisen tiedoista parhaiten potilaalle sopivan hoitokokonaisuuden, johon hän voi sitoutua. Tässä vuorovaikutustyyliä korostuvat ohjaajan sekä ohjattavan kunnioitus, avoimuus ja arvostus. Tämä on tärkeää, jotta potilas uskaltaa kertoa tarvittavat tiedot rehellisesti. Tavoitteena ei aina ole se, että ollaan kaikesta yhteisymmärryksessä ja samaa mieltä vaan, että sairaanhoitaja antaa potilaan tarvitseman tiedon ja potilas valitsee itselleen ja arvomaailmalleen sopivan tavan toimia. (Eloranta & Virkki 2011, 59-60.)

Potilaan ohjaamisen tukena voidaan käyttää monenlaisia teknisiä apuvälineitä ja laitteita. Tällaisia voivat olla videot, tietokoneohjelmat ja ääninauhat. Videomuodossa toteutetusta materiaalista voivat saada hyötyä etenkin ne potilaat, joiden materiaalien lukukyvyyssä on jotain poikkeavaa. Video antaa potilaalle mahdollisuuden tutustua materiaalin ilman sitoutumista tiettyyn paikkaan tai aikaan. Videon voi myös katsoa monta kertaa ja palata siihen hoitoprosessin eri vaiheissa. Video-ohjauksessa mahdollistetaan erilaisten kokemusten, paikkojen, ohjeiden ja tilanteiden esittely. Toisaalta potilaalle videon sisältö voi herättää voimakkaita tunteita tai väärinkäsityksiä, joten video-ohjausta käytettäessä olisi hyvä, että potilaalla olisi mahdollisuus tarvittaessa ottaa yhteys hoitavaan yksikköön mahdollisten kysymysten ilmetessä. Video-ohjauksen vahvuutena on myös se, että sen voi halutessaan myös näyttää omaisille, jotta hekin saavat saman ohjauksen kuin potilas ja näin ollen heidän on helpompi auttaa postoperatiivisessa vaiheessa kotona. (Kyngäs ym. 2007, 116-122.)

3.3.1 Preoperatiivinen vaihe

Preoperatiivinen vaihe sisältää leikkauspäätöksen, potilaan valmistautumisen leikkaukseen ja välittömät leikkausvalmistelut. Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas ja lääkäri tekevät päätöksen leikkauksesta. Lähetteen tekevä lääkäri voi olla joko kunnalliselta tai yksityiseltä puolelta. Lääkäri arvioi potilaan leikkaustarpeen ja leikkauksesta saadun hyödyn sekä mahdolliset komplikaatiot. Samalla arvioidaan kuntoutuminen ja sen onnistuminen. Lääkäri tekee leikkauksen vaatimat esitutkimukset, esim. verikokeet, kirjoittaa lähetteet tutkimuksiin ja

ohjaa miten pitkäaikaiset sairaudet saadaan hyvään hoitotasapainoon. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2012, 468.)

Preoperatiivisen vaiheen tärkeimpänä on potilaan valmistaminen leikkaukseen. Tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä yleiskunto, jolloin keho paremmin kestää leikkauksen aikaiset rasitukset. (Iivanainen 2012, 469.) Ennen leikkausta annettavan hoidon tavoite on vähentää komplikaatiota leikkauksen aikana ja nopeutta paranemista. (Ahonen ym. 99-100.) Potilaan kanssa käydään tuleva leikkaus läpi, ja ohjataan miten potilas voi valmistautua leikkaukseen odottaessaan leikkauksaika. Potilasta myös tuetaan ja rohkaistaan kysymään tulevasta toimenpiteestä ja askarruttavista asioista. Samalla kuunnellaan potilaan toiveita ja odotuksia. Tällä toiminnalla pyritään vähentämään potilaan mahdollista jännitystä ja pelkoa. (Iivanainen ym. 2012, 468.)

Jaana Laisi tutkii väitöskirjassaan, *From Home To Operation - a preoperative process* (2012), miten leikkauksen edeltävä prosessi ilman preoperatiivista anestesiologin arviointikäyntiä vaikuttaa leikkauksiin sekä leikkauksien peruuntumisiin. Peruuntumiset ovat epätaloudellisia ja haaskaa sairaalan resursseja. Aikaisempien tutkimusten mukaan peruutuksien syyt löytyvät yleensä potilaasta. Nämä syyt liittyvät potilaan leikkauksenkelpoisuuteen ja siihen ettei potilas enää tarvitse leikkausta tai että potilas ei saavu leikkauksyksikköön.

Laisin kirjoittaa (2012) että preoperatiivista anestesiologin arviointikäyntiä tarvitsevat ainoastaan potilaat joilla on yksi vakava sairaus tai useampia lieviä sairauksia. Mikäli potilas vaatii arviointikäyntiä, järjestetään hänelle sellainen. Laisin tutkimuksessa ilmeni, että peruutettuja leikkauksia, oli n. 4.5 %, kun tutkimukseen osallistui 12 205 potilasta. Aikaisemmin samat luvut olivat olleet jopa 26 %. Suurin osa (70%) peruutuksista johtuivat potilaista ja yleisin syy oli, ettei leikkausta enää tarvittu.

Leikkausta odottaessa potilas valmistautuu leikkaukseen. Tänä aikana potilaalla on hyvin aikaa huolehtia omasta terveydentilastaan. Hänen olisi hyvä huolehtia, että suuhygieniä on hyvällä tasolla. Mikäli potilas on yli- tai alipainoinen voi hän yrittää korjata mahdollisia ravitsemushäiriöitä ja tarvittaessa pyrkiä pudottamaan painoaan. Mikäli potilaalla on muita sairauksia, hoidetaan ne hyvälle hoitotasolle ennen leikkausta. Hyväksi on myös, jos potilas hankkii tietoa tulevasta leikkauksesta ja valmistautuu henkisesti tulevaan toimenpiteeseen. Lisäksi toivotaan, että hän hoitaa koti-, työ- ja muut asiat kuntoon. (Iivanainen 2012, 468.)

Ennen leikkausta hoitotyön tavoitteena siis on, että potilas on tietoinen tulevasta leikkauksesta ja sairaudestaan. Hän myöskin ymmärtää leikkausvalmistelujen tarkoituksen ja voimavarojensa mukaan osallistuu näihin. Tavoitteena on myös, että potilas tietää leikkauksen jälkei-

sen hoidon ja suhtautuu myönteisesti kuntoutukseen. Mikäli tarpeellista ohjataan myös apuvälineiden käyttö ja mahdolliset ylösnousutekniikat potilaalle ennen leikkausta. Tämä auttaa potilasta rauhoittumaan ja hän kokee, että on hyvässä yksilöidyssä hoidossa. (Iivanainen ym. 2012, 470.)

Hoitajan tulee ennen leikkausta tietää potilaan terveydentilasta tarvittavat tiedot. Nämä siksi että hän voi ehkäistä potilaan sairastumista infektioihin, ehkäistä komplikaatioiden syntyä ja lievittää kipua. Tavoitteena on myös kertoa potilaalle tulevasta toimenpiteestä ja poistaa potilaan ennakkoluuloja, pelkoja ja kuvitelmia ennen leikkausta. (Iivanainen ym. 2012, 471.)

Preoperatiivinen hoitokäynti tarkoittaa, että potilas tapaa sairaanhoitajan ennen toimenpidettä. Käynnin aikana luodaan yhteistyösuhde, kerätään tietoa, joka on tarpeellista perioperatiivisessa vaiheessa. Samalla voidaan antaa ohjausta ja tietoa potilaalle. Preoperatiivinen hoitokäynti vähentää postoperatiivista pahoinvointia, oksentelua ja leikkauksen jälkeistä kipulääkkeen tarvetta. Eli potilaat toipuvat nopeammin ja kotiutuvat aiemmin, kuin ne potilaat jotka eivät ole käyneet preoperatiivisellä käynnillä. (Iivanainen ym. 2012, 473.)

Jaana Vironen ja Ilkka Kunnamo kirjoittavat lääkäri-lehteen (36/2014) tutkimuksesta, jossa potilaat hoidetaan päiväkirurgisesti, ilman polikliinistä käyntiä. Kyseessä olivat perusterveet nivustyrä potilaat, jotka olivat menossa Jorviin leikkaukseen. Poliklinikkakäynnille ohjattiin ainoastaan potilaat, joiden leikkaustapa, anestesiaamuoto tai leikkauksen kelpoisuus edellytti erikoistuneen ryhmän arviota. Tällaisia olivat potilaat, joilla oli vaikeita perussairauksia tai uusiutunut tai molemminpuolinen tyrä. Muut potilaat ohjattiin jonosta suoraan leikkausyksikköön, josta jononhoitaja soitti heille ennen leikkausta.

Tutkimusajanjaksolla Jorvissa leikattiin 548 potilasta nivus- tai reisisyrän vuoksi, heistä 377 (69 %) päiväkirurgisessa yksikössä. Kaikille potilaille tehtiin lyhyt kysely leikkaukseen tulemisen sujuvuudesta. Päiväkirurgisesti hoidettavista potilaista 191 (50,7 %) tuli leikkaukseen pelkän lähetteen perusteella ilman poliklinikkakäyntiä. 139 (72,8 %) heistä vastasi kyselyyn, että olivat tyytyväisiä toiminnan sujuvuuteen ja tiedon saantiin. 18 potilasta (13 %), olisi kaivannut etukäteen enemmän tietoa, mutta silti heistä vain kolme olisi halunnut tulla leikkausta edeltävälle poliklinikkakäynnille. Potilailla oli mahdollisuus vastata myös vapaasti. Näistä vastauksista käy ilmi, että tietoa leikkauksesta ja sen tarpeellisuudesta ja varsinkin riskeistä olisi kaivattu enemmän tietoa jo etukäteen. (Vironen & Kunnamo 2014.)

Poliklinikka-ajat olisi hyvä säästää niille, jotka niitä todellakin tarvitsevat. Eroa suoraan leikkaukseen tulleiden ja poliklinikkakäynnillä olleiden potilaiden leikkausten peruutuksissa ei ollut. Potilaat joilla on selkeät oireet ja muuten ovat perusterveitä, sopivat hyvin ”yhden pysäkin kirurgiaan”. (Vironen & Kunnamo 2014.)

