

Henna Mäkinen ja Henriikka Möttönen

**Potilasohje rintasyöpäleikkaukseen tulevalle naiselle leikkaussali- ja
heräämöhoidosta**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2010



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys -ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijät Henna Mäkinen ja Henriikka Möttönen	
Työn nimi Potilasohje rintasyöpäleikkaukseen tulevalle naiselle leikkaussali- ja heräämöhoidosta	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Perioperatiivinen hoitotyö	Ohjaajat Ilmi Rautiainen ja Tiina Poranen Toimeksiantaja Kainuun maakunta -kuntayhtymä, Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto
Aika Syksy 2010	Sivumäärä ja liitteet 65+5
<p>Opinnäytetyön aiheena oli rintasyöpää sairastavan naispotilaan ohjaus leikkaus- ja heräämöhoidotyön näkökulmasta. Tuotteena syntyi kirjallinen potilasohje leikkaukseen tulevalle potilaalle. Potilasohje tullaan antamaan rintasyöpäleikkaukseen tulevalle potilaalle jo synnyttäneiden ja naistentautien osastolla potilaille, joiden leikkauspäätös on varmistunut. Opinnäytetyömme toteutettiin yhteistyössä Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston, kuntoutusohjaajan ja synnyttäneiden ja naistentautien osaston työntekijöiden kanssa. Työn tilaaja oli Kainuun maakunta -kuntayhtymä, johon Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto toimii.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohje rintasyöpään sairastuneelle naispotilaalle, joka sisältää tiedon leikkaussalissa ja heräämössä tapahtuvasta hoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saavuttaa tuotetun potilasohjeen avulla potilaalle informatiivisesti ja emotionaalisesti turvallinen leikkaus- ja heräämövaihe. Tavoitteena oli myös helpottaa naispotilaan valmistautumista leikkaus- ja heräämöhoidoon. Samalla perioperatiivinen hoitohenkilökunta edistää entisestään emotionaalisen kohtaamisen osaamista ja tietoa siitä, miten potilas toivoisi itseään ohjattavan. Tavoitteenamme oli myös parantaa omaa osaamistamme rintasyöpäpotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja ohjauksesta.</p> <p>Aineistoa opinnäytetyöhömmme keräsimme teoriatiedosta ja teimme kyselylomakkeen rintasyöpäleikatuille potilaille. Vastausten ja teoriatiedon perusteella kokosimme potilasohjeesta potilaiden tarpeiden mukaisen. Kyselylomakkeet jaettiin yhteistyössä syöpätautienpoliklinikan ja synnyttäneiden ja naistentautien osaston työntekijöiden kanssa. Kyselyn tuloksista selvisi, että potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja saadun tiedon määrään. He olivat kokeneet olonsa turvalliseksi leikkaus- ja heräämöhoidon aikana. Potilaat olisivat kaivanneet hoitajilta enemmän ohjausta leikkaus- ja heräämöhoidon aikana. He olivat kuitenkin tyytyväisiä hoitajien asiantuntevaan ohjaukseen.</p> <p>Potilasohjeesta hyötyvät rintasyöpäleikkaukseen tulevat potilaat, leikkaus- ja anestesiaosaston sekä synnyttäneiden ja naistentautien osaston henkilökunta. Potilasohjetta muokkaamalla sitä voidaan hyödyntää myös muissa leikkauksissa. Jatkotutkimusaiheina voisi olla potilasohje rintasyöpäpotilaan pre- ja postoperatiivisesta hoidosta. Tämä tuli esille työntilajalta, kun teimme potilasohjetta. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla tekemämme potilasohjeen hyödyllisyyden ja käytön selvittäminen potilailta ja/tai hoitajilta.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Potilasohjaus , potilaan tukeminen, rintasyöpä, perioperatiivinen hoitotyö
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School School of Health and Sports	Degree Programme Nursing
Authors Mäkinen Henna and Möttönen Henriikka	
Title A Patient Guide of Operating and Recovery Room Care for Female Breast Cancer Patients	
Optional Professional Studies Perioperative Nursing	Instructors Rautiainen Ilmi and Poranen Tiina
	Commissioned by The Joint Authority of Kainuu Region, Kainuu Central Hospital, Operating and Anaesthesia ward
Date Autumn 2010	Total Number of Pages and Appendices 65+5
<p>The subject of this thesis was counseling of female breast cancer patients from the perspective of operating and recovery room nursing. The resulting product was a patient guide that will be given to patients coming to the maternity and gynecological ward for breast cancer operation. The thesis was carried out in co-operation with the operating and anaesthesia ward of Kainuu Central Hospital, rehabilitation counselor and the employees of the maternity and gynecological ward staff. The thesis was commissioned by the Joint Authority of Kainuu region, under which Kainuu Central Hospital operates.</p> <p>The purpose of the thesis was to produce a patient guide of operating and recovery room care for breast cancer patients. The objective of the thesis was to create an informative and emotionally safe nursing environment in the operating and recovery room, with the help of the patient guide. Another objective was to make it easier for the patient to prepare for the breast cancer operation. In addition, the perioperative nursing staff wanted to further enhance their ability of emotional confrontation and their knowledge of how the patients wished to be counseled. An additional objective was to improve the authors' competence in the comprehensive treatment and counseling of breast cancer patients.</p> <p>The quantitative research method was completed by the qualitative research method. Material was collected from literature. A questionnaire was made for patients, who had undergone breast cancer operation. On the basis of the answers and literature, a patient guide was compiled according to patients' needs. The questionnaires were distributed to patients in co-operation with the oncology clinic and the maternity and gynecological ward. The results of the questionnaire showed that the patients were mainly satisfied with treatment and the amount of information they received. They did hope for more counseling on operating and recovery room care. They were, however, satisfied with the professional level of counseling given by nurses.</p> <p>A patient guide of pre- and postoperative nursing for breast cancer patients could be the topic of a further study. This idea was brought forward by the commissioner during this thesis process. Another further study could clarify how useful this patient guide has been and how much nurses or patients use it in hospital.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Patient counseling, Patient support, Breast cancer, Perioperative nursing
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

”Kulje sateenkaarta pitkin;
kulje sävelten siivin,
ja kaikki ympärilläsi on kaunista.
Pimeästä sumusta pääsee aina pois
sateenkaarta pitkin.”

Navajo-intiaanien laulu

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 RINTASYÖPÄÄN SAIRASTUMINEN JA HOITO LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA	3
2.1 Rintasyöpään sairastuminen	3
2.2 Rintasyövän leikkausmenetelmät	4
2.3 Yhdistelmäänestesia	6
2.4 Intra- ja välitön postoperatiivinen vaihe	7
2.5 Kivun hoito	11
3 POTILASOHJAUS	14
3.1 Potilasohjaus olennaisena osana hoitotyötä	14
3.2 Ohjaukseen liittyvät taustatekijät	17
3.3 Vuorovaikutteinen ohjaussuhde	18
3.4 Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä	19
4 POTILAAN TUKEMINEN JA POTILASTURVALLISUUS LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA	21
4.1 Emotionaalinen tuki	21
4.2 Tiedollinen tuki	22
4.3 Turvallisuus leikkaus- ja anestesiaosastolla	24
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	26
6 KYSELYN TOTEUTTAMINEN	28
6.1 Kyselylomakkeen suunnittelu	28
6.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja kyselyn toteutus	29
6.3 Kyselyn analysointi ja tulokset	31
6.4 Johtopäätökset	39
7 TUOTTEISTAMISPROSESSI	42
7.1 Tuotteistamisprosessin kuvaus	42
7.2 Tuotteen suunnittelu ja luonnostelu	45
7.3 Tuotteen kehittäminen	46
7.4 Valmis tuote	47

8 POHDINTA	51
8.1 Luotettavuus	51
8.2 Eettisyys	55
8.3 Ammatillinen kehittyminen	57
8.4 Tuotteen hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet	59
LÄHTEET	61
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa. Suomen syöpärekisterin mukaan vuonna 2007 rintasyöpään sairastui yli 4000 naista. Vuonna 2007 Kainuussa todettiin 60 rintasyöpätapausta naisilla. (Suomen syöpärekisteri 2009). Kainuun keskussairaалassa leikattiin vuonna 2009 noin 70 rintasyöpäpotilasta ja sytostaattihoitokertoja oli noin 460 (Ruuttunen 2010). Rintasyövän ennuste on parantunut kehittyneiden hoitomenetelmien sekä syövän varhaisen toteamisen ansiosta (Rintasyöpä). Viiden vuoden kuluttua rintasyöpädiagnoosin saaneista potilaista 90% on elossa (Forsström 2008).

Opinnäytetyön aiheena on rintasyöpää sairastavan naispotilaan ohjaus perioperatiivisen hoitotyön näkökulmasta. Tuotteeksi valmistuu kirjallinen potilasohje leikkaukseen tulevalle potilaalle. Potilasohje annetaan rintasyöpäleikkaukseen tulevalle potilaalle synnyttäneiden ja naistentautien osastolla. Aineistoa opinnäytetyöhön keräämme teoritiedosta. Laadimme kyselyn rintasyöpäleikatuille potilaille. Vastausten ja teoritiedon perusteella potilasohjeesta tulee potilaiden tarpeiden mukainen.

Työn tilaaja, Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiosasto kokee aiheen tärkeäksi, koska leikkaushoitoon liittyvää potilasohjetta ei ole aiemmin tehty. Aikaisemmista tutkimuksista kävi ilmi, että potilas haluaa saada tietoa ja tukea myös leikkaus- ja heräämöhoidosta koskeissa asioissa. Tieto helpottaa potilaan valmistautumista leikkaukseen sekä poistaa pelkoa ja jännitystä. Kyselyn tuloksista saa selville, millaista ohjausta potilaat toivovat leikkaussalihoitajien antavan heille. Lisäksi Kainuun keskussairaalan synnyttäneiden ja naistentautien osasto hyötyy opinnäytetyöstämme, koska potilasohjeen avulla hoitajat voivat ohjata potilaita leikkaukseen liittyvissä asioissa. Potilasohje korvaa osaksi preoperatiivisen käynnin, joka resurssipulan vuoksi ei ole tällä hetkellä mahdollinen (Kauppinen 2009).

Opinnäytetyössämme rajaamme tutkimuskohteen rintasyöpää sairastaviin naisiin ja heidän kokemuksiinsa leikkaussali- ja heräämöhoidosta Kainuun keskussairaалassa. Lähtökohtaolettamuksena on, että rintasyöpäpotilaat tarvitsevat ja haluavat informatiivista tietoa leikkaussalissa ja heräämössä tapahtuvasta hoidosta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa rintasyöpään sairastuneelle naispotilaalle potilasohje, joka sisältää tiedon leikkaussalissa ja heräämössä tapahtuvasta hoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on saavuttaa tuotetun potilasohjeen avulla potilaalle informatiivisesti ja emotionaalisesti turvallinen leikkaus- ja heräämövaihe. Tavoitteena on myös helpottaa naispotilaan valmistautumista leikkaus- ja heräämöhöhoitoon. Perioperatiivinen hoitohenkilökunta edistää entisestään emotionaalisen kohtaamisen osaamista ja tietoa siitä, miten potilas toivoo itseään ohjattavan. Samalla vuodeosaston hoitohenkilökunta voi käyttää potilasohjetta apunaan kertoessaan potilaalle leikkaussalissa ja heräämössä tapahtuvasta hoidosta.

2 RINTASYÖPÄÄN SAIRASTUMINEN JA HOITO LEIKKAUS- JA ANESTESIA-OSASTOLLA

2.1 Rintasyöpään sairastuminen

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpämuoto Suomessa ja sen esiintyvyys on ollut 60-luvulta lähtien jatkuvassa kasvussa (Ihme & Rainto 2008, 252; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 755; Joensuu (toim.), Roberts, Teppo & Tenhunen 2007, 484; Ukkola, Ahonen, Alan-ko, Lehtonen & Suominen 2001, 193; Ylikorkala & Kauppila (toim.) 2001, 254). Vuosittain rintasyöpä todetaan yli 4000 naisella (Ihme & Rainto 2008, 252; Suomen syöpärekisteri 2009). Rintasyövän ennuste on parantunut huomattavasti varhaisen toteamisen sekä kehittyvien hoitomuotojen ansiosta (Ihme & Rainto 2008, 252; Rintasyöpä; Ukkola ym. 2001, 193).

Rintasyövän riskiä lisääviä tekijöitä tunnetaan paljon ja ne liittyvät usein naishormonien tuotantoon, perimään sekä elintapoihin. Riskitekijöitä ovat muun muassa myöhäinen ensisynnytys, varhainen kuukautisten alkamisikä, myöhäiset vaihdevuodet, imettämättömyys, hormonikorvaushoito, lihavuus sekä suvussa ollut rintasyöpä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 610, 611; Ihme & Rainto 2008, 253, 254.)

Rinnassa tuntuva kyhmy on rintasyövän tavallisin oire. Rintasyöpäkyhmy voi olla kivuton tai kivulias. Muita oireita voivat olla nännistä tuleva kirkas tai verinen erite, rinnan sisäänvetäytymät, rinnan ihoreaktiot sekä muutokset kainaloissa tai soliskuopissa. Lisäksi rinnan koon kasvu ja tulehdusmainen punoitus voivat enteillä rintasyöpää. (Ihme & Rainto 2008, 255, 256; Joensuu ym. 2007, 485.)

Rintasyöpään sairastuminen on suuri muutos, joka vaikuttaa elämänlaatuun, psyykkisen ja ruumiillisen eheyden tunteeseen. Useimmille naisille pelko rinnan menetyksestä ja sen mahdollisesta muodon muuttumisesta leikkauksessa on koskettava asia. Siihen sopeutuminen vaatii suremista ja aikaa. Sairastumisen alkuvaiheilla potilas voi alkaa miettiä jo tulevaa, esimerkiksi lääke -ja sädehoidon sekä itse sairauden vaikutusta ulkomuotoon. Mahdollinen hiustenlähtö tai painon muutokset voivat masentaa ja vaatia psyykkisen luopumisprosessin läpikäymistä kuten rintaleikkauksin. Rintasyöpään sairastuminen voi vaikuttaa

sukupuolielämään, koska rinta on osa naisen seksuaali-identiteettiä. Syöpään voi liittyä sairauden alkuvaiheessa masennusta ja ahdistusta luonnollisena osana sairauteen sopeutumista. (Rintasyöpään liittyviä erityiskysymyksiä.)

Rintasyöpäpotilaiden kokemukset jaetaan fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin kokemuksiin. Sairastuminen itsessään on fyysisesti rankka kokemus. Slidenin ja Tuunaisen opinnäytetutkimuksen mukaan sytostaattihoidojen sivuvaikutuksista väsymys ja pahoinvointi tuotiin yleisesti esille pahimpina kokemuksina hoitajaksoista. Potilaat pitävät hoitoja psyykkisesti raskaina. Siihen liittyy itsemääräämisen ja elämänhallinnan menettämisen kokemus. Tiedon tarpeen haastateltavat kokevat psyykkisesti erilaisina. Toisille tieto tuo turvallisuuden tunnetta, toisille pelkoa. Sosiaalisen verkoston tuki on tärkeä tekijä rintasyöpäpotilaan jaksamisessa. Perheen tuki ja varsinkin aviopuolison tuki on yksi tärkeimmistä asioista jaksamisen kannalta. Perheen tuki yhdistää perhettä sekä antaa voimaa jaksamaan eteenpäin (Sliden & Tuunainen 1999, 8, 30, 37, 41.)

2.2 Rintasyövän leikkausmenetelmät

Paikallisen rintasyövän ensisijainen hoito on kirurginen hoito, jonka tavoitteena on poistaa kasvain ja paikalliset imusolmukemetastaasit eli etäpesäkkeet. Samalla selvitetään tärkeitä ennustetekijöitä, kuten kasvaimen koko ja mahdollisten levinneiden imusolmukkeiden määrä. Rintasyövän kirurgisen hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä toiminnallinen ja kosmeettinen tulos. Rinnan kirurgisen hoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon syövän laajuus sekä potilaan tarpeet että toivomukset. Tavoitteena on antaa korkeatasoista ja yksilöllistä hoitoa rintasyöpäpotilaalle. (Joensuu ym. 2007, 492.)

Rinnan säästävä kirurgia on ollut jo 25 vuotta vakiintunut hoitomuoto Suomessa. Säästävä leikkaus tehdään aina, kun potilas sitä haluaa, ellei sille ole vasta-aiheita. Syövän paikallinen uusiutumisen vaara on suurempi säästävässä kirurgiassa kuin rinnan poistossa. Tästä syystä rinnan säästävään kirurgiaan liittyy olennaisena osana sädehoito. (Joensuu ym. 2007, 492, 493.) Rinnan säästävässä kirurgiassa kasvain poistetaan riittävin tervekkudusmarginaalein ja tavoitteena on mahdollisimman hyvä esteettinen tulos. Vasta-aiheita säästävän leikkauksen tekemiseen ovat kasvaimen koko ja sijainti sekä rinnan koko. Jos katsotaan, että paras vaihtoehto olisi rinnan poistaminen, voidaan joissain tapauksissa potilaalle aloittaa hoito solun-

salpaajahoidolla, jolloin kasvain saattaa pienentyä siten, että säästävä leikkaus olisikin mahdollinen. (Joensuu ym. 2007, 492, 493.) Rinnan koko poisto eli mastektomia tulee kyseeseen kun säästävä leikkaus ei ole mahdollinen tai potilaan toivoessa koko rinnan poistoa. Noin 40 prosentille rintasyöpäpotilaista tehdään mastektomia. (Joensuu ym. 2007, 494.) Mastektomiasa poistetaan koko rintarauhaskudos ihon kanssa tai ihoa säästäen (Rintasyövän hoito, 2008).

