



FESS-leikkaukseen tulevan aikuisen potilaan preoperatiivinen ohjaus videolla

Lindroos Carita
Marjala Heidi
Ukkonen Martina

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

FESS-leikkaukseen tulevan aikuisen potilaan preoperatiivinen ohjaus videolla

Lindroos Carita
Marjala Heidi
Ukkonen Martina
Sairaanhoidajakoulutus (AMK)
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2019

Lindroos Carita[□]

FESS-leikkaukseen tulevan aikuisen potilaan preoperatiivinen ohjaus videolla videolla

Vuosi 2019

Sivumäärä 55

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa preoperatiivinen ohjausvideo elektiiviseen FESS-leikkaukseen tulevalle aikuiselle potilaalle. Opinnäytetyön tilaajan toiveesta potilasohjausvideo tehtiin molemmilla kotimaisilla kielillä, jotta video vastaisi mahdollisimman suuren potilasryhmän tarpeita.

Sekä suomenkielinen että ruotsinkielinen video tehtiin erään sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle. Videot tuotettiin työvälineeksi ja niiden tavoitteena oli helpottaa ja tukea poliklinikan sairaanhoitajien päivittäistä työtä potilaan ohjauksessa. Opinnäytetyö oli toiminnallinen ja opinnäytetyön tietoperustana käytettiin tutkimuksia, hoitosuosituksia ja artikkeleita. Teoreettisessa viitekehyksessä on tarkasteltu hengitystä, nenän rakennetta, FESS-leikkausta, perioperatiivista hoitotyötä, potilasohjausta ja ohjausvideon tekemistä. Lisäksi tehtiin potilasohjauksesta havainnointi ja sairaanhoitajan haastattelu poliklinikalla, joiden pohjalta kävi ilmi potilasohjausvideon sisällön rakenteen tarve.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi potilasohjausvideo sekä suomeksi että ruotsiksi. Tuotoksen sisältö koostui erilaisista kohtauksista, joista suurin osa määräytyi tilaajan toiveesta. Näitä olivat FESS-leikkaus, röntgen, sairaanhoitajan vastaanotto, toimenpiteen luonne, esitietolomake, valmistautuminen leikkaukseen, leikkauskelpoisuus, leikkaukseen saapuminen, kotiutuminen, jälkihoito, verenvuoto ja kontrolli.

Ohjausvideot ja käsikirjoitukset tehtiin sekä teoria- että asiantuntijatiedon pohjalta. Suomenkielinen käsikirjoitus lähetettiin ennen videomateriaalin kuvaamista hyväksyttäväksi poliklinikan yhteyshenkilölle sekä osaston ylilääkärille. Videoissa oleva liikkuva kuva kuvattiin poliklinikan tiloissa. Videot tehtiin VideoPad- videoeditoriohjelmalla. Videoissa näyttelijöinä esiintyivät kaksi henkilöä tämän opinnäytetyön kolmesta tekijästä.

Videoiden arvioinnissa käytettiin erillistä palautelomaketta. Lomakkeen lisäksi palautetta saatiin suullisesti. Palautteiden perusteella videot olivat onnistuneita ja ne vastasivat potilaiden tarpeita. Kehittämisehdotuksena nousi esille se, että videoissa olisi voinut mainita, että lentäminen on kielletty kuukauden ajan leikkauksen jälkeen.

Ohjausvideoiden materiaali kuvattiin sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla tammikuussa 2019 ja tuotos saatiin valmiiksi tammi-helmikuussa 2019. Potilasohjausvideot laadittiin Youtube-sivustolle poliklinikan käyttöön

Asiasanat: FESS-leikkaus, preoperatiivinen, potilasohjaus, video

Lindroos Carita[□]

Educational preoperative video about FESS surgery to adult patients

Year 2019

Pages

55

The purpose of this thesis was to produce a FESS surgery preoperative guidance video for adult patients. At the request of the commissioner of the thesis, the educational preoperative video was made in both official languages to match the needs of patient groups as large as possible.

Both the Finnish and Swedish guidance videos were made for a hospital's ear, nose and throat polyclinic. The videos were produced as a tool and the aim of the videos was help and support nurses' daily work with patient guidance. The thesis was functional, and it was based on research, treatment recommendations and articles. The theoretical framework examines breathing, nasal structure, FESS surgery, perioperative nursing, patient guidance, and making a guidance video. In addition, patient guidance observation and nurse interview at the polyclinic revealed what kind of content is needed in the patient guidance video.

The thesis produced a patient control video in both Finnish and Swedish language. The content of the output of the video consisted of different scenes, which were determined by the commissioner's wish. Those wishes were FESS surgery, X-ray, nursing reception, the nature of the operation, anamnesis for surgery, preparation for surgery, the validity of surgery, arrival for surgery, leaving the polyclinic after surgery, aftercare, bleeding and control.

The guidance videos and manuscripts were based on theoretical information and specialist knowledge. The Finnish script was sent to the commissioner, to the nurse of polyclinic and to the senior physician of the ward to be accepted before shooting the video material. The moving picture in the videos was shot at the rooms of polyclinic. The videos were made with VideoPad video editor program. Two out of three of the authors of this thesis appeared in the videos.

The feedback on the videos was collected with a separate form. In addition, feedback was also given verbally. Based on the feedback, the videos were successful, and they responded to the needs of the patients. The development suggestion was that in the videos there could have been a mention that flying is forbidden one month after the surgery.

The guidance videos were filmed at the hospital's ear, nose and throat polyclinic in January 2019 and the final work was completed in January-February 2019. The patient guidance videos were downloaded to the Youtube website for polyclinic to use

Keywords: FESS surgery, preoperative, patient guidance, video

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Tavoitteet	8
3	Teoria.....	9
3.1	Hengitys	9
3.2	Nenä.....	10
3.2.1	Nenän rakenne.....	10
3.2.2	Värekarvatoiminta ja tämän häiriöt	11
3.3	Sivuontelotulehdus	12
3.3.1	Syyt	12
3.3.2	Oireet	12
3.3.3	Nenän tutkiminen	13
3.3.4	Hoito	13
3.4	FESS-leikkaus	14
3.4.1	FESS-leikkauksen indikaatiot.....	14
3.4.2	FESS-leikkauksen toteuttaminen	14
3.4.3	FESS-leikkauksen jälkeen	15
3.4.4	Toipuminen ja jälkitarkastus.....	15
3.4.5	FESS-leikkauksen hyödyt ja mahdolliset komplikaatiot	15
3.5	Perioperatiivinen hoitotyö	16
3.5.1	Preoperatiivinen vaihe	16
3.5.2	Intraoperatiivinen vaihe	17
3.5.3	Postoperatiivinen vaihe	17
3.5.4	Potilasturvallisuus.....	17
3.5.5	Päiväkirurgia	18
3.5.6	Kotiutuminen	18
3.6	Aikuisen potilaan potilasohjaus	18
3.6.1	Potilas.....	18
3.6.2	Potilasohjaus.....	18
3.6.3	Taustatekijät.....	19
3.6.4	Vuorovaikutus.....	19
3.6.5	Potilaan oikeudet	20
3.7	Potilasohjausvideo	20
3.7.1	Video	20
3.7.2	Videon tuottaminen	21
3.7.3	Potilaan ohjaus videon välityksellä	22
4	Menetelmät ja toteutus	23

4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	23
4.2	Laadullinen tutkimusmenetelmä	23
4.3	Aineistonkeruu.....	24
4.4	Analyysi	25
4.5	Toteutus	27
5	Tulokset	27
5.1	Haastattelun ja havainnoinnin tekeminen.....	27
5.2	Havainnoinnin tulokset.....	28
5.3	Haastattelun tulokset	29
5.4	Käsikirjoituksen laatiminen	30
5.5	Arviointi	31
6	Johtopäätökset ja pohdinta	33
6.1	Luotettavuus.....	34
6.2	Tutkimuksen ja kehittämistoiminnan etiikka	36
	Lähteet	38
	Liitteet.....	41

1 Johdanto

FESS-leikkauksella tarkoitetaan tähytysmenetelmällä toteutettavaa toimenpidettä. Yleisimpiä syitä leikkaushoidolle ovat hankalat, pitkäaikaiset tai usein toistuvat sivuontelotulehdukset. Aikuisille toteutettava FESS-leikkaus kuuluu tyypillisesti päiväkirurgisiin toimenpiteisiin. (Käypähoito - suositus 2018; Nuutinen 2011, 167.)

Päiväkirurgisella potilaalla tarkoitetaan sitä, että potilas saapuu toimenpidepäivänä sairaalaan ja kotiutuu samana päivänä. Kaikista kirurgisista toimenpiteistä noin 50% on päiväkirurgisia Suomessa ja nämä ovat yleistymään päin. Päiväkirurgiset toimenpiteet on todettu turvalliseksi erilaisten tutkimuksien kautta. (Kangas-Saarela & Mattila 2014.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohjausvideo, jonka aiheena on FESS-leikkaukseen tulevan aikuisen potilaan preoperatiivinen ohjaus videolla. Video tuotettiin työväliseksi sairaanhoitajille erään sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle. Opinnäytetyöllä kehitetään poliklinikan toimintaa. Opinnäytetyö toteutui kaksiosaisesti niin, että opinnäytetyössä on kirjallinen teoriaosuus ja toiminnallinen tuotos. Lähteinä teoriaosuuteen käytettiin aikaisempia tutkimuksia sekä painettuja ja sähköisiä teoksia. Opinnäytetyön alussa kuvattiin toimintaympäristöä ja työn tarkoitusta sekä tavoitetta, jonka jälkeen tulee toiminnallisen opinnäytetyön teoriaosuus.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin nykytilan ja tarpeiden kartoittamiseen laadullista tutkimusmenetelmää. Jotta aineistoa saatiin, niin haastateltiin sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa, sekä käytiin havainnoimassa FESS-leikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivista ohjausta.

Haastattelun ja havainnoinnin tuloksia käytettiin hyödyksi tuotoksen tekemisessä. Haastattelu tehtiin käyttämällä avoimia kysymyksiä ja niistä saaduista vastauksista saatiin aineistoa tutkimukseen. Sairaanhoitajan kokemuspohjalta, havainnoinnin ja työstetyn teorian pohjalta tehtiin poliklinikan tarvitsema video. Ohjausvideossa käsiteltiin FESS-leikkausta, röntgen tutkimusta, sairaanhoitajan vastaanottoa, toimenpiteen luonnetta, esitietolomaketta, FESS-leikkaukseen valmistautumista, leikkauksekelpoisuutta, leikkaukseen saapumista, kotiutumista, jälkihoitoa, verenvuotoa ja kontrollikäyntiä.

Toimeksiantajan toiveesta video tuotettiin suomen- ja ruotsinkielellä. Videot julkaistiin YouTube-kanavalle tilaajan käytettäväksi, jolloin tämä on helposti kaikkien potilaiden saatavilla ennen tulevaa toimenpidettä ja tämän jälkeen. Ohjausvideoissa liikkuva kuva ja sisältö on molemmissa samanlainen.

2 Tavoitteet

Korva-, nenä- ja kurkkutautien ajanvarauspoliklinikalle potilaat saapuvat lähetteellä. Poliklinikalle pääsyn kiireellisyyttä johdattaa tehdyn lähetteen tiedot ja korvalääkäri arvioi kiireellisuuden lähetteen perusteella. Aikuisilla potilailla ongelmia ovat poskiontelo- ja nielurisatulehdukset, korva- ja kuulo-ongelmat sekä pitkittynyt nuha. Kyseisen poliklinikan toimintaa toteutetaan arkisin virka-aikaan moniammatillisen tiimin kanssa. Toimintaympäristön moniammatillisessa yhteisössä työskentelee lääkärien lisäksi, sairaanhoitajia, kuulontutkija ja osastonsihteerit. Tyypillisimpiä paikallisuudutuksessa toteutettavia toimenpiteitä korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla ovat poskionteloiden tähystykset ja huuhtelu, pienikokoisten ihomuutoksien poistaminen, koepalojen ottaminen sekä suulaen ja nenän limakalvojen radioaajuushoito. Korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalalla toimenpiteet toteutuvat pääsääntöisesti päiväkirurgisesti. Potilaita on ohjattu ottamaan yhteyttä päivystyksellisissä asioissa virka-aikana korvapoliklinikalle ja muuten korvaklinikan päivystyspoliklinikalle. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2018; Korva-, nenä- ja kurkkutaudit 2018.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sairaanhoitajille työvälineeksi preoperatiivinen ohjausvideo FESS-leikkauksesta erään sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle. Videon tavoitteena oli helpottaa ja tukea poliklinikan sairaanhoitajien päivittäistä työtä potilaan ohjauksessa sekä säästää hoitajien aikaa. Tarkoituksena oli, että potilaat saavat vastaanoton jälkeen linkin sähköiseen videoon, jolloin he voivat virkistää muistiaan leikkaukseen liittyvissä asioissa ennen tulevaa toimenpidettä. Toimeksiantajan toiveesta video tehtiin sekä suomen- että ruotsinkielellä, jotta video vastaisi mahdollisimman laajasti eri potilaskunnan tarpeisiin.

Tällä hetkellä poliklinikan toiminta tapahtuu niin, että kuvantamisen ja tutkimusten jälkeen lääkäri tekee tarvittaessa leikkauspäätöksen. Leikkauspäätöksen jälkeen potilasta ohjataan täyttämään esitietolomake ennen sairaanhoitajan vastaanottoa. Vastaanotolla sairaanhoitaja haastattelee potilaan ja antaa ohjausta tulevaa leikkausta varten. Preoperatiivinen haastattelu ja potilaan ohjaus tulevaan leikkaukseen ovat osana potilasturvallisuutta (Niemi-Murola 2016).

3 Teoria

Opinnäytetyössä käytettäville sanoille on haettu synonyymeja YSA:sta ja englanninkielelle käännettäväksi Medicista. Lisäksi Medicista ja Finnan artikkelihausta on haettu tutkittua tietoa. Kansainvälisiä tutkimuksia haettiin ScienceDirectista, Google Scholarista ja EBSCOsta. Hauista ja hakutuloksista on koottu taulukko myöhempää käyttöä varten. Tiedonhaun taulukko löytyy opinnäytetyön liitteestä 1. Opinnäytetyöhön otettiin mukaan myös muita tutkimuksia, hoitosuosituksia ja artikkeleita, joita löytyi manuaalisella haulla. Opinnäytetyössä käytetyn aineiston luotettavuutta arvioitiin varmistamalla teoksen kirjoittajien asiantuntemuus ja ammatti. Lisäksi hankittujen tietojen luotettavuutta arvioitiin vertailemalla lähteitä toisiinsa, sekä valitsemalla sellaisia julkaisuja ja sivustoja, jotka liittyvät kyseiseen alaan.

Opinnäytetyössä käsitellään muun muassa FESS-leikkausta, perioperatiivista hoitotyötä, aikuisen potilaan potilasohjausta sekä potilasohjausvideota. Ennen FESS-leikkaus aiheen käsittelyä aihetta on pohjustettu hengityksen, nenän ja sivuontelotulehduksen käsittelyllä. FESS-leikkauksella tarkoitetaan nenän ja sen sivuonteloiden leikkausta, joka ei aiheuta näkyviä haavoja, sillä se tehdään tähystysmenetelmällä (Nuutinen 2011, 167).

Preoperatiivisella valmistelulla tarkoitetaan ennen toimenpidettä suoritettavaa käyntiä, jossa potilas valmistellaan tulevaa leikkausta varten. Anestesiologi tekee anamneesin, kliinisen tutkimuksen ja kaikkien muiden käytettävissä olevien tietojen avulla suunnittelee anestesiakelpoisuuden sekä kivunhoidon postoperatiivisessa vaiheessa. Lisäksi ohjataan ravinnotta olosta sekä lääkehoidosta. (Karinen 2014.)

Ohjaus määritellään olevan asiakkaan ja hoitajan välinen tavoitteellinen toiminta. Sen määritetään olevan myös ohjauksen antamista ja ohjauksen antajan alaisena toimimista. Se on suunnitelmallista ja sisältää tiedon antamista. Tulokselliseen ohjaukseen voidaan tarvita useita erillisiä ohjauksetoja. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

3.1 Hengitys

Hengitystiet voidaan jakaa kahteen ryhmään: ylä- ja alahengitysteihin. Näistä kahdesta ensimmäiseen ryhmään kuuluu nenä ja samalla sivuontelot, suuontelo, nielu, sekä kurkunpää, kun taas alahengitysteihin kuuluu henkitorvi ja keuhkoputket, joissa on myös ilmatiehyet ja keuhkorakkulat. Ylähengitystiet sijaitsevat siis äänihuulten yläpuolella ja nämä säätelevät hengitettävän ilman kosteutta ja lämpötilaa, puhdistavat sisään hengitettävän ilman epäpuhtauksista, sekä osallistuvat äänen tuottamiseen, nielemiseen ja yskimiseen. Alahengitystiet

johtavat hengitettävän ilman keuhkoputkistoon ja keuhkorakkuloihin, jotka vastaavat hengityskaasujen, hiilidioksidin ja hapen vaihdosta. (Lehtimäki & Moilanen 2017; Nuutinen 2011, 117.)