Välitön leikkaukseen valmistava hoitotyö alkaa, kun potilas saapuu leikkaavaan yksikköön, jolloin viimeistään suoritetaan tulohaastattelu. (Iivanainen ym. 2012, 470.) Potilaan tulohaastattelu on preoperatiivisen hoitotyön tärkeä osa. Tulokeskustelu voidaan käydä potilaan kanssa myöskin preoperatiivisella käynnillä tai puhelinsoitolla, mutta aikaisemmin käyty haastattelu ei ikinä korvaa leikkausaamun haastattelua, jossa voidaan käydä läpi potilaan vointi juuri ennen leikkausta. Tulohaastattelussa käytetään potilaan täyttämää esitietolomaketta. Keskustelussa sairaanhoitaja myös kertoo potilaalle leikkauksesta ja siitä toipumisesta. Tulokeskustelun perusteella laaditaan potilaalle hoitosuunnitelma. (Ahonen ym. 2014, 100.)

Potilaan ohjaus tapahtuu hoitoprosessin läpi. Ennen leikkausta hoitaja ohjaa potilasta leikkaukselpoisuuteen. Tässä ohjauksessa potilaalle annetaan tarkat tiedot ravinnosta olemisesta. Syömättömyys on aspiraatoriskin vuoksi tärkeää. Potilaan säännöllisistä lääkkeitä annetaan myös ohjausta, miten ne otetaan tai mahdollisesti tauotetaan. Ennen leikkausta potilaan tulisi käydä suihkussa, jotta iho on puhdas, kun tulee sairaalaan. Tämä minimoi infektioriskiä ja vähentää ihon bakteeripitoisuutta. Potilas ohjataan tulemaan sairaalaan ilman meikkiä, kynsilakkaa ja vahvoja hajusteita. Varmistetaan myös, että potilaan iho on ehjä ja hyvässä kunnossa. Mikäli iho on leikkauksialueella huonossa kunnossa, voidaan leikkaus joutua siirtämään. (Iivanainen ym. 2012.)

Sairaanhoitajan käsikirjassa ohjauksesta kirjoitetaan elektiivisen potilaan kohdalla että, hänen tulee olla syömättä kello 24 jälkeen ja juomatta kello 04 jälkeen (Sairaanhoitajan käsikirja 2008.)

3.3.2 Postoperatiivinen vaihe

Nielurisaleikkauksen jälkeisen hoidon tavoitteena on ehkäistä jälkivuoto nielurisojen poistokuopista sekä kurkkukivun lievittyminen niin, että potilas pystyy syömään ja juomaan sekä nukkumaan yöunet keskeytymättömästi. Leikkauksen jälkeen nielurisojen poistokuoppiin jää haavapinnat, joiden pinnalle kehittyvät nopeasti leikkauksen jälkeen vaaleat peitteet. Nämä peitteet irtoavat noin 7-10 päivän kuluttua leikkauksesta. Heti leikkauksen jälkeen potilaalla ei tyypillisesti ole jälkiverenvuotoa vaan verenvuotoa esiintyy vasta valkoisten peitteiden irtoamisen yhteydessä. Pientä verenvuotoa ns. veriviiruja syljen mukana saattaa esiintyä leikkauksen jälkeisinä päivinä, mutta jos verenvuoto on jatkuvaa, kirkasta sekä runsasta on syytä epäillä leikkauksen jälkeistä jälkiverenvuotoa. (Waenerberg & Koponen 2016.)

Jälkiverenvuotoa voidaan yrittää tyrehdyttää ohjaamalla potilas istumaan etukumaraan ja hänelle voidaan laittaa kylmäpakkaus niskan päälle ja potilas voi samalla imeskellä jääpaloja. Jos tämä ensiapu ei auta, niin voidaan leikatun nielurisan vuotava kohta hoitaa elektro-

kauterisaatiolla käyttäen yhdistettyä polttoimua tai diatermialaitetta. Sairaalassa ollessa nielurisaleikkauksen aikana ja jälkeen tavallisesti käytetään suonensisäisiä kipulääkkeitä, mutta hyvin nopeasti heräämövaiheessa päiväkirurgisten potilaiden pitäisi pärjätä lääkkeillä, joita he voivat käyttää myös kotonaan. (Waenerberg & Koponen 2016.)

Ennen kotiutumista päiväkirurgisen potilaan kotiuttamisen kriteerit tulee täytyä. Potilaan viitaalielintoiminnot tulee olla vakaat vähintään yhden tunnin ajan ennen kotiutusta. Potilaan tulee olla orientoitunut paikkaan ja aikaan sekä ymmärtää ja noudattaa saamansa ohjeistukset koti- sekä jatkohoitoon liittyen. Potilaan täytyy kyetä liikkumaan, istumaan sekä kävelemään. Leikkauksen jälkeen edellytetään myös sitä, että potilas on pissannut ennen kotiutumistaan sekä syönyt ja juonut niin, ettei pahoinvointia ole ilmaantunut. Potilaan kiputilanteen tulee olla hallinnassa ja hänen tulee pystyä kotona toteuttamaan kivunhoitoa. Potilaalla ei saa olla pahoinvointia eikä verenvuotoa leikkausalueelta. (Tuominen 2014.)

Toimeksiantajan työympäristössä leikatun aikuisen nielurisaleikkauspotilaan kotiutumiskriteerit ovat varsin samanlaiset yleisiin kotiutumiskriteereihin verrattuna. Keskimäärin nielurisaleikkauksessa ollut aikuinen potilas viettää heräämössä leikkauksen jälkeen ennen kotiutumista noin 3 tuntia. Kotiutumiskriteerien täytyttyä sairaanhoitaja käy läpi kotiin mukaan saatavat asiakirjat, jossa on toimenpidelääkärin sanelema epikriisi toimenpiteestä, tarvittavat reseptit, leikkauspäivänä tarvittavat kipulääkkeet, työhön tarvittavan sairaslomatoistuksen sekä kotihoito-ohjeen. Hoitajat voivat mahdollisuuksien mukaan käydä potilaan heräämövaiheessa läpi toipumista, kivunhoitoa sekä kotihoito-ohjeita, mutta kokonaisuudessaan ne käydään läpi vielä juuri ennen kotiutumista. (Aalo 2017.)

Sairaalassa jossa toimeksiantaja toimii nielurisapotilaita leikkaa kolme lääkäriä. Lääkäreillä on erilaisia tyyplejä leikata nielurisoja. Leikkauskokemukseen vaikuttaa myös anestesiaalääkärin lääkevalinnat. Osa kirurgeista laittaa nieluun puudutetta ja osa luottaa anestesiaalääkärin kivunlievitykseen. Anestesiaalääkäri määrää leikkauspäivän ja seuraavan yön lääkityksen potilaalle ja nämä lääkkeet potilas yleensä saa leikkausosastolta mukaansa. Nielurisaleikkauksen jälkeen kipulääkityksenä on tavallisesti Panadol tai Panacod ja/tai Burana. Tässä, kuten lääkärin kotiin kirjoittamissa resepteissäkin huomioidaan potilaalle sopimattomat lääkkeet, jotka on tarkistettu jo preoperatiivisella käynnillä. (Aalo 2017.)

Kotona toipumisajalle määrätään tyypillisesti Panacod- ja Burana-yhdistelmää. Kotiutusvaiheessa potilaalle vielä korostetaan sitä, että kipulääkitystä on tärkeää ottaa säännöllisesti ja riittävän pitkään. Voi olla, että potilas joutuu murskaamaan kipulääkkeet nielukivun takia. Kipulääkkeiden lisäksi ohjataan potilasta imeskelemään jääpaloja sekä kylmähoitoa kurkun päällä. Tärkeää on myös juoda tarpeeksi nielukivusta huolimatta, koska se oleellisesti vaikuttaa limakalvojen kuivuudesta johtuvaan kipuun. (Aalo 2017.)

Leikkauksen jälkeisinä päivinä voi ilmetä pientä lämmönnousua, mutta jos lämmönnousu jatkuu pitkään tai nousee kuume yli 38,5 C niin potilaan tulee ottaa yhteyttä leikkaavaan sairaalan. KNK-poliklinikkaan (ma-pe 8-14) tai tämän ajan ulkopuolella päivystävään yksikköön. Leikkauksen jälkeisinä muutamana päivänä saattaa ilmetä pientä verenvuotoa nielusta. Tämä on normaalia ja loppuu yleensä muutamassa minuutissa. Tässä vaiheessa voi pitää kylmäpussia niskan päällä. Jos verenvuoto on runsasta ja jatkuu yli 15 minuuttia kylmähoidosta huolimatta, tulee myös ottaa yhteys sairaalaan. Jos kipua on niin voimakasta kipulääkkeiden ottamisesta huolimatta, että potilaalla on vaikeuksia niellä nesteitä, tulee ottaa yhteyttä KNK-poliklinikalle. (Aalo 2017.)

3.3.3 Kivunhoito

Kipu mielletään epämiellyttäväksi kokemukseksi, joka liittyy kudonvaurioon tai kudonvaurion uhkaan. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 565). Kipu voi aiheuttaa fysiologisia haittoja, jotka vuorostaan voivat pidentää toipumisaikaa ja sairaalassaoloa. Kipu vaikuttaa sympaattiseen hermokudokseen, nostaa verenpainetta ja sykettä sekä lisää sydämen työmäärää ja hapenkulutusta. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010.)

Kipu heikentää potilaan elämänlaatua ja tämän vuoksi potilaan kokemaa kipua pitää hoitaa tehokkaasti. Kivun hoidossa arvioidaan kipua, mutta myöskin lääkkeen vastetta. Eli sitä, miten hyvin lääke hillitsee kipua. Kipulääkkeen haittavaikutuksia on myös seurattava. Kipulääke valitaan niin että kipu lievittyy parhaalla mahdollisella tavalla, ottaen huomioon, miten kipu syntyy ja miten voimakasta se on. Kipulääkkeet toimivat eri tavalla ihmisen kehossa, joko hillitsemällä kipuviestin kulkua tai vahvistamalla elimistön omaa kipua jarruttavaa toimintaa. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 565-566.)

Nielurisaleikkaus on hyvin yleinen leikkaus, mutta se koetaan varsin epämiellyttäväksi leikkaukseksi sen hankalan toipumisen ansioista. (Aalo 2017.) Kivunhoidon lähtökohtana on potilas ja hänen kokemansa kipu. Kirurgisen toimenpiteen aikana potilaan kudosta vaurioitetaan, josta voi esiintyä verenvuotoa, kipua ja turvotusta. Kirurgisen toimenpiteeseen liittyvä kipu häviää useimmiten kudonvaurion parantuessa. (Hotus 2013.)