Kainalon imusolmukkeiden poiston eli kainaloevakuaation avulla voidaan selvittää imusolmukkeiden etäpesäkkeiden määrä (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Kivilaakso (toim.) 2004, 654). Se on tärkein yksittäinen ennustetekijä. Samalla estetään syövän hallitsematonta leviämistä kainaloihin. Kainaloevakuaatioon liittyy myös haittoja, joista merkittävin on yläraajan krooninen lymfedeema eli imunestekierron aiheuttama turvotus. (Hannuksela 2009; Joensuu ym. 2007, 495.) Muita haittoja ovat myös kipu, lihasheikkous sekä tunnottomuus. (Roberts ym. 2004, 653).

Vartijaimusolmuketutkimus on evakuaatiota säästävämpi menetelmä levinneisyyden toteamiseen. Jos kainalon vartijaimusolmuke on terve, muutkin solmukkeet ovat terveitä. Ruiskuttamalla rintaan merkkiainetta voidaan löytää vartijaimusolmukkeet. Patologi tutkii poistetut vartijaimusolmukkeet ja jos se ei sisällä syöpää, kainaloevakuaatiota ei tarvitse tehdä. Jos vartijaimusolmuketta ei löydetä tai siinä todetaan metastaasi, samassa leikkauksessa suoritetaan kainalon tyhjennys. Vartijaimusolmukebiopsiaa pidetään jopa tarkempina menetelmänä kuin kainaloevakuaatiota, sillä sitä voidaan tutkia perinpohjaisesti histologisesti. Vaarana vartijaimusolmukebiopsiassa on se, että vartijaimusolmuke on terve, mutta muissa kainalon imusolmukkeissa on silti etäpesäkkeitä. (Joensuu ym. 2007, 495, 496.)

Joensuun ym. (2007, 494) mukaan hyvin moni työikäisistä potilaista toivoo mastektomian jälkeen rintarekonstruktiota eli rinnan uudelleen rakentamista. Rekonstruktio voidaan suorittaa syöpäleikkauksen yhteydessä tai vasta myöhemmin. Se tehdään useimmiten käyttämällä potilaan omia kudoksia, jolloin tulos on luonnollinen. Korjausleikkausmenetelmiä on useita ja leikkaava lääkäri valitsee potilaan kanssa yksilöllisesti parhaan vaihtoehdon (Rinnan korjausleikkaukset; Joensuu ym. 2007, 494).

Endoproteesi eli sisäinen proteesi tarkoittaa menetelmää, jossa asetetaan silikoni- tai keitto-suolatäytteinen proteesi potilaan rintalihaksen alle tai päälle. Tämä toimenpide soveltuu vain

pienen rinnan muotoiluun, jolloin rintakehän seinämässä on oltava kudosta riittävästi. (Rinnan korjausleikkaukset.) Lopputulos ei ole aina luonnollinen ja ajan myötä proteesin ympärille saattaa kehittyä arpikapseli (Ukkola ym. 2001, 201). LD-kieleke menetelmässä käännetään leveä selkälihas pienen ihosaarekkeen kanssa rintakehän etuseinämään. Sisäinen proteesi asetetaan tämän alle ja siitä muotoillaan rinta. TRAM-tekniikassa vatsalta otetaan iholihas-kieleke ja uusi rinta muodostetaan potilaan omasta kudoksesta. Noin viiden kuukauden kulluttua voidaan rakentaa nänni ja nännipiha. (Rinnan korjausleikkaukset.)

2.3 Yhdistelmäänestesia

Kreikkalaista alkuperää oleva anestesia sana tarkoittaa ”ilman tuntoa”. Nykyään siihen liitetään hypnoosi (tiedottomuus) ja analgesia (kivuttomuus) sekä lihasrelaksaatio. Lisäksi olisi toivottavaa, ettei potilaalle jäisi toimenpiteestä muistikuvia (amnesia). Nämä asiat yhdistämällä saadaan aikaan tila, jossa potilaalle voidaan suorittaa kirurginen toimenpide turvallisesti ja miellyttävästi tarjoten samalla kirurgille hyvät leikkausolosuhteet. (Rosenberg ym. 2006, 378,379.) Lääkeaineita annetaan sen hetkisen tarpeen mukaan siten, että seurataan niiden vastetta tarkasti ja säilytetään elimistön toiminnan tasapaino (Rosenberg, Alahuhta, Hendolin, Jalonen & Yli-Hankala 2002, 162). Rintasyöpäleikkaukset tehdään yhdistelmäänestesiassa (Heikkinen, 2010).

Anestesiaryhmä muodostuu henkilöistä, jotka antavat ja suorittavat potilaan anestesian. Siihen kuuluvat anestesia lääkäri ja häntä avustava anestesiahoitaja sekä muu tarvittava henkilökunta. Anestesia lääkäri suorittaa anestesianmuodon valinnan, anestesian vaativien vaiheiden hoidon (esimerkiksi yleisanestesian aloituksen sekä lopetuksen) ja anestesian ylläpidon tarkistamisen tietyin väliajoin. (Rosenberg ym. 2006, 50.) Ennen anestesian aloitusta anestesiahoitaja kiinnittää potilaaseen elektrodit ja kytkentäkaapelit sydänsähkökäyrää varten, verenpainemansetin ja happisaturaatiomittarin sekä asettaa potilaalle perifeerisen laskimokanyylin. Nukutukseen valmistauduttaessa voidaan myös kiinnittää unen syvyyden mittauselektrodit sekä neurostimulaattorin elektrodit, mikä mittaa lihasrelaksaatiota. Anestesia sairaanhoitaja ohjaa koko ajan potilasta, kun hän asettaa mittauslaitteet potilaalle. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2009, 241, 242.)

Yhdistelmäänestesiassa inhaloitavia ja laskimonsisäisesti annettavia anestesia-lääkkeitä käytetään samanaikaisesti. Kirjallisuudessa saatetaan puhua myös tasapainotetusta eli balansoidusta anestesiasta. (Rosenberg ym. 2006, 388). Siinä yhdistyvät uni, kivuttomuus ja liikkumattomuus, jotka saadaan aikaan laskimo- ja inhalaatioanesteettien, opioidien sekä lihasrelaksanttien avulla. Uni estää leikkauksen ymmärtämisen, kivuttomuus poistaa kivun aiheuttamat autonomiset vasteet sekä lihasloma poistaa haitallisen lihasjännityksen. Yhdistelmäänestesian ylläpidossa lääkkeitä annetaan tarkkailemalla potilaan vastetta sekä ottamalla huomioon elimistön toiminnan tasapaino. (Lukkari ym. 2009, 251.)

Yhdistelmäänestesian kulku on yleensä kolmivaiheinen. Ensimmäinen vaihe on induktio eli potilaan nukuttaminen ja uneen saattaminen. Se tapahtuu annostelemalla potilaan laskimoon anestesia-lääkevalmisteita samalla, kun häntä käsiventiloidaan. Toinen vaihe on nukutuksen ylläpito inhalaatioanesteeteilla, analgesiaa opioideilla ja lihasrelaksaatiota hermo-lihasliitoksen salpaajilla. Kolmas vaihe on nukutuksen päättäminen eli potilaan herättäminen. (Lukkari ym. 2007, 254.) Valvontalaitteet, jotka mittaavat anestesian riittävyttä, auttavat anestesian ylläpidon ja lopetuksen optimoinnissa. Niitä seuraamalla voidaan välttää hereilläolon riskiä, mutta myös nopeuttaa heräyksiä ja näin ollen säästää kustannuksia. (Rosenberg 2006, 388, 389.)

Leikkauksen loppuvaiheessa yhdistelmäänestesiata kevennetään siten, että potilas voidaan herättää välittömästi leikkaushaavan suojaamisen jälkeen. Silloin potilas saatetaan pinnalliseen unitilaan vähentämällä ja lopettamalla anestesia-lääkeaineiden annostelu sopivassa kohdassa leikkauksen loppuvaihetta. (Lukkari ym. 2007, 254.) Anestesian päättäminen tapahtuu lopettamalla muiden hengityskaasujen kuin hapen antaminen potilaalle hieman ennen leikkauksen päättymistä ja suoneen annettavilla lihasrelaksaation kumoavilla lääkkeillä juuri potilaan anestesiasta herätysvaiheessa (Iivanainen ym. 2006, 476, 479, 482).

2.4 Intra- ja välitön postoperatiivinen vaihe

Leikkaus- ja anestesiaosastolla tapahtuvaa potilaan vastaanottamisen ja heräämään tai tehosastolle luovuttamisen välistä aikaa kutsutaan intraoperatiiviseksi hoidoksi. Leikkaus- ja anestesiaosastolla hoidetaan leikkaukseen ja toimenpiteeseen tulevia potilaita. Potilaan intraoperatiivinen hoito on moniammatillista. Hoitoon osallistuvat hoitava lääkäri,

anestesia lääkäri ja yleensä kolmesta sairaanhoitajasta koostuva hoitajatiimi. (Iivanainen ym. 2006, 473, 474.)

Intraoperatiivinen hoitovaihe on merkityksellinen potilaalle ja sillä on merkittävä yhteys elämänlaatuun. Intraoperatiivisen hoitovaiheen kokemus säilyy lähes muuttumattomana potilaiden mielessä useita vuosia. Turvallisuutta tai turvattomuutta aiheuttaneet tapahtumat, kuten leikattavana olo tai vuorovaikutus hoitajien kanssa jäävät potilaille lähtemättömästi mieleen. (Hankela 1999, 87.) Erityisesti potilaan turvallisuuden säilyttäminen korostuu intraoperatiivisessa hoitotyön vaiheessa. Tavoitteena on taata potilaalle fyysinen sekä emotionaalinen turvallisuus. (Kaukkila, Mäkelä-Lammi, Eskelinen, Haapa-Alho, Helander, Koli, Nordman, Olkkola, Ollilainen, Saarinen, Santaniemi, Soininen & Viinamäki 1996, 6.)

Anestesian alkamisen jälkeen potilas siirretään oikeaan leikkausasentoon, jos hän ei siinä vielä ole. Asennon tulee olla potilaalle sellainen, että se ei aiheuta hänelle fyysisiä vaurioita. (Kaukkila ym. 1996, 9.) Potilas on oikeassa leikkausasennossa, kun hänen leikattavan rinnan puoli on mahdollisimman lähellä leikkauspöydän reunaa. Leikattavan puolen käsi laitetaan pehmustetulle käsipöydälle alle 90 asteen kulmaan. (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 15.) Valvova sairaanhoitaja kiinnittää potilaaseen diatermian neutraalielektrodin eli maadoituslevyn sopivaan kohtaan. Neutraalielektrodi sijoitetaan mahdollisimman lähelle leikkausaluetta ja lihaksikkaan kehonosan päälle. Neutraalielektrodin oikeaan paikkaan laittaminen ja diatermialaitteen oikea käyttö ovat tärkeitä asioita sähköturvallisuuden kannalta, koska palovammavaara lisääntyy näitä käytettäessä. (Lukkari ym. 2009, 289.) Kun potilas on oikeassa asennossa valvova hoitaja pesee leikkausalueen. Leikkausalueen iho pestään laajalta alueelta. Pestävä alue ulottuu olkapään ja solisluun yläpuolelta terveen rinnan puoliväliin saakka sekä alhaalla napaan asti. Potilaan leikattavan rinnan puoleinen kylki pestään niin pitkälle selkään päin kuin mahdollista. (Korte ym. 1997, 16.) Jos kyseessä on kainaloevakuatio myös leikattavan puolen käsi pestään ympäriinsä kyynärtaipeeseen saakka (Heikkinen 2010).

Pesun jälkeen steriiliksi pukeutunut instrumentoiva hoitaja rajaa toimenpidealueen steriilein liinoin. Instrumentoiva hoitaja asettaa instrumentit ja muut tarvittavat välineet käyttökuntoon. Instrumentoiva hoitaja ja valvova hoitaja laskevat ommelaineet sekä liinat yhdessä ennen toimenpiteen alkua. (Kaukkila ym. 1996, 9, 10.) Instrumentoivan hoitajan vastuualueena on instrumentoinnista huolehtiminen, mikä tarkoittaa oikea-aikaisuutta,

oikeita ja toimivia instrumentteja. Kun instrumentoiva hoitaja tietää leikkauksen etenemisen, osaa hän ennakoida tapahtumia ja ajoittaa toimintansa saumattomasti kirurgin toimintaan. Instrumentoivan hoitajan tehtäviin kuuluu valvovan hoitajan lisäksi tarkkailla aseptista toimintaa. (Lukkari ym. 2009, 335, 350.) Valvova hoitaja takaa anestesiahoidon ja leikkauksen sujuvuuden toimittamalla tarvittavat laitteet ja välineet leikkaustiimin käyttöön (Kaukkila ym.1996, 10).

Potilaan lämpötilouteen on kiinnitettävä huomiota jo ennen leikkaussaliin tulemistä, koska hypotermia eli alilämpöisyys on tunnistettavissa lähes kaikissa leikkauspotilaan hoitotoimenpiteissä. Lämpötasapainon ylläpitämiseen on käytössä erilaisia peitteitä, esimerkiksi lämmitetyt peitot, lämpölakana eli avaruuslakana tai lämpöpuhallin ja siihen kuuluva lämpöpuhallinpeitto. (Lukkari ym. 2009, 169, 170.) Hoitajan tulee huomioida ja muistaa pitää huolta potilaiden lämpötiloudesta, koska potilasta voi paella vaikka hoitajalla itsellä olisi kuuma (Roper, Logan & Tierney 1996, 280).

Leikkausalueelle on mahdollista laittaa leikkauksen loppuksi aktiivinen imujärjestelmä eli dreeni, mikäli postoperatiivista vuotoa on odotettavissa. Dreenin tarkoituksena on poistaa ylimääräinen kudokseneste ja veri leikkausalueelta. Dreeni kiinnitetään joko pistoveitsellä tehtyyn ulostuloaukkoon varmistaen, että se pysyy tukevasti paikoillaan tai se kiinnitetään haavaompeleeseen. Dreeni on vierasesine ja se altistaa infektioille, joten turvallisin vaihtoehto on aina suljettu dreneerausjärjestelmä. Suljetussa dreneerausjärjestelmässä avointa yhteyttä haavaonteloon ei synny. (Lukkari ym. 2009, 201.) Dreenin pitoaika infektioriskin vuoksi on mahdollisimman lyhyt. Sitä pidetään kunnes erityis haavaontelosta on loppunut. (Iivanainen ym. 2006, 498).

Toimenpiteen päättyessä ennen ihon sulkemista valvova hoitaja ja instrumentoiva hoitaja laskevat liinat ja ommelaineet varmistaakseen, että kaikki on tallessa. Leikkauksen päätyttyä instrumentoiva hoitaja puhdistaa leikkausalueen sekä laittaa steriilin taitoksen ompeleiden päälle. Anestesian päätyttyä potilas voidaan siirtää heräämöhön. (Kaukkila ym. 1996, 9, 10.) Potilaan siirtyessä heräämöhön anestesiahoitaja antaa heräämöhoidajalle raportin potilaasta. Siinä kerrotaan potilaan perustiedot, intraoperatiivisen vaiheen hoitotoimenpiteet sekä jatkohoitomääräykset. (Korte ym. 1997, 18.) Heräämö on yleensä osa leikkaus- ja anestesiaosastoa. Siellä potilaan elintoimintoja valvotaan, kipua lääkitään ja pahoinvointia hoidetaan. Pääpaino on verenkierron ja hengityksen valvonnassa sekä kivun hoidossa. Potilas

siirretään osastolle, kun elintoiminnot ovat vakaat ja anestesia lääkäri antaa luvan. (Iivanainen ym. 2006, 488, 489; Rosenberg ym. 2006, 29.) Yleensä potilaan hoitoon ja tarkkailuun heräämössä kuuluu yhdestä kolmeen tuntia (Lukkari ym. 2009, 362). Tavoitteena on potilaan kivuttomuuden, kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin sekä turvallisuuden tunteen saavuttaminen ja ylläpitäminen (Holmia ym. 2004, 68).

Hengityksen tarkkailussa hoitaja seuraa, että potilaan hengitystiet pysyvät hyvin auki ja potilaan on helppo hengittää. Jos happisaturaatioarvot ovat matalat, voi lisähappea antaa happimaskin tai -viikisen avulla. Sängynpäätä voi nostaa, mikäli siihen ei ole estettä. Ilmatiet voi puhdistaa tarvittaessa imulla. Hoitajan tulee myös seurata potilaan ihon ja huulten väriä. Potilaan verenkiertoa hoitaja tarkkailee seuraamalla pulssia, verenpainetta, ihon väriä, sen kosteutta ja lämpöä. (Mäkelä-Lammi, Kallio, Koli, Korvenniemi, Lehto, Liippo, Niinikoski, Penttinen, Ruonamo, Santavuori, Suhonen & Viinamäki 1991, 7.) Hoitaja seuraa myös leikkausalueelta tulevaa vuotoa ja dreenipussiin kertyvää eritystä. Myös riittävästä kivunhoidosta ja nesteytyksestä tulee huolehtia. (Korte ym. 1997, 18.)

Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi on melko tavallinen anestesian jälkeinen sivuvaikutus. Pahoinvoinnin riskiä voi lisätä leikkauksen pitkä kesto ja anestesiassa käytetyt lääkkeet sekä opioidipohjainen kipulääkitys. Leikkauksenaikainen matala verenpaine voi myös olla syy postoperatiiviseen pahoinvointiin. Kirurgisen toimenpiteen kohde, laajuus ja käytetty kirurginen tekniikka vaikuttavat pahoinvointiherkkyyteen. Naissukupuoli, aikaisempi postoperatiivinen pahoinvointi ja matkapahoinvointi ovat yleisiä pahoinvoinnin riskitekijöitä. Pahoinvointia voidaan ennaltaehkäistä ennen leikkausta ja leikkauksen aikana esilääkityksellä, anestesiamenetelmän valinnalla sekä antiemeettisin eli oksentelua hillitsevin lääkevalmistein. (Lukkari ym. 2009, 377.)

Heräämössä pahoinvointia hoidetaan pahoinvointia ehkäisemällä ja potilaan voimavaroja tukemalla. Pahoinvoinnin ilmaantuessa potilas tarvitsee sairaanhoitajan tukea ja ohjausta. Laskimonsisäisellä nestehoidolla turvataan riittävä nesteytyminen, lisähappea annetaan happiviiksillä tai -maskilla ja pahoinvoinnin ilmaantuessa potilas voidaan kääntää kylkiasentoon tai sängyn päätä voidaan kohottaa. Nesteiden antamista suunkautta vältetään pahoinvoinnin riskipotilaille. Kaarimaljoja ja paperia voidaan varata potilaan lähelle. Pahoinvoinnin jatkuessa ennaltaehkäisystä ja antiemeettisestä lääkityksestä huolimatta sairaanhoitaja ottaa yhteyttä anestesia lääkäriin. (Lukkari ym. 2009, 377, 379.)

2.5 Kivun hoito

Kipu tarkoittaa mitä tahansa sellaista kokemusta, jonka yksilö määrittelee kivuksi. Kipu on yksilöllistä. Se on epämiellyttävä tila tai tunne, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Ennen leikkaukseen menoa potilasohjauksessa on otettava huomioon leikkauksesta aiheutuva kipu ja kivusta aiheutuva pelko. Potilaan kivun tunnistaminen ja hoito on tärkeää. Kivun fyysisiä oireita voi olla esimerkiksi verenpaineen nousu, kylmähikoilu, uneliaisuus tai tuskaisuus, jotka hoitajan tulee tunnistaa hyvissä ajoin. Säännöllisellä kipulääkityksellä vältetään potilaan kivun tuntemus. (Sailo & Vartti (toim.) 2000, 30, 118, 123.) Monet asiat vaikuttavat potilaan kipukokemukseen. Esimerkiksi perimä, sukupuoli, ikä, aikaisemmat kokemukset kivusta ja potilaan motivaatio vaikuttavat kivun tuntemukseen. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 9.) Kipua voivat aiheuttaa myös eri syöpälajit niiden kasvu- ja leviämistavan vuoksi. Yleisimmin kipuja esiintyy luustoon metastasoivissa syöpätaudeissa, kuten rintasyövässä. (Kalso, Haanpää & Vainio (toim.) 2009, 69.)

Kivun prosessointi aivoissa jakautuu sensoriseen ulottuvuuteen, emotionaaliseen ulottuvuuteen sekä kognitiiviseen ulottuvuuteen. Kivun sensorinen prosessointi aivoissa kertoo millä alueella kipu tuntuu, minkä laatuista se on, minkä tyyppisestä kudospuuriosta kipu johtuu ja kuinka voimakasta se on. Emotionaalis-affektiivisella ominaisuudella tarkoitetaan kivun kokemista epämiellyttävänä. Se voi vaihdella yksilöllisesti sekä kipuärsyksen tyyppin mukaan. Kognitiivisilla prosesseilla tarkoitetaan toimintojen suunnittelua, hahmottamista, muistia, tunteiden säätelyä, tunnistamista sekä kielellisiä toimintoja. (Salanterä ym. 2006, 54.)

Pitkäaikainen kipu vaikuttaa monella tavalla ihmisen henkisiin toimintoihin. Esimerkiksi krooninen kipu vaikuttaa ihmisen voimavaroihin, jolloin muistiin ja tarkkaavaisuuteen liittyvät toiminnot häiriintyvät. Kognitiivisiin toimintoihin vaikuttavat myös kivun hoitomenetelmät. Asianmukainen lääkehoito kroonisessa kivussa voi parantaa kipupotilaan tarkkaavaisuutta, muistia ja huomiokykyä. Kipua voi hoitaa myös lääkkeettömästi. Yksinkertaisia keinoja ovat esimerkiksi huomion poissuuntaaminen kivusta, rentoutuminen ja liikunta. Tiedon jakaminen lisää potilaan valmiuksia hallita kiputuntemustaan. (Salanterä ym. 2006, 54, 55.)

Kivunhoidon suunnittelussa ja seurannassa on tärkeää määritellä kivun voimakkuus. VAS-kipujana (visual analog skala) on yleisin menetelmä mitattaessa aikuisen potilaan kipua. (Kalso ym. 2009, 55; Sailo & Vartti 2000, 102.) Kipujanaa käytetään leikkauskivun arvioinnissa.

Sen avulla kipua voi määritellä numeerisesti tai sanallisesti. Kipujan käyttö opetetaan potilaalle ennen leikkausta ja kerrotaan kivun mittaamisen merkityksestä hoidon onnistumisen kannalta. Käytön aikana varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt, miten kipujanaa käytetään. (Sailo & Varti 2000, 102, 103.) Postoperatiivisia kivunhoitomenetelmiä ovat kivunhoito, mitä toteutetaan erilaisilla lääkehoidoilla. Siihen liittyy myös asentohoito ja haavanhoito. (Kivunhoito leikkauksen jälkeen 2006).

Rintarauhasen leikkauksen jälkeinen kipu on yleensä haavakipua ja potilaat voivat selvitä pelkillä tulehduskipulääkkeillä (Kalso ym. 2009, 281). Voimakkaimmillaan kipu on juuri leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineiden vaikutus alkaa loppua. Postoperatiivisen kivun voimakkuuteen vaikuttaa leikkauksen aikainen anestesiamenetelmä. Kohtuulliset opioidiannokset ja höyrystyvät anesteetit, joita käytetään yhdistelmäanestesiassa, lievittävät kipua leikkauksen jälkeen vain vähän. Suuret opioidiannokset voivat aiheuttaa sivuvaikutuksena hengityslaman, jolloin potilaan hengityksestä on huolehdittava hengityskoneen avulla toimenpiteen päätyttyä. (Rosenberg ym. 2006, 838, 839.)

Onnistuneen kivunhoidon edellytyksenä on motivoitunut ja ajatteleva hoitaja, joka tietää kivunhoidosta. Potilaan kipukokemuksen kertomisen lisäksi hoitajalla tulee olla valmiudet toteuttamaan kivunhoitoa. Kivun hoidon ja hoitotyön onnistumista voidaan arvioida muun muassa kysymällä potilaan tuntemuksia kivusta, hoidoista sekä niiden vaikutuksista. Pitkään kestäneen kivun hoidon ja hoitotyön onnistumista voidaan arvioida esimerkiksi fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta kivun lievittymisen lisäksi. Potilaan kivunhoito on osa hänen kokonaisvaltaista hoitoaan. (Salanterä ym. 2006, 11, 12.) Leikkausta edeltävän masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden on todettu lisäävän leikkauksen jälkeisen kivun määrää sekä tarvetta kipulääkkeille. Terveystieteiden työntekijän työkaluja kivun ja kärsimyksen hoidossa ovat herkkyys, empatia ja taito kuunnella. (Kalso ym. 2009, 280, 17).

Heräämön sairaanhoitaja arvioi ja hoitaa kipua heti potilaan saapumisesta lähtien. Kivunhoito jatkuu aktiivisena koko hoidon ajan. Kivun arviointi perustuu sairaanhoitajan ja potilaan yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen. Sairanhoitaja tarkkailee yleisvoinnin lisäksi potilaan käytöksestä ja toimintakyvyssä ilmeneviä kivusta kertovia merkkejä. Potilaan oikeuksiin kuuluu optimaalinen kivunhoito, jolla voidaan vähentää postoperatiivisia komplikaatioita ja nopeuttaa toipumista. Sairaalassa oloaika voidaan lyhentää onnistuneen kivunhoidon myötä nopeuttamalla potilaan ylösnousua ja mobilisaatiota. Samalla potilaan tyytyväisyys hoitoon li-

sääntyy. Kivunhoito ehkäisee kivun kroonistumista sekä hoidon komplikaatioita. Lääkehoidon lisäksi potilas tarvitsee sairaanhoitajan emotionaalista tukea kivun hallinnassa ja läsnäoloa. Anestesiaalääkäri suunnittelee kivunhoidon menetelmät henkilökohtaisesti potilaan tilan, leikkauksen laajuuden sekä mitatun kivun mukaisesti. Tulehduskipulääkkeet ja opioidit ovat yleisimpiä leikkauksen jälkeen käytettäviä lääkkeitä. (Lukkari ym. 2009, 372, 373.)

3 POTILASOHJAUS

3.1 Potilasohjaus olennaisena osana hoitotyötä

Asiakastyön ja sen myötä potilasohjauksen taustalla ovat erilaiset lait sekä asetukset, kuten Suomen perustuslaki, kuntalaki, kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki. Näissä kyse on palvelujen määrän, riittävyyden ja järjestämistavan ohella laadusta. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 13, 15, 16.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää asiakkaan oikeuksia sekä asemaa terveydenhuollossa ja sitä sovelletaan muiden lakien ohella terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä. Laki velvoittaa hoitohenkilökunnan antamaan potilaalle selvityksen hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista potilaan hoitoon liittyvistä asioista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 5§.) Laadultaan hyvä hoitotyö tarkoittaa asiakkaan vakaumuksen ja yksityisyyden kunnioittamista sekä sitä, ettei hänen ihmisarvoaan loukata (Kyngäs ym. 2007, 13, 15, 16).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että tutkimus-, hoito- ja kuntoutussuunnitelma on laadittava yhdessä asiakkaan, hänen omaisensa tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Laissa korostuu suunnitelman laatimisvaiheessa yhteistyö sekä asiakkaan tasa-arvoinen asema. Asiakkaalla on tiedonsaantioikeus, jonka mukaan hänelle tulee antaa selvitys terveydentilasta, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, hoidon merkityksestä sekä muista hoitoon liittyvistä asioista, joilla on merkitystä hänen hoitonsa kannalta. Selvityksen tulee olla riittävän ymmärrettävä ja siinä tulee korostua asiakkaan osallisuus sekä hänen huomiointinsa. Ohjauksessa myös asiakkaan itsemääräämisoikeus liittyy olennaisesti kohteluun, tiedonsaantiin ja yhteiseen suunnitteluun. Näiden toteutuessa voidaan asiakasta hoitaa lain määräämällä tavalla yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Kyngäs ym. 2007, 16, 17.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) painottaa ammattieettisissä velvollisuuksissa asiakkaan etua. Asiakkaan osallistuminen ohjaukseen, oikein ajoitettu ja annettu ohjaus sekä sen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi lisäävät asiakkaalle ohjauksesta seuraavaa hyötyä. Terveydenhuollon henkilöstön tulee ottaa huomioon

ammattitoiminnastaan asiakkaalle koituvat hyödyt ja mahdolliset haitat. Ohjauksen kannalta tämä tarkoittaa kliinisten tietojen pitämistä ajan tasalla, ohjauksen sisältöjen ja vuorovaikutustaitojen sekä ohjauksen suunnittelutaitojen ylläpitämistä ja niiden kehittämistä. (Kygäs ym. 2007, 17.)

Potilaslähtöisyyttä korostetaan hoitotyössä. Se ilmenee hoitotyössä monimuotoisena ja moniammatillisena yhteistyönä erilaisissa ohjaustilanteissa. Kirjallisen ja suullisen ohjauksen tarve on kasvanut, mutta samalla aika ohjauksen antamiseen on entisestään lyhentynyt. Hoitotyön keskeinen auttamismenetelmä on opettaa ja ohjata potilasta. Potilas tarvitsee tietoa. Uudesta tilanteesta, päivittäisistä toiminnoista, lääkehoidosta, itsensä hoitamisesta sekä tarkkailusta selviytyminen vaatii potilaalta monien uusien asioiden oppimista. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 58, 59.)

Oppiminen on konstruktivinen prosessi, jossa ihmisellä on rooli olla aktiivinen oman toimintansa ohjaaja. Oppiminen tarkoittaa tiedon prosessointia, joka alkaa huomion kohdistamisesta ja havaintojen tekemisestä ja päättyy uuden tiedon luomiseen. Oppiminen on tiedon valikoimista, tulkintaa, jäsentämistä ja uuden tiedon muokkausta ja sulauttamista vanhaan tietorakenteeseen. Oppiminen näkyy muutoksina oppijan tiedoissa, taidoissa ja käsityksissä. Holistis-humanistinen ihmiskäsitys on oppimisnäkömyksen taustalla. Oppimistavat ja – tulokset voivat olla eri ihmisillä hyvin erilaiset, koska oppiminen nähdään yksilöllisenä ja subjektiivisena tiedonrakentamistapana, johon vaikuttavat ihmisen omat valmiudet, ominaisuudet, taidot, tiedot. (Hautakangas ym. 2003, 60, 61.)

Potilasohjaus koostuu tavoitetiedon, tilannetiedon (tarpeet) ja menetelmätiedon (keinot tavoitteen saavuttamiseksi) pohjalta. Potilaan ohjaustarpeiden huolellinen määrittely selkiyttää tavoitteita ja sisältöjen valintaa. Ohjausmenetelmä valitaan tavoitteiden mukaan, jonka avulla mahdollistetaan parhaiten potilaan yksilöllinen oppiminen. Ohjauksen tehtävänä on tukea potilaan ja hänen omaisiensa voimavarojen hallintaa. Potilaan täytyy sitoutua itsehoitoon ja ohjaukseen. Hoitoon sitoutuminen on tärkein keino saavuttaa hoidolle asetetut tavoitteet. Hyvä hoitoon sitoutuminen edistää pääsemistä hyvään hoitotasapainoon, joka auttaa potilasta selviytymään hoidosta. (Hautakangas ym. 2003, 63, 64, 65.) Kygäksen ym. (2007, 25) mukaan nykyään hoitotyössä ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen pulman ratkaisija ja hoitaja tukee häntä päätöksenteossa. Rakenteeltaan ohjaus on muita

keskusteluja suunnitelmallisempaa sisältäen myös tiedon antamista, jos asiakas ei kykene itse ratkaisemaan tilannetta. Ohjaussuhde on tasa-arvoista ja tuloksellinen ohjaus voi vaatia useita ohjauskertoja.

Kääriäisen ja Kyngäksen (2004, 257) mukaan ohjaus määritellään asiakkaan ja hoitajan tavoitteelliseksi ja aktiiviseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä, jossa ohjattava ja ohjaaja ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksen lähtökohtana on jokin tietty tilanne, tunne tai tavoite, jonka jälkeen päädytään johonkin toiseen tilanteeseen, joka poikkeaa lähtötilanteesta. Hoitajalle suuria haasteita ohjaukseen asettaa asiakkaiden erilaisuus sekä siitä johtuvat, tietoa ja tukea koskevat tarpeet. Välttämätöntä on selvittää asiakkaan tilanne ja hänen mahdollisuutensa sitoutua omaa terveyttään tukevaan toimintaan. Hoitajan on myös ymmärrettävä tapansa ajatella ja toimia, omat tunteensa sekä arvonsa ja ihmiskäsityksensä, jotta hän pystyy toimimaan asiakkaan tilanteen selkiyttämiseksi. (Kyngäs 2007, 26, 27.)

Ohjaus on olennainen osa hoitotyötä. Ohjaus kuvataan usein osana ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessina. Ammatillisen toiminnan kannalta ohjaus tarkoittaa tilannetta, jossa keskustellaan tavoitteellisesti potilaan tilanteeseen liittyvistä asioista. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8, 9.) Ohjausprosessin luonteeseen kuuluu määrittellä ensin ohjauksen tarve, suunnitella ohjauksen kulku, toteuttaa ohjaus ja lopuksi arvioida ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus (Kuva 1.) (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen (toim.) 2006, 10). Hoitajalla on kokonaisvastuu potilasohjauksen sekä neuvonnan koordinoinnista että toteuttamisesta, vaikka sairastuessaan potilas saa tietoa monilta eri ammattiryhmiltä. Potilasohjauksessa hoitajalta edellytetään ohjattavan asiasisällön hyvää tuntemusta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26, 29.) Potilaslähtöisen ohjauksen toteutuminen edellyttää hoitohenkilökunnalta ammatillisia valmiuksia, resursseja ja toimintaympäristön otollisia olosuhteita. Potilaan huomioiva ohjaus lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon sekä edistää ohjauksen positiivista vaikutusta, kuten tiedonsaantia, itsehoitoa ja hoitoon sitoutumista sekä vähentää lääkityksen tarvetta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8, 9.) Hoidon laatu ja potilasturvallisuus taataan kiinnittämällä erityistä huomiota ohjaukseen (Hautakangas ym. 2003, 67). Potilasohjaus on sidoksissa potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöön liittyviin tekijöihin (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 10, 11).