Hengitysteihin liittyvät refleksit ovat osana ihmisen immunologista puolustusjärjestelmää. Näihin reflekseihin kuuluu muun muassa yskä, värekarvojenpuhdistuminen eli mukosiliaaritoiminta, keuhkoputkien supistuminen ja keuhkorakkuloiden puhdistuminen eli bronkoalveolaari-puhdistuma. Immunologinen puolustusjärjestelmä on tärkeässä roolissa ihmisen terveydessä ja hengitettävän ilman kaasujenvaihdossa, sillä hengitettävässä ilmassa on erilaisia bakteereja, viruksia ja kaasuja, jotka altistavat erilaisille infektioille. (Lehtimäki & Moilanen 2017.)

3.2 Nenä

Normaalisti ihminen hengittää nenän kautta, mutta joskus nenä voi olla tukossa tai fyysinen rasitus on niin voimakasta, että hengittäessä käytetään suuta. Nenä on ihmisten hajuaistielin ja sen sivuontelot suojaavat kylmyydeltä etummaista kallokuoppaa ja silmäkuoppaa. Lisäksi sivuontelot suojaavat erilaisten kasvovammojen kohdalla ja osallistuvat lauluäänen väreiden tuottamiseen ja auttavat typpioksidituotannossa, sekä varastoivat tätä. (Iivanainen, Jauhainen & Syväoja 2012, 161; Nuutinen 2011, 117-119.)

Nuutinen (2011, 117) kirjoittaa siitä, miksi nenän kautta hengittäminen on tärkeää. Nenä ja sen sivuontelot saavat syntymään sisään hengittäessä ihmiselle tärkeän typpioksidin. Sivunteloiden kautta typpioksidi pääsee elimistön käytettäväksi. Typpioksidi tekee elimistössä sen, että se ehkäisee valtimoiden kalkkiutumisen ja veren hyytymisen, sekä toimii valtimoiden laajentajana (Moilanen 2017). Poskionteloissa on tunnetusti kapeat tiehyet, jonka vuoksi näissä on yleensä korkea typpioksidipitoisuus. Tämä korkea typpioksidipitoisuus poskionteloissa edistää värekarvojen työtä ja tappaa mikrobeja. (Nuutinen 2011, 120.)

3.2.1 Nenän rakenne

Nenä muodostuu otsaluun jatkeista, parillisista nenäluista, ja yläleukaluun otsalisäkkeestä. Muoto nenän kärkeen syntyy rustoisesta tukirakenteesta, joka tulee nenän väliseinästä ja nenäluiden sisäpinnalle. Väliseinä tekee nenäonteloon kaksi käytävää, joista käytetään nimitystä nenäkäytävät. Lisäksi nenällä on sivuonteloita, joihin kuuluu otsa-, poski- ja kitaontelot, sekä seualokerot. Näistä suurimmat ovat poskiontelo eli sinus maxillaris ja otsaontelo eli sinus frontalis. (Nuutinen 2011, 116.)

Katsomalla sisään nenään pystytään huomaamaan sen eteinen, ontelon ja hajuaistialueen. Ihoa on nenän eteisen osassa, johon on kiinnittynyt talirauhasia ja ihokarvoja. Onteloita ympäröi lieriöepiteeli, joka on värekarvallinen. Nenän käytävien katossa sijaitsee hajuaisti, joka

on erityisen herkkä ja nopea muistamaan tutun hajun. Hajumuisti voi olla todella pitkä ja tämä myös varoittaa ihmistä vaaroista, esimerkiksi tulipalosta. (Iivanainen ym. 2012, 161; Blomgren 2015.)

Nenässämme työskentelee lihaksia jopa viisi paria, joilla on omat tehtävänsä. Nämä lihakset osallistuvat nenän sieraimien toimintaan laajentamalla, supistamalla ja avaamalla sieraimia. (Nuutinen 2011, 115.)

3.2.2 Värekarvatoiminta ja tämän häiriöt

Limakalvon epiteelikerros nenässä ja sen sivuonteloissa, sekä välikorvassa ja korvatorvessa koostuu värekarvallisista lieriösoluista. Värekarvat ovat paikallaan tyvikalvossa. Värekarvoja on jokaisessa värekarvasolussa 200. Paksuudeltaan värekarva on 0,2 mikrometriä ja pituudeltaan 5-6 mikrometriä. Limakerros sijaitsee värekarvasolujen yllä, joka on rakenteeltaan juokseva. Limakerroksen päällä on vielä ohut geelimäinen kerros, jonka tehtävänä on kuljettaa vieraita hiukkasia. Värekarvat yltyvät geelimäiseen kerrokseen. Lima hengitysteissä syntyy limarauhasista, jotka sijaitsevat tyvikalvon alla ja lisäksi limaa syntyy epiteelin limasoluista. Värekarvojen liike on aaltomaista ja tämä liike tapahtuu 10-20 kertaa sekunnissa ja limaa pääsee kulkeutumaan eteenpäin nenässä arviolta 5-9 millimetriä minuutissa. Mukosiliaarinen kuljetus on osana nenän puhdistumista ja tärkeässä roolissa hengitysteiden puolustusmekanismissa. Tämän toimintaan voi vaikuttaa muun muassa värekarvojen liikehdintä, määrä, rakenne ja limakerroksen määrä ja ominaisuus. Värekarvojen aaltomaiseen toimintaan voi vaikuttaa kemikaalit, tupakansavu, vieraat hiukkaset, bakteerit ja virukset, lämpötila, ilman kosteus, typpioksidin pitoisuus, happi- ja hiilidioksidiosapaine sekä jotkin lääkkeet. (Nuutinen 2011, 119-120.)

Joskus mukosiliaarinen toiminta eli värekarvojen puhdistuminen voi heikentyä synnynnäisistä tai hankituista syistä. Synnynnäisenä syynä voi olla muun muassa liikkumattomat värekarvat. Yleensä tällöin oireet alkavat lähiaikoina syntymän jälkeen. Toistuvat tai krooniset poskiontelotulehdukset, pitkät nuhakaudet, alempien hengitysteiden tulehdukset, toistuvat välikorvatulehdukset ja liimakorvatauti, joka tarkoittaa sitä, että välikorvaan kertyy nestettä, voivat usein johtua heikentyneestä mukosiliaarisesta kuljetuksesta. Joskus kuitenkin voidaan huomata, että rakenne välikorvassa tai sivuonteloissa on sellainen, että se vaikuttaa merkittävästi värekarvojen normaaliin toimintaan ja limankuljetukseen, jonka vuoksi on tärkeää palauttaa normaalit olosuhteet ja poistaa eritteet onteloista. (Nuutinen 2011, 121.)

3.2.2.1 Värekarvatoiminnan tutkiminen

Värekarvojen toiminnan häiriö tulee ottaa huomioon selvittäessä vaikeita ja pitkäkestoisia hengitysteiden oireiluja. Mukosiliaarista kuljetusta voidaan lähteä ensimmäisenä tutkimaan,

mutta jos tutkimuksista ilmenee se, että limankuljetus ei ole häiriintynyt äkillisen hengitystietulehduksen vuoksi, niin tällöin tulee tehdä potilaalle lisäselvityksiä. Nenän liman kuljetuksen toimintaa pystytään tutkimaan niin sanotulla sakariinikidemenetelmällä. Kyseisessä tutkimusmenetelmässä käytetään värillistä makeutettua kappaletta, joka laitetaan sisälle nenän etuosaan. Tämän jälkeen tarkkaillaan sitä, milloin potilas pystyy tuntemaan kappaleen maun ja sen väri on nähtävissä nenänielussa. Näin siis saadaan selville kuljetusnopeus. Värekarvojen toimintaa pystytään tutkimaan epiteelisoluista ja kudospaloista, joita tarkkaillaan elektronimikroskopian avulla. (Nuutinen 2011, 120-122.)

3.3 Sivuontelotulehdus

Sivuontelotulehdus eli sinuiitti voi olla kroonisen tai akuuttina tulehduksena yhdessä tai useammassa ontelossa samaan aikaan. Näitä sivuonteloita ovat siis poskiontelot, sivuontelot, kihtaontelot ja seualokerot. Useimmiten hoitoa tarvitsee erityisesti poski- ja otsaonteloiden tulehdukset. Akuutilla tulehduksella tarkoitetaan sivuonteloiden kohdalla sitä, kun oireet ovat kestäneet potilaalla alle 12 viikkoa. Rinosinuiitilla tarkoitetaan flunssan aiheuttamia oireita myös sivuonteloiden seudulla, mutta nämä paranevat yleensä itsekseen. (Nuutinen 2011, 146; Käypähoito-suositus 2018.)

3.3.1 Syyt

Mikrobeista johtuvat sivuontelotulehdukset ovat lähtöisin yleensä nenästä tai hampaista. Tulehduksia sivuonteloihin voivat aiheuttaa virukset, bakteerit ja sienet, mutta näiden lisäksi myös kasvaimet, vierasesine, vamma, yliherkkyys-, allergisuus- tai sädehoitoreaktio. Sivuonteloon kertyy yleensä märkäistä eritettä bakteerien aiheuttamassa tulehduksellisessa tilassa. Tyhjentymistiehyiden yksikkö sijaitsee poskionteloissa ja on osana sivuontelotulehduksissa. Limakalvoturvotusta voi syntyä tyhjentymistiehyiden yksikköön rakenteellisten poikkeavuuksien, yliherkyyden, nenäpolyyppien ja nuhakuumeen johdosta, joka johtaa poskionteloiden aukkojen tukkeutumiseen. Poskionteloiden aukkojen tukkeutuminen aiheuttaa sen, että tulehdukselliset solut ja eritteet jäävät onteloihin. Jos tilannetta ei hoideta, niin tämä voi aiheuttaa kroonisen tulehduksen ja erilaisia kudolvaurioita poskionteloiden limakalvoihin. (Nuutinen 2011, 146; Käypähoito-suositus 2018.)

3.3.2 Oireet

Sivuontelotulehduksen oireita ovat nenän tukkoisuus, paksun liman valuminen nenästä ja kivun tai paineen tunne poskipäissä. Joskus tulehdus voi olla aiheuttaa sen, että nuhaa ei enää ole, kun poskionteloiden tiehyet ovat tulehduksen seurauksena turvonnet kiinni. Onteloiden kohdalla on huomattavissa selkeää kipua ja painetta, sekä pään alaspäin pistäminen aiheuttaa niin sanotusti pingotusta poskiin. Myös kuumeen nouseminen voi olla merkki sivuontelotulehduksesta. Joskus ainoana oireena voi olla kroonisten poskiontelotulehdusten kohdalla yleensä

aamuisin ilmenevä yskä useiden viikkojen ajan, joka johtuu siitä, että lima on päässyt valumaan nieluun yön aikana ja kuivunut sinne. (Lumio & Jalanko 2017.)

3.3.3 Nenän tutkiminen

Nenän tutkiminen on aiheellista, kun potilas tuo ilmi tapaamisessa hajuaistin muutokset, nuhaa, aivastelua, tukkoisuutta, limaneritystä ja vähintäänkin toistuvia nenäverenvuotoja. Potilaalta on aiheellista tiedostaa myös mahdolliset allergiat ja mahdolliset iskut nenään. (Iivanainen ym. 2012, 162.)

Jos nenän onteloihin on vaikea saada hyvä näkyvyys, niin tätä voidaan parantaa nuhatipoilla ja pumpulipuikolla, jotka on kostutettu adrenaliiniin. Tämä saa aikaan nenän limakalvojen supistumisen. Tarkastelemalla nenää ulkoisesti ja sisäisesti onteloista voidaan huomata tämän näkyvät muunnelmät ja virheasennot, sekä ihmisen hengitystapa. Onteloiden sisälle katsoessa voidaan käyttää apuna otsalamppua ja nenäspekulaa. Palpoimalla pystytään huomaamaan mahdolliset murtumat. (Iivanainen ym. 2012, 161.)

Nasofibreskoopilla päästään näkemään hyvin nenän sisälle ja nenänielun sopukkaan, sekä tämän avulla pystytään tarvittaessa ottamaan tutkimuksen ohessa koepaloja sekä sively- ja huuhtelunäytteitä. Nenän limanäytteistä voidaan selvittää tulehdussolujen olemassaolo. Kuvantamismenetelmiä voidaan joutua joskus käyttämään nenän- ja sivuonteloiden tutkimisessa. Ultraäänellä päästään helposti arvioimaan onteloiden eritteiden määrä, sillä tämä erite antaa ultraäänilaitteeseen kaikuvasteen takaseinästä. Jos taas epäillään kasvaimia tai murtumia nenän seudulla, niin tähän käytetään tietokonetomografiaa ja röntgeniä. (Iivanainen ym. 2012, 162.)

3.3.4 Hoito

Sivuontelotulehduksen hoito aloitetaan ensisijaisesti konservatiivisella hoidolla eli oireenmukaisella hoidolla jos voidaan todeta, että tauti ei ole kestänyt pitkään ja sekä sen löydökset että oireet viittaavat flunssaan. Konservatiivisessa hoidossa pyritään ensisijaisesti helpottamaan potilaan oireilua vähentämällä turvotusta onteloissa, mikä palauttaa luonnollisesti sivuonteloihin normaalin toiminnan ja samalla parannetaan tulehdus. Puuttumalla ajoissa sivuontelotulehduksen oireisiin ja tämän hoitoon, pystytään välttämään taudin kroonistuminen ja muut mahdolliset komplikaatiot. Sivuentelotulehduksen hoitoon voidaan käyttää kipulääkkeitä, antihistamiineja ja supistavia lääkkeitä limakalvoille, mutta on todettu, että kaikille nämä hoitovaihtoehdot eivät sovellu haittavaikutuksien vuoksi. Antibioottihoito voi olla aiheellinen, kun todetaan, että sivuontelotulehdus johtuu bakteereista. On kuitenkin huomattu, että paraneminen on mahdollista myös ilman antibioottihoitoa, minkä vuoksi kuurin aloittaminen tehdään harkinnanvaraisesti. Indikaatioita antibioottihoitoon ovat potilaan

huono yleiskunto, taudin aiheuttamat voimakkaat oireet ja perussairaus, joka altistaa infektioille. Tarvittaessa voidaan tehdä myös sivuontelopunktio, jonka ohessa saadaan myös bakteerinäyte tulehdustilasta ja tästä voidaan tehdä viljely, jolloin saadaan selville bakteerin herkkyys antibiootille. (Käypähoito - suositus 2018.)

3.4 FESS-leikkaus

Sana FESS-leikkaus on lyhenne sanoista functional endoscopic sinus surgery. Sivuenteloiden leikkausmahdollisuuksia on useita, mutta opinnäytetyössämme keskitymme FESS-leikkaukseen, jolla tarkoitetaan sivuenteloiden täyhystysleikkausta nenän sisäisesti. Kyseistä leikkaustekniikkaa voidaan hyödyntää myös muissa nenän ja sen sivuenteloiden leikkauksissa. Tämän tekniikan käyttäminen ei aiheuta potilaalle kosmeettisia haittoja näkyville alueille. (Antila, 2014.)

3.4.1 FESS-leikkauksen indikaatiot

Leikkaushoito on aiheellinen, kun kyseessä on hankala, pitkäaikainen tai usein toistuva sivuentelotulehdus, eikä muilla mahdollisilla hoidoilla ole saatu tyydyttävää tulosta (Käypähoito-suositus 2018). Kroonisesta tulehdustilasta voidaan puhua, kun oireet ovat kestäneet yli 12 viikkoa ja toistuvista tulehduksista puhutaan silloin, kun tulehdus toistuu vähintään kolmeen otteeseen vuoden aikana. Nykypäivän FESS-leikkaustekniikka on todettu käytännölliseksi ja hyväksi potilaan sairauden tai oireiden hoidossa. Leikkauksella pyritään siihen, että ilmanvaihtojärjestelmä toimii nenän sivuenteloissa erilaisista turvotustilanteista huolimatta. Leikkaushoitoa voidaan miettiä myös silloin, kun potilaalla on kertynyt sivuentelotulehduksista komplikaatioita tai potilaalla on kasvaimia nenän ja sivuenteloiden alueella tai polyyppitauti, joka ei ole reagoinut toivotulla tavalla konservatiiviseen hoitoon. (Nuutinen 2011, 167; Iivainen ym. 2012, 165.)

3.4.2 FESS-leikkauksen toteuttaminen

FESS-leikkaus toteutetaan pääsääntöisesti nenän puudutuksen avulla päiväkirurgisesti leikkaussaliympäristössä potilaan maatesa leikkausalustalla. Puudutusaineena käytetään usein kokaiinia, sillä tämä saa aikaan limakalvojen supistumisen ja rauhoittavan vaikutuksen. Tarvittaessa potilas voidaan lääkittää suonensisäisesti rauhoittavilla lääkkeillä, sillä toimenpide voi aiheuttaa epämukavuutta. Leikkaus on mahdollista toteuttaa myös yleisanestesiassa. Tätä käytetään yleensä silloin, jos potilaalla on vaikeuksia yhteistyön suhteen tai potilas pelkää leikkausta. (Antila 2014; Nuutinen 2011, 167.)