Kaikkein yleisimmin käytettyjä lääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet. Tulehduskipulääkkeistä käytetään myös nimitystä NSAID (Non-steroidal anti-inflammation drugs). Tulehduskipulääkkeillä estetään välittäjäaineiden (prostanoidien) tuotantoa. Tästä johtuen saadaan kipua lievittävä (analgeettinen), kuumetta alentava (antipyreettinen) sekä tulehdusta parantava (anti-inflammatorinen) vaikutus. Tulehduskipulääkkeitä käytetään usein leikkauksen jälkeen, tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon sekä influenssaan ja päänsärkyyn. Ibuprofeeni, kauppa-

nimeltään esim. Burana, Ibumax, Ibumetin, on tavallinen tulehduskipulääke, jonka käyttötarkoituksena on kuume- ja kiputilat, nuhakuume, influenssan oireet, päänsärky, kuukautiskivut ja hammassärky. Ibuprofeenilla on pienillä annoksilla kipua lievittävä vaikutus ja isolla annoksilla tulehdusta parantava vaikutus. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 568-571.) Aikuisen vuorokautinen maksimiannos on 2400mg. Tavallinen kerta-annos on 400-800mg. (Käypä hoito 2015.)

Parasetamoli ei poista tulehdusta, vaikka sillä on kipua lievittävä ja kuumetta alentava vaikutus. Erityisen hyvä kipulääke se on astmaatikoille, vanhuksille ja lapsille sekä raskaana oleville ja imettäville. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 571.) Aikuisen päiväannos saa maksimissaan olla 4 g (4000mg), koska suuret annokset aiheuttavat maksatoksisuutta. Kerta-annos on postoperatiivisessa hoidossa yleensä 500-1000mg. (Käypä hoito 2015.) Parasetamolien vaikutus alkaa yleensä 30-60 minuutissa ja sen vaikutusaika on 4-6 tuntia. (Iivanainen & Syväoja 2013, 81.) Sallituilla annoksilla parasetamolilla on vähäisesti haittavaikutuksia. Lisäksi parasetamoli vaikuttaa tulehduskipulääkettä vähemmän maha-suolikanavaan ja munuaisiin. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 571.)

Kodeiini kuuluu opioideihin ja on heikosti riippuvuutta aiheuttava lääke. Se on aihiolääke, eli lääke joka muuttuu maksassa CYP2D6-entsyymien avulla morfiiniksi. Osalla suomalaisilla puuttuu kyseinen entsyymi kokonaan, jolloin kodeiini ei myöskään vaikuta kehossa. Valkoihoisesta väestöstä noin 10 prosentilla on kodeiinille puutteellinen metabolisoituminen. (Iivanainen ym. 2012, 767.) Maksassa olevan entsyymien esiintyminen vaikuttaa täten siihen miten nopeasti kodeiini vaikuttaa kehossa. Jos ihmisellä on nopea kodeiini metabolia, on myös lääkkeen vaikutus nopeampaa. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 573.)

Kipulääkkeissä kodeiini on yleensä yhdistetty joko ibuprofeeniin tai parasetamoliin. (Iivanainen ym. 2012, 767.) Panacod on parasetamolien ja kodeiinin yhdistelmävalmiste. Se on tehokas lääke, joka sopii akuutin kivun lyhytaikaiseen hoitoon. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 573.) Yhdistelmävalmisteessa kodeiinia on normaalisti 30 mg/tabletti/peräpuikko tai poretabletti. Kipulääkkeitä jotka sisältävät kodeiinia annostellaan usein niin että kodeiinin kerta-annos on 30-60mg. Lääkettä otetaan 1-4 kertaa vuorokaudessa. Kodeiinin sivuvaikutuksena esiintyy väsymystä, ummetusta sekä pahoinvointia ja oksentelua. (Iivanainen ym. 2012, 767.)

Kylmähoito vaikuttaa kudosten verenkiertoon ja voi lievittää kipua. Kylmä alentaa kudosten lämpötilaa jolloin aineenvaihdunta ja verenkierto hidastuvat. (Hotus 2013.) Kylmähoito aiheuttaa ihon tunnottomuutta hidastamalla hermoärsyksen johtumisnopeutta. (Iivanainen & Syväoja 2013, 83.) Kylmähoitoa voidaan käyttää monenlaisten kiputilojen ja turvotuksen hoitoon. Kirurgisten potilaiden hoidossa sitä käytetään sen lihasten, hermoston ja nivelvoidekal-

vojen aineenvaihduntaa hidastavan vaikutuksen takia. Kylmähoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi kylmäpakkauksina ja kylmäpyyhkeinä. Kylmäkäsitteilyn suositusaika on yleensä 20-30 minuuttia. Kylmähoidon etuina on sen edullisuus, tehokkuus ja turvallisuus. (Pohjolainen, 2009.)

4 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät

4.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyön alkukartoitus tehtiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Miten ja missä preoperatiivinen ohjaus tehdään?
2. Miten ohjausta voisi kehittää ja miksi sitä pitäisi kehittää?
3. Kenelle ohjaus tehdään ja mitä tietoa videoon pitäisi sisällyttää?

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, on tutkimus, jossa pyritään selvittämään ongelmaa ilman tilastollisia menetelmiä. Siinä pyritään syvälliseen ymmärtämiseen ilmiön kuvaamisella ja tulkinnalla. Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan yksittäistä tapausta, joka tutkitaan syvyyssunnassa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan yleensä prosesseja ja ihmisten kokemia tapahtumia. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija/tutkijat ovat suorassa yhteydessä tutkittavaan ympäristöön ja henkilöihin, menemällä kentälle haastattelemaan. Analyysi ei ole kvalitatiivisen tutkimuksen viimeinen vaihe, vaan ohjaa tiedonkeruuta ja tutkimusprosessia. (Kananen 2009, 18-19.)

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on löydettävissä tyypillisiä piirteitä. Kvalitatiivinen tutkimus tapahtuu luonnollisessa ympäristössä. Tutkimuksen aineisto kerätään asianomaisilta vuorovaikutussuhteissa, jossa tutkija on aineiston kerääjä. Tutkimusta tehdessä korostuu tutkittavien näkökulmat, näkemykset ja merkitykset. Koko kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on saada mahdollisimman moniulotteinen ja kokonaisvaltainen ymmärrys tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. (Kananen 2014, 18.)

Laadullisen tutkimuksen lisäksi tämä opinnäytetyö oli myös toiminnallinen opinnäytetyö. Sen tarkoituksena on tuottaa konkreettinen tuotos. Toiminnallinen opinnäytetyö on ammattikorkeakoulussa vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tehdään ammatilliselle kentälle esim. opasta, ohjetta tai ohjeistusta. Toteutustapa, eli muoto, voi olla opas, portfolio, tapahtuma, video tai näyttely jne. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.)

4.2 Aineistonkeruu menetelmät

Aineiston keruuvaiheessa määritellään mitä tietoa tarvitaan sekä miten ja mistä se saadaan. Laadullisessa tutkimuksessa ei voi päättää, että ensin kerätään aineistoja ja sitten analysoidaan, vaan tutkimus on vaiheittain etenevä kehä. Laadullinen tutkimus on aineistolähtöinen tutkimus, jonka oikea läpivieminen vaikuttaa tutkimuksen laatuun. Tiedonkeruu ja analyysivaihe liittyvät toisiinsa. Analyysi määrittelee, tarvitaanko lisää tietoa ja minkälaista tietoa tarvitaan. (Kananen 2008, 56-57.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä, olosuhteiden mukaisesti. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenomaisesti ja tapausta käsitellään ainutlaatuisena. Tiedonkeruussa suositaan ihmisen tietämystä ja annetaan hänen äänensä tulla esille. Tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen päämenetelmä on haastattelu. Haastattelu valitaan silloin kun halutaan saada syvempi ymmärrys ja tieto. Sitä käytetään myös silloin, kun kyseessä on tuntematon, tai vähän tutkittu alue. Haastattelu on tyyliltään joustavaa ja mikäli on tarpeen, voidaan myöhemmin palata takaisin ja esittää lisäkysymyksiä. Haastattelun etuna voidaan pitää, että ihmiset jotka ovat valikoitu mukaan, yleensä suostuvat haastateltaviksi. Haastattelun huonoja puolia ovat, että haastateltava voi antaa vääriä tietoja tai haastattelija voi ymmärtää haastateltavaa väärin. Haastateltavalla voi olla halu esiintyä ”hyvänä kansalaisena” jonka vuoksi hän pimittää tietoa. (Hirsjärvi ym. 2015, 205-206.)

Haastattelu on eräänlaista keskustelua, jossa haastattelijalla on ohjat, vaikka yleisesti ottaen molemmat osapuolet ovat samanarvoisia. Haastattelun tavoitteena on saada tutkimuksen kannalta kaikki tarvittavat tiedot. Puolistrukturoidussa haastattelussa on valmiit keskusteluaiheet, mutta itse haastattelun järjestys ja/tai muoto elää. (Hirsjärvi ym. 2015, 207-208.)

Haastattelu voidaan toteuttaa yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluna. Valinta riippuu aiheesta ja siitä ketä haastatellaan. Ryhmähaastattelu on tehokas tapa, jolloin saadaan samanaikaisesti tietoa monelta haastateltavalta. Ryhmähaastattelulla on sekä hyviä että huonoja puolia. Hyvänä puolena voidaan pitää se, että säästetään tutkijan aikaa ja vaivaa, saadaan aikaan keskustelua, joka auttaa haastateltavia esim. muistamisessa. Huonot puolet taas ovat, että ryhmähaastattelussa ryhmädynamiikka vaikuttaa vastuksiin. Ei ehkä uskalleta sanoa mitä oikeasti ajatellaan, ja haastateltavat voivat puhua toisensa päälle. Tämä on otettava huomioon analyysissa. Lisäksi voidaan huomata, että ajan ja paikan löytäminen kokonaiselle ryhmälle voi olla haastavaa. (Hirsjärvi ym. 2015, 210-211; Kananen 2014, 92.)

Haastattelussa käytetään usein tallentavaa teknistä välinettä. Tästä esimerkkinä sanelulaite tai digilaite. Välineiden toimivuus on varmistettava ennen haastattelua. Haastattelun litte-roinnissa otetaan huomioon äänenpainot, hiljaisuus, tauot jne. (Kananen 2014, 94.)