Kuva 1. (Lipponen ym. 2006, 10.)

3.2 Ohjaukseen liittyvät taustatekijät

Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat esimerkiksi sukupuoli, ikä, sairauden tyyppi sekä terveydentila, jotka vaikuttavat asiakkaan ohjaustarpeeseen. Fyysiset tekijät vaikuttavat asiakkaan kykyyn vastaanottaa ohjausta. Keskittyminen ohjaukseen voi olla haastavaa hänen käydessään läpi sairastumistaan ja sen aiheuttamia tunteita. Tämän vuoksi ohjauksessa on tärkeä miettiä, mitä asioita ohjauksen tulee ensisijaisesti sisältää ja mitä voidaan läpikäydä myöhemmin. Asiakkaan ohjaustarpeet on asetettava tärkeysjärjestykseen ja pohdittava, millaisia asioita hän on kulloinkin valmis oppimaan. (Kynge ym. 2007, 29, 30.)

Ohjauksessa psyykkisiin taustatekijöihin kuuluvat muun muassa käsitys omasta terveydentilasta, kokemukset, terveysuskomukset, mieltymykset, odotukset, oppimistavat- ja valmiudet, tarpeet sekä motivaatio. Motivaatio vaikuttaa asiakkaan haluun omaksua hoitoonsa liittyviä asioita sekä kokemukseensa ohjauksen tärkeydestä. Riittävän selkeästä tavoitteesta, asiakkaan onnistumisodotuksista ja sopivasta tunnetilasta syntyy motivaatio. Myös hoitajan motivaatiolla ja asennoitumisella on ohjauksen onnistumisen kannalta merkitystä. Hoitajalta toivotaan aloitteellisuutta ja herkkyyttä ohjeiden sekä tiedon antamisessa. Tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä kuuluvat hoitajan ohjausvalmiuksiin. Näiden lisäksi tulee olla vuorovaikutus- ja johtamistaitoja. Hoitajalla on myös välttämätöntä olla kyky hallita erilaisia

prosesseja, kuten oppimista, tiedonhankintaa ja päätöksentekoa. Asiakasta on kannustettava luottamaan kykyihinsä ja tukea oma-aloitteisuutta, sekä hänelle on annettava riittävästi tilaa tehdä päätöksiä ja ohjattava tätä erilaisilla kysymyksillä valintojen teossa. (Kyngäs ym. 2007, 32, 34, 35.)

Ohjauksessa sosiaaliset taustatekijät koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, uskonnollisista, etnisistä ja eettisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintaan. Asiakkaan ja hoitajan maailmankatsomusta osana olevat arvot vaikuttavat heidän tapansa lähestyä ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Ohjaustilanteessa hoitajan tulee tunnistaa ohjauksen lähtökohdat, jotta asiakkaan yksilöllinen tukeminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen onnistuvat. Tärkeää on selvittää millainen tukiverkosto asiakkaalla on ja miten tärkeänä hän pitää omaisten ohjaamista sekä omaisten tuen mahdollista apua hänen tilanteessaan. Kulttuuriin liittyvät tabut, uskomukset ja traditiot tulee ottaa myös huomioon ohjauksessa. Asiakkaan puhuma vieras kieli ja ymmärtämättömyys voi lisätä turvattomuuden tunnetta ja vaikeuttaa aktiivista osallistumista ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 35, 36.)

Ohjaustilanteeseen voivat vaikuttaa myös muut ympäristöön liittyvät taustatekijät, kuten hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Ohjaustilan siisteys, viihtyvyys, ilmapiiri ja myönteisyys luovat pohjaa odotuksille ja merkitsevät paljon asiakkaalle. Paras tila ohjaukseen on ympäristö, jossa voidaan keskeytyksettä ja häiriöttä keskittyä käsiteltävään asiaan. Ohjaukseen tarvittava materiaali tulee olla saatavilla eikä ympäristö saisi herättää asiakkaassa negatiivisia tunteita tai pelkoja. Kiire ja siitä johtuva ohjausajan puute hankaloittavat ohjausta. Kiire vaikuttaa vuorovaikutuksen laatuun ja ohjauksen suunnitelmallisuuteen. (Kyngäs ym. 2007, 36, 37.)

3.3 Vuorovaikutteinen ohjaussuhde

Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa hoitotyötä tekevien ammattitaitoa. Vuorovaikutustaitojen kehittäminen kuuluu osana ihmisen kasvuun. Yksi asiakastyön lähtökohta on vuorovaikutus, jonka avulla asiakasta pyritään auttamaan. Ohjaussuhteen muodostuminen on vuorovaikutuksen tavoite, jolla pyritään edistämään ohjattavan hoitoon sitoutumista. Luottamus, empatia ja välittäminen ovat ohjaussuhteen perusta, johon kuuluvat myös autonomisuus ja

vastavuoroisuus. Rehellisyys, johdonmukaisuus ja hoitajan luotettavuus vaikuttavat luottamuksen syntyyn. (Lipponen ym. 2006, 24, 25.)

Vuorovaikutuksen yksi onnistumisen edellytyksistä on selkeä ja sujuva viestintä. Ohjaus sisältää sanatonta ja sanallista viestintää. Vuorovaikutteisen ohjaussuhteen tavoitteena on, että asiakas ja hoitaja ymmärtävät samalla tavalla käymänsä keskustelun, saavuttavat yhteisymmärryksen ja puhuvat samaa kieltä. Ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta vain pieni osa on sanallista viestintää. Sanojen merkitykset vaihtelevat eri ihmisillä ja eri kulttuureissa, joten viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen on kiinnitettävä huomiota. Sanatonta viestintää ovat eleet, teot, ilmeet sekä kehon kieli ja niitä lähetetään paljon myös tiedostamattomasti. (Kyngäs ym. 2007, 38, 39; Lipponen ym. 2006, 25.) Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on, että hoitaja ja asiakas kunnioittavat toistensa asiantuntemusta, jossa asiakas on oman elämänsä ja hoitaja oman ammattinsa asiantuntija. Kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa asiakkaan ja hoitajan tulee kummankin olla aktiivisia ohjaussuhteessa. (Kyngäs ym. 2007, 38, 39, 40.)

3.4 Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä

Hyvä ohjaustilanteen suunnittelu ja valmistelu ovat onnistuneen potilasohjauksen perusta. Potilaan tarpeista ja tavoitteiden asettamisesta alkaa ohjaustilanteen suunnittelu. (Torkkola ym. 2002, 26.) Ohjauksen onnistumiseksi hoitajan on tärkeä tunnistaa, mitä asiakas tietää jo ennestään, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Hoitaja voi selvittää ohjaustarpeen kysymällä asiakkaalta hänen terveysongelmastaan, sen syistä ja vaikutuksista, sekä ohjausta ja sen tuloksia koskevista odotuksistaan. Asiakas pystyy itse arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi, kun hänellä on riittävästi tietoa. Ohjauksen perustuminen hoitajan ja asiakkaan yhteisnäkemykseen hoidosta parantaa asiakkaan hoitoon sitoutumista ja tyytyväisyyttä. Riittävät taustatiedot ovat onnistuneen ohjauksen perusta. Hoitajan tulee tunnistaa asiakkaan ja omat taustatekijät, jotta ohjaussuhde syntyy ja lähtee etenemään. Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on ohjaustilanteen etenemisen perusta. Jokainen ohjaustilanne ja -suhde on näin ollen ainutkertainen. (Kyngäs ym. 2007, 47, 48.)

Asiakkaat odottavat luottamusta sekä turvallisuutta vuorovaikutukselta. Hoitajan tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä osoittaa luottamuksellisuutta, kiinnostusta ja arvostusta potilaan asiaa kohtaan. Asiakkaan rohkaisu, ymmärtäminen ja ajatusten selkeä ilmaisu sekä kysymysten esittäminen kuuluvat hoitajan rooliin ohjauksessa. Hoitajan tulee selvittää asiakkaan odotukset ja toiveet sekä ottaa ne huomioon omassa toiminnassaan. Tämä mahdollistaa vuorovaikutukselle asetettujen tavoitteiden täyttymisen. Vuorovaikutuksen onnistuminen vaatii osapuolten halua toimia yhdessä sekä samoja odotuksia, tavoitteita ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 47, 48.) Ohjauksella tähdätään siihen, että potilas osaa soveltaa saamiaan tietoja ja taitoja sairautensa hoitoon (Torkkola ym. 2002, 28).

4 POTILAAN TUKEMINEN JA POTILASTURVALLISUUS LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA

4.1 Emotionaalinen tuki

Emotionaalinen eli henkinen tuki on ihmisen välittämistä, rakastamista ja arvostamista. Siihen kuuluu ihmisten rohkaiseminen tunteidensa ilmaisemiseen. Myötäelävä kuunteleminen, myönteisten asioiden löytäminen, voimavarojen vahvistaminen, sanaton viestintä ja hiljaisuus kuuluvat emotionaalisen tuen muotoihin. Potilaan arvostaminen ja huolenpito ovat emotionaalisen tuen tärkeimpiä auttamismenetelmiä. Potilas on hyväksyttävä omana itsenään, sekä häntä kohtaan on osoitettava kiinnostusta ja kunnioitusta. (Lipponen ym. 2006, 34.) Emotionaalisen tuen muotoja ovat rakkaus, kiintymys, empatia, välittäminen ja toisen kannustaminen. Joskus emotionaalista tukea kutsutaan myös psyykkiseksi eli henkiseksi tueksi. (Mattila & Vuollo 2001, 18.)

Liponkosken & Routasalon (2001, 259) mukaan ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttaa myönteisesti emotionaalinen tuki. Se on välittämistä, empatiaa, luottamusta, rakkautta, arvostamista sekä kannustusta. Toimivaa vuorovaikutussuhdetta ja kommunikointikykyä tarvitaan emotionaalisen tuen antamiseen. Siihen liittyy kannustus, joka kuuluu myös olennaisena osana hoitajan ja potilaan väliseen suhteeseen. Emotionaaliseen tukeen kuuluu myös tunteista keskustelu potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä. Jännityksen, pelon sekä surun ilmaisu voivat auttaa potilasta selviytymään paremmin.

Aikaisempien tutkimuksien mukaan rintasyöpää sairastavat naiset tarvitsevat emotionaalista ja tiedollista tukea hoitohenkilökunnalta sekä heidän sosiaalisiltaverkostoiltaan (Liao, Chen M-F, Chen S-C, Chen P-L 2007, 297). Hoitohenkilökunta antaa potilaalle emotionaalista tukea helpottaakseen hänen pelkojensa ja epävarmuutensa käsittelyä. Tuen tulee perustua yksilölliseen kohtaamiseen, henkisen ahdistuneisuuden vähentämiseen, turvallisuuden tunteen lisäämiseen sekä luottamukseen ja tulevaisuuden uskoon. Ohjausta suunniteltaessa ja toteuttaessa on hyvä arvioida potilaan ahdistuneisuuden ja pelon voimakkuutta. Pelokkaille potilaille psyykinen tuki on tärkeää, kun taas vähemmän pelokkaat potilaat tarvitsevat enemmän tietoa toimenpiteistä ja hoidosta. (Lipponen ym. 2006, 34.) Syöpäpotilaita hoitavan henkilökunnan tehtävänä on potilaan ja hänen omaisten emotionaalinen tukeminen fyysisen

hoidon ja oireiden lievittämisen lisäksi. Emotionaalinen tuki auttaa potilasta ja hänen omaisiaan elämään henkisesti tasapainoista elämää sairaudesta huolimatta. Lisäksi se auttaa selviytymään sairauden aiheuttamista tunnereaktioista. (Eriksson & Kuuppelomäki (toim.) 2000, 130.) Koskettaminen, kuunteleminen, potilaan toivomusten huomioon ottaminen, myötäeläminen, rohkaiseminen, lohduttaminen ja läsnäoleminen ovat emotionaalisen tuen muodoista tavallisimmat. (Kuuppelomäki 2002, 117). Potilaiden tunnetilojen huomioonottaminen on tärkeää hoitotyössä, koska tunteet voivat vaikuttaa sairastumistodennäköisyyteen, toipumismahdollisuuksiin, potilaiden jäljellä olevaan elinaikaan sekä heidän elämänsä laatuun. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 130). Lipposen ym. (2006, 33) mukaan syöpäpotilaat arvostavat psykososiaalista tukea ja kokevat kuuntelun ja keskustelun tärkeäksi.

Rättyän (2004, 42, 43, 44) mukaan emotionaalista tukea voi antaa jakamalla kokemuksia, tukemalla kasvua ja jaksamista, kuuntelemalla, keskustelemalla, rohkaisemalla, välittämällä ja lohduttamalla. Hänen tutkimuksessaan kokemusten jakaminen tarkoitti ilojen, surujen, hädän ja taakkojen jakamista. Tunneskaalojen läpikäyminen, huolien kantaminen sekä ihmisten kipujen tunteminen kuuluivat myös kokemusten jakamiseen. Kasvun ja jaksamisen tukeminen merkitsi ihmisen auttamista löytämään omat voimavaransa sekä kyselemistä kuinka hän voi. Tutkimuksessa painotettiin myös kiireettömyyttä, tarpeenmukaisuutta, auttavaa ja puolueetonta kuuntelua sekä hädän ja tarpeiden kuulemistä.

4.2 Tiedollinen tuki

Tiedollinen tuki sisältää informaation ja neuvojen antamisen, ja sen tarkoituksena on auttaa yksilöä ongelmien ratkaisemisessa (Waldén 2006, 56). Se sisältää ohjausta, opastusta, ehdotuksia sekä neuvoja, joiden avulla pyritään tukemaan yksilöä tekemään omia päätöksiä (Mattiila ym. 2001, 19, Mäenpää 2008, 13). Tiedolliseen tukeen sisältyy rehellistä, ymmärrettävää ja perusteltua tietoa sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Tiedolla on todettu olevan positiivinen merkitys paranemiselle ja hoidolle. Tieto lisää turvallisuutta ja parantaa elämän ongelmatilanteiden hahmottamista sekä hallintaa. (Kuni, Männistö & Välimaa 2002, 21, 22.) Tiedollinen tuki koostuu tietojen antamisesta, tilanteen selvittämisestä potilaalle ja hänen päätöksentekonsa tukemisesta (Lipponen ym. 2006, 35). Tieto voidaan antaa joko kirjallisesti tai suullisesti (Heiskanen 2000, 12). Tiedollinen tuki auttaa ratkaisemaan ongelmia. Potilaat

tarvitsevat luotettavaa tietoa sekä tilanteita, joissa heillä on mahdollisuus kysyä epäselviä asioita. Potilaan tiedon tarve tulee kartoittaa jo heti hoitajakson alussa. (Lipponen ym. 2006, 35.)

Tiedonsaanti on myös itsemääräämisoikeuden edellytys. Itsemääräämisoikeudesta tiedottaminen tulee tehdä hyvissä ajoin. Jotta potilas voi osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon, esimerkiksi anestesianmuodon valintaan, tarvitsee hän rehellistä ja perusteltua tietoa eri vaihtoehtoista. (Hankela 1999, 56.) Palmun ja Suomisen (1999, 119, 123, 126) tutkimuksen mukaan kirurgiset potilaat toivovat enemmän tietoa hoidostaan jo ennen toimenpidettä. Lisäksi tutkimuksessa selvisi, että potilaat toivoivat hoitoonsa liittyvää ohjausmateriaalia. Potilaat olivat kiinnostuneita ja halusivat tietoa heille tehtävästä toimenpiteestä, anestesiasta sekä kivunhoidosta Kunin ym. (2002, 22, 23) mukaan potilaat halusivat tietoa diagnooseistaan ja eri hoitovaihtoehtoista. Lääkäriltä saaman informaation lisäksi potilaan halusivat keskustella myös hoitohenkilökunnan kanssa tunteistaan ja tuoda esille huoliaan sekä esittää kysymyksiä. Lisäksi potilaat halusivat tietoa toimintarutiineista, osallistumisesta omaan hoitoonsa, heihin kohdistuvista odotuksista ja siitä, mitä hoitotoimenpiteissä tulee tapahtumaan.

Potilaat ovat riippuvaisia hoitohenkilökunnalta saamastaan tiedosta, avusta ja asiantuntijuudesta (Hankela 1999, 57). Suullisen tiedon lisäksi tietoa voi antaa myös kirjallisesti ja kuvallisesti, esimerkiksi videon avulla. Potilaat kokivat tarvitsevansa yhä enemmän kirjallisia ohjeita, kuten kotihoito-ohjeita. Myös kotiin annettavia ennakkotietoja eli preoperatiivisia ohjeita halutaan enemmän. Preoperatiivinen käynti on hyvä tapa informoida potilasta ja keskustella hänen kanssaan tulevasta toimenpiteestä. Tällöin potilaalla on mahdollisuus kysyä epäselviä asioita. (Kuni ym. 2002, 22, 23).