Jos toimenpide toteutetaan puudutuksessa, niin ennen toimenpiteen aloittamista suoritetaan kasvojen huolellinen pesu denaturoidulla etanoliliuoksella, muuten potilas nukutetaan ennen pesujen toteuttamista. Tämän jälkeen lääkäri puuduttaa toimenpidealueen. Potilaalle tulee

kertoa, että mikäli hän tuntee kipua, hänen tulee kertoa asiasta. Silloin lääkäri antaa potilaalle lisää puudutusainetta. Puuduttaminen voi aiheuttaa myös nielun puutumisen, sillä tätä ainetta pääsee puudutuksen ohessa valumaan kyseiseen paikkaan. Toimenpiteen aikana anestesiahoitajan tehtäviin kuuluu huolehtia potilaan hyvinvoinnista ja turvallisuudesta. Potilaalla tarkkaillaan toimenpiteen ajan aina vähintäänkin happisaturaatiota, pulssia ja verenpainetta. Lisäksi potilaalle asetetaan laskimonsisäinen infuusio. FESS-leikkauksessa viedään nenän kautta sivuonteloon tähystin, jonka avulla voidaan laajentaa poskiontelon tilavuutta tai avataan luonnollisia tyhjentymisaukkoja eli ostiumeja. Lisäksi leikkauksessa poistetaan erilaiset tulehduksesta johtuvat muutokset. Toimenpiteen jälkeen voi olla tarpeellista tamponaation tekeminen yhden vuorokauden ajaksi. Tamponaatiolla tarkoitetaan tamponin asettamista tiiviisti vuotokohtaan, jolloin vuoto tyrehtyy. Tamponaatio voidaan tehdä sellaisella materiaalilla, joka sulaa itsestään tai sulamattomalla materiaalilla. (Antila 2014; Iivanainen ym. 2012, 165-166; Nuutinen 2011, 167-168.)

3.4.3 FESS-leikkauksen jälkeen

Toimenpiteen jälkeen potilas ei pääse välittömästi lähtemään, vaan potilaan täytyy olla yleensä muutaman tunnin ajan tarkkailussa, jotta voidaan arvioida kipuja puudutteen häviytystä. Potilaan tulee istua puoli-istuvassa asennossa vuoteellaan ja kylmäpussi laitettuna hänen niskalleen. Potilaalla tarkkaillaan myös tällöin verenpainetta ja pulssia, sekä lisäksi mahdollista nenäverenvuotoa. Ennen potilaan kotiutumista on arvioitava potilaan kivut ja huolehdittava asianmukaisesta kipulääkityksestä. Kipujen hallintaan riittää yleensä yleisimmät tulehduskipulääkkeet. Kipulääkkeitä on hyvä ottaa säännöllisesti ainakin muutaman päivän ajan, jotta kipua ei pääse yltyämään. (Iivanainen ym. 2012, 165-166; Nuutinen 2011, 168.)

3.4.4 Toipuminen ja jälkitarkastus

Leikkauksen toipumisaika on yleensä 3-5 vuorokautta. Jälkitarkastus tehdään korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla. Jälkitarkastuksessa katsastetaan tähystyksen avulla leikkausalue. Nenän seutu huuhdellaan ja puhdistetaan tarvittaessa karstasta. Vaikka potilaalle on toteutettu FESS-leikkaus, niin tämän jälkeen täytyy jatkaa konservatiivista hoitoa. (Iivanainen ym. 2012, 166; Käypähoito-suositus 2018.)

3.4.5 FESS-leikkauksen hyödyt ja mahdolliset komplikaatiot

FESS-leikkauksesta on hyötyä siinä, että saadaan värekarvajärjestelmä palautumaan ennalleen. Samalla leikkauksesta on hyötyä myös siinä, että tarvittaessa voidaan jälkikäteen tehdä poskionteloiden huuhtelu, johon käytetään lavaatiokärkeä apuna, sillä leikkauksen aikana tehdään vasta-aukko keskikäytävään. (Nuutinen 2011, 167-168; Iivanainen ym. 2012, 165.)

FESS-leikkauksen avulla pystytään lopettamaan tai ainakin merkittävästi vähentämään sivuonteloiden tulehdusten syntyminen. Erilaisissa tulehdistiloissa FESS-leikkauksen ansiosta ontelot pysyvät auki ja näitä on helpompi huuhdella, sekä oireilu on vähäisempää. Jos kuitenkin huomataan, että potilaalla jatkuvat toistuvat tai krooniset sivuonteloiden tulehdukset leikkauksen jälkeen, niin on aiheellista tehdä syvälliset taustatutkimukset. Tällöin potilaan ympäristöstä poistetaan tekijät, jotka altistavat tulehduksille, kuten esimerkiksi allergisoivat tekijät, tupakointi ja sisäilmaongelmat. (Nuutinen 2011, 168.)

FESS-leikkauksen jälkeen suurelle osalle potilaista voi jäädä sivuontelotulehdusoireita leikkauksesta huolimatta taudin luonteen takia. Näitä oireita joudutaan hoitamaan konservatiivisesti. (Käypähoito-suositus 2018.) Vakavan komplikaation mahdollisuus FESS-leikkauksessa on 0,5 prosenttia. Vakavimpia komplikaatioita ovat potilaan menehtyminen leikkaukseen, isot verenvuodot sekä silmä- ja kallonsisäiset vauriot. Muita mahdollisia komplikaatioita ovat tulehdukset, verenpurkauma silmän ympärillä ja muut vähäisemmät verenvuodot, keuhkolaa-jentuma ja kiinnikkeiden syntyminen. (Penttilä & Numminen 2008, 25-34.)

Useiden tutkimusten mukaan FESS-leikkauksen jälkeen potilaiden elämänlaatu on parantunut. Elämänlaadun heikkous on pääasiassa rajoittunut tulehduksen aiheuttamiin oireisiin, joita ovat nenän tukkoisuus, nenän vuotaminen ja päänsärky. Leikkauksen jälkeen oireet ovat poistuneet. Pieni osa potilaista voi silti mahdollisesti tarvita leikkauksen jälkeen kortikosteroideja mutta antibioottien tarve on huomattavasti vähentynyt. Leikkaus on yleisesti vähentänyt lääkkeiden käytön sekä lääkärikäyntien tarvetta. Kliinisten tutkimusten mukaan tieteellinen näyttö kertoo leikkauksen olevan tehokas. (Bhattacharyya 2004; Bezerra ym. 2012, 96-102; Daramola & Chandra 2018, 29-32; Mishra, Bhatta & Verma 2010, 6-8.)

3.5 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivinen hoitotyö tarkoittaa kaikkia kirurgisen potilaan hoitotyön vaiheita ja menetelmiä. Se käsittää koko hoitopolun potilaan leikkausta edeltävästä arviosta eli preoperatiivisesta vaiheesta, itse leikkauksesta eli intraoperatiivisesta vaiheesta ja toipumisesta leikkauksen jälkeen eli postoperatiivisesta vaiheesta. (Hynynen 2015.)

3.5.1 Preoperatiivinen vaihe

Preoperatiivisella vaiheella tarkoitetaan potilaan ohjausta, valmistamista, leikkausriskien kartoittamista ja tarvittaessa tiettyjen tutkimuksien järjestämistä ennen leikkaukseen tulemistä. Preoperatiivisessa vaiheessa käydään läpi potilaan kanssa hänen yleistilansa, leikkauksen eteneminen ja leikkauksen jälkeinen hoito ja oireilu. Preoperatiivinen vaihe on tärkeässä roolissa potilaan leikkauksen onnistumisessa ja paranemisessa, sillä kun leikkauskelpoisuus kartoite-

taan ajoissa ja potilaan ohjaus on toteutettu asianmukaisesti, niin komplikaatioiden syntyminen on epätodennäköisempää. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on kerätä potilaalta tarvittavat tiedot ennen leikkauksen aloittamista ja ohjata potilasta tiettyjen lääkkeiden tauottamisessa tarvittaessa. Preoperatiivisessa vaiheessa voidaan joskus joutua ohjaamaan myös lähiomaisia. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 11; Käypähoito - suositus 2014.)

Leikkauspäivänä potilaan terveydentila tarkistetaan. Hänen tulee olla syömättä vähintään kuusi tuntia ja juomatta vähintään kaksi tuntia. 1-2 tuntia ennen anestesiaa, potilas voi ottaa sovitut lääkkeet 150ml vesimäärän kanssa. (Karinen 2014.)

3.5.2 Intraoperatiivinen vaihe

Intraoperatiivisella vaiheella tarkoitetaan kaikkea sitä toimintaa, joka tapahtuu leikkaussalissa, kuten potilaan tarpeisiin vastaaminen, asennon laittaminen, voimien tarkkailu, leikkauksen tekeminen ja potilaan tukeminen. Intraoperatiivisen hoitotyön tarkoituksena on parantaa kirurgisella toimenpiteellä potilaan elämänlaatua ja parantaa tai ainakin lievittää oireilua. Intraoperatiivisessa vaiheessa työskentelee moniammatillinen henkilökunta yhdessä leikkaussalissa, jossa jokaisella on oma pätevyytensä tiettyyn tehtävään. Toimenpiteen aikana vitaa-lielintoimintoja tarkkaillaan säännöllisin väliajoin. (Tengvall 2010, 1.)

3.5.3 Postoperatiivinen vaihe

Postoperatiivisella vaiheella tarkoitetaan leikkauksen jälkeen tapahtuvaa hoitoa valvonnassa, teho-osastolla tai heräämössä. Tämän aikana potilaalla tarkkaillaan hänen yleistilaansa, toimimista, vitaa-lielintoimintoja, kipuja ja pahoinvointia. Muutoksiin reagoidaan ja hoidetaan asianmukaisesti. Potilaan siirtämistä jatkohoitoon osastolle tai kotiuttamista voidaan suunnitella vasta, kun tiedetään, että potilaan elintoiminnot ovat palautuneet normaalille tasolle leikkauksen ja anestesian jälkeen, ja kivut ovat hallinnassa. Ennen osastolle siirtämistä hoitohenkilökuntaa vielä tiedotetaan potilaalle suoritetusta toimenpiteestä, mahdollisista komplikaatioista ja jatkohoidosta sekä lääkityksestä. Jos potilas pääsee leikkauksen jälkeen kotiutu-maan, niin hänelle vielä kerrataan jatkohoito-ohjeet selkeästi. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa, 2013, 206-211.)

3.5.4 Potilasturvallisuus

Perioperatiivinen hoitotyö on merkittävässä roolissa potilasturvallisuuden suhteen, kun aletaan suunnitella kirurgista toimenpidettä. Perioperatiivinen hoitotyö tukee myös potilaan itsemääräämisoikeutta, sillä potilas saa tämän prosessin edetessä itse päättää haluaako leikkaukseen vai ei. Hoitohenkilökunnan tehtäviin kuuluu kertoa potilaalle selkeästi suoritetta-

vaan toimenpiteeseen liittyvät asiat, jolloin potilaan tekemä päätös leikkauksen suhteen perustuu tietoon. (Karma, ym. 2016, 8-11; Niemi-Murola, Jalonen, Junttila, Metsävainio & Pöyhä 2014, 73.)

3.5.5 Päiväkirurgia

FESS-leikkaus on päiväkirurginen toimenpide. Päiväkirurginen toimenpide tarkoittaa sitä, että potilas saapuu toimenpidepäivänä sairaalaan ja kotiutuu samana päivänä. Kotiutuminen tapahtuu yleensä, kun toimenpiteestä on kulunut muutama tunti. Päiväkirurginen toimenpide edellyttää yleisanestesiaa, laajaa puudutusta tai laskimosedation käyttöä leikkaussaliolosuhteissa. Toimenpiteen jälkeen potilasta valvotaan päiväkirurgisessa yksikössä tai osastolla ennen kuin potilas kotiutetaan. (Kangas-Saarela & Mattila 2014.)

3.5.6 Kotiutuminen

Jotta potilas voidaan kotiuttaa, tulee hänen vitoalitoimintonsa olla vakaat. Potilaan tulee olla orientoitunut siihen paikkaan, jossa hän on sekä aikaan, lisäksi hänen tulee pystyä kävelemään ilman tukea ja pukeutumaan itse. Juomattomuus ja virtsaamattomuus eivät ole este kotiuttamiselle. Jos toiminnot eivät onnistu kotona, potilas on ohjattu olemaan yhteydessä sairaalaan. Tämän lisäksi potilaalla ei saa olla kohtuutonta pahoinvointia tai oksentelua, kipua tai verenvuotoa tai veren tihkumista haavasta. (Kangas-Saarela & Mattila 2014.)

Potilaan kotiuttaa hoitaja, jolla on anestesiaalääkärin ja toimenpidelääkärin ohjeet ja lisäksi hän noudattaa yksikön kotiuttamiskriteereitä. Potilas saa sekä kirjalliset että suulliset ohjeet. Ohjeissa kerrotaan muun muassa se, että autoa ei saa ajaa 24:n tuntiin. Potilas tarvitsee lisäksi saattajan kotimatkalta ja ensimmäiseksi yöksi kotiin. (Kangas-Saarela & Mattila 2014.)

3.6 Aikuisen potilaan potilasohjaus

3.6.1 Potilas

Potilas on henkilö, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja. Aikuinen potilas on täysi-ikäinen, terveydenhuollon palveluita käyttävä henkilö, johon suoritettava toimenpide kohdistetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785).

3.6.2 Potilasohjaus

Ohjaus määritellään olevan tavoitteellista toimintaa, joka tapahtuu sidoksissa asiakkaan ja hoitajan taustatekijöiden kanssa. Potilaan ohjauksessa keskeisintä on ohjaajan ja ohjeistettavan eli potilaan yhtenäinen vuorovaikutus, johon vaikuttaa sanallinen ja sanaton viestintä. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan omat kokemukset ja itsetuntemus ja niiden avulla

pyrkä ohjeistamaan potilasta mahdollisimman hyvin. Ainoastaan riittävien taustatietojen vaaraan voi rakentua onnistunut ohjaus ja sen edellyttämänä potilaalla ja hoitajalla on oltava yhteinen näkemys hoidosta, koska se parantaa potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ym. 2007, 25; Kääriäinen & Kyngäs 2005.)

3.6.3 Taustatekijät

Hoitajan ja potilaan taustatekijöiden huomioiminen on ohjauksen perusta ja se voidaan jakaa psyykkisiin, fyysisiin ja sosiaalisiin ominaisuuksiin sekä myös ympäristötekijöihin. Psyykkisissä tekijöissä on tärkeää huomioida potilaan oma motivaatio, koska se vaikuttaa suoraan potilaan kykyyn omaksua hänelle annettu ohjaus. Myös hoitajan motivaatiolla on merkitystä annettuun ohjaukseen ja sen merkitykseen. Aikaisemmat ohjauskokemukset vaikuttavat myös potilaan suhtautumiseen annettuun ohjaukseen ja välillä potilaan omat uskomukset ja mieltymykset vaikeuttavat ohjauksen antoa. Ohjauksen vastaanottaminen riippuu potilaan fyysisestä valmiudesta ja siihen vaikuttavat potilaan fyysiset taustatekijät, joita ovat muun muassa potilaan ikä, sairaus ja sen kesto sekä sukupuoli. Nämä vaikuttavat myös hoitajan ohjaukseen ja siihen, miten eri tavalla hoitaja voi kohdata potilaan ja ohjata häntä. Potilaan toimintaan vaikuttavat myös potilaan ja hoitajan väliset kulttuuriset ja uskonnolliset erot. Hoitajan on ohjauksen merkityksen kannalta tärkeää tietää potilaan sosiaaliset taustatekijät ja huomioida ne mahdollisimman hyvin ohjauksessaan. Myös kielelliset epäkohdat, kuten vieraskielisyys voivat tuottaa hankaluuksia potilasohjauksessa. Ohjaustilanteen ja -ympäristön tulisi olla mahdollisimman rauhallinen ja neutraali, eikä se saisi aiheuttaa potilaalle negatiivisia tunteita. Hyvä ohjaustilanteen kokeminen on tärkeää ohjauksessa ja sen sisäistämisessä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.)

Taustatekijöiden vaikutus video-ohjaamiseen riippuu esimerkiksi potilaiden iästä ja kapasiteettista osata ja omaksua tietoteknisten laitteiden käyttöä. Tämä rajoittaa mahdollisuuksia katsoa ohjaus videota kotona omatoimisesti. (Kyngäs ym. 2007, 117.)