Aineiston keruuvaiheessa määritellään mitä tietoa tarvitaan sekä miten ja mistä se saadaan. Laadullisessa tutkimuksessa ei voi päättää, että ensin kerätään aineistoja ja sitten analysoidaan, vaan tutkimus on vaiheittain etenevä kehä. Laadullinen tutkimus on aineistolähtöinen tutkimus, jonka oikea läpivieminen vaikuttaa tutkimuksen laatuun. Tiedonkeruu ja analyysivaihe liittyvät toisiinsa. Analyysi määrittelee, tarvitaanko lisää tietoa ja minkälaista tietoa tarvitaan. (Kananen 2008, 56-57.)

Haastattelua varten laadittiin kysymyksiä, jotka selittävät miten preoperatiivinen ohjaus tällä hetkellä tehdään ja ketkä sitä suorittavat. Lisäksi se kuvaa mitä kehitettävää olisi ja mitkä ovat nykyisen toimintatavan vahvuudet. Haastattelulla oli tarkoitus selvittää kohderyhmä ja heidän mahdollisuuksia käyttää internet-pohjasta ohjausta.

Haastattelu suoritettiin kohdesairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla ja siihen osallistui kaksi hoitajaa sekä opinnäytetyön tekijät. Ennen haastattelua annettiin haastattelukysymykset haastateltaville, sillä aiheesta johtuen ei toivottu spontaaneja vastauksia, vaan harkittua tietoa. Haastateltavat olivat tutustuneet kysymyksiin ennakkoon ja huolella. Myös aika osoittaa, että kysymyksiin oli tutustuttu huolella, sillä vastaukset tulivat nopeasti ja itse haastatteluun meni 35 minuuttia. Aineistoa oli kuitenkin riittävästi, sillä asiat alkoivat toistua.

4.3 Otos

Kun suunnitellaan haastattelua, joudutaan ratkaisemaan, ketä haastatellaan, sekä missä ja milloin haastattelu tehdään. Tämä on otantaan liittyvä päätös. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tapausvalinta on harkinnanvaraista. Valitaan siis vastaajat sen perusteella, keneltä saadaan parasta tietoa. (Kananen 2014, 93.) Kvalitatiivisen tutkimuksen periaate ei ole löytää säännönmukaisuuksia, ja siksi aineistona voi olla yksi ihminen. Mikäli hänellä on tutkimusongelmaan katsottuna tarvittava tieto. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkimuskohdetta ja ympäristöä tai ilmiötä. (Hirsjärvi ym. 2015, 182.)

Kvalitatiivisen aineiston riittävyden kannalta voidaan todeta, että aineisto on riittävä, kun samat asiat alkavat toistua haastatteluissa. Ennalta ei kannata päättää monta haastattelua tehdään. Haastatteluja voidaan jatkaa niin kauan, kun saadaan tutkimusongelman kannalta tärkeää tietoa. (Hirsjärvi ym. 2015, 182.)

Mikäli tutkimukseen kohteena osallistuvat työntekijät, on muistettava, että ihmiset ovat erilaisia. Tutkimus voi epäonnistua, mikäli yhteistyö tutkijan kanssa puuttuu. Tutkimuksissa jossa muutetaan toimintaa, ei tutkija yleensä saa valita kohderyhmänsä. Tutkimuskohde tulisi olla mahdollisimman edustava. (Kananen 2015, 148.) Mikäli kohdetta ei valita satunnaisesti, niin puhutaan harkinnanvaraisesta valinnasta. Valinta täytyy perustua kyseiseen tutkimusongelmaan ja sen selittämiseen. Harkinnanvaraisessa valinnassa on usein kyse prosessien ja tapatumien ymmärtäminen. (Tilastokeskus 2016.)

Tässä opinnäytetyössä oli ennakkoon sovittu kohde, osastolla työskentelevät sairaanhoitajat. Heillä on toimeksiantajan mukaan paras mahdollinen ja tarvittava tieto tutkimusongelmasta. Kyseessä on siis harkinnanvarainen otanta, jossa kohteena on kaksi työntekijää.

4.4 Sisällönanalyysi

Analyysivaiheessa tutkijalle ilmenee, minkälaisia vastauksia hän saa tutkimusongelmaan. Tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten tekeminen. Tutkimusongelmat saattavat ohjata sitä, miten aineistoa käsitellään ja tulkitaan, sekä mitä menetelmiä ja analyyseja valitaan. (Hirsjärvi ym. 2015, 221.) Kerätty aineisto analysoidaan, eli käsitellään, analyysimenetelmällä. Laadullinen tutkimus aikaansaa paljon aineistoa, jonka tarkoituksena on vastata tutkimuskysymykseen. Tämä kerätty aineisto tiivistetään, jotta se voidaan analysoida. Käsittelyn ensimmäinen vaihe on litterointi. (Kananen 2014, 150.) Litteroinnissa haastattelusta tehdään tekstimuotoinen, kirjoittamalla se puhtaaksi sanasanaisesti. Litterointi voidaan tehdä koko aineistosta, tai teema-alueiden mukaan. (Hirsjärvi 2015, 222.)

Aineistosta etsitään ratkaisuja tutkimusongelmaan. Aineistosta etsitään toiminnan logiikkaa ja prosesseja, samanlaisuutta tai erilaisuutta, tyypillistä kertomusta tai selitystä ilmiölle. Tulokinnassa on kaksi ääripäätä, induktio tai deduktio. Deduktiossa yritetään löytää sellaista, jota on jo aikaisemmin löydetty. Deduktio ei siis tuo uutta tietoa, vaan yrittää saada vahvistusta jo olemassa olevaan ilmiöön. Induktio on deduktion vastakohta. Induktiossa ei ole mitään oletuksia tai odotuksia. Siinä katsotaan mitä tietoa aineisto tuo. Induktiota kutsutaan myös aineistolähtöiseksi lähestymistavaksi. Deduktio on teorialähtöinen. Täysin puhdasta induktiivista tapaa ei ole, sillä kaikesta jo olevasta tiedosta ei voi päästä eroon. (Kananen 2014, 110.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Induktiivisen analyysin voi jakaa kolmeen vaiheeseen: pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Haastattelut kuunneltiin ja litteroitiin, eli kirjoitettiin auki sana sanalta. Tämän jälkeen haastattelu luettiin läpi ja perehdyttiin sisältöön sekä etsittiin pelkistettyjä ilmaisuja. Nämä ilmaiset listattiin ja etsittiin samankaltaisuutta ja erilaisuutta. Pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin alaluokkiin, jotka taas yhdistettiin yläluokiksi. Viimeiseksi yhdistettiin yläluokat ja muodostettiin käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.)

5 Tulokset

5.1 Pääluokat ja sisällönanalyysin tulokset

Aineistoa käsiteltäessä tehtiin tekstiin koodausmerkintöjä eri väreillä. Aineistolähtöisesti muodostuneita pääluokkia olivat työn suunnittelu, (taulukko 2), vuorovaikutus (taulukko 3), muutoksiin sopeutuminen (taulukko 4), toimintatavan kehittäminen (taulukko 5), lääkkeiden tauottaminen ja lääkkeiden tärkeys kivunlievityksessä (taulukko 6), kustannustehokkuus (taulukko 7), kohderyhmä (taulukko 8), tottuneita internetkäyttäjiä (taulukko 9), potilasohjaus videota käyttäen (taulukko 10) ja ohjeistus leikkauksen jälkeen (taulukko 11).

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetty	Pääluokka
Ja aikaa menee ennen ku tuollainen lo- make on käyty.	Työskentelyssä kestää	Työn suunnittelu
Niin niin kyllä ja ohjelmoidaan tuonne erikseen muuta että..sit siin menee aikaa ..tosi paljon.	Aikaa vievää työvaihe	
Se mikä siinä on ongelma on se aika on liian lyhyt.	Liian lyhyt aika ongel- mallinen	
Tai aika pitäisi olla pidempi.	Liian lyhyt aika ongel- mallinen	

Taulukko 2 Työn suunnittelua induktiivisella sisällönanalyysillä

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetty	Pääluokka
Meillä on osalla lääkäreit odottaa niin kauan että tästä potilas on lähtenyt....	Miten lääkärit työs- kentelevät	Vuorovaikutus
..tekee niin et ottaa jo uuden ja sit voi olla niin et sul alkaa oleen niin ku jo- nossa potilaita tähän.	Miten töitä tehdään	
Ku meil on se tilanne että noissa on kah- denkymmenen minuutin välein noi poti- laat, niin hehän tulee tähän haastatte- luun, niin sitten painaa jo sitten seu- raava potilas päälle...	Hoitajien työskentely, ajan rajallisuus	

No siis sairaanhoitajalla kato, jos aika on 20 minuuttia, niin useimmiten ja hän on osan aikaa lääkäriellä niin eihän meillä sitten ole...	20 minuuttia josta suurin osa lääkäriellä	
Kun tänäänkin oli sellainen päivä kun tuli pari päivystyspotilasta tohon väliin niin...aikamoista haipakkaa.	Yllättävä muutos päivään	

Taulukko 3 Vuorovaikutusta induktiivisella sisällönanalyysillä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty	Pääluokka
Että meil oli muutama vuosia sitten niin et leikkausosasto järjesti tän preoperatiivisen puolen, mut sit he ilmotti että te alatte tekee sen täällä poliklinikalla. Et sielhän oli sit hyvin aikaa...	Muutos työtavassa	Muutoksiin sopeutuminen
Ainoastaan meillä tulee jonkin verran peruutusajoja, jotka tulee 1-5 vuorokautta aikaisemmin, jos potilaalla on sairastunut flunssaan tai kuumetautiin niin silloin sitä ei voi tehdä...	Peruuksia voi tulla potilaan sairastuessa	
Niin semmosissa tapauksissa se tietysti sitten puhelimitse kerrotaan...	Puhelinohjaus peruutuksissa	

Taulukko 4 Muutoksiin sopeutumista induktiivisella sisällönanalyysillä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty	Pääluokka
Mehän itse asiassa annetaan usein semmonen niin ku ajanvaraus kirje hänelle, miss lukee ajanvaraus yhteystiedot kehen voi ottaa jos tulee jotain kysyttävää tai kerrottavaa. Niin siihe vois sellase linkin laittaa. Mistä voi katsoa.	Ajanvarauskirjeeseen voisi lisätä videon internetosoite.	Toimintatavan kehittäminen
...et sitä me vähän ollaan mietitty et miten se vois meitä hyödyntää niin tässä. Että oisko niin sitten että potilas ensiks tulee tähän ja ja katotaan ne lääkkeet ja ja esitietolomake käydään läpi.. meniskö hänen siinä vaiheessa katsomaan vaiks tohon aulaan. Mut sit kun monet on työkäsi, niin heil on kauhee kiire..	Miten videota voisi hyödyntää työssä, ja miten se toimisi.	
...onhan aina kaikessa kehitettävää..	Kehitettävää on.	
Niin..ja tässä on just näit perusasioita ja muuttunut niin että öööh...hoitovaraaja ilmottaa toimenpidepäivän kirjeitse ja siin on toimintaohjeet sitte sitä leikkauspäivää nähden. Leikkausosasto lähettää tekstiviestin, ennen sitä monesko hän saapuu sit tänne sairaalaan..	Toimintaohjeet lähetetään kirjeitse samalla kun lähetetään leikkauspäivämäärä. Aika jolloin saapua sairaalaan ilmoitetaan päivää aikaisemmin.	
Ja se tulee edellisenä päivänä se ilmoitus..kirjeessä ei oo mitään kellonaikaa koska sairaalaa saavutaan.	Kirjeessä ei ole kellonaikaa, se ilmoitetaan päivää aikaisemmin.	