Potilaiden epävarmuus ja pelko vähentyvät tiedonsaannin myötä, joka lisää turvallisuuden tunnetta sairaalassa. Se puolestaan vähentää leikkauspelkoja sekä stressiä, että edistää toipumista. Lisäksi aikaisempien tutkimusten perusteella potilaat toivovat enemmän aikaa preoperatiiviseen ohjaukseen sekä kirjallista materiaalia. (Välimäki, Leino-Kilpi, Antila, Myllylä, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, Arndt & Kaurila 2001, 157.) Tiedollisella tuella opinnäytetyössämme tarkoitamme kirjallista ja suullista ohjausta sekä neuvontaa, jonka sisältö liittyy rintasyöpäleikkaukseen.

4.3 Turvallisuus leikkaus- ja anestesiaosastolla

Potilasturvallisuus käsittää periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan potilaiden hoidon turvallisuus. Se sisältää poikkeamien hallinnan ja niistä johtuvien haittojen ehkäisyn. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Siinä hyödynnetään olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. Turvallisessa hoidossa käytetään vaikuttavia menetelmiä siten, ettei hoidosta koidu potilaalle tarpeetonta haittaa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009.)

Leikkaussali on haastava ympäristö sekä potilaalle että henkilökunnalle, joten tiimityö potilaan hyväksi vaatii yhteistyötä ja kommunikaatiota leikkaussalissa työskentelevien henkilöiden välillä. Potilasturvallisuus leikkaustoimenpiteessä liittyy oikeaan diagnoosiin ja siihen liittyvään toimenpiteeseen, jatkuvaan valvontaan toimenpiteen aikana, lääkintään sekä toimenpiteen jälkeiseen kuntoutukseen. Anestesiahoitossa potilaan turvallisuutta edistetään erilaisen tarkkailumenetelmien avulla. Laitteet, joita anestesiassa käytetään, tarkastetaan aina ennen potilaaseen yhdistämistä. (Kinnunen, Peltomaa, Snellman, Reiman, Pietikäinen, Oedewald, Helovuori, Mustajoki, Ruuhilehto & Leino-Kilpi 2009, 94, 95.)

WHO:n potilasturvallisuusliitto käynnisti maailmanlaajuisen kampanjan leikkaustoimenpiteisiin liittyvien haittojen vähentämiseksi vuonna 2007. Eri alojen kansainväliset asiantuntijat paneutuivat neljään eri kirurgian osa-alueeseen, jotka ovat leikkausinfektioiden vähentäminen, turvallinen anestesia, tiimityö leikkaussalissa sekä kirurgian tulosten seuranta. Näiden asioiden pohjalta syntyi ohjeistus ”Safe Surgery Saves Lives”. Keskeisimpänä asiana ohjeistuksessa on leikkaustiimin tarkistuslista. Tarkistuslistan systemaattinen käyttö on vähentänyt leikkauskomplikaatioiden määrää myös kehittyneissä maissa. Suomessa tarkistuslista otettiin ensi kerran käyttöön vuonna 2009. (Pauniahho, Lepojärvi, Peltomaa, Saario, Isojärvi, Malmivaara & Ikonen 2009, 4249, 4250, 4254.) Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla on käytössä WHO:n potilasturvallisuusliiton tarkistuslistan pohjalta kehitelty oma tarkistuslista, joka vastaa parhaiten osaston tarpeita. (Heikkinen 2010).

Hankela (1999, 68) on määritellyt potilaiden intraoperatiivisen turvallisuuden sisäiseen, ulkoiseen ja ihmisten väliseen turvallisuuteen. Sisäinen turvallisuus koostuu integriteetistä ja poti-

laiden selviytymiskeinoista. Integriteetti käsittää kehokuvamuutokset, leikkauksen aikaisen kivun, leikkauksen onnistuminen tai epäonnistuminen, anestesiapelot ja -kokemukset, leikatavana olemisen ja kuoleman. Potilaiden selviytymiskeinot pitävät sisällään luottamuksen, uskon, toivon, kiitollisuuden ja alistumisen. Ulkoinen turvallisuus käsittää itsemääräämisoikeuden ja hoitoympäristön. Itsemääräämisoikeudessa korostuu käsitteet tiedon saanti, potilaan rooli, yhteistyösuhde, päätöksiin osallistuminen, hoitoon osallistuminen sekä hoitohenkilökunnan asema. Hoitoympäristö käsittää fyysisen ympäristön, välineistön, ilmapiiirin, ihmiset, äänet ja leikkauksen keston. Ihmisten välinen turvallisuus pitää sisällään sairaanhoitajan toimintatavan, mikä koostuu humanista ja teknisestä toimintatavasta sekä intraoperatiivisen hoitotyön toiminnoista, mikä pitää sisällään huolehtimistoiminnot ja tehtäväkeskeiset toiminnot.

Turvallisuuden tunnetta varsinkin epävarmoilla potilailla edesauttaa perioperatiivisten sairaanhoitajien emotionaalinen tuki kun taas vahvojen potilaiden kohdalla tiedollinen tuki on emotionaalista tukea tärkeämpää (Hankela 1999, 87). Turvallisuuden tunnetta voidaan lisätä asiallisella ja riittävällä neuvonnalla sekä ohjauksella (Palmu & Suominen 1999, 126). Potilaalle turvallisuus on sekä tietoa että tunnetta. Tunteena turvallisuus tarkoittaa, että potilas kokee olonsa turvalliseksi. Luottamus terveydenhuollon ammattilaisiin ja heidän parhaansa tekemiseen liittyy potilaan turvallisuuden tunteeseen. Tieto asioista vaikuttaa turvallisuuden tunteeseen. Tieto turvallisuudesta terveydenhuollossa voi kertyä esimerkiksi potilastyytyväisyystutkimuksista. Potilaat pitävät tärkeänä, että organisaatioissa on tietoja turvallisuustekijöistä, joista raportoidaan ja kerrotaan tiedotusvälineissä. Potilaan turvallisuuden tunteeseen vaikuttavat myös omat tai läheisten kokemukset terveydenhuollosta. (Kinnunen ym. 2009, 175.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksella tulee aina olla jokin tarkoitus tai tehtävä, joka ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. Tutkimuksen tarkoitusta voi luonnehtia neljän piirteen perusteella, joita ovat kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava. Kartoittavassa piirteessä katsotaan, mitä tulee tapahtumaan ja etsitään uusia näkökulmia sekä pyritään löytämään uusia ilmiöitä. Kartoittavassa tutkimuksessa hypoteesien kehittäminen on myös olennaista. Selittävässä piirteessä etsitään selitystä tilanteelle tai ongelmaan. Selityksen etsiminen tehdään tavallisesti kausaalisten suhteiden muodossa, eli etsitään syy-seuraussuhteita. Kuvailevan piirteen tarkoituksena on esittää tarkkoja kuvauksia henkilöistä, tilanteista tai tapahtumista, joiden perusteella ilmiöistä keskeiset ja kiinnostavimmat piirteet dokumentoidaan. Ennustavassa piirteessä taas ennustetaan tapahtumia ja ihmisten toimintoja, jotka ovat seurauksena ilmiöstä. Tutkimukseen voi sisältyä kuitenkin enemmän kuin yksi tarkoitus. Tarkoitus voi myös muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137, 138, 139.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa rintasyöpään sairastuneelle naispotilaalle potilasohje (LIITE 4), joka sisältää tiedon leikkaussalissa ja heräämössä tapahtuvasta hoidosta.

Opinnäytetyön tavoite määrittää sen, mitä hyötyä siitä on toimeksiantajalle ja opiskelijalle itselleen ammatillisen kehittymisen kannalta. Tavoitteessa tulee näkyä kenelle ja millaista tietoa, osaamista tai hyötyä opinnäytetyöllä saavutetaan. (Oparipakki 2009.) Opinnäytetyömme tavoiteena on, että tuotetun potilasohjeen avulla saavutetaan potilaalle informatiivisesti ja emotionaalisesti turvallinen leikkaus- ja heräämövaihe. Tavoiteena on myös helpottaa naispotilaan valmistautumista leikkaus- ja heräämöhöitoon sekä psyykkisesti että fyysisesti. Samalla perioperatiivinen hoitohenkilökunta edistää entisestään emotionaalisen kohtaamisen osaamista ja tietoa siitä, miten potilas toivoisi itseään ohjattavan. Tavoitteenamme on myös parantaa omaa osaamistamme rintasyöpäpotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja ohjauksesta.

Opinnäytetyömme tutkimustehtävinä ovat

1. Millainen potilasohje tukee rintasyöpäleikkaukseen valmistautuvaa potilasta tiedollisesti ja emotionaalisesti?

2. Mitä tietoa potilas haluaa intraoperatiivisesta ja välittömästä postoperatiivisesta hoidosta?
3. Millaista informatiivista ja emotionaalista tukea rintasyöpään sairastunut toivoo saavansa leikkaus- ja heräämöhoidon aikana?

6 KYSELYN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kyselylomakkeen suunnittelu

Opinnäytetyöprosessi alkoi siitä, kun saimme opinnäytetyöaiheen Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolta. Työn tilaajalla oli tarve saada potilasohje rintasyöpäleikkaukseen tulevalle naiselle leikkaus- ja heräämöhoidosta. Lisäksi työn tilaaja halusi kartoittaa potilastyytyväisyyttä hoidosta leikkaus- ja anestesiaosastolla. Teimme kyselylomakkeen rintasyöpäleikatuille potilaille. Teoriasta ja kyselylomakkeista saatujen vastausten perusteella laadimme potilasohjeen.

Kysely oli kvantitatiivinen määrällinen, jota täydensimme kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimustyyppin avulla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä ovat muun muassa aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset, aiemmat teoriat, hypoteesien eli olettamusten esittäminen, käsitteiden määrittely sekä kohdehenkilöiden valinta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa teoria ohjaa uuden tiedon etsinnässä samalla, kun se jäsentää ja systematisoi kerättyä aineistoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 140, 144.) Eräs kvalitatiivisen tutkimuksen piirre kyselyssämme on muun muassa kohdejoukon tarkoituksenmukainen valinta. Kyselylomakkeet tehdään strukturoidun ja avoimien kysymysten välimuodolla. (Hirsjärvi ym. 2009, 164, 199). Opinnäytetyössämme rajasimme tutkimuskohteen rintasyöpää sairastaviin naisiin sekä heidän kokemuksiinsa leikkaussali- ja heräämöhoidosta. Kohdejoukoksi valitsimme kaikki Kainuun keskussairaalassa leikatut naisrintasyöpäpotilaat, jotka ovat kyselyn (LIITE 2) jakamishetkellä synnyttäneiden ja naistentautien osastolla tai syöpätautien poliklinikalla. Valitsimme kaikki naispotilaat, koska ajanpuutteen vuoksi emme olisi voineet rajata vastaajia esimerkiksi leikkausajankohdan perusteella.

Työn tilaajan kanssa sovimme, että teemme kyselyn rintasyöpäleikkauksessa olleille potilaille. Tilaaja halusi kyselyn avulla selvittää, miten potilaat olivat kokeneet saamansa hoidon laadun leikkaus- ja anestesiaosastolla. Sovimme potilasohjeen sisällön koostuvan sekä teoriasta että kyselyn avulla saamastamme tiedosta. Näin potilasohje tulisi vastaamaan mahdollisimman hyvin potilaiden tarpeita. Ensimmäiseksi määrittelimme opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ja perehdyimme teoriaan tutustumalla aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Näiden pohjalta aloimme tehdä kyselylomaketta. Kyselylomakkeen avulla saadut vastaukset auttoivat meitä ymmärtämään, mistä leikkaus- ja heräämöhoidoon liittyvistä asioista rintasyöpään sai-

rastunut potilas haluaisi tietää enemmän. Työn tilaaja halusi tuloksia myös siitä, minkälaista ohjausta ja tukea rintasyöpäpotilas oli kokenut saavansa leikkaussali- ja heräämöhoidon aikana. Kyselyn vastausten perusteella Kainuun keskussairaalan leikkaussali- ja heräämöhoidon henkilökunta voi kehittää omaa ohjausosaamistaan yhä paremmaksi.

6.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja kyselyn toteutus

Tarkkoja sääntöjä kyselylomakkeen laadinnasta ei ole, mutta yleisiä ohjeita kuitenkin on olemassa. Selkeys on yksi monista tärkeistä asioista kyselylomakkeen laadinnassa. Kysymysten tulee olla yksiselitteisiä ja esimerkiksi sanoja ”usein” tai ”yleensä” tulisi välttää. Spesifiset kysymykset ovat selkeämpiä kuin tavalliset kysymykset, koska yleisellä tasolla olevaan kysymykseen sisältyy enemmän tulkinnan mahdollisuuksia kuin rajattuun kysymykseen. Lyhyet kysymykset ovat helpommin ymmärrettävissä kuin pitkät. Kysymyksiä joihin sisältyy kaksoismerkitys tulee välttää, koska kahteen erilaiseen kysymykseen on hankalaa antaa vain yhtä vastausta. Kyselyssä on parempi valita vaihtoehto ”ei mielipidettä” sijaan. Jos lomakkeessa on mukana vaihtoehto, joka ei pakota valitsemaan annetuista mielipiteistä, valitsevat 12-30 prosenttia vastaajista vaihtoehdon ”ei mielipidettä”. Monivalintavaihtoehdot ovat parempia kuin ”samaa mieltä/eri mieltä”- väitteet, koska ihmisillä on taipumus valita se vaihtoehto, jonka he arvelevat olevan suotavampi. (Hirsjärvi ym. 2009. 202, 203.)

Kysymysten määrä ja niiden järjestäminen on myös tärkeä asia lomakkeen teossa. Yleisimmät kysymykset tulevat yleensä ensin, spesifiset vasta lopuksi. Iän kysyminen on helpompaa vastaajalle, jos valittavana on ikäryhmä tarkan iän sijaan, koska se voi olla joillekin arka asia. Sanojen valintaan ja käyttöön tulee kiinnittää huomiota. Esimerkiksi ammattikielen käyttäminen vaikeuttaa ymmärrettävyyttä. (Hirsjärvi ym. 2009. 202, 203.) Strukturoidun ja avoimen kysymysten välimuodolla tarkoitetaan sitä, että valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen on avoin kysymys. Avoimen vaihtoehdon avulla halutaan saada esiin näkökulmia, joita tutkija ei etukäteen ole osannut ajatella. Vastaajille siis annetaan mahdollisuus sanoa, mitä heillä on todella mielessään. (Hirsjärvi ym. 2009, 199, 201.)

Kyselylomakkeen kysymykset teimme opinnäytetyön tutkimustehtävien pohjalta. Toiseen tutkimustehtävään, eli mitä tietoa potilas haluaisi intraoperatiivisesta ja välittömästä postope-

ratiivisesta hoidosta, saimme vastaukset kysymyksistä 1, 2, 3 ja 4. Kolmanteen tutkimustehtävään, eli millaista informaatiota ja emotionaalista tukea rintasyöpään sairastunut toivoisi saavansa leikkaus- ja heräämöhoidon aikana, saimme vastaukset kysymyksistä 5, 6, 7, 8, 9, 10 ja 11. Ensimmäiseen tutkimustehtävää, eli millainen potilasohje tukee rintasyöpäleikkaukseen valmistautuvaa potilasta tiedollisesti ja emotionaalisesti, saimme vastaukset teoretiedosta ja kyselyn vastauksista lukuun ottamatta kysymyksiä 10 ja 11.

Laadimme kyselylomakkeen alkuun selkeästi kirjoitetun saatekirjeen (LIITE 1), jossa kerroimme keitä olemme ja miksi kysely tehdään. Painotimme kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä vastaajien anonymiteetin säilymistä. Kerroimme saatekirjeessä lyhyesti ohjeet mihin kyselylomake palautetaan sekä yhteystietomme mahdollista yhteydenottoa varten. Saatekirjeessä oli myös kyselyyn vastaajan suostumus kyselylomakkeen täyttämiseen, joka vahvistettiin kyselyyn vastaajan sekä vastaanottavan hoitajan allekirjoituksilla. Lisäksi teimme saatekirjeen (LIITE 3) myös kyselyn jakamiseen osallistuville hoitajille. Siinä kerroimme ohjeet kuinka paljon kyselylomakkeita jaetaan ja mihin ne palautetaan. Hoitajien jakaessa kyselylomakkeita potilailla oli mahdollisuus pyytää heiltä apua lomakkeen täyttämässä. Hoitajat ottivat vastaan potilaiden suostumukset kyselylomakkeen täyttämiseen.