3.6.4 Vuorovaikutus

Potilaan ja hoitajan välinen ohjaussuhde rakentuu vuorovaikutuksen avulla. Hoitajan ja potilaan välisen hyvän ohjaussuhteen ja vuorovaikutuksen edellytyksenä on kunnioittaa toistensa asiantuntemusta. Potilaan asiantuntemukseen kuuluvat hänen oma elämä, kun taas hoitaja on oman ammattinsa asiantuntija. Potilaan asiantuntemukseen vaikuttaa kuitenkin hoitajan ohjaus, sen kulku ja eteneminen, koska tämän avulla hoitaja auttaa potilasta tunnistamaan oman asiantuntemuksensa ja siten potilas pystyy ottamaan omat valinnat ja toimintansa omalle vastuulle. (Kyngäs ym. 2007, 38-40.)

3.6.5 Potilaan oikeudet

Potilailla on tiedonsaantioikeus. Potilaalle on annettava selvitys niin, että potilas ymmärtää sen. Terveystieteiden ammattihenkilön on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava potilaalle riittävästä tulkitsemisesta, mikäli potilas ei aisti- tai puhevian takia voi tulla ymmärretyksi tai ammattihenkilö ei osaa kieltä, jota potilas käyttää. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Lain avulla varmistetaan myös potilasturvallisuus sekä terveydenhuollon laatu. Tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöitä ohjaa sosiaali- ja terveystieteiden valvontaosasto. Valvontavirasto käsittelee ohjaukseen ja valvontaan liittyviä asioita esimerkiksi silloin kun epäillään hoitovirhettä, jonka seurauksena potilas on menehtynyt tai vaikeasti ja pysyvästi vammautunut. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559.)

Terveystieteidenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa tuetaan ohjauksella, joka sisältyy sairaanhoitopalveluihin, jotka kunnan on järjestettävä asukkaille. (Terveystieteidenhuoltolaki 2010/1326.)

3.7 Potilasohjausvideo

3.7.1 Video

Video näyttää jatkuvalta liikkeeltä mutta se on oikeastaan kuvasarja, jossa kuvat vaihtuvat niin nopeasti, että liike näyttää olevan jatkuvaa. Tyypillisesti kuva vaihtuu 50-60 kertaa sekunnissa ja joissain tapauksissa 70-90 kertaa sekunnissa. (Jack 2007.)

Visuaalista tietoa voidaan siirtää paikasta toiseen analogisten ja digitaalisten videosignaalien avulla. Ennen käytettiin analogisia videoita ja digitaaliset videot olivat vain asiantuntijoiden käytössä. Aikaisemmin videon sovellukset olivat hyvin rajattuja. Silloin analogisia videoita käytettiin esimerkiksi lähetyksissä ja kaapelitelevisiossa. Tilanne kuitenkin muuttui nopeasti ja siirryttiin digitaalisiin videoihin. Nykyään kuluttajat käyttävät päivittäin digitaalisia videoita, sillä digitaalisten videoiden kustannukset ovat laskeneet. Tämä johti esimerkiksi dvd-laitteiden ja digitaalisten televisioiden kehittämiseen sekä kykyyn käyttää internetiä videoiden siirtämiseen. (Jack 2007.)

3.7.2 Videon tuottaminen

Videotuotannon prosessiin kuuluu käsikirjoituksen laatiminen. Sillä tarkoitetaan tiettyä suunnitelmaa, johon perustuen video kuvataan. Ensin on saatu idea videosta ja mietitty keskeisiä asioita, kuten esimerkiksi kenelle video on tarkoitettu, mitä videolla halutaan kertoa, miten asiat halutaan kertoa eli mikä on videon tyylilaji ja millainen on budjetti. Tämän jälkeen videon sisällöstä tehdään luonnos eli synopsis. Synopsis sisältää videon tapahtumat aikajärjestyksessä. Synopsis pohjalta tehdään videon varsinainen käsikirjoitus. Käsikirjoitus sisältää rungon ja suunnitellun toiminnan, eli mitä videossa tapahtuu. (Videotuotannon perusteet 2013; Ideasta käsikirjoitukseksi 2018.)

Idean jälkeen lähdetään työstämään lyhyttä luonnosta siitä, mitä video tulee pitää sisällään. Tällä vaiheella tarkoitetaan synopsisista, joka on vaihe ennen käsikirjoituksen tekemistä. Synopsis tulee pitää sisällään tärkeimmät asiat videosta aikajärjestyksessä. Tämän pituus voi vaihdella parista rivistä jopa useampaan sivuun. (Ideasta käsikirjoitukseksi 2018.)

Käsikirjoitus lähdetään tekemään synopsis pohjalta. Käsikirjoitus pitää sisällään videon rungon ja kohtaukset. Videokäsikirjoituksessa eritellään yksityiskohtaisemmin tapahtumien eteneminen. (Ideasta käsikirjoitukseksi 2018.)

Käsikirjoituksen tekeminen on mahdollista eri tavoilla. Yleisin tapa käsikirjoittamiseen on se, että käsikirjoitus pohja jaetaan pystysuunnassa osiin, jossa ilmenee mitä videokuvassa tapahtuu ja kertojan teksti. (Leponiemi 2010, 54.) Tätä tekniikkaa on käytetty myös tässä opinäytetyössä.

Oikeanlaisen videokameran valinta voi olla hankalaa. Ensisijainen asia on selvittää, mitä kameraltaan haluaa. On muistettava, että kaikkea mitä haluaa, ei välttämättä saa samaan kameraan. Kameran lisäksi videokuvauksessa tarvitaan apuvälineitä. Yksi tärkein on jalusta. Sen avulla vältetään kotivideoiden täriseminen ja heiluva kuva. Jalustan lisäksi on hyvä olla kameranalaukku. (Välikylä 2005, 9, 18, 24.)

Kuvasuunnittelussa mietitään kuvakoko, kuvakulma, kameran liikkeet, kuvan sommitelut sekä leikkaukset. Kuvausvaiheessa tulee huomioida valaistus, kuvakulmat, toiminta kuvassa sekä kameran liikkeet ja itse kuvaaminen. On tärkeää, että äänitys tapahtuu mahdollisimman hiljaisessa ympäristössä. (Videotuotannon perusteet 2013.)

Videon editoimiseen tarvitaan editointiohjelma, joita on paljon erilaisia. Ohjelman valinta perustuu siihen, mitä videon editoimiseen itse tarvitsee. Editointi sisältää esimerkiksi videon leikkaamisen. Tällöin videosta poistetaan kohtauksia ja rajataan pituutta. Videota voidaan

editoinnilla myös hienosäätää. Videoon voi lisätä tekstiä, siirtymiä, tehosteita, suoristaa ja rajata kuvaa, korjata videon värejä sekä muokata ääntä. (Välikylä 2005, 65-101.)

3.7.3 Potilaan ohjaus videon välityksellä

Audiovisuaalinen media on tehokas väline. Elävällä kuvalla ja äänellä vaikutetaan suoraan kuvaa katsovan henkilön selkäyttimeen ja aivoihin. Lisäksi vaikutus ilmenee myös tunteissa ja järjessä. Videon tekeminen on hyvä ratkaisu, kun täytyy esittää, opettaa, tiedottaa tai esimerkiksi markkinoida jotakin asiaa. Video on joustava väline, sillä sitä on helppo muokata ja sitä voidaan levittää, jakaa tai lähettää. Videolla voidaan tavoittaa rajattu ryhmä tai suuri massayleisö. (Aaltonen 2018, 17.)

Potilaan ohjaaminen videon välityksellä kuuluu osana audiovisuaalista ohjausta, joka on tiedon ja tuen tarjoamista erilaisten teknisten laitteiden välityksellä ja se mahdollistaa esimerkiksi sellaisten potilaiden ohjauksen, jotka eivät pysty lukemaan kirjallisia materiaaleja tai kokevat ne vaikeaksi ymmärtää. Lisäksi audiovisuaalinen ohjaus on taloudellisempaa kuin esimerkiksi paperiversiot samaisesta ohjauksesta. Pää tarkoituksena audiovisuaalisella ohjauksella on selvittää mahdollisia väärinkäsityksiä aikaisemmasta potilasohjauksesta ja virkistää muistia potilasohjauksen jälkeen. Myös omaisille on helpompaa omaksua tietoa audiovisuaalisen ohjauksen kautta suullisen ohjauksen lisäksi. (Kyngäs ym. 2007, 116-117.)

Demonstraatiolla tarkoitetaan jonkin asian opettamista esittämällä. Demonstrointi jaetaan kahteen toimintaan: havainnoilliseen esittämiseen ja harjoitteluun. Havainnoillisessa esittämisessä annetaan potilaalle selkeä kuva tietyn asian tekemisestä. Harjoittelemineen taas on motorisen taidon kehittämisen kannalta tärkeää. Potilasta tulee informoida esityksen tarkoituksesta sekä etenemisestä ja hänelle tulee kertoa tarvittavat välineet ja toiminnot. (Kyngäs ym. 2007, 128-129.)

Videopohjaisten koulutustoimintojen käyttö sairaalassa on yleistä. Näiden on huomattu parantavan tehokkaasti lyhyen aikavälin terveystieteiden tavoitteita, mutta on epäselvää, miten nämä vaikuttavat potilaiden käyttäytymiseen tai elämäntapamuutoksiin. Tehokkuus riippuu myös esitysmuodosta, ajoituksesta ja potilaan sen hetkisestä henkisestä hyvinvoinnista. (Dahodwala, Geransar, Babion, de Grood & Sargious 2018, 2116-2124.)

Potilasvideo on kirjallisia ohjeita selkeämpi. Videosta saavat hyötyä myös kuurot sekä ulkomaalaiset henkilöt ja lisäksi video vähentää pelkoja. Videon voi katsoa rajattoman määrän verran. (Andreasson 2016, 14.)

Digitaalisella videolla on erilaisia kerrontatapoja. Audiovisuaalisella kerronnalla pyritään siihen, että katsoja samaistuu tarinaan. Sillä pyritään myös vaikuttamaan katsojan tunteisiin ja luomaan mielikuvia. (Keränen, Lamberg & Penttinen, 2003, 92.)

4 Menetelmät ja toteutus

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa sitä, että käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen tai toiminnan järjestäminen on tavoiteltavissa ammatillisessa kentässä. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ohje, ohjeistus tai opastus, kuten esimerkiksi perehdyttämisopas. Toiminnallisella opinnäytetyöllä voidaan myös toteuttaa tapahtuma, esimerkiksi messuosaston järjestäminen. Toimeksiantaja on suositeltavaa toiminnallisessa opinnäytetyössä, sillä silloin osaamista voi näyttää laajemmin, sillä voidaan herättää työelämässä kiinnostusta, mahdollisesti työllistyä ja luoda suhteita. (Vilka & Airaksinen, 2003, 9, 16.)

Tällä toiminnallisella opinnäytetyöllä pyrittiin helpottamaan ja tukemaan poliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien päivittäistä työtä tekemällä potilasohjausvideon FESS-leikkaukseen tuleville aikuisille potilaille. Video tuotettiin tilaajan toiveesta sekä suomen- että ruotsinkielellä, jolloin tämä vastaa mahdollisimman laajasti poliklinikan ja siellä käyvien potilaiden tarpeita. Videot on julkaistu YouTube-sivustolla, jolloin nämä ovat helposti saatavilla internetistä ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Suomenkielinen video löytyy hakusanalla ”FESS-leikkaukseen tulevan aikuisen potilaan preoperatiivinen ohjaus videolla” sekä linkistä <https://youtu.be/tJKEWmtDgfE>. Ruotsinkielinen video löytyy hakusanalla ”Preoperativ handledningsvideo på FESS-operation för en vuxen patient” sekä linkistä https://youtu.be/7GK8ADb_cA4.

4.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullista tutkimusmenetelmää käytetään tässä opinnäytetyössä alkukartoituksen tekemiseen, koska sen avulla ymmärretään kokonaisvaltaisesti opinnäytetyön aiheen laatu, ominaisuus ja merkitys FESS-leikkaukseen tulevan potilaan ohjauksessa. Laadullisen tutkimusmenetelmän aineistonkeruun tuloksia käytetään potilasohjausvideon tekemiseen.

Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on tietyn ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen. Lähtökohtana halutaan kirjoittamatonta faktatietoa tai ymmärrystä esimerkiksi ihmisten toiminnan taustalla vaikuttavista uskomuksista ja käsityksistä. Yksilö- tai ryhmähaastattelut toimivat aineiston keräämisen keinoina. Haastattelukysymysten tulisi olla avoimia, jotta haluttua tietoa saadaan tarpeeksi. Haastattelutapana käytetään laadullisessa tutkimusmenetelmässä usein teemahaastattelua lomakehaastattelun sijasta, koska tapa kerätä aineistoa on vapaampi. (Vilka & Airaksinen 2003, 63-64.)

Laadullisessa tutkimuksessa teorian merkitys on ilmeinen, jolloin teoriaa tarvitaan automaattisesti. Laadulliseen tutkimusmenetelmään kuuluu lisäksi erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Yleisimmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja tieto, joka on koottu erilaisista dokumenteista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 23, 83.)

Tärkein asia haastattelussa on se, että siitä saadaan mahdollisimman paljon tietoa. Jotta haastattelu onnistuu, tulisi haastateltavien saada tutustua kysymyksiin etukäteen. Lisäksi haastateltavalle on eettisesti oikein kertoa etukäteen aihe, jota haastattelu koskee. Haastattelussa haastateltavien kokemus aiheesta on etu, tällöin voidaan valita juuri ne henkilöt, jotka tietävät asiasta eniten. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85-86). Poliklinikalla työskentelevillä sairaanhoitajilla on kokemus FESS-leikkaukseen tulevan potilaan ohjauksesta, jolloin tietämys asiasta on etuna haastattelun onnistumiselle.

Havainnointia käytetään, koska tällöin käsiteltävä asia nähdään oikeassa yhteydessä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 94). Poliklinikalla päätettiin tehdä haastattelun lisäksi havainnointi. Poliklinikalla havainnoidessa nähdään konkreettisesti, kuinka sairaanhoitaja vastaanottaa potilaan ja mitä vastaanottokäynnillä tapahtuu.

4.3 Aineistonkeruu

Tutkimushaastattelut jaetaan eri lajeihin. Formaali haastattelu on määrällinen eli strukturoitu ja standardoitu lomakehaastattelu. Esimerkiksi strukturoimaton ja puolistrukturoitu haastattelu, teema- ja syvähaastattelu sekä kvalitatiivinen haastattelu ovat oma luokkansa. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 43-44.) Opinnäytetyössä käytetään teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä, sillä tämän avulla voidaan tarkentaa epäkohtia ja hankkia aineistoa laajasti alan asiantuntijoilta.

Teemahaastattelulla on omia ominaispiirteitä: haastateltavilla ihmisillä on tietyn tilanteen kokemus takana, tutkittavan ilmiön tärkeät osat, prosessit, rakenteet ja kokonaisuus on selvitetty alustavasti. Tämän jälkeen analyysin perusteella on kehitetty haastattelurunko, jonka jälkeen viimeisessä vaiheessa haastattelu suunnataan haastateltaville tietyistä tilanteista, jotka on ennalta analysoitu. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 47.)

Haastattelun runkoa tehtäessä laaditaan teema-alueuuttelo yksityiskohtaisten kysymysluetteloiden sijaan. Tutkimuskokonaisuuteen kuuluu ensin suunnitteluvaiheessa tutkimusongelmat ja ilmiöiden pääluokat. Tämän jälkeen haastatteluvaiheessa teema-alueet ja kysymykset. Lopulta analyysivaiheessa luokitus ja tulkinta. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 66-67.)

Teema-alueluettelo edustaa teoriaan perustuvien pääkäsitteiden tarkennettuja alakäsitteitä. Ne ovat yksityiskohtaisia luetteloita, joita haastattelija pitää omana muistilistanaan haastatteluvaiheessa. Haastattelun aikana myös tutkittava toimii näiden kysymyksien tarkentajana. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 66.) Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelun runko on poimittu teoriasta. Haastattelukysymyksen pohja löytyy opinnäytetyön liitteestä 3.

Havainnointi voidaan jakaa eri muotoihin, joita ovat piilohavainnointi, havainnointi ilman osallistumista, osallistuva havainnointi ja osallistava havainnointi. Havainnointi ilman osallistumista ja osallistuva havainnointi eroavat toisistaan vain vähän. Havainnointi ilman osallistumista tarkoittaa sitä, että havainnoitsija tarkkailee osallistumatta tapahtumaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 94.) Opinnäytetyössä käytettiin havainnointia ilman osallistumista. Havainnoitsija istui poliklinikan vastaanottohuoneessa ja tarkkaili sairaanhoitajan vastaanottoa tehden samalla muistiinpanoja osallistumatta muuten yhtään vastaanottoon.

Haastattelu ja havainnointi ovat laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä. Yksistään havainnointi aineistonkeruumenetelmänä olisi hyvin suuritöinen. Se on suuritöinen, sekä aikaa vievä myös muihin aineistonkeruumenetelmiin liitettäessä, mutta haastattelun ja havainnoinnin yhdistäminen on usein tuottoisaa. Havainnointi valitaan usein silloin, kun tiedetään vähän tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 93-94.) Tässä opinnäytetyössä tietoa on kerätty haastattelemalla ja havainnoimalla, sillä haluttiin saada laajasti tutkittua FESS-leikkausta ja potilaan preoperatiivista ohjausta, jotta varmistettiin potilasohjauksivideon luotettavuus.