Taulukko 5 Toimintatavan kehittämistä induktiivisella sisällönanalyysillä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty	Pääluokka
...sitten jos ois esimerkiks joku primaspan lääke niin että se pitää tauottaa viikkoa aikaisemmin...	Lääkkeet pitää tauottaa, jos vaikuttaa leikkaukselle.	Lääkkeiden tauottaminen ja lääkkeiden tärkeys kivunlievityksessä
...et just kaikista kivunhoidosta, et se mitä me just XXX:n kanssa juteltiin että meille tulee tosi paljon puheluja tänne hoitajalle siitä että..ööh..noin viikon kuluttua leikkauksesta niin he on tosi kipeitä ja mitä nyt kun ei, ei niin ku vaan menee kipeemmäksi ja kipeemmäksi..Niin se kivunhoito ois tosi tärkeä siinä videossa...	Hoitajille tulee paljon puheluja, sillä kipu alkaa ja pahenee viikon kuluttua. Kivunhoito on tärkeää.	
Ja just se lääkitys sitten, kipulääkkeitä et mikään muu ei sitä kipua vie pois kun se särkylääke, tietysti kylmät juomat ja tällaset mutta ne ei riitä.	Otettu särkylääke on ainoa joka auttaa.	
Ja niin ku sellane vähän niin ku erityis maininta et se todella, kurkku on kaks viikkoa kipee.	Kipua on kahden viikon ajan.	
...noin viikon kuluttua niin se on sitten kipeä..jotenkin se yllättää niitä se kivun voimakkuus.	Myöhäinen kivun kehittyminen yllättää potilaan.	

Taulukko 6 Lääkkeiden tauottaminen ja käyttö induktiivisella sisällönanalyysillä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty	Pääluokka
...tyhjiä aikoja ei leikkauksella voi olla.	Peruutetun tilalle on saatava uusi potilas	Kustannustehokkuus
..peruutusaikoja, jotka tulee 1-5 vuorokautta aikaisemmin, jos potilaalla on sairastunut flunssaan tai kuumetautiin niin silloin sitä ei voi tehdä...	Peruutusaikoja potilaan sairastuessa	

Taulukko 7 Kustannustehokkuutta induktiivisella sisällönanalyysillä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty	Pääluokka
Lämpimämmin kohtaaminen että ku se on XXX sairaala niin..	Toimeksiantajan sairaala tärkeä maininta	Kohderyhmä
Oishan se ihan hyvä asia.	Asian tärkeys	

Taulukko 8 Kohderyhmää induktiivisella sisällönanalyysillä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty	Pääluokka
...20-40 vuotiaita keskimäärin	Nuoria aikuisia	Tottuneita internetkäyttäjiä
...ku on teillä nämä aikuiset...	Kohderyhmä	
..et ei vanhuksia.	Rajaaminen	

...muutenkin noita perusterveitä että niin ei ole se ongelma et olisi paljon lääkkeitä tai muuta...koska on nuorta väkeä.	Perusterveitä potilaita iästä johtuen	
---	---------------------------------------	--

Taulukko 9 Tottuneita internetkäyttäjiä induktiivisella sisällönanalyysillä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty	Pääluokka
Kaikki menee ohi. Eli, eli, niin ois helpompi kotona, katsastaa tä uudelleen.	Käsiteltävät asiat eivät jää muistiin vastaanotolla	Potilasohjaus videota käyttäen
Yleensä ne kysymykset tulee sitten siellä kotona sitten.	Kysymykset heräävät myöhemmin	

Taulukko 10 Potilasohjaus videota induktiivisella sisällönanalyysillä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty	Pääluokka
Mutta kahen viikon liikunta, siis urheilu-kieltohan se on..	Liikuntakielto kaksi viikkoa leikkauksesta	Ohjeistus leikkauksen jälkeen
Normaalisti saa kävellä tietysti mutta ei muuta just sen jälkivuodon takia mikä siin yleensä noin viikon kohdalla voi olla.	Voinnan mukainen kevyt liikunta sallittua	
Ja siihenhän, ku siin on se kahen viikon sairasloma niin se on se lepo hirveen tärkeä..	Lepo on tärkeä leikkauksen jälkeen. Sairausloma on 2 viikkoa.	
..tietysti kylmät juomat ja tällaset...	Kylmät juomat helpottavat oloa	
.. jos tulee jotain erityistä niin soita tähän..	Kysymysten herätessä soita sairaalaan	

Taulukko 11 Ohjeistus leikkauksen jälkeen induktiivisella sisällönanalyysillä

5.2 Ohjausvideo

Ohjausvideon sisältö valikoitui tehdyn haastattelun ja muun tiedonkeruun pohjalta. Ohjausvideon haluttiin koota tietoa, jota potilas voi tarvita odottaessaan leikkausta sekä toipuessaan leikkauksesta kotonaan. Koska odotusaika leikkaukseen voi olla pitkä, on mahdollista, että potilas on unohtanut hänelle kerrotut asiat toimenpiteeseen liittyen. Haastattelussa tuotiin esille, että potilaalla herää kysymyksiä toimenpiteestä vasta kotona.

Ohjausvideon tekovaiheessa tekijöille ei ollut selvillä missä vaiheessa ohjausprosessia ohjausvideota käytetään. Sen näyttäminen poliklinikalla preoperatiivisen ohjauksen yhteydessä vaatisi todennäköisesti koko ohjausprosessin muokkaamista. Aineistosta kävi ilmi, että preoperatiiviseen käyntiin varattu aika koetaan monella tavalla rajalliseksi. Koettiin ettei aikaa ole riittävästi ja että myöskin lääkäreiden erilaisten työskentelytapojen kanssa voi ilmetä

haasteita. Käyntiin on varattu 20 minuuttia, josta osa käytetään lääkärin vastaanotolla. Lisäksi poliklinikalle otetaan päivystyspotilaita, jolloin suunniteltu aikataulu muuttuu. Ohjausvideon kannalta tieto on tärkeä, sillä ohjausvideolla voidaan kehittää preoperatiivista ohjausta. Lisäksi ohjausta voidaan yhtenäistää videon avulla.

Ohjausvideon käsikirjoitusvaiheessa materiaali jaettiin osiin niin, että ensimmäiseksi videoon tuli esipuhe, jossa potilas toivotettiin tervetulleeksi sairaalaan. Haastattelussa tuli ilmi toive siitä, että videon haluttiin olevan kohdennettu juuri toimeksiantajan ympäristöön. Toisessa osiossa potilaalle kerrotaan valmistautumisesta leikkaukseen sekä ohjataan saapuminen sairaalaan leikkauispäivänä. Potilaan huolellinen ja oikeanlainen valmistautuminen leikkaukseen koettiin haastattelussa tärkeäksi, koska leikkaussali ei saisi seistä tyhjillään. Tärkeimpinä osiina leikkaukseen valmistautumisessa pidettiin sitä, että potilas ymmärtää toimia ravinnottomuusohjeiden mukaan, ottaa suunnitellut lääkkeet oikein sekä tietää minkälaisista asioista hänen tulee olla yhteydessä leikkaavaan yksikköön ennen toimenpidettä.

Kolmannessa osiossa käsiteltiin leikkauksen jälkeistä aikaa. Tärkeimmän roolin leikkauksen jälkeisessä osiossa muodosti kivun hoito. Kivunlievityksellä on erittäin tärkeä osa nielurisapotiilaan postoperatiivisessa hoidossa. Paitsi että kivunhoito on tärkeää potilaan elämänlaadun vuoksi ja toipumisen vuoksi, on se myös hoitajia työllistävä asiahaara. Varsinkin postoperatiivinen kipu ja siihen liittyvät puhelut ja neuvonnat työllistävät hoitajia. Ohjausvideoon siis haluttiin, että kivunlievitystä painotetaan ja kerrotaan miten potilas voi itse omalla toiminnallaan vaikuttaa kivunhallintaan. Tärkeää oli myös kertoa missä tilanteissa tulee viipymättä ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköön tai päivystykseen.

Analyysin kautta kerätyn aineiston perusteella käytiin kuvaamassa sairaalassa ja ohjausvideolle tehtiin ensiksi suomenkielinen käsikirjoitus. Käsikirjoituksessa otettiin huomioon analyysissä esiin tulleet tärkeät asiat. Äänensävyllä ja kuvilla suunniteltiin painotettavan tärkeimpiä asioita.

Videon tekemisessä käytettiin Pinnacle Studio 20 ohjelmaa. Ohjausvideon käsikirjoitus tehtiin analyysin perusteella, ottaen huomioon, että teksti olisi helposti ymmärrettävä ja että se olisi yleiskielellä. Suomenkielinen käsikirjoitus hyväksyttiin osastonhoitajan ja ylilääkärin toimesta, jonka jälkeen teksti käännettiin ruotsiksi.