Päätimme käyttää kyselylomaketta haastattelun sijaan, koska pidimme sitä eettisenä lähestymistapana. Kyselyyn vastaajat saivat jäädä anonyymeiksi. Kyselylomake oli mielestämme hyvä antaa hoitohenkilökunnan jaettavaksi synnyttäneiden ja naistentautien osastolla sekä syöpätautien poliklinikalla, koska kyselyyn vastaajilla oli mahdollisuus pyytää apua henkilökunnalta lomakkeen täyttämässä. Henkilökunta voi olla potilaalle jo ennestään tuttu, joten kynnyksensä kysyä apua lomakkeen täyttämässä olisi matalampi. Annoimme 30 kyselylomaketta kirjekuorineen, jotka jaettiin osaston ja syöpätautien poliklinikan kesken. Toivoimme saavamme 20 vastausta, mutta lopulta saimme niitä yhteensä 17. Ajanpuutteen vuoksi emme jääneet odottamaan enempää vastauksia. Teorian ja kyselylomakkeiden vastausten perusteella aloimme valmistaa potilasohjetta. Kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa hoitohenkilökunnalle joko synnyttäneiden ja naistentautien osaston tai syöpätautien poliklinikan kansliaan.

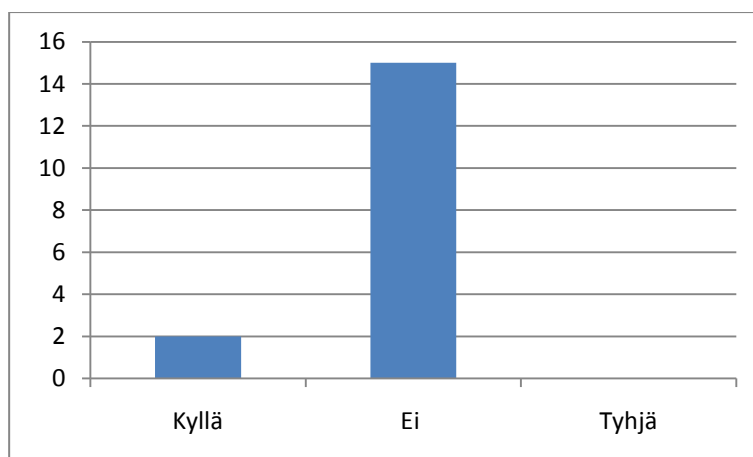
Hirsjärven ym. (2009) mukaan kyselylomakkeen testauksen avulla voidaan tarkistaa esimerkiksi kysymysten muotoilua, jotka korjataan varsinaista kyselyä varten. Kun kysymykset ovat

valmiita, voidaan koota lomake. Lomake tulisi olla helposti täytettävissä ja olla ulkoasultaan moitteeton. Kyselylomakkeen mukaan tulee saatekirje, jossa kerrotaan kyselyn tarkoituksesta ja tärkeydestä. Saatekirjeessä tulee myös näkyä kyselyn merkitys vastaajalle. Lomakkeen lopussa kiitetään vastaamisesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 204.) Kyselylomakkeen esitestasivat leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitaja Kyllikki Kauppinen, opinnäytetyön ohjaajamme Mirva Heikkinen, kuntoutusohjaaja Helena Ohtonen ja synnyttäneiden ja naistentautien osaston sairaanhoitaja Kaija Ruuttunen. Kyselylomakkeen esitestaukseen osallistuivat myös kaksi henkilöä, joilta oli aikaisemmin leikattu rintasyöpä.

6.3 Kyselyn analysointi ja tulokset

Teimme kyselylomakkeista saaduista vastauksista numeeriset kaaviot Microsoft Office Excel 2007 – ohjelmalla. Laskimme frekvenssit manuaalisesti. Kaavioiden perusteella saimme selkeän kuvan vastauksista. Avoimet kysymykset oli tarkoitus analysoida sisällön analyysimenetelmällä, mutta niukkojen ja puutteellisten vastausten takia emme voineet käyttää menetelmää. Purimme avoimet kysymykset auki ja teimme niistä johtopäätökset.

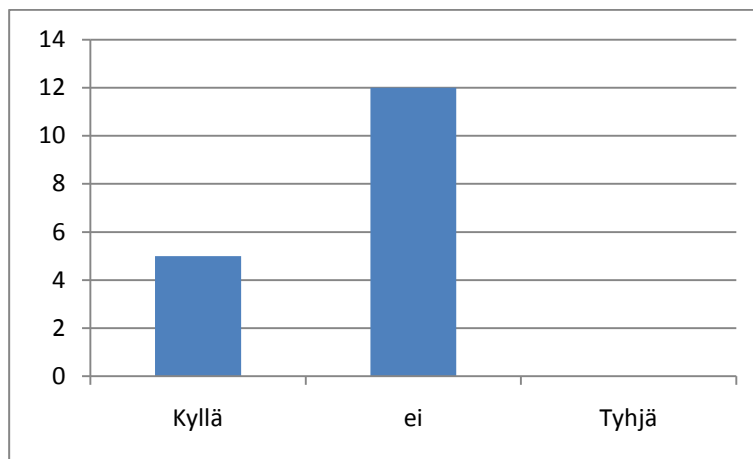
1. Käytettiinkö heräämöhoidon aikana kipumittaria, jolla voidaan arvioida kiputunteistane?



Kuvio 1. Kipumittarin käyttö heräämöhoidon aikana.

Ensimmäisenä kyselylomakkeessa kysyimme, että käytettiinkö heräämöhoidon aikana kipumittaria arvioimaan vastaajan kiputuntemusta. Tällä kysymyksellä haimme vastausta tutkimustehtäviin 1 ja 2. Vastauksista saimme selville, että vain kahdella vastaajista kipumittaria oli käytetty. Kysyimme miten kipua tiedusteltiin, jos kipumittaria ei ollut käytetty. Kahdeksan vastaajista kertoi, että hoitaja oli tiedustellut kipua kysymällä potilaalta henkilökohtaisesti. Loput vastaajista eivät vastanneet avoimeen kysymykseen.

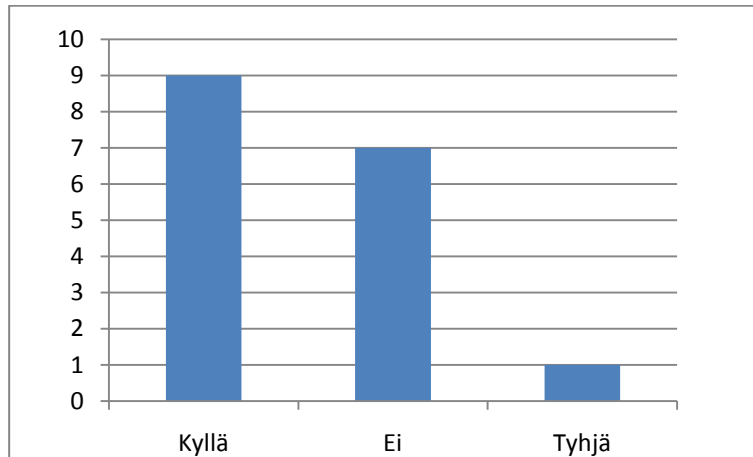
2. Kävikö hoitaja keskustelemassa toimenpiteestä ja siihen liittyvistä asioista toimenpidettä edeltävänä päivänä?



Kuvio 2. Keskustelu hoitajan kanssa toimenpidettä edeltävänä päivänä.

Toisena kysyimme, kävikö hoitaja keskustelemassa toimenpiteestä ja siihen liittyvistä asioista toimenpidettä edeltävänä päivänä. Vastauksen ollessa ei, kysyimme olisiko potilas kaivannut edellä mainittua käyntiä. Saimme näillä kysymyksillä vastaukset tutkimustehtäviin 1 ja 2. Kolme vastaajista olisi toivonut hoitajan käyntiä, koska heidän mielestään olisi tärkeä tietää mitä leikkauksen aikana tapahtuu. Hoitajan käynti hälventäisi myös turhaa pelkoa, ja hän voisi kertoa omasta osuudestaan leikkauksen kulussa. Neljä vastaajista ei kaivannut hoitajan käyntiä, koska anestesia lääkäri tai toimenpidelääkäri oli käynyt keskustelemassa toimenpiteestä. Kolme vastaajista ei halunnut lisää tietoa.

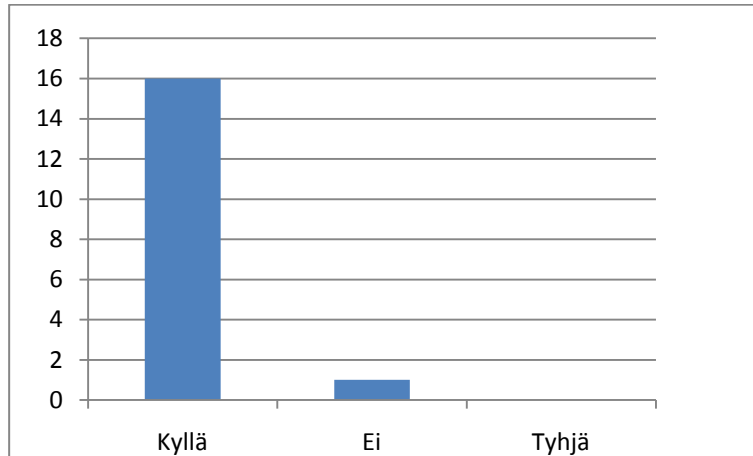
3. Saitteko hoitajalta ennen toimenpidettä riittävästi ohjausta leikkauksen aikaisesta hoidosta ja heräämöhoidosta?



Kuvio 3. Hoitajalta saatu ohjaus leikkauksen aikaisesta hoidosta ja heräämöhoidosta.

Kolmantena kysyimme, saiko vastaaja hoitajalta ennen toimenpidettä riittävästi ohjausta leikkauksen aikaisesta hoidosta ja heräämöhoidosta. Tällä kysymyksellä haimme vastausta tutkimustehtäviin 1 ja 2. Yhdeksän vastaajista oli saanut riittävästi tietoa hoitajilta. Kaksi vastaajista olisi halunnut lisää tietoa anestesiasta, kolme vastaajista heräämöhoidosta, kivusta ja kivunhoidosta sekä pahoinvoinnista. Yksi vastaaja olisi halunnut lisätietoa leikkaushoidosta.

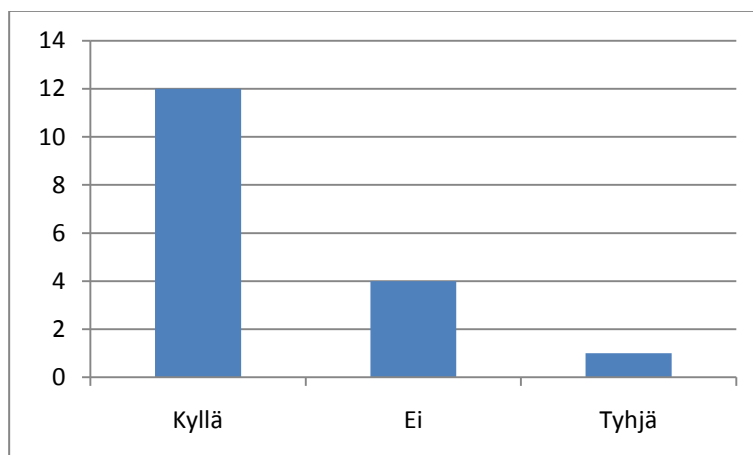
4. Saitteko tietoa leikkausmenetelmistä ennen leikkausta?



Kuvio 4. Tieto leikkausmenetelmistä ennen leikkausta.

Neljäntenä kysymyksenä kysyimme, saiko vastaaja tietoa leikkausmenetelmistä ennen leikkausta. Tällä kysymyksellä haimme vastausta tutkimustehtävään 1 ja 2. Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta kaikki olivat saaneet tietoa ennen leikkausta leikkausmenetelmistä. Yksi vastaajista ei ollut saanut etukäteen tietoa leikkausmenetelmistä, mutta oli jättänyt tyhjäksi kysymyksen, jossa kysyttiin mitä tietoa olisi kaivannut.

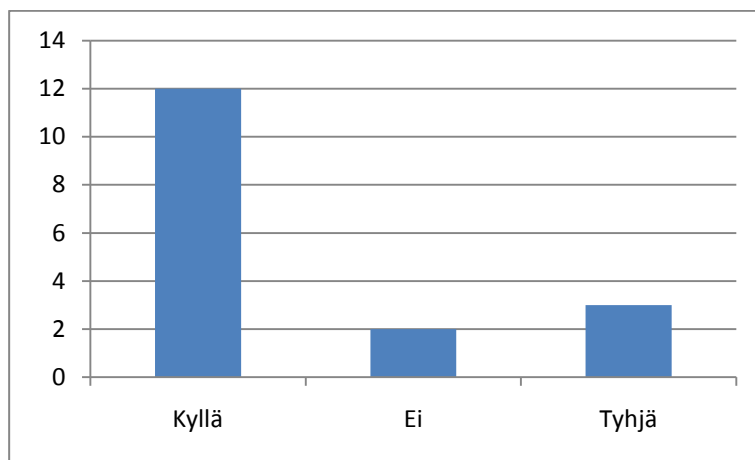
5. Ohjattiinko teitä tarpeeksi toimenpiteen alussa?



Kuvio 5. Ohjaus toimenpiteen alussa.

Viidentenä kysymyksenä kysyimme, ohjattiinko vastaajaa tarpeeksi toimenpiteen alussa. Tällä kysymyksellä saimme vastaukset tutkimustehtäviin 1 ja 3. Kaksitoista vastaajista oli saanut riittävästi ohjausta toimenpiteen alussa. Neljä vastaajista ei ollut saanut mielestään riittävästi ohjausta, mutta he eivät ilmaisseet avoimessa kysymyksessä mistä asioista olisivat kaivanneet enemmän ohjausta.

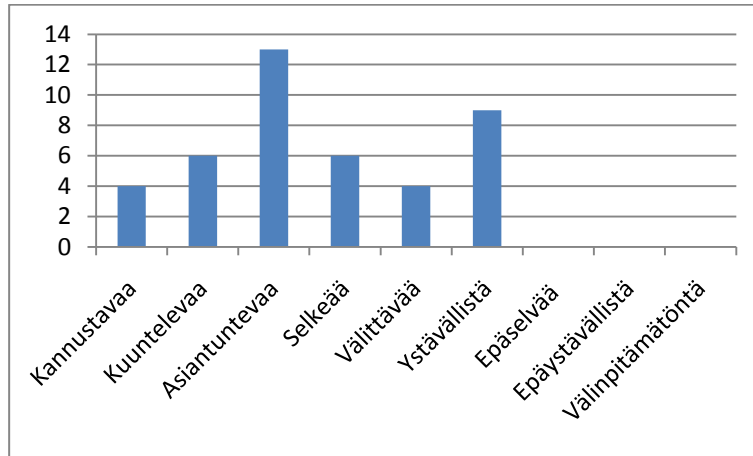
6. Ohjattiinko teitä tarpeeksi heräämöhoidon aikana?



Kuvio 6. Ohjaus heräämöhoidon aikana.

Kuudentena kysymyksenä kysyimme, ohjattiinko vastaajaa tarpeeksi heräämöhoidon aikana. Tällä kysymyksellä saimme vastausta tutkimustehtäviin 1 ja 3. Kaksi vastaajaa oli kokenut, että he eivät olleet saaneet riittävästi ohjausta. He eivät kuitenkaan ilmaisseet avoimessa kysymyksessä sitä, mistä asioista olisivat halunneet enemmän ohjausta.

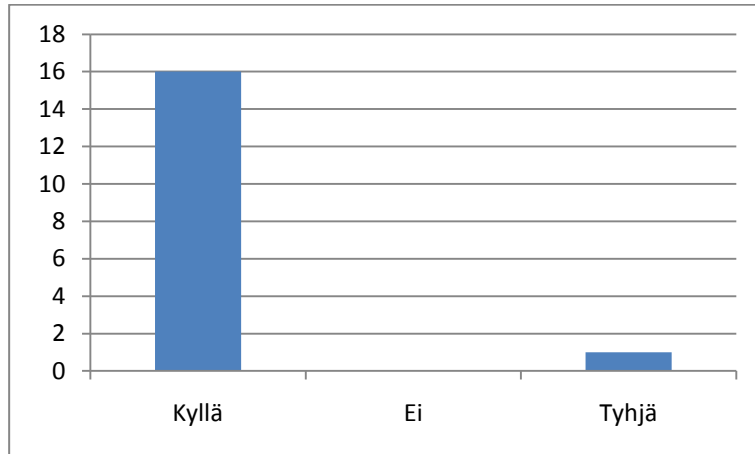
7. Millaista ohjausta saitte leikkaussalissa ja heräämössä työskenteleviltä hoitajilta?



Kuvio 7. Ohjaus leikkaussalissa ja heräämössä työskenteleviltä hoitajilta.

Seitsemäntenä kysymyksenä kysyimme, millaista ohjausta vastaaja sai leikkaussalissa ja heräämössä työskenteleviltä hoitajilta. Vastaaja sai rastiä kaikki haluamansa vaihtoehdot. Avoimessa kysymyksessä kysyimme mistä kokemus tai mielipide syntyi. Näillä kysymyksillä saimme vastaukset tutkimustehtäviin 1 ja 3. Vastauksista kävi ilmi, että potilaat tunsivat olonsa turvalliseksi ja luottivat hoitajien osaavan asiansa. Lisäksi tunnelma oli leppoisa ja heräämössä kysyttiin kiputuntemuksista. Erään vastaajan mielestä ohjaus oli asiantuntevaa ja hänen voinnistaan kyseltiin. Yksi vastaaja koki ohjauksen kiireelliseksi, mutta samalla kannustavaksi ja ystävälliseksi.