4.4 Analyysi

Teemoittelussa painotetaan sitä, mitä kustakin teemasta on sanottu haastattelussa. Kyseessä on siis ryhmittely ja pilkkominen erilaisten aihepiirien mukaan laadullisessa aineistossa. Tämän avulla pystytään vertailemaan tiettyjen asioiden ilmenemistä aineistossa. Teemoittelussa etsitään näkemyksiä, jotka kuuluvat tiettyyn teemaan. Analysoinnin tekeminen on yksinkertaista, kun tähän käytetään esimerkiksi teemahaastattelussa käytettyjä teemoja, mutta muidenkaan teemojen käyttäminen ei ole kiellettyä. Teemoittelussa korostuu teeman sisältö, ei lukumäärät. (Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018, 105-107.) Koska opinnäytetyössä on käytetty teemahaastattelua ja haastattelusta saatu aineisto on teemoiteltu, kyseessä on temaattinen analyysi.

Temaattinen analyysi vaikuttaa melko samalta kuin sisällönanalyysi. Temaattisessa analyysissä erotellaan kaksi pääryhmää. Toisessa ryhmässä analyysi on liitetty suoraan metodologiseen kokonaisuuteen ja toisessa ryhmässä se on ymmärrettävänä vapaana analyysimetodina. Yhtäläisyydet ja erot liittyvät jälkimmäisenä mainittuun tulkintaan, kun verrataan sisällönanalyysi-

siä ja temaattista analyysiä. Kummatkin analyysit voidaan tehdä aineisto- tai teorialähtöisesti. Temaattisessa analyysissä käytetään induktiivista tai deduktiivista muotoa. Aineisto on aineistolähtöisessä analyysissä viitekehyksenä ja teoria, malli tai aiemmin tunnettu teoreettinen rakennelma teorialähtöisen analyysin viitekehyksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2018,140-141.)

Temaattisessa analyysissä tutustutaan aineistoon, jonka pohjalta tehdään muistiinpanoja. Tämän jälkeen aineisto järjestetään potentiaalisiin teemoihin. Näiden teemojen välillä pohditaan esimerkiksi eri teemojen välisiä suhteita ja tasoja. Sitten on vuorossa tarkistaminen, että valittu aineisto sopii tehtyihin teemoihin ja teemat määritellään sekä nimetään. Jokaiselle teemalle ominaista on se, että niiden täytyy olla johdonmukaisia sisäisesti ja toisista eriäviä ulkoisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 142.)

Aineisto voidaan purkaa joko kirjoittamalla se tekstiksi eli litteroimalla tai tallennetuista tiedoista koodataan päätelmät ja teemat suoraan ilman aineiston kirjoittamista tekstiksi. Litteroinnissa haastattelu kirjoitetaan sanasta sanaan. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 138-140.) Opin- näytetyön äänitallenteet litteroidaan ja litteroinnin pohjalta tehdään sisällönanalyysi.

Teemoittelussa painotetaan sitä, mitä kustakin teemasta on sanottu haastattelussa. Kyseessä on siis ryhmittely ja pilkkominen erilaisten aihepiirien mukaan laadullisessa aineistossa. Tämän avulla pystytään vertailemaan tiettyjen asioiden ilmenemistä aineistossa. Teemoittelussa etsitään näkemyksiä, jotka kuuluvat tiettyyn teemaan. Analysoinnin tekeminen on yksinkertaista, kun tähän käytetään esimerkiksi teemahaastattelussa käytettyjä teemoja, mutta muidenkaan teemojen käyttäminen ei ole kiellettyä. Teemoittelussa korostuu teeman sisältö, ei lukumäärät. (Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018, 107.)

Aineiston analyysi on tehty niin, että ensin haastattelunauha purettiin luettavaksi, eli tekstimuotoon, jonka jälkeen tätä lähdettiin ryhmittelemään tiettyjen teemojen alle, jotka oli valittu jo etukäteen. Teemoittelun avulla pystyttiin jättämään käsikirjoituksesta videon tekemisen ja tarkoituksen myötä epäoleelliset asiat pois. Havainnoinnista tehtiin oma erillinen tiivistelmä havainnointikäynnin muistiinpanojen pohjalta. Tiivistelmä on liitetty osaksi opinnäytetyötä ja se löytyy tulokset otsikon alta. Aineiston analyysi haastattelusta tehtiin tässä opinnäytetyössä teemoittelun avulla.

Haastattelun ja litteroinnin jälkeen purettiin saatu tieto teemoittelun avulla. Teemoittelun taulukko löytyy tämän opinnäytetyön liitteistä numero 4. Näitä teemoja olivat päiväkirurgiset edellytykset, leikkausta edeltävät ohjeet, potilaiden usein kysytyjä kysymyksiä, FESS-leikkaus ja jatkohoito-ohjeet. Teemoittelussa ja havainnoinnissa esiin nousseiden tietojen perusteella oli helpompaa koota käsikirjoitus, joka palvelee poliklinikan ja potilaiden tarpeita.

Harkinnanvaraisen aineistonkeruumenetelmään opinnäytetyössä kuuluu otosten eli sairaanhoitajien haastattelut käyttäen teemahaastattelua haastattelurunkona. Haastateltavien kokemukset ja näkemykset opinnäytetyön aiheesta ovat pohjana tietoon, jota tarvitaan ohjausvideon tekemiseen. Haastattelut tapahtuvat vapaaehtoisuuteen perustuen.

Havainnointiin tai sen purkamiseen ei käytetty erikseen analysointimenetelmiä. Havainnoitsija oli kirjoittanut havainnointikerralla omia muistiinpanoja. Havainnoinnin jälkeen muistiinpanot kirjoitettiin puhtaaksi tekstiksi ja liitettiin osaksi opinnäytetyötä.

4.5 Toteutus

Asianmukaisten tutkimuslupien myöntämisen jälkeen menttiin poliklinikalle havainnoimaan FESS-leikkaukseen tulevan aikuisen potilaan ohjausta tulevaa leikkausta varten, sekä haastattelemaan poliklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa. Laadullisen tutkimusmenetelmän tiedonhankinta toteutettiin loppuvuodesta 2018.

Havainnoinnista ja haastattelusta saatujen tutkimustulosten ja teorian pohjalta työstettiin potilasohjausvideon käsikirjoitus. Potilasohjausvideo rakentuu diasarjoista ja liikkuvasta kuvasta. Lisäksi videon taustalla kuuluu puhetta. Videossa on käytetty opetusmenetelmänä demonstraatiota näyttämällä esimerkiksi mitä nenäverenvuodon alkaessa tulee tehdä. Videoita tehtiin kaksi erillistä, mutta samalla liikkuvalla kuvalla. Toisessa videossa taustalla on potilasohjeet suullisesti suomeksi ja toisessa taas ruotsiksi. Videokuvakoosteessa ei esiinny ulkopuolisia potilaita tai henkilökuntaa.

Potilasohjausvideo kestää noin 5 minuuttia ja videossa käydään oleellisesti tärkeät asiat läpi. Lyhyt ja selkeä video ylläpitää katsojan mielenkiintoa. Videon kuvaamiseen käytettiin yksi päivä. Opinnäytetyön tuotos käytiin esittelemässä korva-, nenä- kurkkutautien poliklinikalla, jolloin saatiin kerättyä myös palaute erillisen palautelomakkeen avulla. Ennen potilasohjausvideon näyttämistä poliklinikalla tuotos alustettiin Power Point-esityksellä.

5 Tulokset

5.1 Haastattelun ja havainnoinnin tekeminen

Havainnointi ja teemahaastattelu tapahtuivat korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla loppuvuodesta 2018 tutkimuslupien myöntämisen jälkeen. Havainnointipäivä sovittiin sähköpostitse korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan työntekijän kanssa. Haastattelupäivästä käytiin keskustelua myös sähköpostitse, mutta lopullinen haastattelupäivä sovittiin havainnointipäivän lopuksi. Havainnointiin meistä opinnäytetyön tekijöistä osallistui vain yksi sen

vuoksi, että poliklinikalle ei ollut mahdollista mennä kaikkien samanaikaisesti ja samalla haasteita toi se, että poliklinikalla ei ollut muina päivinä tiedossa preoperatiivisia ohjaustilanteita FESS-leikkauksesta.

Haastatteluun osallistui kaksi muuta opinnäytetyön tekijöistä. Haastatteluun oli tarkoituksena saada poliklinikalta kolme sairaanhoitajaa, mutta tähän pääsi lopulta vain yksi. Ennen haastattelun aloitusta varmistettiin se, että haastateltava oli perehtynyt saatekirjeeseen ja allekirjoittanut tämän. Saatekirje löytyy tämän opinnäytetyön liitteistä numero 2.

Haastattelun runkona käytettiin teemoja opinnäytetyöaiheen ympäriltä. Teemoja olivat leikkausta edeltävät ohjeet, FESS-leikkaus sekä jatkohoito-ohjeet. Näiden teemojen avulla pystyttiin jakamaan kysymykset loogiseen järjestykseen. Kaikki kysymykset olivat avoimia ja ne kysyttiin haastateltavalta. Näin saimme hyvän tietopohjan ohjausvideota varten. Haastattelu nauhoitettiin kokonaisuudessaan myöhempää analysointia ja teemoittelua varten. Haastattelukysymykset löytyvät kokonaisuudessaan liitteestä 3.

5.2 Havainnoinnin tulokset

Havainnointi tapahtui sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla. Havainnoitsija sijoittui sairaanhoitajan vastaanottohuoneeseen. Sairaanhoitaja oli osana lääkärin vastaanottoa, jossa potilaalle tehtiin päätös FESS-leikkauksesta. Tämän jälkeen potilas ohjautuikin sairaanhoitajan vastaanotolle.

Sairaanhoitajan vastaanotolla hoitaja kävi potilaan kanssa yhdessä tarkasti läpi valmiiksi täytetyn esitietolomakkeen. Esitietolomakkeessa painotettiin käytössä olevien lääkkeiden ja luontaistuotteiden merkitsemistä. Anestesia lääkäri päättää mitkä lääkkeet potilas voi ennen leikkausta ottaa ja mitkä pitää tauottaa.

Sairaanhoitaja kertoi lisäksi potilaalle sairaalaan saapumisesta, sairaslomasta, kipulääkityksestä sekä leikkauksen jälkeisestä kontrolliajasta. Potilaalle annettiin sairaalan yhteystiedot ja kerrottiin, että leikkaukseen mennessä tulisi olla mahdollisimman terveenä. Potilaalla oli mahdollisuus kysyä leikkaukseen liittyviä kysymyksiä. Esille tuli leikkaukseen pääsyn ajankohta. Sairaanhoitaja kertoi jonotusajan olevan noin neljästä kuuteen kuukautta.

Tämä sairaanhoitajan vastaanotto kesti vajaa 15 minuuttia. Vastaanottoajan pituus riippuu monista eri tekijöistä. Esimerkiksi, jos potilaalla on paljon käytössä olevia lääkkeitä tai niiden selvittämisessä on hankaluutta niin vastaanotolla kuluu paljon enemmän aikaa.

Havainnoinnissa esille tulokseksi tuli esitietolomakkeen tärkeys. Sairaanhoitaja mainitsi asiasta useaan otteeseen. Esitietolomakkeen tärkeimmäksi kohdaksi nousi potilaan käyttämät

lääkkeet ja luontaistuotteet, sillä anestesia­lääkärin tulee tietää kaikki, jotta hän osaa ohjeistaa esimerkiksi tauottamaan jonkin lääkkeen tai tuotteen hyvissä ajoin ennen leikkausta. Tuloksena voitaisiin todeta myös se, että potilaita kiinnostaa jonotusaika leikkaukseen, sillä potilas itse kertoi tämän tiedon kiinnostavan eniten ja sairaanhoitaja vahvisti, että tätä tietoa kysytään.

5.3 Haastattelun tulokset

Haastattelu tehtiin teemahaastatteluna ja tämä purettiin teemoittelun avulla. Teemoittelu on jaettu viiteen osaan, jotka ovat päiväkirurgiset edellytykset, leikkausta edeltävät ohjeet, potilaiden usein kysytyjä kysymyksiä, FESS-leikkaus ja jatkohoito-ohjeet. Tämä teemoittelun taulukko löytyy liitteestä 4.

Päiväkirurgisissa edellytyksissä tulokseksi on saatu, että potilaalla tulee olla hakija tai kotona vastassa aikuinen henkilö, joka pystyy myös olemaan hänen kanssaan yön yli. Yksin ei leikkauksen jälkeen saa olla. Lisäksi potilaalla on tarvittaessa mahdollisuus olla osastolla yön yli.

Leikkausta edeltävissä ohjeissa tuloksena on se, että potilas täyttää esitietolomakkeen ja se käydään kohta kohdalta läpi sairaanhoitajan kanssa leikkaukspäätöksen jälkeen, leikkaukspäivän kulku käydään myös hoitajan kanssa läpi. Lisäksi tulee huomioida mahdollisten lääkkeiden, luontaistuotteiden ja vitamiinien käyttö ja tauottaminen. Tähän osuuteen kuuluu myös yhteystietojen tarkistaminen sekä lupa tekstiviestiin, jossa kerrotaan toimenpidepäivän tiedot. Leikkausta edeltävästi käydään läpi perussairaudet ja näiden hoitotasapaino. Anestesia­lääkäri katsoo esitietolomakkeen läpi ja määrää esilääkityksen. Ohjeistuksessa kerrotaan, että leikkaukspäivänä potilas ei saa olla kuumeessa tai kovassa flunssassa ja hänen tulee olla ravinnotta edellisestä illasta klo 24 alkaen. Kaksi tuntia ennen sairaalaan tuloa saa ottaa mahdolliset lääkkeet vedellä. Lisäksi tulokset kertovat, että leikkaukspäivänä potilas saapuu sairaalan C-ovesta sisään kanttiinin ohi ja lasiovista odotusaulaan odottamaan, että hoitaja kutsuu nimitä.

Potilaiden usein kysytyissä kysymyksissä tuloksina ovat seuraavat kysymykset: pääseekö samana päivänä kotiin? Onko nenä kipeä? Miten pärjään kotona? ja onko verenvuotoa paljon?

FESS-leikkauksesta tulokset kertovat sitä, että se tehdään pääsääntöisesti paikallispuudutuksessa mutta nukutus on myös mahdollinen, jos potilas sitä toivoo. Esilääkityksenä on yleensä jokin rauhoittava lääke. Leikkaus tehdään tähytyksenä ja se kestää noin 30-60 minuuttia, josta puudutusaika 15 minuuttia. Koska puudute laitetaan nenän kautta, se voi valua nieluun. Tämä on epämiellyttävän tuntuista mutta vaaratonta. Leikkauksen loppuun nenään laitetaan sulavat tamponit.

Viimeisenä teemana on jatkohoito-ohjeet. Tuloksena kerrotaan, että kontrolli on 2-3 viikon kuluttua leikkauksesta. Silloin nenä tähytetään ja tarvittaessa imetään ylimääräiset verieritteet ja karstat pois. Sairasloma on myös noin kaksi viikkoa, jolloin ei ole suotavaa harrastaa hikiurheilua vuotoriskin takia. Leikkauksen jälkeen on merkittävää turvotusta ja se kuuluu asiaan. Leikkauksen jälkeisenä päivänä aloitetaan nenän kostuttaminen keittosuolalla ja lisäksi nenäkannua on mahdollista käyttää. Leikkauksessa nenään laitettavat tamponit irtoavat vähitellen itsestään pieninä palasina pois. Lääkäri on lisäksi määrännyt kotiin kipulääkityksen, tavallisesti määräys on buranaa ja panacodia. Jatkohoito-ohjeena on annettu myös ohjeet verenvuotoa varten. Verenvuodon ilmaantuessa niskalle laitetaan kylmäpussi. Jos vuoto ei 15 minuutin kuluttua ole tyrehtynyt, potilaan tulee ottaa yhteyttä hänelle annettuihin puhelinnumeroihin. Tämän lisäksi tuloksissa kerrotaan, että tulee muistaa saunomisen olevan kiellettyä parin viikon ajan leikkauksen jälkeen ja on suositeltavaa nauttia 1-2 päivää leikkauksen jälkeen viileitä ruokia ja juomia.

5.4 Käsikirjoituksen laatiminen

Käsikirjoituksen tekemiseen käytettiin hyödyksi teorian tietoa, haastattelun ja havainnoinnin tuloksia. Videon sisältöön valikoituivat asiat, jotka ovat leikkauksen kannalta tärkeät ja joita potilaat useimmiten haluavat tietää ja voivat videolta jälkikäteen tarkistaa. Sairaanhoidaja kertoi havainnointikäynnillä potilaalle, että leikkausjono on tällä hetkellä 4-6 kuukautta. Tämän vuoksi on olemassa se mahdollisuus, että potilas saattaa sairaanhoitajan vastaanoton jälkeen unohtaa mitä hänelle kerrottiin ja miten häntä kehoitettiin toimimaan leikkauksen suhteen. Vapaasti käytettävissä olevalta videolta potilas voi verestää muistiaan missä vaiheessa tahansa leikkausta odotellessaan.