Tämän jälkeen alkoi itse videon mekaaninen tekeminen. Ohjelmassa käsiteltiin useita eri raitoja samaan aikaan. Kuville ja videolle oli oma raita, liikkuvalla tekstille, sekä äänelle oli omat raidat. Tehdessä kaksi eri kielistä videota, piti ottaa huomioon, että äänen ja mahdollisen tekstin oli oltava lähes samanpituisia molemmilla kielillä. Molemmissa videoissa käytettiin samaa videota pohjana.

Analyysissä selvisi, että hoitajien mielestä olisi hyvä, jos ohjausvideo olisi suunnattu nimenomaan kohde sairaalaan tuleville potilaille. Koska kohderyhmänä on aikuiset nielurisapotilaat, jotka ovat tottuneita tietokoneen käyttäjiä niin internetissä löytyvä video koettiin käyttökelpoiseksi. Käyttäjystävällisempää on, että ohjausvideo on helposti löydettävissä ja kohdennettu juuri heille.

6 Arviointi

Arviointi on tärkeä osa toiminnallista opinnäytetyötä, ja se on myös osa oppimisprosessia. Ensimmäisenä arvioidaan työn idea. Tähän luetaan aihepiiri, ongelman kuvaus, asetetut tavoitteet sekä teoreettinen viitekehys, tietoperusta ja kohderyhmä. Tavoitteiden saavuttaminen on tärkein osa toiminnallisessa opinnäytetyössä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154-155.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää ja tehostaa potilasohjausta. Yhtenäistäminen on mahdollista hyödyntäen video-ohjausta, jolloin jokaiselle annetaan samaa tietoa leikkauksesta, eikä ole eroa kuka preoperatiivisen käynnin pitää. Varsinkin ruotsinkielisille potilaille voidaan videon avulla taata samaa ohjausta, kuin suomenkieliselle potilaalle.

Potilasohjausta voidaan tehostaa näyttämällä ohjausvideota preoperatiivisella käynnillä. Ohjausvideo säästää aikaa ja sillä voidaan sujuvoittaa ohjauskäyntiä. Hyvä leikkausvalmistelu varmistaa leikkauksekelpoisuuden, joka vähentää peruutuksia ja parantaa tehokkuutta.

On tavallista ja usein tarpeen kerätä jonkinlainen palaute toimeksiantajalta omien arviointien tueksi. Näin toimiessa arviointi ei jää subjektiiviseksi. Palautteessa voi pyytää kommentteja esim. ohjeistuksen/videon käytettävyydestä ja toimivuudesta, mutta myös visuaalisuudesta ja luotettavuudesta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157-158.)

Arviointilomakkeella kerättiin mielipiteitä ohjausvideon onnistumisesta. Arviointiin osallistui neljää toimeksiantajan valitsemaa hoitajaa. Arviointilomakkeessa (liite 5) pyydettiin arviointia videon ulkoasusta, selkeydestä sekä hyödynnettävyydestä. Arvioinnit suoritettiin nimettöminä. Arvioinnit tehtiin asteikoilla 1-5, jossa 1 on kehitettävä ja 5 erinomainen. Tulokset on avattu taulukossa 12.

Arvosana	1 Kehitettävää	2 Jonkin verran kehitettävää	3 Melko hyvä	4 Hyvä	5 Erinomainen
----------	-------------------	---------------------------------	-----------------	-----------	------------------

Videon ulkoasu				2 kpl	2 kpl
Videon selkeys				1 kpl	3 kpl
Videon hyödynnettävyys				2 kpl	2 kpl

Taulukko 12 Videon arvioinnin tulokset

Numeraalisten arvioiden lisäksi saatiin avoimia kommentteja ohjausvideosta. Video koettiin etenevän sujuvasti ja loogisessa järjestyksessä. Puhe oli rauhallista ja äänenlaatu hyvää. Koettiin että tärkeät ja olennaiset asiat tulivat hyvin esille. Myös hyödynnettävyys hoitotyössä koettiin erinomaiseksi.

Kommenteissa oli myös kehittämisehdotuksia koskien videon toteutusta, muun muassa kuvakulmasta ja etäisyydestä. Lisäksi videoon olisi toivottu yhteystietoja päivystysaikana.

6.1 Etiikka ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen peruskysymys on tutkimustulosten luotettavuus. Tämän lähtökohtana on, että tutkimus on tieteellinen. Tämä tarkoittaa, että on käytetty tieteellistä tiedonkeruuta ja analyysimenetelmää. Oikeat menetelmät valitaan tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten perusteella. Riittävän tarkka dokumentointi on perusedellytys luotettavuustarkastukselle. (Kananen 2014, 153.)

Yksi luotettavuuden kulmakivistä on aineiston riittävyys. Tutkimusaineistoa pitäisi olla tarpeeksi paljon, mutta määrää tärkeämpää on aineiston laatu. Aineisto joka ei vastaa tutkimusongelmaa ei ole luotettava. Lisäksi tutkijan on oltava objektiivinen. Tällä tarkoitetaan sitä, ettei tutkija voi valita käytettävää aineistoa, tai muokata sitä, niin että se tukee tutkimustuloksia. Tutkijan objektiivisuus tarkoittaa myös, ettei hän sotke omia oletuksiaan, mielipiteitä tai luulojaan tukintoihin tai tutkimustuloksiin. Laadullisessa tutkimuksessa on muistettava, että samasta aineistosta voidaan saada erilaisia tuloksia, muuttamalla tutkimuskysymystä ja sen määrittelyä. (Kananen 2014, 154.)

Tutkimuksessa on käytetty tieteellistä aineistonkeruuta ja tutkimusaineistoa oli riittävästi ja se vastaa tutkimusongelmaa. Tutkijat ovat olleet objektiivisiä ja raportointi tutkimuksen toteuttamisesta on tarkkaa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka raportointi tutkimuksen toteuttamisesta. Raportointi koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Haastatteluun käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät sekä olosuhteista kerrotaan selvästi ja totuudenmukaisesti. Ei pidä

myöskään unohtaa mahdolliset virhetulkinnat tai tutkijan itsearviointi haastattelutilanteessa. Laadullisen tutkimuksen analyysissa keskeisenä on luokittelu. Luokittelujen perusteet ja syntyminen tulisi näkyä. Tulosten tulkinnassa tulisi noudattaa samaa tarkkuutta. On siis kerrottava millä perusteella tulkintoja esitetään ja mihin päätelmä perustuu. (Hirsjärvi ym. 2015, 232-233.)

Jotta tutkimusta voitaisiin käyttää työssä, on arvioitava, onko tutkimus eettisesti ja luotettavasti tehty. Eri tutkimusvaiheissa on erilaisia eettisiä vaatimuksia ja tutkittavilla on oikeuksia, joita pitää tarkastella. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 361.)

Suomessa on tutkimuseettinen neuvottelukunta, joka on laatinut hyvän tieteellisen tutkimuksen ohjeet. Tutkimusetikkaa ohjaa myös lainsäädäntö, sairaanhoitopiirien eettiset toimikunnat, asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta sekä tutkimusyksiköiden omat eettiset tutkimusluvut. Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Siinä käytetään tieteellisesti ja eettisesti kestäviä menetelmiä niin tiedonhankinnassa, tutkimuksessa, raportoinnissa että arvioinnissa. Tutkimustulosten julkaisemisessa noudatetaan avoimuutta. Tukijoiden asema, oikeudet, vastuu ja velvollisuus määritellään. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 364-365.)

Tutkimuskohteen valintaan liittyy eettisiä kysymyksiä, kuten mitä ja minkälaisia päämääriä tutkimuksella on, ja mitä ne edistävät. Lisäksi pohditaan mitä tutkitaan ja mitä jätetään ulkopuolelle. Valinta ilmenee tutkimusongelman ja tutkimustehtävän rajaamisessa. Lähtökohtana voidaan pitää, että tutkittava asia on tieteellisesti perusteltu ja mielekäs. Tutkimusaihe ja tutkimusongelma eivät saa olla loukkaavia, eivätkä ne sisällä väheksyviä oletuksia potilas- tai ihmisryhmistä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366.)

Tutkimuksen tietolähteiden valintaan vaikuttaa tutkimusongelma. Eli mihin kysymykseen halutaan saada vastaus. Tutkimuslähteiden valinta on tärkeä tutkimuksen luotettavuuden kannalta, sillä tutkimuslähde voi ohjata tutkimustuloksia. Pyritään siis valitsemaan tietolähteet niin, etteivät aiheuta haittaa tutkimukselle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 367.)

Tutkimus on eettisesti ja luotettavasti tehty. Tutkimukseen osallistuneet haastateltavat osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Heille annettiin tietoa tutkimuksesta ennen tutkimusta ja haastattelun aikana. Haastateltavien henkilöllisyys on salattu poistamalla nimet literoinnista ja ennen sitaatin käyttämistä kirjallisessa työssä.

Tutkimusongelma johdattaa päättämään aineistokeruun menetelmiä. Mikäli tutkitaan ihmisiä, on luotettavuuden kannalta tärkeää, että tutkittavat ovat yhteistyöhaluisia. Kerätessä tutki-

musaineistoa on muistettava, että tutkittavalla on oikeus siihen, että häntä kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. Hänellä on oikeus saada tietoa tutkimuksesta ennen aineistonkeruuta, sekä sen aikana. Hänellä on oikeus esittää selventäviä kysymyksiä ja olla anonyymi koko tutkimuksen ajan. Lisäksi hänellä on oikeus saada tutkimustulokset ja keskeyttää tutkimus, mikäli niin haluaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368.)

Hoitotyöntekijällä on tutkimuksen kohteena samat oikeudet kuin potilaallakin. Hänen on annettava suostumuksensa tutkimukseen. Terveystieteiden tutkimusluvan saaminen edellytyksenä ovat, että tutkittavien oikeudet toteutuvat. Tämä edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyä. Eri organisaatioissa on erilaisia ohjeita ja lomakkeita. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 369.)

Videon kuvaamista varten oli lupa toimeksiantajalta. Hoitohenkilökuntaa tai potilaita ei ole kuvattu videomateriaalia varten.

Tutkimusaineiston analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ottaen huomioon koko aineisto. Ja jotta tutkimustulosta voisi käyttää omassa työssä, on ensin arvioitava, onko analyysi luotettava. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 369.) Tutkimustulosten on oltava lähtöisin tutkittavilta, eli tulokset ovat aitoja ja objektiivisia. Tulokset eivät saa olla tutkijan omia mielipiteitä tai asenteita. Tutkijan on valittava tutkimusmenetelmä niin että se tukee tutkimusongelman ratkaisua ja kaikki menetelmät on dokumentoitava. (Kananen 2008, 56.)