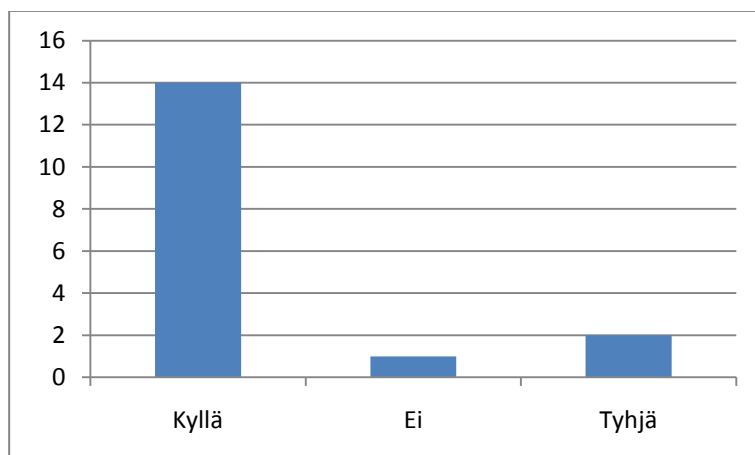
8. Tunsitteko olonne turvalliseksi leikkaushoidon aikana?



Kuvio 8. Turvallisuuden tunne leikkaushoidon aikana.

Kahdeksantena kysymyksenä kysyimme, tunsiko vastaaja olonsa turvalliseksi leikkaushoidon aikana. Tällä kysymyksellä saimme vastauksen tutkimustehtäviin 1 ja 3. Kuusitoista vastaajaa tunsivat olonsa turvalliseksi leikkaushoidon aikana. Yksi vastaaja oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Avoimessa kysymyksessä tiedustelimme, mistä kokemus tai mielipide syntyi, jos vastaaja ei ollut kokenut olonsa turvalliseksi. Emme saaneet yhtään vastausta tähän kysymykseen.

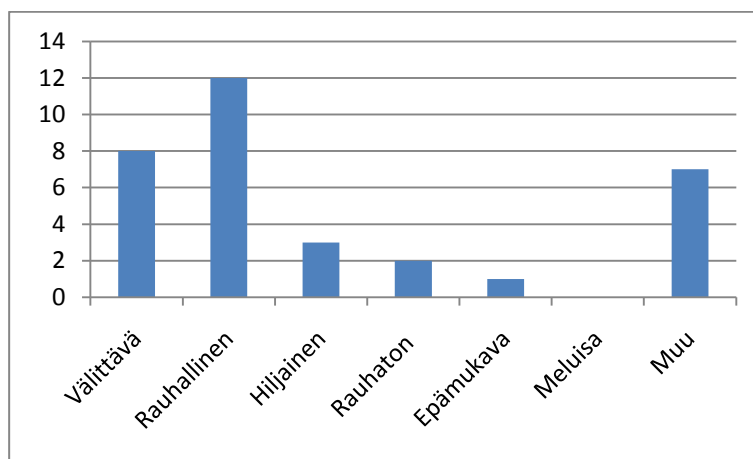
9. Tunsitteko olonne turvalliseksi heräämöhoidon aikana?



Kuvio 9. Turvallisuuden tunne heräämöhoidon aikana.

Yhdeksäntenä kysymyksenä kysyimme, tunsiko vastaaja olonsa turvalliseksi heräämöhoidon aikana. Tällä kysymyksellä saimme vastauksen tutkimustehtäviin 1 ja 3. 14 vastaajista oli kokenut olonsa turvalliseksi. Yksi vastaajista ei ollut tuntenut oloaan turvalliseksi, koska happinaamari oli rikkoutunut.

10. Millainen tunnelma ja ilmapiiri leikkaussalissa olivat ennen nukutuksen aloitusta?

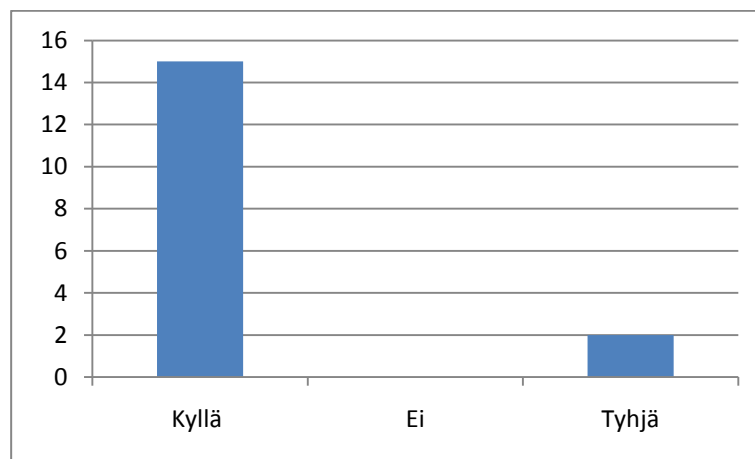


Kuvio 10. Tunnelma ja ilmapiiri leikkaussalissa ennen nukutuksen aloitusta.

Kymmenes kysymys oli, millainen tunnelma ja ilmapiiri leikkaussalissa olivat ennen nukutuksen aloitusta. Vastaajalla oli mahdollisuus rastiä mielestään sopivimmat vaihtoehdot. Tällä kysymyksellä saimme vastaukset tutkimustehtävään 3. Yllämainittujen vaihtoehtojen lisäksi potilaiden mielestä tunnelma ja ilmapiiri olivat tehdasmaisen, hämmentynyt, tuttavallinen ja leppoisa, kiireinen ja ruuhkainen sekä ystävällinen ja miellyttävä. Avoimessa kysymyksessä kysyimme mistä mielipide syntyi. Yksi vastaaja kertoi tunnelman olleen rauhallinen, koska hoitajat ja nukutuslääkäri kertoivat mitä tapahtuu. Eräs vastaaja koki olonsa hämmentyneeksi, koska nukutustoimenpide epäonnistui ensin lääkineen mennessä kudokseen. Yhden vastaajan mielestä tunnelma oli välittävä ja rauhallinen, koska potilas luotti hoitajiin ja hänestä tuntui että hoitajat olivat siellä häntä varten. Lisäksi kaikki hoitajat olivat tervehtineet ja esitelleet itsensä potilaalle. Yhden vastaajan mielestä tunnelma ja ilmapiiri olivat välittävää ja rauhallista, koska potilas tunsu olonsa rauhalliseksi. Erään vastaajan mielestä tunnelma oli välittävää ja rauhallista, koska potilas koki olevansa hyvissä ja ”hommansa osaavissa käsissä”. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että ilmapiiri oli kiireinen, rauhaton ja ruuhkainen. Tämä ko-

kemus syntyi pitkän odottelun ja henkilökunnan poislähdön kiireen takia. Yksi vastaajista oli kokenut tunnelman tehdasmaiseksi, koska hänet oli jätetty odottamaan saliin pääsyä avoimena olevan varaston oven eteen. Eräs vastaaja koki tunnelman ja ilmapiirin välittäväksi, rauhalliseksi, tuttavalliseksi ja leppoisaksi, koska henkilökunnalla oli asiantuntevat liikkeet ja onnistuneet toimenpiteet sekä he selostivat koko ajan mitä tekevät.

11. Otettiinkö intimiteettinne ja yksityisyydenne huomioon ennen nukutuksen aloitusta?



Kuvio 11. Intimiteetin ja yksityisyyden huomioiminen.

Viimeisenä kysyimme, otettiinkö vastaajan intimiteetti ja yksityisyys huomioon ennen nukutuksen aloitusta. Tällä kysymyksellä haimme vastausta tutkimustehtävään 3. Viidentoista kyselyyn vastanneen mielestä heidän intimiteettinsä ja yksityisyytensä oli otettu huomioon. Yhtään ei-vastausta ei tullut, mutta yksi vastaaja kertoi, että intimiteetti ja yksityisyys olisi voinut olla parempi, koska salissa oli useita henkilöitä ja kaikilla kiire.

6.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoitus oli tuottaa rintasyöpään sairastuneelle naispotilaalle potilasohje, joka sisältää tiedon leikkaussalissa ja heräämössä tapahtuvasta hoidosta. Kyselylomakkeen avulla saimme kerättyä tietoa suoraan rintasyöpäpotilailta, joten saimme potilasohjeesta heidän tarpeidensa mukaisen.

saamaansa hoitoon ja tiedon määrään. Potilaat olisivat kaivanneet enemmän ohjausta leikkaus- ja heräämöhoidon aikana. He olivat kuitenkin tyytyväisiä hoitajien asiantuntijuuteen ohjauksessa.

7 TUOTTEISTAMISPROSESSI

7.1 Tuotteistamisprosessin kuvaus

Tuote määritellään sellaiseksi, mitä yritys myy tai minkä asiakas haluaa ostaa. Tuote ratkaisee asiakkaan ongelman, jota tämä ei itse pysty selvittämään. Menestyvä tuote vaatii selkeän tuoteidean eli käsityksen siitä, mitä tarjotaan ja kuka on asiakas. Tuoteideoiden tulee perustua yrityksen strategiaprosessiin. Tuoteidea voi syntyä esimerkiksi siten, että kartoitetaan mitä mahdollisuuksia ja tyydyttämättömiä tarpeita markkinoilla tai asiakkailla on. Tuotteistaminen tarkoittaa asiakkaalle tarjottavan palvelun määrittelyä, suunnittelua, kuvaamista, tuottamista, kehittämistä ja jatkuvaa parantamista. Laajasti määriteltynä tuotteistus on palvelujen kehittämistä vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita. Tuotteistamisella tarkoitetaan jo olemassa olevan palvelutuotteen ymmärtämistä ja sen edelleen kehittämistä. Asiakasnäkökulma on huomioitava koko ajan. Tuotteistaminen on jatkuva, vaiheittain etenevä prosessi. Tuotteistaminen ei tapahdu hetkessä, vaan se vaatii aikaa ja suunnittelua. (Lehtinen & Niinimäki 2005, 30, 31, 32, 45, 46.)

Sosiaali- ja terveysalan tuotteella tarkoitetaan sekä tavaroita että palveluita. Se voi olla myös tavarain ja palvelun yhdistelmä. (Jämsä & Manninen 2000, 13, Lehtinen & Niinimäki 2005, 9.) Jämsä & Manninen (2000, 13) määrittelevät kolme eri tuoteryhmää: materiaaliset tuotteet (tavaratuotteet), palvelutuotteet ja materiaalityönteiden ja palvelun yhdistelmät. Materiaalinen tuote voi olla esimerkiksi potilasohje. Tuotteen tulee olla selkeästi rajattavissa, hinnoiteltavissa ja sisällöltään täsmennettävissä. Sen lisäksi sosiaali- ja terveysalan tuotteen tulee edesauttaa sosiaali- ja terveysalan kansallisia ja kansainvälisiä tavoitteita sekä noudattaa alan eettisiä ohjeita. Tuotetta kehitettäessä tulee ottaa huomioon kohderyhmän erityispiirteiden tuomat vaatimukset. Sosiaali- ja terveysalan tuotteen yksi ominaisuus on edistää asiakkaan terveyttä, hyvinvointia ja elämänhallintaa. (Jämsä & Manninen 2000, 13, 14, 15, 24.)

Sosiaali- ja terveysalan tuotteen asiakkaita ovat yleensä erilaiset julkiset ja yksityiset organisaatiot, esimerkiksi kunnat ja kuntayhtymät. Palveluita voivat ostaa myös yksityiset henkilöt. Tuotteistamisprosessin läpiviemiseksi on välttämätöntä selvittää asiakasnäkökulma. Tuotteistamisen alkuvaiheessa täytyy selvittää asiakkaiden tiedostetut tai tiedostamattomat tarpeet ja muokata tuotetta asiakkaiden tarpeiden mukaiseksi. Sosiaali- ja terveysalan työntekijän am-

mattitaitoon kuuluu perustella tuotteensa edut ja vaikuttavuuden siten, että kaikki osapuolet ovat tyytyväisiä ja kokevat tulleen huomioiduiksi. (Jämsä & Manninen 2000, 20, 21.)

Kainuun maakunta -kuntayhtymään kuuluva Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto tilasi opinnäytetyön, jonka tarkoituksena oli kehittää potilasohje rintasyöpää sairastavalle potilaalle. Potilasohje kuuluu materiaaliin tuotteisiin. Sen tarkoitus on kertoa eri vaiheista leikkaussalissa ja heräämössä, jotta potilaalla on paremmat mahdollisuudet valmistautua tulevaan leikkaukseen. Sovimme työn tilaajan kanssa potilasohjeen keskeisestä sisällöstä sekä lähtökohdista. Teimme rintasyöpäleikkauksessa olleille potilaille kyselylomakkeen, jonka avulla selvitimme heidän tarpeitaan.

Sosiaali- ja terveysalan tuotteiden suunnittelu ja kehittäminen etenee tuotekehityksen perusvaiheiden mukaan. Tuotekehityksessä voidaan erottaa viisi vaihetta; ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointi ratkaisujen löytämiseksi, tuotteen luonnostelu, kehittäminen ja lopuksi viimeistely. Tuotekehitysprosessi edellyttää monien tahojen ja asiantuntijoiden välistä yhteistyötä sekä yhteydenpitoa. (Jämsä & Manninen 2000, 28, 29.)

Uuden tuotteen kehittäminen voi alkaa, kun kehittämistarve on tunnistettu (Kuva 2). Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen voi tapahtua useilla eri tavoilla, kuten organisaatioiden nykyisistä palveluista keräämien arviointitietojen ja asiakas- ja potilaskyselyiden tai korkeakoulujen ja muiden oppilaitosten tekemien selvitysten ja tutkimusten perusteella. Näiden valmiina olevien tietojen analysointi osoittaa kehittämistarpeet. Palvelumuodon parantamisen tavoitteeksi voidaan asettaa täysin uuden materiaallisen tuotteen, palvelun tai niiden yhdistelmän kehittäminen vastaamaan asiakkaan tarpeita. Keskeistä ongelmien ja kehitystarpeiden määrittämisessä on tunnistaa ongelman laajuus eli keitä asiakasryhmiä ongelma koskee ja kuinka yleinen se on. (Jämsä & Manninen 2000, 29, 30, 31.) Opinnäytetyömme aihe tuli Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolta, jossa potilasohje rintasyöpäleikkaukseen tulevalle naiselle koettiin tarpeelliseksi. Tällaista ohjetta ei oltu aiemmin tehty. Leikkaus- ja anestesiaosastolla ei tällä hetkellä ole resursseja käydä pre-operatiivisella käynnillä, joten potilasohje osaksi korvaa käynnin.



Kuva 2. Uuden tuotteen kehittäminen (Jämsä & Manninen 2000, 30).

Päätimme lähteä hakemaan tutkitun tiedon lisäksi empiiristä tietoa kyselylomakkeen sekä Kainuun keskussairaalan työntekijöiden yhteistyön avulla. Leikkauksessa olleille rintasyöpäpotilaille jaettiin kyselylomake, joka annettiin syöpätautien poliklinikalla, jossa potilaat käyvät kontrolloissa, sytostaattihoidoissa sekä kuntoutusohjaajan luona. Kyselylomaketta jaettiin myös synnyttäneiden ja naistentautien osastolla, jonne rintasyöpäpotilaat tulevat leikkauksen jälkeen sekä käyvät sytostaattihoidoissa. Kuntoutusohjaaja Helena Ohtonen sekä synnyttäneiden ja naistentautien osastolla työskentelevä sairaanhoitaja Kaija Ruuttunen auttoivat kyselylomakkeiden jakamisessa.

Tuotteistamisprosessin toinen vaihe on ideointivaihe. Innovaatioilla ja eri vaihtoehtoilta pyritään ratkaisemaan organisaation tai asiakkaan ongelma, joka on sillä hetkellä ajankohtainen. Ratkaisua ongelmaan voidaan etsiä luovan toiminnan ja ongelmanratkaisun menetelmillä. Näitä eri menetelmiä ovat muun muassa luova ongelmanratkaisu, aivohiiri (brainstorming), ideapankki sekä benchmarking (mittapuu, kriteeri). Ideapankkimenetelmässä tietoa kerätään eri tahoilta, kuten asiakkailta ja työntekijöiltä tulleita ehdotuksia korjattavan ongelman ratkaisemiseksi. Ideointiprosessissa erilaisten näkökohtien yhteensovittaminen ja työskentelyn organisointi on tärkeää. Lisäksi arviointia on hyvä pyytää kehittämishankkeen toimeksiantajalta ja rahoittajalta sekä muilta hankkeeseen osallistuvilta asiantuntijoilta. (Jämsä & Manninen 2000, 35, 37, 38.) Ideointivaiheessa olimme tiiviisti yhteistyössä työn tilaajan ja ohjaajien kanssa. Pohdimme yhdessä, mitä potilasohje tuli sisältämään.