Ennen käsikirjoitusta tehtiin lyhyt luonnos eli synopsis siitä, mitä videolla halutaan kertoa katsojalle ja mitä sen tulee pitää sisällään. Synopsis on laadittu sen takia, että teoriassa on kerrottu, että itse käsikirjoitus tehdään tämän ensin laaditun luonnoksen perusteella. Luonnokseen tulivat seuraavat vaiheet: ennen leikkausta, leikkauspäivä ja leikkauksen jälkeen. Kuten teoriaosassa on mainittu, luonnoksessa asiat on jo kirjoitettu aikajärjestyksessä. Tällöin käsikirjoituksesta tulee loogisesti etenevä kokonaisuus ja video on selkeä katsojille. Luonnoksen jälkeen lähdettiin työstämään teorian tietoa seuraten seuraavana vaiheena varsinaista käsikirjoitusta, jossa piti pitää mielessä se, että miten asia halutaan kertoa katsojalle ja mitä nämä katsojat ovat.

Tämän opinnäytetyövideon käsikirjoituksessa ei käytetty erikseen määrättyä käsikirjoitus pohjaa vaan se koottiin itse, sillä teorian tiedon perustella käsikirjoituksen voi tehdä monella tapaa ja yleisin tapa on jakaa pohja osiin. Näissä osissa kerrotaan mitä videossa tapahtuu. Tässä

opinnäytetyössä käsikirjoitukseen tehtiin pohja, joka jaettiin neljään osaan. Käsikirjoituksen taulukossa on vasemmalla puolella numeroitu kohtaukset ja kerrottu mitä videon kohta numerossa näkyy ja mitä aihetta tässä käsitellään. Käsikirjoituksen oikealla puolella on se mitä videossa puhutaan, sekä kohtauksen arvioitu kesto-aika. Käsikirjoituksessa puhujan vuorosanat on kirjoitettu sanasta sanaan niin, kuin ne potilasohjausvideossa puhutaan. Suomen- ja ruotsinkieliset käsikirjoitukset ovat tämän opinnäytetyön liitteissä numeroina 5 ja 6.

Haastattelua käytettiin käsikirjoituksen teossa hyväksi siten, että muun muassa potilaiden aikaisemmin kysytyihin kysymyksiin tulevasta leikkauksesta annettiin vastaukset ohjausvideossa. Havainnoinnissa kävi selvästi ilmi esitietolomakkeen tärkeys, sillä sen läpikäymiseen käytettiin eniten vastaanotolla aikaa. Esitietolomakkeen tärkein kohta oli selkeästi lääkkeet ja luontaistuotteet, sillä niiden kohdalla varmistettiin monta kertaa, että onhan kaikki käytössä olevat varmasti kirjoitettu. Myös haastattelussa sairaanhoitaja painotti esitietolomakkeen tärkeyttä. Videossa päätettiin näyttää esitietolomake kokonaan tämän tiedon perusteella.

Ensimmäisenä osiona videossa on esittely aiheesta. Tämän jälkeen esitellään tarkemmin mitä FESS-leikkauksella tarkoitetaan ja tästä edetään röntgentutkimuksiin, sekä sairaanhoitajan vastaanottoon. Sairaanhoitajan vastaanotto-kohtauksen jälkeen videolla kuvataan toimenpiteen luonnetta, sekä esitietolomaketta, joka potilaan tulee täyttää. Tästä eteenpäin potilasohjausvideolla käsitellään leikkauksen valmistautumista, leikkauskelpoisuutta ja saapumista leikkaukspäivänä sairaalaan. Videon loppuosa käsittelee FESS-leikkauksesta kotiutumista, jälkihoitoa, mahdollista verenvuotoa ja kontrollikäyntiä.

Videolla näkyy esimerkiksi se, kuinka potilas verenvuodon sattuessa laittaa kylmää niskan taakse. Nämä demonstroivat kohdat on tehty siksi, että teoriassa kerrotun tiedon mukaan, havainnoivalla esittämisellä potilas saa selkeän kuvan siitä mitä pitää tehdä tilanteen mahdollisesti tullessa omalle kohdalle.

Ennen videokuvausten tekemistä suomenkielinen käsikirjoitus hyväksyttiin opinnäytetyön aiheen tilaajalla sähköpostin välityksellä. Tilaajan lisäksi käsikirjoituksen tarkistivat ja hyväksyivät poliklinikan sairaanhoitaja ja osaston ylilääkäri. Käsikirjoituksen hyväksyttämisen tarkoituksena oli se, että varmistuttiin käsikirjoituksen ja tulevan potilasohjausvideon johdonmukaisuudesta, luotettavuudesta ja siitä, että tärkeimmät asiat tulivat ilmi. Hyväksytyyn käsikirjoituksen jälkeen alettiin kääntämään käsikirjoitusta ruotsinkielelle.

5.5 Arviointi

Opinnäytetyön tekemiseen ja koko oppimisprosessiin kuuluu kokonaisuuden arviointi. Arvioinnin tärkeimpiä kohteita ovat muun muassa tavoitteiden saavuttaminen, toteutustapa ja itse

työn idea, johon voidaan lukea asetettujen tavoitteiden lisäksi teoreettinen viitekehys ja tietoperusta sekä kohderyhmä. Arvioinnissa on myös tärkeää pohtia prosessin aikana mahdollisia muuttuneita tai saavuttamatta jääneitä tavoitteita ja syitä siihen. Jotta arviointi ei jäisi subjektiiviseksi, on suositeltavaa, että kerätään palautetta kohderyhmältä oman arvioinnin tueksi. Opinnäytetyön kieliasua arvioidaan usein myös, koska kirjallisen ja suullisen ilmaisemisen osaaminen on osa ammatillista kasvua. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154-161.)

Helmikuussa 2019 pidettiin korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan henkilökunnalle esitys opinnäytetyöstä, jonka alussa kerrottiin opinnäytetyön taustasta, teoriasta ja miten saatiin kerättyä tarvittavaa tietoa tuotosta varten. Lisäksi kerrottiin käsikirjoituksen ja tuotoksen tekemisestä. Lopuksi näytettiin henkilökunnalle suomenkielinen potilasohjausvideo, jonka jälkeen kerättiin palaute erillisellä palautelomakkeella. Palautelomake palautettiin sähköisesti yhteyshenkilölle ennen esityksen pitämistä. Palautelomake löytyy tämän opinnäytetyön liitteistä numero 7.

Esitystä oli saapunut kuuntelemaan viisi poliklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa sekä yksi sairaanhoitajaopiskelija. Palaute heiltä oli pääsääntöisesti hyvää ja potilasohjausvideosta kerrottiin, että se oli selkeä, erittäin onnistunut, ytimekäs, asiapitoinen sekä optimaalisen pituinen. Hoitajat toivat myös ilmi sen, että video vastaa hyvin potilaiden tarpeita. Palautelomakkeessa oli kohta, jossa henkilökunta pystyi antamaan kokonaisarvosanan potilasohjausvideolle asteikolla 1-5, jossa 5 on korkein arvosana. Viidessä palautelomakkeessa oli arvosanaksi annettu 5 ja yhdessä 4.

Videosta saatiin myös sanallista palautetta ja kiitosta henkilökunnalta kirjallisen palautteen jälkeen. Poliklinikalla työskentelevä sairaanhoitaja oli sitä mieltä, että tehty ohjausvideo sopi hyvin heille käyttöön ja sitä voisi jopa näyttää poliklinikan odotustilassa olevasta näytöstä jatkuvana videona.

Kehitysehdotuksena saatiin yhdeltä hoitajalta, että videossa olisi voinut käyttää enemmän visuaalisuutta, jotta katsojan mielenkiinto säilyisi koko videon ajan. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että video oli juuri sen takia hyvä, että siinä ei ollut mitään ylimääräistä. Eräältä sairaanhoitajalta saatiin tietää, että lentäminen on kiellettyä kuukauden ajan leikkauksen jälkeen ja olisi ollut toivottua, että tästä mainittaisiin videolla. Valitettavasti tätä tietoa ei tavoitettu havainnoinnin eikä haastattelun tai tehdyn teorian yhteydessä, joten oli myöhäistä laittaa uutta tietoa jo valmiiksi tehdyille videolle.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli potilasohjausvideon tuottaminen erään sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle sekä suomen- että ruotsinkielellä, ja opinnäytetyön kohderyhmänä oli aikuiset FESS-leikkaukseen tulevat potilaat. Tuotoksella tavoiteltiin sitä, että potilasohjausvideo helpottaisi ja tukisi poliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien tekemää työtä. Tehtävänä oli selvittää se, mitä hyvä potilasohjausvideo pitää sisällään niin, että alasta tietämättömänkin on helppo ymmärtää se, mistä toimenpiteessä on kyse, miten tulevaan FESS-leikkaukseen valmistaudutaan ja miten jälkihoito toteutetaan itse kotona.

Opinnäytetyön edetessä varmistuttiin siitä, että valitut tutkimusmenetelmät vastasivat tarpeita aineiston saamiseksi. Havainnoinnin avulla saatiin tietoon sen, miten poliklinikalla tapahtuu tällä hetkellä FESS-leikkaukseen tulevan aikuisen potilaan preoperatiivinen ohjaus. Teemahaastattelu oli oikea ratkaisu opinnäytetyön kannalta sen vuoksi, että tämän avulla pystyttiin tarkentamaan haastattelun edetessä epäkohtia ja keskustelemaan aihealueesta luonnollisesti. Muun muassa lomakehaastattelun käyttö aineistonkeruumenetelmänä ei olisi sopinut tähän työhön sen vuoksi, että tämä olisi voinut aiheuttaa tuloksien analysoinnissa väärynmäryksiä opinnäytetyöntekijöiden toimesta, sillä aihe oli tekijöille uusi. Lisäksi lomakehaastattelu olisi voinut aiheuttaa sen, että tieto olisi jäänyt vähäisemmäksi, sillä silloin ei olisi ollut mahdollisuutta tarkentaa epäselvyyksiä.

Ennen potilasohjausvideon tuottamista kohdattiin uusi haaste, joka oli opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus videoiden tuottamisesta. Erilaisia vaihtoehtoja mietittiin ongelman ratkaisemiseksi ja lopulta tultiin siihen tulokseen, että potilasohjausvideon onnistumisen kannalta oli tärkeää etukäteen perehtyä videoeditoriohjelman käyttämiseen, joten teimme harjoitusvideoita, joissa on yhdistetty liikkuva kuva, tekstit ja äänitys. Videoeditoriohjelmaan perehtyminen vei aikaa, mutta lopulta kokonaiskuva tämän ohjelman käyttämisestä alkoi hahmottua, jolloin päästiin varsinaisen potilasohjausvideon tuottamiseen.

Kun tuotos esiteltiin korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle voidaan todeta, että potilasohjausvideo vastaa poliklinikan potilasohjausta ja potilaiden tarpeita. Se, että tuleeko potilasohjausvideo helpottamaan ja tukemaan sairaanhoitajien tekemää päivittäistä työtä poliklinikalla ei ole mahdollista tässä vaiheessa tietää.

Valmiin tuotoksen ja saadun palautteen perusteella tultiin siihen tulokseen, että luotettavista lähteistä onnistuttiin hankkimaan tarpeeksi laajasti teoretietoa ja sitä oltiin käytetty hyödyksi teemahaastattelussa. Myös havainnointi poliklinikalla toi tärkeää tietoa tuotoksen kannalta, sillä tämän avulla oli mahdollista todeta se, mitä preoperatiivinen potilasohjaus on poliklinikalla.

6.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimustyön luotettavuutta arvioidaan jatkuvasti. Tähän kuuluu teoria, aihealueen tutkiminen, analysointi, tutkimusaineiston luokittelu, näiden tulokset ja tuloksien tulkinta, raportointi sekä johtopäätökset. Tämän vuoksi tutkimustyön tekeminen vaatii tekijältä jatkuvaa tarkkailua työn etenemisen suhteen. (Vilka 2017, 126.)

Tässä opinnäytetyössä teoretietoa on hankittu laajasti eri tietokannoista, jotka osoittautuivat luotettaviksi lähteiksi. Tiedonhaussa käytettiin apuna esimerkiksi Medicia ja Finnan artikkelihakua. Tietoa hankittiin myös manuaalisesti, jolloin saatiin käyttöön useita alaan liittyviä tutkimuksia, hoitosuosituksia, sekä artikkeleita. Kansainvälisiä tutkimuksia haettiin ScienceDirectista, Google Scholarista ja EBSCOsta. Luotettavuuden vuoksi teoksissa oli varmistettava näiden kirjoittaja, ammatti ja tutkitun tiedon tuoreus. Lisäksi vertailtiin lähteitä toisiinsa, jotta varmistuttiin tietokannan asianmukaisuudesta. Opinnäytetyössä on viitattu jokaiseen käytettyyn teokseen lähdemerkinnöillä. Teoreettinen viitekehys tehtiin tarpeeksi laajasti ja tarkasti, jotta opinnäytetyön tekijöillä oli mahdollisuus ymmärtää se, mitä FESS-leikkauksella tarkoitetaan, mitä kyseisessä toimenpiteessä tehdään, sekä potilasohjauksen merkitys onnistuneelle leikkaukselle ja tästä toipumiselle. Tarkasti ja laajasti tehty teoriaosuus auttoi tutkijoita esittämään haastattelukerralla oikeat kysymykset, sekä tarvittaessa tarkentamaan epäkohtia, jolloin tutkimustulokset osoittautuivat luotettaviksi.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat muun muassa seuraavat asiat: tutkimuksen kohde ja tarkoitus, omat sitoutumiset tutkijana, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantaja-suhde, tutkimuksen kesto ja tutkimuksen raportointi. Lisäksi viimeisten vuosikymmenten aikana on perehdytty tekniikoihin, jotka parantavat tutkimuksen luotettavuutta. Sen ansiosta, esimerkiksi aineiston keruutekniikat, ovat kehittyneet. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163-166.)

Opinnäytetyössä teoria ja käsitteiden käsittely on kirjoitettu niin, että nämä ovat helposti ymmärrettävissä. Lisäksi työhön on kirjoitettu teoriaan perustuen tutkimusmenetelmistä ja perusteltu menetelmien käyttöä juuri tässä opinnäytetyössä.

Opinnäytetyön aineiston keräämiseksi yksi opinnäytetyön tekijöistä kävi havainnoimassa poliklinikalla tapahtuvaa potilasohjausta, sekä kaksi muuta opinnäytetyön tekijää kävi haastattelemassa poliklinikan sairaanhoitajaa. Havainnointi poliklinikalla toteutui suunnitellusti. Haastattelussa tarkoituksena oli saada mahdollisimman moni sairaanhoitaja osallistumaan kyseiseen tilaisuuteen, mutta lopulta tähän pääsi vain yksi sairaanhoitajista, joka toisaalta vaikutti työn luotettavuuteen, sillä aineiston saaminen jäi vähäisemmäksi. Tämä osoittautui niin, että tuotoksen esittelytilaisuudessa eräältä sairaanhoitajalta saatiin tieto, että FESS-leikkauksen

jälkeen lentäminen on kielletty yhden kuukauden ajan ja tämä tieto jäi puuttumaan tuotoksesta. Lentokiellosta ei ollut löytynyt tietoa teoriassa, eikä tämä käynyt ilmi havainnointi- tai haastattelukerrallakaan eikä siinäkään vaiheessa, kun käsikirjoitus hyväksyttiin yhteyshenkilöllä, sairaanhoitajalla ja osaston ylilääkärillä. Tämän tiedon puuttumisesta huolimatta poliklinikka koki potilasohjausvideon selkeästi vastaavan heidän ja potilaiden tarpeita, sillä palaute tuotoksesta oli hyvä ja kokonaisarvosanaksi tuotoksesta tuli paras mahdollinen.

Analyysin tekemisessä käytettiin teemoittelua. Teemoittelussa tehtiin taulukko, jonka otsikoita olivat päiväkirurgiset edellytykset, leikkausta edeltävät ohjeet, potilaiden usein kysytyjä kysymyksiä, FESS-leikkaus ja jatkohoito-ohjeet. Teemoittelu, sekä kirjoitetut haastattelu- ja havainnointitulokset johdattelivat käsikirjoituksen työstämisessä ja näiden avulla pystyttiin varmistumaan siitä, että oleellisia asioita saaduista haastattelu- ja havainnointituloksista ei jäänyt puuttumaan tuotoksesta.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tekeminen voi herkästi johdatella tekijän sokeaksi oman tutkimuksen suhteen, kun tutkimuksen edetessä tutkija on vakuuttunut omista johtopäätöksistä ja tämä johtaa väärän todellisuuden luomiseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa työn uskottavuus, vahvistettavuus, riippuvuus ja siirrettävyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.)