Tutkimustulokset annetaan arvioitavaksi julkaisulla. Julkaiseminen on edellytys tieteen kehittymiselle. Tutkimustulokset voidaan julkaista suullisesti seminaareissa, koulutustilaisuuksissa sekä tieteellisissä kongresseissa. Tuloksien julkaisemiseen osallistuvat ne, jotka ovat tutkimuksen tehneet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 369.)

6.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä preoperatiivinen ohjausvideo aikuisille potilaille, jotka ovat menossa elektiivisesti nielurisaleikkaukseen. Tavoitteena on tehostaa ja yhtenäistää preoperatiivista ohjausta. Teoria osoittaa, että pre- ja postoperatiivisesta ohjauksesta on hyötyä ja merkitystä potilaan valmistautuessa leikkaukseen sekä kuntoutuessa leikkauksesta. Kivunlievitys on potilaan elämänlaadun kannalta tärkeää ja nopeuttaa toipumista. (Saano & Taam-Ukkonen, 2014.)

Tutkimusongelman näkökulmasta saatiin tarvittava tieto vastaamaan kysymyksiin missä ja miten potilasohjausta annetaan. Sairaalassa, jossa toimeksiantaja toimii, preoperatiivinen ohjaus tehdään korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla ja postoperatiivinen ohjaus tapahtuu

leikkausosastolla. Aineistossa ilmeni, että postoperatiivista kivunlievitystä on tärkeä painottaa jo preoperatiivisesti. Ohjausvideon yhdistettiin potilaanohjaus molemmilta osastoilta. Postoperatiivisesta ohjauksesta saatiin tieto henkilökohtaisella tiedonannolla. Haastatteluja olisi voinut harkita molempiin osastoihin, jolloin aineisto olisi voinut olla vielä laajempi.

Ohjausvideon kohderyhmänä oli aikuiset potilaat, jotka tulevat nielurisaleikkaukseen. Video on kohdennettu juuri kohdesairaalaan tuleville. Nielurisapotilaille on jo olemassa toinen ohjausvideo, jonka hakuohjeet löytyvät ajanvarauskirjeestä. Nykyisessä ajanvarauskirjeessä on siis pelkkä ohje, miten videoita voidaan hakea googlen ja YouTuben kautta. Olisi hyvä, jos kokonainen internetosoite löytyisi ajanvarauskirjeestä.

Vastaavia ohjausvideoita nielurisaleikkaukseen meneville siis löytyy internetistä, mutta kohdesairaalaan kohdennettuja tai ruotsinkielisiä videoita aikuisille ei ole. Koska vieraskielisiä potilaita on enenevässä määrin, voisi ohjausvideon tehdä myös englanniksi.

Jotta video auttaisi ohjauksen yhtenäistämässä ja säästäisi resursseja, tulisi se näyttää potilaalle preoperatiivisella käynnillä. Tämän mahdollistamiseksi pitäisi ehkä kehittää uutta toimintatapaa ja muuttaa nykyisiä käytänteitä jatkotutkimuksella ja juurruttamisella. Kuten arvioinnissa tuli ilmi kokevat hoitajat saavansa hyötyä videosta ja se saatetaan ottaa käyttöön preoperatiivisella käynnillä.

Tässä opinnäytetyössä haastateltiin hoitajia ja saatiin hoitajien näkemys potilaan ohjauksesta, mutta jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista tehdä tutkimus samasta aiheesta potilaiden näkökulmasta.

Virosen ja Kunnamon (2014) artikkelissa tuli esille, että preoperatiivista käyntiä ei välttämättä tarvita. Heidän tutkimuksessa poliklinikka käynnille kutsuttiin ainoastaan potilaat, joilla on vaikeita perussairauksia tai muita leikkaukseen vaikuttavia asioita. Kun potilas saapuu leikkaavaan yksikköön, suoritetaan hänelle tulohaastattelu. Tätä haastattelua ei voi korvata preoperatiivisella käynnillä. Tämä antaa uusimman tiedon potilaan voinnista. (Ahonen ym. 2014, 100.) Voisiko ajatella, että aikuiset perusterveet nielurisaleikkauspotilaat eivät tarvitsisi poliklinikkakäyntiä ennen leikkausta?

Nielurisaleikkauksen jälkeinen kipu koetaan haastavaksi, sen aaltoilevuudesta johtuen. Juuri erityispiirteensä vuoksi kivunlievitystä toivotaan painotettavan jo preoperatiivisella käynnillä. Tämä toimii kenties osasyynä siihen, että preoperatiivinen käynti on aiheellinen nielurisaleikkaukseen saapuvalle. Jatkossa voisi tutkia potilaan näkökulmaa preoperatiivisen käynnin tarpeellisuudesta.

Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Erkola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. Helsinki: SanomaPro.

Duodecim. 2007. Lääketieteen termit. Porvoo: WS Bookwell.

Eloranta, T. Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-7. painos. Helsinki: WSOYpro Oy

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2012. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistää. Helsinki: Sanoma Pro.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisestä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M., Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: SanomaPro.

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

Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO) - a preoperative process. Helsinki: Helsinki University.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: SanomaPro.

Lukkari, L., Kinnunen, T., Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY pro.

Pohjolainen, T. 2009. Kylmähoito. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sairaanhoitajan käsikirja. 2008. HUS, HYKS Gastroenterologisen ja ylesikirurgian klinikka. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Edita.

Sand, O., Sjaastad, Ö., Haug, E., Bjålie, J. Toverud, K. 2013. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Helsinki: SanomaPro.

Saano, S., Taam-Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilka, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

Vironen, J., Kunnamo, I. 2014. Yhden pysähdyksen kirurgia nivustyräleikkauksissa. Lääkäri-lehti. 36/2014, s. 2209 - 2213.

Sähköiset lähteet

Aalo, E. 2017. Leikkausosaston tiedote. S-posti 9.8.2017. Tulostettu 10.8.2017.

Hotus. 2013. Aikuspotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Viitattu 29.8.2017. <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/aikuspotilaan-kirurgisen-toimenpiteen-jalkeisen-lyhytkestoisen-kivun-hoito>

Hotus. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastoll. Viitattu 29.8.2017 <http://hotus.fi/hotus-fi/kasikirjat-ja-muut-suositukset>

Koskenkorva T. 2016. Kurkkukipu ja tonsilliitti. Lääkärin käsikirja. Viitattu 14.7.2017 http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00982&p_haku=nielurisaleikkaus

Koskenkorva, T., Koivunen, P., Alho, O-P. 2016. Nielurisaleikkauksen vaikutus aikuisen toistuviin nielutulehduksiin. Suomen lääkäri-lehti 2016; 71 (45):2882 - 2884. Viitattu 14.7.2017 http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00982&p_haku=nielurisaleikkaus

Käypä hoito -suositus. 2013. Nielutulehdus. Viitattu 8.4.2017. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00004&p_haku=tonsillektomia

Käypä hoito -suositus. 2015. Kipu. Viitattu 27.7.2017. <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/133162/kipu.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 1992. Viitattu 25.9.2017 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Mattila, P. 2005. Nielurisatulehduksen hoito. Duodecim. Viitattu 19.7.2017 <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo95206.pdf>

Nokso-Koivisto, J. 2013. Tonsillotomia. Duodecim. Viitattu 19.7.2017 <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo11135.pdf>

Rauta, S. 2013. Päiväkirurgian tavoitteet ja potilasvalinta. Duodecim. Viitattu 18.7.2017 http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurgia

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Toistuva tai pitkäaikainen risasairaus. Viitattu 14.7.2017 http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00982&p_haku=nielurisaleikkaus

Sosiaali- ja terveysministeriö. Hoitoon pääsy (hoitotakuu). Viitattu 14.7.2017 <http://stm.fi/hoitotakuu>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 25.9.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tilastokeskus. 2016. Näyte. Viitattu 17.11.2016. https://www.stat.fi/virsta/tke-ruu/03/05/lt_02.html

Tuominen, M. 2014. Päiväkirurgisen potilaan hoito. Duodecim. Viitattu 18.7.2017 http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=p%C3%A4iv%C3%A4kirurgia

Waenerberg, V., Koponen, L. 2016. Nielurisaleikatu potilaan hoito 25.7.2017.
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=nielurisaleikatu%20poti-
laan%20hoito](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=nielurisaleikatu%20poti-
laan%20hoito)

Kuviot

Kuvio 1 Toimeksiantajan nielurisaleikkauspotilaan hoitopolku	7
--	---

Taulukot

Taulukko 1	Potilaan ASA-luokitus (mukaillen Tuominen 2014)	10
Taulukko 2	Työn suunnittelua induktiivisella sisällönanalyysillä	26
Taulukko 3	Vuorovaikutusta induktiivisella sisällönanalyysillä	27
Taulukko 4	Muutoksiin sopeutumista induktiivisella sisällönanalyysillä	27
Taulukko 5	Toimintatavan kehittämistä induktiivisella sisällönanalyysillä	27
Taulukko 6	Lääkkeiden tauottaminen ja käyttö induktiivisella sisällönanalyysillä	28
Taulukko 7	Kustannustehokkuutta induktiivisella sisällönanalyysillä	28
Taulukko 8	Kohderyhmää induktiivisella sisällönanalyysillä	28
Taulukko 9	Tottuneita internetkäyttäjiä induktiivisella sisällönanalyysillä	29
Taulukko 10	Potilasohjaus videota induktiivisella sisällönanalyysillä	29
Taulukko 11	Ohjeistus leikkauksen jälkeen induktiivisella sisällönanalyysillä	29
Taulukko 12	Videon arvioinnin tulokset	32

Liitteet

Liite 1: Videon käsikirjoitus	42
Liite 2: Manus på svenska	44
Liite 3: Teemahaastattelurunko	46
Liite 4: Tiedonhaun taulukko	47
Liite 5: Arviointilomake	48

Liite 1: Videon käsikirjoitus

Esipuhe

Tervetuloa xxx sairaalaan. (pääsisäänkäynti)

Sinulle on varattu aika nielurisaleikkaukseen xxx sairaalan päiväkirurgiseen yksikköön. Leikkausta edeltävänä päivänä sinulle ilmoitetaan tarkka aika tekstiviestillä tai puhelimitse, jolloin sinun tulee saapua sairaalaan.