Saatuja haastattelu- ja havainnointituloksia analysoitiin sen perusteella, mitä tietoon oli tullut ja näitä ei muutettu omien mieltymyksiensä mukaisesti. Haastattelutuloksien analysointiin osallistui kaksi opinnäytetyön tekijöistä, joka vahvistaa sen, että tuloksia ei päästy kirjoittamaan omien johtopäätöksien mukaisesti. Havainnoinnista kirjoitti yksi opinnäytetyön tekijöistä. Havainnointikerralla tutkija kirjoitti samanaikaisesti havainnoidessaan ylös sen, mitä havaitsi ja miten potilasohjaus tapahtui. Tämä varmisti sen, että tutkijalle ei päässyt muodostumaan omia mielikuvia potilasohjauksen etenemisestä. Toisaalta tämä taas mahdollisti sen, että havainnoinnin aikana oleellisia asioita on jäänyt huomaamatta ja aineiston laatu on kärsinyt.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat ne sopimukset ja lupaukset, joita on tehty haastateltavien kumppaneiden kanssa. Tutkijan tehtäviin kuuluu kertoa tutkimuksen aiheesta ja tavoitteista haastateltaville. Haastateltujen tulee pystyä luottamaan siihen, että tutkija pitää lupauksensa aineiston käyttämisestä ja käyttötarkoituksesta. (Kuula 2013, 88-89.)

Opinnäytetyössä on noudatettu luottamuksellisuutta ja haastateltavan sairaanhoitajan pysymistä anonyyminä. Luotettavuuteen vaikuttaa se, että haastatteluun saatiin vain yksi sairaanhoitaja, jolloin haastattelun tuloksissa ollaan yksin hänen vastauksiensa varassa.

Haastattelunauha ja tämän litteroitu tekstiversio säilytettiin asianmukaisesti vain opinnäytetyön työstäjien käsissä ja tulokset kirjoitettiin opinnäytetyöhön niin, että haastateltua sairanhoidtajaa ei pystytä tunnistamaan. Lisäksi tunnistettavuutta hankaloittaa se, että opinnäytetyössä ei ole mainittu tarkoituksenmukaisesti tätä poliklinikkaa, jossa haastattelu toteutettiin.

6.2 Tutkimuksen ja kehittämistoiminnan etiikka

Laadullisen tutkimuksen heikko kohta voi olla se, mitä hyvällä tutkimuksella tarkoitetaan. Laadullisen tutkimuksen tulisi täyttää tieteen eetoksen neljä perusnormit, joista ensimmäinen on tietoväitteiden perusteleminen epäpersoonallisin keinoin eli universalismi, toisena tieteellisen tiedon julkisuus ja yhteisomistus eli kommunismi, kolmantena tiede kutsumuksena ilman henkilökohtaisen voiton intressiä eli puolueettomuus ja neljäntenä järjestelmällinen kritiikki eli organisoitu skepsis. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 148-149.)

Tutkimusetiikka sisältää eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintaperiaatteiden noudattamisen ja edistämisen tutkimustoiminnassa ja loukkausten sekä epärehellisyyden tunnistamista, jos nämä kohdistuvat tieteeseen. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen luo uskottavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150.)

Tieteellistä käytäntöä voi myös loukata. Tämä käy ilmi esimerkiksi sillä, että vähätellään tutkijoiden osuutta julkaisussa, viitataan puutteellisesti aikaisempiin tutkimustuloksiin, huolimaton ja harhaanjohtava raportointi tutkimustulosten tai käytettyjen menetelmien osalta, kirjaamisen ja säilyttämisen puutteellisuus tai että julkaistaan uusina tuloksina useaan kertaan samat tulokset. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 151.)

Hyvään tutkimuskäytäntöön kuuluu saada haastateltavien suostumukset tiedonkäsittelyyn ja tärkeintä on painottaa kaiken tiedon luottamuksellisuutta ja anonymiteettiä. (TENK 2012). Ei-lääketieteellisen tutkimuksen ja ihmistieteellisen tutkimuksen periaatteisiin kuuluvat: tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja (TENK 2009a). Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu myös haastatteluaineistojen oikein säilyttäminen ja yksityisyyden varmistaminen. (TENK 2009b.)

Jokaiselle tutkijalle kuuluu ensisijainen vastuu noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä ja ottaa huomioon voimassa oleva lainsäädäntö. Tutkijan vastuulla on myös havainnoida tutkittavan ja tutkijan välistä vuorovaikutusta ja tarpeen mukaan keskeyttää tutkimus, jos tutkija huomaa tutkittavan olevan esimerkiksi vaivaantunut tai fyysisesti väsynyt, eikä näin ollen pysty jatkamaan tutkimusta. Tutkija on myös itse vastuussa omasta tutkimuksestaan ja sen eettisistä ja moraalisisista ratkaisuista. (TENK 2009c.)

Opinnäytetyö toteutettiin noudattamalla lainsäädäntöjä ja tieteellisiä käytäntöjä sekä sitoutumalla sopimuksiin. Haastattelun ja havainnoinnin toteuttamiseksi haimme tutkimusluvut sairaalalta. Tutkimuslupien hakuohjeet löytyivät sairaalan internet-sivuilta. Haastatteluun, havainnointiin, videon kuvauksiin ja valmiiden videoiden esittämiseen sovittiin yhdessä poliklinikan yhteyshenkilön kanssa päivämäärät.

Teoriaosaa koostaessa tärkeänä pidettiin lähdekritiikkiä. Etenkin vanhimpien lähteiden käytökelpoisuuden arviointi oli visaista. Opinnäytetyössä käytettyihin teoksiin on kaikkiin viitattu lähdemerkinnöillä. Ohjausvideossa ollutta musiikkikappaletta sai vapaasti käyttää, kunhan mainitsi videon lopussa näkyvät tiedot musiikista. Tällä tavalla noudatettiin tekijänoikeuslakia. Ohjausvideon kuvaamiseen sairaalalla kysyttiin lupa poliklinikan yhteyshenkilöltä. Kuvauksissa pidettiin huoli, ettei ulkopuolisia ihmisiä näy videolla. Ohjausvideon kuvaamiseen lainattiin videokamera ja kolmijalka ammattikorkeakoululta ja lainavälineistöä kunnioitettiin.

Haastattelun alussa haastateltavalta kysyttiin suostumus haastatteluun. Haastateltava pystyi missä tahansa vaiheessa keskeyttämään haastattelun, jos hän olisi näin halunnut tehdä. Haastattelun tulokset säilytettiin tietosuojaa noudattaen, eikä niitä käytetty muuhun tarkoitukseen kuin tämän opinnäytetyön tekemiseen. Ohjausvideon käsikirjoitus on toteutettu tilaajan asettamien toiveiden mukaan ja tilaajalla on oikeus sekä suomen- että ruotsinkielisen videon käyttöön. Ohjausvideo on tarkoitettu kaikkien potilaiden käyttöön riippumatta sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, uskonnosta, syntyperästä tai iästä aikuisuuden puitteissa.

Lähteet

Painetut

Aaltonen, J. 2018. Käsikirjoittajan työkalut. Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Tampere: Juvenes Print.

Andreasson, K. 2016. Videotuotannon pilotointi meneillään. Hospitaali 3, 14.

Bezerra, T., Piccirillo, J., Fornazieri, M., Pilan, R., Pinna, F., Padua, F. & Voegels, R. 2012. Assessment of quality of life after endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 78 (2), 96-102.

Dahodwala, M., Geransar, R., Babion, J., de Grood, J. & Sargious, P. 2018. The impact of the use of video-based educational interventions on patient outcomes in hospital. Patient education and counseling 101 (12), 2116-2124.

Daramola, O. & Chandra, R. 2018. Chronic rhinosinusitis and endoscopic sinus surgery. World Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery 4 (1), 29-32.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2015. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2012. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Jack, K. 2007. Video Demystified: A Handbook for the Digital Engineer. Amsterdam: Elsevier Science & Technology.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro

Keränen, V., Lamberg, N. & Penttinen, J. Digitaalinen viestintä. 2003. Docendo Finland Oy.

Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka. Vantaa: Hansaprint Oy.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138-148.

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

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsitemallin ohjaus- käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5), 250-258.

Leponiemi 2010. Videokuvaus taitoa ja tekniikkaa. Jyväskylä: WSOY

Mishra, DK., Bhatta R. & Verma LR. 2010. Quality of life after functional endoscopic sinus surgery. Society of otorhinolaryngologists of Nepal 1 (2), 6-8.

Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhä, R. 2014. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Duodecim.

Nuutinen, J. 2011. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja foniatrian perusteet. Helsinki: Unigrafia Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Thurman, K. 2016. Tautinen Suomi. Kansansairauksien synty ja hoito. Helsinki: Edita.

Välkylä, J. 2005. Digivideokoulu. Jyväskylä: Docendo Finland Oy

Vilka, H. 2017. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Ps-kustannus.

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

Sähköiset

Antila, H. 2014. Tyyppitoimenpiteitä korva-, nenä- ja kurkkuleikkauspotilaan anestesiassa. Anestesiologia ja tehohoito. Viitattu 3.7.2018. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04499&p_selaus=15354

Bhattacharyya, N. 2004. Symptom Outcomes After Endoscopic Sinus Surgery for Chronic Rhinosinusitis. Viitattu 14.3.2019. <https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/fullarticle/647243>

Blomgren, K. 2015. Hajuaistin häiriöt. Viitattu 15.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00936

Hynynen, M. 2015. Perioperatiivinen lääketiede. Viitattu 11.5.2018. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo12489&p_haku=perioperatiivinen

Ideasta käsikirjoitukseksi 2018. Apogee productions. Viitattu 6.12.2018. <https://www.apogee.fi/koulutusmateriaali/videotuotannon-perusteet/ideasta-kasikirjoitukseksi/>

Kangas-Saarela, T. & Mattila, K. 2014. Päiväkirurgisten potilaiden toipuminen ja kotiuttaminen. Anestesiologia ja tehohoito. Viitattu 10.5.2018. <http://www.oppiportti.fi/op/ajt00196/do>

Karinen, J. 2014. Leikkausta edeltävä valmistelu. Anestesiologia ja tehohoito. Viitattu 10.5.2018. <http://www.oppiportti.fi/op/ajt00127/do>

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2018. Viitattu 11.5.2018. Sairaalan nettisivut.

Korva-, nenä- ja kurkkutaudit 2018. Viitattu 20.12.2018. Sairaalan nettisivut.

Käypähoito-suositus 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. Viitattu 2.4.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50066>

Käypähoito-suositus 2018. Siuontelotulehdus. Viitattu 1.4.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi38050>

Laadullinen tutkimus. 2015. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 11.3.2018. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Viitattu 6.3.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. 1994/559. Viitattu 11.5.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lehtimäki, L & Moilanen, E. 2017. Hengityselimistö ja sen tehtävät. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Viitattu 3.7.2018. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04595&p_selaus=87065

Lumio, J. & Jalanko, H. 2017. Sivuontelotulehdus. Viitattu 2.4.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00319#s1

Moilanen, E. 2017. Typpioksidin vaikutukset. Farmakologia ja toksikologia. Viitattu 9.5.2018. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04499&p_selaus=15354

Niemi-Murola, L. 2016. Päiväkirurginen anestesia. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Viitattu 20.12.2018. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04597&p_selaus=87062

Penttilä, M. & Numminen, J. 2008. Nenän sivuontelotulehduksen hoito pallolaajentimella 124,2533-2540. Viitattu 3.7.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo97622.pdf>

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Väitöskirja. Itäsuomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopio. Viitattu 2.4.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/urn_isbn_978-952-61-0226-9.pdf

TENK. 2009a. Eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 16.5.2018. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-suomessa>

TENK. 2009b ja 2009c. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 16.5.2018. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 16.5.2018. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Terveydenhuoltolaki. 2010/1326. Viitattu 12.5.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Videotuotannon perusteet. 2013. Apogee. Viitattu 14.5.2018. <https://www.apogee.fi/wp-content/uploads/2013/05/Videotuotanto.pdf>

Liitteet

Liite 1: Tiedonhaun taulukko	42
Liite 2: Saatekirje.....	43
Liite 3: Haastattelukysymykset.....	44
Liite 4: Teemoittelu	46
Liite 5: Suomenkielinen käsikirjoitus.....	47
Liite 6: Ruotsinkielinen käsikirjoitus	51
Liite 7: Palautelomake	55

Liite 1: Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
Medic	FESS*	2003-2018	2	0
Finna, perushaku	Nenä	Kirjahaku	21	3
Medic	potilasohja* AND fess*	2003-2018	0	0
Medic	potilasohja* AND ontelo*	2003-2018	0	0
Medic	potilasohja* AND poskiontelo*	2003-2018	0	0
Finna, artikkeli- haku	Potilasohjaus	E-artikkeli	12	0
Medic	Potilasohja* AND leikkau*	2003-2018	64	0
Finna, perushaku	Preoperatiivinen	Kirjahaku	8	2
Finna, perussaku	Anestes*	Kirjahaku	23	1
EBSCO	Functional endo- scopic sinus sur- gery AND Quality of life	2003-2018	19	0
EBSCO	FESS	2003-2018	116	0
EBSCO	Functional endo- scopic sinus sur- gery	2003-2018	230	0
Google Scholar	Quality of life af- ter functional endo- scopic sinus sur- gery	2003-2018	2	1
Google Scholar	Endoscopic Sinus Surgery for Chronic Rhinosi- nusitis	2003-2018	n. 17 000	1
ScienceDirect	Quality of life af- ter functional endo- scopic sinus sur- gery	2003-2018	2297	2
ScienceDirect	Video	Lehden/kirjan nimi: patient edu- cation	1596	1

Liite 2: Saatekirje

Hei,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulusta.

Olemme tekemässä toiminnallista opinnäytetyötä, jonka aihe on: FESS-leikkaukseen tulevan aikuisen potilaan preoperatiivinen ohjaus videolla. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle potilasohjausvideo suomen ja ruotsin kielellä, joka helpottaa ja tukee sairaanhoitajien päivittäistä työtä potilaan preoperatiivisessa ohjauksessa. Samalla tämän videon tekemisen tarkoituksena on säästää sairaanhoitajien käyttämää aikaa yksittäistä potilasta kohden preoperatiivisessa ohjauksessa.

Jotta video vastaisi teidän poliklinikan tarpeita, teemme haastattelun kyseisessä ympäristössä työskentelevien sairaanhoitajien kanssa. Haastattelu toteutetaan ryhmässä avoimilla kysymyksillä, jotta saisimme aiheesta rakentavaa keskustelua ja mahdollisimman monipuolisen kuvan tämän hetkisestä FESS-leikkauksesta ja potilasohjauksesta tulevaa videota ajatellen. Ryhmähaastattelu nauhoitetaan, jonka jälkeen haastattelu litteroidaan opinnäytetyön aineistoon. Käytämme haastatteluun enintään tunnin aikaa.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja halutessaan sen voi keskeyttää. Käytämme haastattelun tuloksia litterointiin, mutta haastateltavat pysyvät anonyymeinä opinnäytetyösämme.

Haastattelun teemoja on: leikkausta edeltävät ohjeet, FESS-leikkaus, jatkohoito-ohjeet

Osallistun haastatteluun:

Aika ja paikka

Allekirjoitus

Ystävällisin terveisin:

Carita Lindroos,

Heidi Marjala,

Martina Ukkonen

Laurea, Lohja

Liite 3: Haastattelukysymykset

Teema	Kysymykset
Leikkausta edeltävät ohjeet	Miten ohjaatte potilasta valmistautumaan tulevaan leikkaukseen?
	Millaisia kysymyksiä potilaat esittävät teille preoperatiivisessa tapaamisessa?
	Millaisia lääkkeitä potilas ei voi ottaa ennen leikkausta?
FESS-leikkaus	Mitä anestesia-ainetta suositte FESS-leikkauksessa?
	Milloin potilas on leikkauskelpoinen?
	Millaista leikkaustekniikkaa käytätte FESS-leikkauksessa?
	Kauan toimenpiteen suorittaminen kestää?
	Mitä leikkauksessa tarkalleen tehdään ja mikä tämän tarkoitus on?
	Mitkä ovat yleisimmät komplikaatiot FESS-leikkauksissa ja mikä näiden mahdollisuus on?
	Laitetaanko potilaalle tamponit leikkauksen jälkeen?
Jatkohoito-ohjeet	Millaista kipua potilas voi tuntea leikkauksen jälkeen ja miten kipuja hoidetaan?
	Voiko potilaalla esiintyä verenvuotoa tai muita oireita leikkauksen jälkeen? Jos voi niin, mitkä ovat kotihoito-ohjeet oireiden hoitoon?
	Missä vaiheessa potilas pääsee kotiutumaan ja tarvitseeko hän kotiin aikuisen ihmisen seurakseen yön yli?
	Missä vaiheessa tamponit poistetaan ja miten nämä poistetaan?
	Millä tavoin potilasta ohjataan jatkamaan kotona nenän hoitoa?
	Onko potilaalla leikkauksen jälkeen joitain rajoitteita liikkumisen tai muun rasituksen suhteen ja jos on niin miksi?
	Minkä pituinen potilaan sairausloma on leikkauksen jälkeen?

	Missä vaiheessa potilasta ohjataan ottamaan yhteyttä lääkäriin?
--	---

Liite 4: Teemoittelu

Päiväkirurgiset edellytykset	Leikkausta edeltävät ohjeet	Potilaiden usein kysytyjä kysymyksiä	FESS-leikkaus	Jatkohoito-ohjeet
Potilaalla oltava hakija tai kotona vastassa aikuinen henkilö, joka on hänen kanssaan yön yli	Esitietolomakkeen täyttö ja läpikäyminen kohta kohdalta leikkauspäätöksen jälkeen	Pääsenkö samana päivänä kotiin?	Tehdään pääsääntöisesti paikallispuudutuksessa, voidaan myös tehdä nukutuksessa, jos potilas näin toivoo	Kontrolli 2-3 viikon kuluttua. Nenä tähystetään ja tarvittaessa imeetään ylimääräiset verieritteet ja karstat pois
Tarvittaessa potilas on yön yli osastolla	Mahdollisten lääkityksien, luontais tuotteiden ja vitamiinien käyttö ja tauottaminen ennen leikkausta	Onko nenä kipeä?	Esilääkkeenä yleensä rauhoittavaa lääkettä	Kahden viikon sairasloma, jonka aikana ei hikiurheilua vuotoriskin takia
	Potilaan yhteystietojen tarkistaminen ja lupa tekstiviestiin, missä toimenpidepäivän tiedot	Miten pärjään kotona?	Tähystyksessä	Leikkauksen jälkeen merkittävää turvotusta
	Perussairauksien läpikäyminen ja hoitotasapainon selvittäminen	Onko paljon verenvuotoa?	Leikkaus kestää 30-60 minuuttia, josta puudutus-aika n.15 minuuttia	Leikkauksen jälkeisenä päivänä aloitetaan nenän kostutus keittosuolalla ja mahdollisesti nenäkannun käyttö
	Anestesia lääkäri katsoo aina esitietolomakkeen läpi ja määrää esilääkityksen		Puudute laitetaan nenän kautta, jolloin se voi myös valua nieluun. Vaaratonta, mutta voi olla epämiellyttävää tuntuista	Tamponit irtoavat vähitellen pieninä palasina
	Leikkauspäivän kulku käydään läpi hoitajan kanssa		Lopuksi laitetaan nenään sulavat tamponit	Lääkäri määrää kotiin kipulääkkeeksi tavallisemmin buranaa ja panacodia
	Leikkauspäivänä potilas ei saa olla kuumeessa tai kovassa flunssassa			Mahdollisten verenvuotojen ilmaantuessa, laitetaan niskalle kylmäpusseja n. 15 minuutiksi. Jos vuoto ei ole tyrehtynyt, otetaan yhteyttä kotihoito-ohjeissa oleviin numeroihin

Liite 5: Suomenkielinen käsikirjoitus

Kohtaus numero	Mitä kuvassa näkyy?	Videon audio (puhuttu teksti/puhe)	Kesto
1.	Otsikko: FESS-leikkauksen tulevan aikuisen potilaan preoperatiivinen ohjaus videolla	<i>Tämä video on tehty opinnäytetyönä korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle. Video on tarkoitettu aikuisille ja tässä valmistellaan potilasta tulevaan leikkaukseen.</i>	11 sekuntia
2.	Dia: FESS-leikkaus	<i>FESS-leikkauksella tarkoitetaan tähytyksessä tehtävää poskionteloiden ilmastointileikkausta. Toimenpiteen tarkoituksena on laajentaa poskionteloiden ilmastointireittejä. Tavanomaisimmat syyt tällaiselle leikkaukselle ovat toistuvat tai krooniset poskiontelotulehdukset.</i>	20 sekuntia
3.	Videoklippi: Röntgen	<i>Ennen leikkauspäätöstä olette käynyt lääkärin määräämissä röntgentutkimuksissa. Tutkimuksen ja lääkärin kanssa käydyn keskustelun perusteella tekee lääkäri leikkauspäätöksen</i>	13 sekuntia
4.	Videoklippi: Sairaanhoitaja vastaanottaa potilaan	<i>Leikkauspäätöksen jälkeen menette sairaanhoitajan vastaanotolle. Hän käy teidän kanssanne läpi leikkaukseen liittyviä asioita ja esitietolomakkeen.</i>	11 sekuntia
5.	Dia: Toimenpiteen luonne	<i>Leikkaus tehdään pääsääntöisesti paikallispuudutuksessa tai joskus myös nukutuksessa. Aluksi nenään laitetaan puudutuspuikkoja, jotka vaikuttavat paikallisesti. Toimenpide kestää kokonaisuudessaan puolesta tunnista tuntiin.</i>	18 sekuntia
6.	Dia: Esitietolomake	<i>Esitietolomake tulee täyttää huolellisesti ja sairaanhoitaja käy sen läpi kanssanne. Oman potilasturvallisuutenne takia on tärkeää mainita kaikki käyttämäne lääkkeet ja luontaistuotteet sekä mahdolliset allergiat ja yliherkkyydet. Myös parhaillaan tai aikaisemmin sairastamanne sairaudet tulee mainita. Anestesia lääkäri määrää juuri teille sopivan lääkännoksen teidän pituuden ja painon mukaan.</i>	29 sekuntia
7.	Dia: Leikkaukseen valmistautuminen	<i>Edellisenä iltana tai leikkauspäivänä käykää suihkussa ennen</i>	38 sekuntia

		<p>sairaalaan tuloa. Ottakaa kaikki korut ja lävistyksiset pois ja jättäkää arvoesineet kotiin. Potilasturvallisuuden takia on tärkeää, että olette ennen leikkausta syömättä ja juomatta edellisestä illasta kello 24 alkaen. Kaksi tuntia ennen sairaalaan tuloa voitte ottaa omat lääkkeenne pienen vesimäärän kanssa, jos lääkäri on antanut siihen erillisen luvan. Sääntöjen ja ohjeiden noudattaminen on tärkeää myös leikkauskelpoisuuden kannalta.</p>	
8.	Dia: Leikkauskelpoisuus	<p>Jotta leikkauksesta toipuminen tapahtuisi optimaalisesti, on tärkeää, että saavutte leikkaukseen mahdollisimman terveenä. Leikkauskelpoisuus arvioidaan aina yksilöllisesti. Selkeitä esteitä leikkauksen suorittamiselle ovat kuume ja kova flunssa.</p>	19 sekuntia
9.	Videoklipp, jossa saapuminen päiväkirurgisen yksikön odotustilaan	<p>Saavutte leikkauspäivänä sairaalan päiväkirurgiseen yksikköön. Saatte tekstiviestinä tarkemman kellonajan, jolloin saapua paikalle. Mahdollisen jännityksen takia voitte saada esilääkkeen ennen leikkausta. Leikkauksen jälkeen seuranta-aika heräämössä tai kirurgisella osastolla riippuu voinnistanne mutta se on vähintään kaksi tuntia.</p>	25 sekuntia
10.	Dia: Kotiutuminen	<p>Leikkaus on päiväkirurginen, ellei toisin mainita. Tämä tarkoittaa sitä, että kotiin pääsee vielä samana päivänä. Leikkauspäivänä kotona tulee olla aikuinen seurana yön yli. Kotiin voitte mennä hakijan kyydillä tai taksilla. Leikkauksessa käytettävien lääkkeiden vuoksi ette voi itse ajaa autoa leikkauksen jälkeen 24 tuntiin. Sairaus loma on noin kaksi viikkoa.</p>	29 sekuntia
11.	Dia: Jälkihoito	<p>Leikkauksen yhteydessä nenäonteloon asetetaan sulavat tamponit, jotka lähtevät ajan kanssa itsestään pois. Nenässä olevia tamponeita tulee muistaa kostuttaa keittosuolalla leikkauksen jälkeisestä päivästä lähtien. Sen tarkoituksena on hoitaa limakalvoja ja auttaa</p>	58 sekuntia

		<p>tukkoisuuteen. Saatte ostettua keittosuolaliuosta apteekista. Jos teillä on voimakkaita tukkoisuuden oireita, jotka häiritsevät unen saantia, niin voitte käyttää lyhytaikaisesti limakalvoja supistavia nenäsuihkeita. Lääkäri on määrännyt teille tarvittavan kipulääkityksen. Fyysistä räsitusta, saunomista ja niistämistä on vältettävä sairasloman ajan. Lisäksi parin päivän ajan on suositeltavaa nauttia viileää ruokaa ja juomaa, sillä lämmin voi aiheuttaa verenvuotoa.</p>	
12.	<p>Videoklipp: Verenvuoto</p> <p>Tässä näkyy myös korvaklinikan puhelinnumero</p>	<p>Vähäinen veren tihkuvuoto on yleistä, jota voitte itse kotikonstein hoitaa laittamalla kylmää niskan taakse ja istumalla hieinan etukumarassa. Jos verenvuoto jatkuu vielä 15 minuutin kuluttua, niin ottakaa yhteyttä virka-aikana teitä hoitaneeseen yksikköön tai päivystysaikana HYKS:in korvaklinikkaan, jonka puhelinnumero on 0947173050.</p>	32 sekuntia
13.	Dia: Kontrolli	<p>Kontrolliaika on yleensä 2-3 viikon kuluttua leikkauksesta.</p>	6 sekuntia
14.	<p>Dia: Sairaanhoidajakoulutus 2019</p> <p>Carita Lindroos, Heidi Marjala ja Martina Ukkonen, Laurea-ammattikorkeakoulu</p>		N. 6 sekuntia
15.	<p>Dia: Esittäjän</p> <p>Chris Zabriskie kappale John Stockton Slow Drag on suojattu lisenssillä Creative Commons Attribution (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)</p> <p>Lähde: http://chriszabriskie.com/uvpl/</p> <p>Artisti: http://chriszabriskie.com/</p>		N. 6 sekuntia

			Yhteensä 5 minuuttia 24 sekuntia
--	--	--	-------------------------------------

Liite 6: Ruotsinkielinen käsikirjoitus

Scen nummer	I bilden ses	Videons audio (talad text/prat)	Längd
1.	Rubrik: Preoperativ handledningsvideo på FESS-operation för en vuxen patient	Den här videon är gjord som examensarbete till polikliniken för öron- näs- och halssjukdomar. Videon är menad för vuxna och här förbereds patienten för den kommande operationen.	Ca. 14 sekunder
2.	Dia: FESS-operation	Med FESS-operation menas genon tithål gjorg bihålornas luftkonditionsoperation. Meningen med ingreppet är att utvidga bihålornas luftvägar. Vanligaste orsak till denna operation är återkommande eller kroniska bihåleinflammation.	Ca. 18 sekunder
3.	Videoklip: Röntgen	Före operationsbeslutet har ni gått på läkarens ordinerade röntgenundersökningar. Läkaren gör operationsbeslutet efter diskussioner och undersökningar.	Ca. 11 sekunder
4.	Videoklip: Sjukskötaren tar emot patienten	Efter operationsbeslutet går ni till sjukskötarmottagningen. Hon går genom med er saker angående operationen och förhandsuppgifts blanketten.	Ca. 11 sekunder
5.	Dia: Ingreppets karaktär	I huvudsak görs operationen under lokalbedövning eller ibland under nedsövning. Först lägger man bedövningsstickor, som verkar lokalt i näsan. Ingreppet i sin helhet räcker ca. en halv timme till en timme.	Ca. 15 sekunder
6.	Videoklip: Förhandsuppgifts blanketten	Förhandsuppgifts blanketten skall fyllas i noggrant och sjukskötaren går genom den med er. För er egen säkerhet är det viktigt att ni berättar om ni äter mediciner eller naturpreparat samt eventuella allergier och överkänsligheter. Även nuvarande eller tidigare sjukdomar bör nämnas. Anestesiläkaren ordinerar för er passlig medicinos enligt er längd och vikt.	Ca. 27 sekunder

7.	Dia: specificerat dusch, värdesaker, ätande och drickandet, medicinering	Duscha föregående dag eller på operationsdagen före ni kommer till sjukhuset. Ta bort alla smycken och piercingar och lämna värdesakerna hemma. För patientsäkerheten är det viktigt att ni före operationen är oäten och odrucken från klockan 24 föregående kväll. Om läkaren har gett lov, så får ni ta era mediciner med en liten mängd vatten två timmar före ni kommer till sjukhuset. Det är viktigt att följa regler och anvisningar även för operationsduglighetens skull.	Ca. 35 sekunder
8.	Dia: Operationsduglighet	För att tillfriskningen sker optimalt är det viktigt att ni kommer till operationen så frisk som möjligt. Operationsdugligheten värderas alltid individuellt. Klara förhinder för operationen är feber och hård flunssa.	Ca. 14 sekunder
9.	Videoklip: Här visas när man kommer till dagkirurgiska enhetens väntrum	På operationsdagen kommer ni till sjukhusets dagkirurgiska enhet. Ni får exakta tiden som textmeddelande när ni ska komma. Ni kan få premedicinering före operationen mot eventuell nervositet. Uppföljningstiden efter operationen på övervakningen eller kirurgiska avdelningen beror på ert mående, men den är minst två timmar.	Ca. 24 sekunder
10.	Dia: Hemförlovning	Operationen är dagkirurgisk, om inte annat nämns. Detta betyder att man får åka hem under samma dag. På operationsdagen är det bra att ha en annan vuxen med sig som sällskap över natten. Ni kan åka hem med en följeslagare eller taxi. På grund av medicineringen som används vid operationen får ni inte själv köra bil på 24 timmar. Sjukledigheten är ca. två veckor.	Ca. 27 sekunder

11.	Dia: Eftervård	I samband med operationen sätts självmältande tamponger i näshålan, som försvinner av sig själv med tiden. Tampongerna i näsan måste man komma ihåg att fukta med koksalt från och med dagen efter operationen. Meningen är att det ska hjälpa mot nästäppa och vårda slemhinnorna. Ni kan köpa koksaltlösning från apoteket. Om ni har starka symptom på nästäppa som stör sömnen, kan ni använda kortvarigt slemhinneavsvällande nässpray. Läkaren har ordinerat vid behov värkmedicinering. Fysisk ansträngning, bastu och snytning bör undvikas under sjukledigheten. Därtill är det rekommenderat att äta sval mat och dricka svala drycker, eftersom varmt kan orsaka näsblödning.	Ca. 52 sekunder
12.	Videoklip: Blödning Här syns också öronklinikens telefonnummer	Det är vanligt med lite blödning. Hemma kan ni sköta detta genom att sätta kallt på nacken och sitta lite framåtböjd. Om blödningen fortsätter ännu efter femton minuter, ta kontakt under tjänstetid till enheten där ni vårdats eller till HUUCS öronkliniken under jourtiden telefonnummer 09-47173050.	Ca. 26 sekunder
13.	Dia: Kontroll	Kontrolltiden är vanligtvis två till tre veckor efter operationen.	Ca. 6 sekunder
14.	Dia: Sjukskötarutbildning 2019 Carita Lindroos, Heidi Marjala och Martina Ukkonen, Yrkeshögskola Laurea		Ca. 6 sekunder

15.	Dia: Artisten Chris Zariskies sång John Stockton Slow Drag är skyddad med licens Creative Commons Attribution (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) Källa: http://chriszabriskie.com/uvp/ Artisten: http://chriszabriskie.com/		ca. 4 sekunder
			Totaltid ca. 5 minuter

Liite 7: Palautelomake

Palautelomake

FESS-leikkaukseen tulevan aikuisen potilaan preoperatiivinen ohjaus videolla.

Tämä palautelomake on tarkoitettu käytettäväksi ohjausvideon onnistumisen arvioinnissa. Palautelomake täytetään anonyyminä ja sitä käsitellään luottamuksellisesti. Lomake hävitetään tulosten käsittelyn jälkeen.

Ympyröi mielestäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto:

1=En ole lainkaan samaa mieltä, 5=Olen täysin samaa mieltä

Opinnäytetyön esitys oli selkeä	1	2	3	4	5
Potilasohjausvideo vastaa potilaan tarpeisiin	1	2	3	4	5
Videota voi hyödyntää potilaan preoperatiivisessa ohjauksessa	1	2	3	4	5
Video on tehty selkokielellä	1	2	3	4	5
Video on kokonaisuudessaan hyvä	1	2	3	4	5

1 Jäikö potilasohjaus videosta puuttumaan mielestäsi jotain tärkeää? Jos jäi, niin mitä?

2 Mitä olisit tehnyt toisin?

3 Vapaa palaute

Ympyröi se numero, minkä antaisit potilasohjaus videolle

1 2 3 4 5

Kiitos palautteen antamisesta.