Muistathan ilmoittaa hoidonvaraajalle, mikäli terveydentilassasi tulee muutoksia tai sinulla on flunssan- tai muun tulehdussairauden oireita.

Valmistautuminen leikkaukseen

Saat ajanvarauskirjeessä ohjeet leikkausaamun lääkkeidenotosta. Muistathan tauottaa myös luontaistuotteiden ja omega-3-valmisteiden käytön vähintään 2 viikkoa ennen leikkausta.

Ennen leikkausta sinun tulee olla syömättä ja juomatta edellisestä illasta klo 24:00 eteenpäin. Huomioithan, että tämä koskee myös pastilleja, purukumia sekä makeisia. On sallittua juoda yksi lasillinen vettä viimeistään 2 tuntia ennen sairaalaan tuloa. Lääkärin määräämät mahdolliset aamulääkkeet on hyvä ottaa samalla.

Alkoholin käyttö on kielletty vuorokausi ennen leikkausta. Älä myöskään tupakoi leikkauspäivänä.

Leikkausta edeltävänä iltana on suositeltavaa peseytyä huolellisesti. Sairaalaan tullessasi pukeudu puhtaisiin ja mukaviin vaatteisiin. Voimakkaita hajusteita on syytä välttää.

Saapuminen sairaalaan

Leikkauspäivänä sinun tulee saapua sairaalaan C-sisäänkäynnin kautta. Kahvion läpi käveltäessä saavut yhden lasioven kautta käytävän päässä olevaan odotustilaan, mistä hoitaja kutsuu sinut nimellä. (kävely)

Leikkauksen jälkeen

Yleensä potilaat viettävät sairaalassa leikkauksen jälkeen noin 3 tuntia. Tuona aikana varmistetaan toipumisesi ennen kotiutumista. Sinulla tulee olla hakija, koska autolla ajaminen ei ole sallittua 24 tuntia leikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeisenä yönä sinulla tulee olla seurana yli 18-vuotias henkilö.

Leikkauksen jälkeen nielu on kipeä parin viikon ajan. Anestesiaalääkäri määrää juuri sinulle sopivan kipulääkityksen. Särkyläkkeet tulee ottaa säännöllisesti ehkäisemään kivun syntyä. On tarpeen ajoittaa lääkkeenotto n. tunti ennen ruokailua ja nukkumaan menoa.

Nielun pitämien kosteana lievittää kurkkukipua. Kylmät juomat sekä viileä, pehmeä ravinto ovat suositeltavia ja edistävät toipumistasi.

Noin viikon kuluttua leikkauksesta nielun peitteet irtoavat, jolloin nielu voi olla erittäin kipeä. Kipu voi säteillä myös korviin. Tällöin voi syljessä esiintyä veriviiruja, mikä on normaalia. Jos verenvuoto on runsaampaa, voit laittaa ohuella pyyhkeellä suojatun kylmäpussin niskan taakse ja istua hieman etukumarassa asennossa. Voit valuttaa verta johonkin astiaan. Verta ei tule niellä, koska se voi aiheuttaa pahoinvointia. Mikäli verenvuoto on voimakasta ja kestää

yli 15 minuuttia kylmähoidosta huolimatta, tulee sinun ottaa yhteyttä sairaalaan. (kuva sairaalan numeroista)

On tavallista, että leikkauksen jälkeen on lievää lämmön nousua.

Ota yhteyttä sairaalaan myös jos sinulla on: (power point -liuku)

- Kuumetta yli 38,5 astetta yli yhden päivän ajan tai lämmön nousu jatkuu pitkään
- Tai mikäli nielu on niin kipeä, että juominen on mahdotonta kipulääkkeiden käytöstä huolimatta.

Leikkauksen jälkeen tulee välttää saunomista ja voimakasta liikuntaa kahden viikon ajan. Kevyttä ulkoilua voi harrastaa muutama päivä leikkauksen jälkeen, mikäli vointi sen sallii. Sairausloma on tyypillisesti kaksi viikkoa. Yleensä ei tarvita jälkitarkastusta.

Liite 2: Manus på svenska

Välkommen till xxx sjukhus

Du är bokad för en halstonsilloperation vid xxx sjukhus dagkirurgiska enhet. Senast dagen före din operation kommer du att få en exakt tid, då du skall infinna dig på sjukhuset.

Vi vill påminna dig om att meddela sjukhuset före operationen, ifall ditt hälsotillstånd förändras eller om du har pågående symptom av influensa, förkylning eller inflammation, sår eller eksem.

Förberedelse

Vi skickar hem en kallelse där du finner viktig information om hur du ska ta dina vanliga mediciner på operationsmorgonen. Se också till att få en paus på 2 veckor för eventuella kosttillskott och omega-3-produkter.

Från och med midnatt före operationen får man inte äta eller dricka och kom ihåg att detta även gäller pastiller, tuggummi och karameller. Ett glas vatten kan du dricka senast två timmar innan du anländer till sjukhuset. Samtidigt kan du ta de mediciner läkaren har föreskrivit dig.

Konsumtion av alkohol är förbjudet 24 timmar före operationen. Rökning är inte heller tillåten under operationsdagen.

Vi rekommenderar att du duschar på kvällen innan operationen och klär dig i bekväma rena kläder när du kommer till sjukhuset. Vi hoppas du avstår starka dofter och parfymer.

Ankomst till sjukhuset/Hitta till dagkirurgin

När du ankommer till Lojo sjukhus använd ingång C för dagkirurgiska enheten. Gå igenom kantin och i slutet av korridoren finner du en glasdörr och bakom den väntesalen. Personalen kommer att kalla in dig med ditt namn, så du kan sitta och vänta.

Efter operationen

Efter operationen kan du förvänta dig att stanna åtminstone 3 timmar i uppvakningen. Under denna tid vill vi försäkra oss om att du börjat återhämta dig efter operationen. Observera att det är förbjudet att köra bil 24 timmar efter operationen på grund av narkos och medicinering. Tänk på att du bör ha någon hemma hos dig natten efter operationen.

Efter operationen gör det ont i halsen i ett par veckor, då du också kan ha sväljningssvårigheter. Läkaren har beordrat smärtstillande medicinering för just dig, så följ instruktionerna. Smärtstillande mediciner tas regelbundet för att förebygga smärta. Det kan vara nödvändigt att tidsplanera medicineringen så att de tas cirka en timme före mat och läggdags.

Kyla lindrar halsont och att dricka kalla drycker och äta sval samt mjuk mat befrämjar din läkning.

Cirka en vecka efter operationen lossar en gråaktig beläggning som bildats på operationsytan. Då kan halsen vara mycket smärtsam och smärtan kan stråla mot öronen. I saliven kan förekomma lite blod, vilket är helt normalt.

Skulle blödningen vara kraftig kan du sätta en kyl-påse i nacken och sätta dig lutande framåt. Svälj inte blodet, eftersom det orsakar illamående. Om blödningen inte upphör efter 15 minuters kylbehandling i nacken, bör du kontakta sjukhuset. Det är också vanligt att ha stegring efter operationen.

Ifall du har:

- Feber över 38,5 grader i mer än en dag
- stegring som fortsätter länge
- eller om du trots medicinering har så ont i halsen att du inte kan dricka - bör du också kontakta sjukhuset.

Efter operationen är bastubad förbjudet i 2 veckors tid. Kraftig ansträngning bör också undvikas, men några dagar efter operationen är lätt motion tillåten. I allmänhet är sjukledigheten 2 veckor. En efterkontroll behövs oftast inte, om operationen gått normalt.

Liite 3: Teemahaastattelurunko

Nykytilan kartoitus

Miten preoperatiivinen ohjaus toteutetaan tällä hetkellä?

Ketkä osallistuvat ohjaukseen?

Millaisena koette tämän hetkisen ohjauksen? Mitä kehitettävää siinä on? Mitkä ovat nykyisen toimintatavan vahvuuksia?

Nielurisaleikkaukseen tulevat potilaat

Minkälaisia ovat nielurisaleikkaukseen tulevat potilaat?

Millaisena koette heidän taitonsa käyttää YouTubea videon katsomiseen tarvittaessa myös kotona?

Kuinka paljon he tarvitsevat henkilökohtaista ohjausta kotona leikkaukseen valmistautumiseen liittyvissä asioissa yleisen ohjausvideon lisäksi?

Ohjausvideon kehittäminen

Olisiko teistä tärkeää, että video kohdennetaan erityisesti tähän sairaalaan saapuville nielurisapotilaille? Kuvataan sairaalan tiloja yms.?

Millaista pre- ja postoperatiivista sisältöä toivotte videolta löytyvän?

Liite 4: Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
Medic	"Patient education" + "tonsillectomy"		5	0
Medic	"Nielurisaleikkaus" + "kivunlievitys"		1	1
Medic	"Nielurisaleikkaus" + "preoperatiivinen"		2	0
Medic	"Nielurisaleikkaus" + "postoperatiivinen"		10	1
Medic	"Tonsillectomy" + "pain"		8	1
Medic	"Leikkausta edeltävä hoito"		176	1 + 1 sama kuin aikaisemmin
Medic	"Leikkausta edeltävä hoito"	2010-2017	24	1 + 1 sama kuin aikaisemmin
CINAHL	" preoperative + tonsillectomy"		129	0
CINAHL	" preoperative + tonsillectomy + adults"	2012-2017	16	Ei valintaa. Eivät vastaa tutkimusongelmaa/tutkittavaa
PubMed	" post tonsillectomy hemorrhage"	Free full text 5 vuotta vanhoja	26	2

Liite 5: Arviointilomake

Hei!

Toivomme mielipidettäsi tekemämme ohjausvideon onnistumisesta.

Anna arvosana 1-5 alla olevaan taulukkoon laittamalla rasti arvosanan kohdalle. Toivomme arviointia videon ulkoasusta, selkeydestä sekä hyödynnettävyydestä työssänne. Vapaita kommentteja voit kirjoittaa lomakkeen alaosaan.

Arviointi	1 Kehitettävää	2 Jonkin ver- ran kehitet- tävää	3 melko hyvä	4 Hyvä	5 Erinomainen
Videon ulko- asu					
Videon sel- keys					
Videon hyö- dynnettävyys					

Yhteistyöstä ja vastauksestasi kiittäen,
Elina ja Heidi

Tähän voit kirjoittaa vielä avoimia kommentteja työstämme