Ideointivaiheen jälkeen tulee luonnosteluvaihe, jossa on tärkeä määrittää eri tekijät ja näkökohdat, jotka ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistamista. Tuotteen laatu turvataan huomioimalla eri osa-alueiden ydinkysymykset suunniteltavana olevan tuotteen kannalta. Tuotteen luonnostelu perustuu asiakasanalyysiin ja – profilliin, jossa selvitetään asiakkaiden ter-

veyteen liittyvät odotukset ja tarpeet. On tärkeää täsmentää ketkä ovat tuotteen ensisijaiset hyödynsaajat. Parhaiten asiakkaita palvelee tuote, joka on suunniteltu ottamaan huomioon juuri heidän tarpeensa, kykynsä ja muut ominaisuutensa. Palvelun tuottajien ja tarjoajien näkemykset sekä tarpeet on selvitettävä. Asiakkaat ovat lopullisia hyödynsaajia, myös heidän tarpeensa tulee huomioida. Tuote ja asiasisältö vastaavat toisiaan, kun molempien osapuolien näkemykset on otettu lähtökohdaksi suunnitteluun. Lisäksi luonnosteluvaiheessa on hyödyllistä tutustua paikan päällä varsinaiseen toimintaan havainnoimalla asiakastilanteita ja haastatteleamalla eri osapuolia. (Jämsä & Manninen 2000, 43, 44, 45.) Koko tuotteistamisprosessin ajan olemme ottaneet rintasyöpäpotilaat huomioon, jotta tuotteesta tulisi heitä parhaiten palveleva. Nämä asiat näkyvät siinä, että teimme kyselylomakkeen rintasyöpäleikatuille potilaille sekä esitetasimme kyselylomaketta kahdella rintasyöpäleikkauksessa olleella naisella ennen sen jakamista. Olemme molemmat olleet mukana rintasyöpäleikkauksissa, joten meillä oli tietoa mitä leikkausosastolla tapahtuu. Näin ollen potilasohjeen tekeminen oli helpompaa.

7.2 Tuotteen suunnittelu ja luonnostelu

Tuotekehittelyyn kuuluu olennaisesti tutkittuun tietoon tutustuminen, joka auttaa asiasisällön hahmottamisessa. Viimeisempien hoitokäytäntöjen ja lääketieteellisten tutkimustulosten tunteminen on myös ratkaisevassa asemassa tuotesuunnittelussa. Luonnosteluvaiheessa on kuultava kaikkia sidosryhmiä, kuten toimintayksikön päätöksentekijöitä ja rahoituksesta vastaavaa tahoa. Tuotteen luonnostelua tehtäessä on otettava huomioon myös muiden ammattiryhmien ja yhteistyötahojen näkemykset. Asiakkaiden edustajina voidaan kuulla esimerkiksi potilasjärjestöjä ja henkilökunnan edustajina ammattijärjestöjä. Tuotekehittelyn osana täytyy huomioida toimintayksikön, jolle tuotetta suunnitellaan, säädökset, ohjeet, suunnitelmat ja toimintaohjelmat. Myös kyseisen yksikön arvot ja periaatteet on huomioitava, sillä ne liittyvät olennaisesti yksikön julkikuvaan ja ovat osa palveluajatus sekä palvelun markkinointia. (Jämsä & Manninen 2000, 47, 48, 49.) Potilasohjeen suunnitteluvaiheessa tutustuimme ensin teoretietoon, minkä jälkeen teimme kyselyn rintasyöpäleikkauksessa olleille potilaille. Teorian ja kyselylomakkeesta saatujen vastatusten pohjalta aloimme luonnostella potilasohjetta. Olimme yhteydessä työn tilaajaan sekä ohjaajiiimme, joilta saimme hyviä ehdotuksia potilasohjeen sisällöstä ja visuaalisesta puolesta.

Tuotteen suunnittelussa ja valmistamisessa tulee hyödyntää moniammatillisia asiantuntijoita. On tärkeää neuvotella niiden ammattilaisten kanssa, joilla on kokemusta suunnitteilla olevasta tuotteesta. Lisäksi kirjallisuuden kautta voi tutustua tuotteen tekemisen eri vaiheisiin, mikä avulla tuotteistamisprosessin eri vaiheet ja työskentelymenetelmät selviävät. Luonnosteluvaiheessa tulee päättää myös, mitä materiaaleja ja laitteita tuotteen kehittämiseen tarvitaan. Kustannussyistä rahoittajien ehdot tulee myös selvittää. (Jämsä & Manninen 2000, 50, 51, 52.) Kyllikki Kauppinen, Mirva Heikkinen ja Helena Ohtonen olivat koko tuotteen valmistusprosessin ajan mukana työelämän asiantuntijoina. Saimme heiltä hyvää ohjausta potilasohjeen laatimisessa.

7.3 Tuotteen kehittäminen

Tuotteen kehitys alkaa luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden, asiantuntijayhteistyön ja rajausten mukaisesti. Tuotteen keskeinen sisältö muodostuu faktoista, jotka pyritään esittämään vastaanottajalle mahdollisimman ymmärrettävästi ja selkeästi. Informaatioon tarkoitettujen tuotteiden yleisiä ongelmia ovat asiasisällön valinta ja määrä sekä tietojen muuttuminen tai vanhentuminen. Kun informaatiota sisältävää tuotetta valmistetaan, on pyrittävä eläytymään tiedon vastaanottajan asemaan. Painotuotteet, kuten ohjelehtiset, ovat tavallisimpia informaation välittämisen muotoja. Painotuotteen suunnittelu etenee tuotekehityksen vaiheiden mukaisesti, mutta lopulliset päätöksen sisältöä ja ulkonäköä koskevista asioista tehdään vasta valmistamisen yhteydessä. Yleensä sosiaali- ja terveysalan painotuotteiden tavoitteena on opastaa ja antaa tietoa viestin vastaanottajaa, jolloin tyyliksi valitaan asiatyylit. Tekstin tulee avautua lukijalle ensilukemalta ja tekstin ydinasian tulee nousta selkeästi esille. Ydinajatuksista selkeyttävät jäsentely ja otsikoiden muotoilu. (Jämsä & Manninen 2000, 54, 55, 56.) Sisällytimme teoriasta, työn tilaajalta ja kyselylomakkeesta saatujen vastausten perusteella nousseet asiakokonaisuudet potilasohjeeseen. Kirjoitimme lyhyet, mutta sisällöltään kattavat kappaleet, jotta asiasisältö oli mahdollisimman ymmärrettävää ja selkeää.

Arviointi ja palaute ovat tärkeää tuotekehittelyn eri vaiheissa. Tuotteen esitestausta ja koekäyttö soveltuu hyvin palautteen hankkimiseen. Tuotetta voi testata asiakkailta ja tilaajilta, mutta palautetta olisi hyvä hankkia myös sellaisilta tuotteen loppukäyttäjiltä, jotka eivät tunne tuotetta. Valmistumisvaiheessa tuotteen viimeistelyn voi aloittaa saadun palautteen ja koekäytön pohjalta. Viimeistely voi sisältää yksityiskohtien hiomista, tuotteen jakelun suunnittelua ja

markkinointia. (Jämsä & Manninen 2000, 80, 81.) Esitetasimme potilasohjetta työn tilaajalla, opinnäytetyön ohjaajilla, kuntoutusohjaaja Helena Ohtosella sekä valmistumisvaiheessa olevalla hoitotyön opiskelijalla. Testasimme potilasohjetta myös kahdella rintasyöpäleikkauksessa olleella naisella. Palautteiden perusteella aloitimme potilasohjeen viimeistelyn.

Markkinoinnilla edistetään tuotteen kysyntää ja turvataan tuotteen käyttöönotto. Markkinoinnissa voidaan erottaa sisäinen ja ulkoinen markkinointi. Sisäinen markkinointi kohdistuu organisaation henkilökuntaan. Sen tarkoituksena on saada heidät sitoutumaan tuotteen markkinoimiseen. Ulkoinen markkinointi puolestaan kohdistuu organisaatiosta ulospäin, esimerkiksi täsmennettyyn asiakasryhmään. Sen tarkoituksena on saada asiakas haluamaan tuotetta. (Jämsä & Manninen 2000, 118, 119, Lehtinen & Niinimäki 2005, 49.) Pidimme leikkauksosaston sekä synnyttäneiden ja naistentautien osaston henkilökunnalle osastotunnin, jossa esittelemme opinnäytetyömme ja siihen liittyvän potilasohjeen.

7.4 Valmis tuote

Kirjallisten ohjeiden käyttö korostuu erityisesti tilanteissa, joissa ohjauksen toteutusajaksi on vähentynyt. Potilaiden sairaalassaoloajat ovat vähentyneet huomattavasti, jonka vuoksi aikaa ja mahdollisuuksia henkilökohtaiseen ohjaukseen on yhä vähemmän. (Kyngäs ym. 2007, 124; Lipponen ym. 2006, 66; Torkkola ym. 2002, 7.) Kirjallisilla ohjausmateriaaleilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia oppaita ja ohjeita. Näiden avulla asiakkaalle voidaan antaa tietoa tulevaan hoitoon liittyvistä asioista, kuten hoidon onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä. Kirjallisen materiaalin avulla voidaan välttää ja korjata väärinkäsityksiä, vähentää potilaiden ahdistuneisuutta sekä lisätä tietoa saatavilla olevista palveluista. Suullisen ohjauksen lisäksi asiakkaat toivovat saavansa myös kirjallisia ohjeita, jolloin he voivat tukeutua niihin ja tarkastella niitä myös omatoimisesti. Kirjallisen ohjeen tulisi olla jokaisen asiakkaan tarpeiden ja tietojen mukainen. (Kyngäs ym. 2007, 124; Lipponen ym. 2006, 66.)

Kirjallisten ohjeiden tulee olla sekä sisällöltään että kieliasultaan sopivia ja ymmärrettäviä, jotta ohjeiden sanoma tavoittaa asiakkaan. Huonosti ymmärrettävät kirjalliset ohjeet saattavat heikentää muuten hyvää ohjausta sekä lisätä asiakkaan pelkoa ja huolestuneisuutta. Kirjallisen ohjeen sisältö ei saa myöskään olla liian laaja tai yleinen, sillä yksittäisen asiakkaan tarpeet tulee ottaa huomioon. Kirjallisen materiaalin antaminen tulisi tapahtua sopivassa

paikassa sopivaan aikaan. Esimerkiksi leikkaukseen tulevalle potilaalle ohje olisi hyvä lähettää jo kotiin, tai antaa poliklinikkakäynnin yhteydessä. (Kyngäs ym. 2007, 125.) Tekemämme potilasohje on selkokielellä kirjoitettu, ja teksti on helposti ymmärrettävää. Potilasohje koskee vain leikkaus- ja anestesiaosastolla tapahtuvaa hoitoa, joten asiasisältö ei ole liian laaja tai yleinen. Potilasohje annetaan synnyttäneiden ja naistentautien osastolla. Tarkoituksena on, että potilasohjeen lukija voi tarvittaessa kysyä lisää tietoa osaston henkilökunnalta.

Hyvä kirjallinen ohje

Kirjallisessa ohjeessa tulee ilmoittaa selkeästi ja ymmärrettävästi kenelle ohje on tarkoitettu, mikä ohjeen tarkoitus on ja kuka sen on tehnyt. (Kyngäs ym. 2007, 126; Lipponen ym. 2006, 67). Ohjeessa tulee näkyä selvästi mihin ja keneen vastaanottaja voi ottaa yhteyttä, jos lisäkysymyksiä ilmaantuu. Potilaan kysymyksiin vastaaminen on potilasohjeiden ensisijainen tarkoitus. Ohjeiden toissijainen tarkoitus on välittää osaston valmistautumisohjeita ja muita neuvoja potilaalle. (Torkkola ym. 2002, 15, 25.) Asiakkaan tulee ymmärtää ohjeesta kuinka tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi sekä miten hoidon onnistumista seurataan. Kirjallisen ohjeen tulisi sisältää tietoa yhteydenotosta sekä lisätiedon hankkimisesta. Liian tiedon välttämiseksi opetettavan asian sisältö tulisi esittää vain pääkohdittain. Kirjallisen ohjeen sisällön tulee olla tarkka ja sen pitää vastata kysymyksiin "mitä?", "miksi?", "miten?", "milloin?" ja "missä?". Ohjeessa tulisi huomioida myös sairauden ja tutkimusten vaikutukset mielialaan ja sosiaalisiin suhteisiin. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Tekemämme potilasohjeen tarkoituksena on antaa tietoa leikkaus- ja anestesiaosastolla tapahtuvasta hoidosta. Potilasohjeen otsikosta käy ilmi, että ohje on tarkoitettu rintasyöpäleikkaukseen tulevalle potilaalle. Viimeiselle sivulle lisäsimme yhteystietoja, joista potilaat voivat tarvittaessa hankkia lisätietoa tai mihin he voivat ottaa halutessaan yhteyttä. Huomioimme mahdollista sairauden aiheuttamaa vaikeaa elämänvaihetta iloisilla kuvilla ja toivoa antavalla runolla.

Hyvässä kirjallisessa ohjeessa on käytetty selkeästi luettavaa kirjasintyyppiä, riittävää kirjasinkokoa (vähintään koko 12). Lisäksi tekstin jaottelu ja asettelu on tehty selkeästi. Kuvien, kaavioiden ja taulukoiden avulla voidaan lisätä ohjeen sanoman ymmärrettävyyttä. Alleviivauksilla ja muilla korostuskeinoilla voidaan painottaa haluttuja asioita. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Kuvien käyttäminen herättää mielenkiintoa ja auttaa ymmärtämään käsiteltävää asiaa. Kuvien käyttämisessä tulee kuitenkin ottaa huomioon tekijänoikeudet. (Lipponen ym.

2006, 67; Torkkola ym. 2002, 40, 41.) Kuvatekstit ohjaavat kuvien luentaa, joten kuvat tulisi aina tekstittää. Hyvin kirjoitettu kuvateksti nimeää ja kertoo kuvasta jotain, mitä kuvasta ei voi suoraan nähdä. (Torkkola ym. 2002, 40, 41.) Toimeksiantaja määrittä potilasohjeen typografian. Fontiksi valittiin Arial sekä kirjasinkooksi 14. Kuvitimme potilasohjeitamme ClipArt -kuvilla, jolloin tekijänoikeuskysymyksistä ei tarvinnut huolehtia. Kansilehteen halusimme valita iloisen ja positiivisen kuvan luomaan hyvää ensivaikutelmaa. Toimeksiantajan kanssa yhteistoimin valitsimme kansilehteen ison auringonkukan. Halusimme myös jakaa kappaleita pienellä selkeällä kuvalla, johon valitsimme Roosa nauha -kampanjan logon.

Ohjeen hyvä ulkoasu palvelee sisältöä. Lähtökohtana hyvälle ohjeelle on tekstin ja kuvien asettelu eli taitto. Hyvin taitettu ohje parantaa ymmärrettävyyttä ja houkuttelee lukemaan. (Torkkola ym. 2002, 55.) Kirjallisen ohjeen väriyksellä ja koolla on myös merkitystä. Värien käytössä tulisi pyrkiä hillittyyn lopputulokseen. Lisäksi tulee muistaa, että monilla väreillä on myös tunneperäisiä vaikutuksia, ja ihmiset reagoivat niihin eri tavoin. Kirjalliset potilasohjeet tehdään yleensä A4-kokoiselle paperille, joko pysty- tai vaakasuoraan. (Lipponen ym. 2006, 68; Torkkola ym. 2002, 55). Ohjeessa kielen tulee olla selkeää ja käyttää yksiselitteisiä, tuttuja ja konkreettisia sanoja ja termejä. Sanojen ja virkkeiden tulisi olla melko lyhyitä sekä passiivimuodon sijasta olisi hyvä käyttää aktiivimuotoa. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Hyvä potilasohje puhuttelee potilasta, ja lukijan tulee huomata heti ensi vilkaisulla, että ohje on tarkoitettu hänelle. Teitittelyn käyttäminen potilasohjeissa on aina soveliaista. (Lipponen ym. 2006, 67; Torkkola ym. 2002, 36, 37).

Teimme potilasohjeen A4 kokoiselle paperille vaakasuoraan vihkomalliseksi taiteltuna. Potilasohjeen väriksi mietimme ensin keltaista, mutta Kyllikki Kauppinen ehdotti meille vaaleanpunaista väriä, joka olisi linjassa syöpäsäätiön Roosa nauha -kampanjan kanssa. Toisena ehdotuksena tuli käyttää Roosa nauha -kampanjan logoa potilasohjeen kappaleiden välissä. Kysyimme Suomen syöpäsäätiöltä lupaa käyttää Roosa nauha -logoa potilasohjeessa. Saimme luvan käyttää logoa, jos potilasohje on potilaille maksuton ja se hyödyttää heitä. Lisäksi potilasohjeeseen piti liittää teksti: ”Syöpäsäätiö tukee Roosa nauha -rahaston varoilla kotimaista rintasyöpätutkimusta ja -neuvontaa. Lisätietoja: roosanauha.fi”. Lopulta valitsimme työntilaaajan kanssa potilasohjeeseen vaaleanpunaisen Roosa nauha -logon, jolloin pohjaväriksi tuli valkoinen. Näin logo saatiin erottumaan parhaiten. Käytimme potilasohjeessa teitittelyä, joka antaa lukijalle kuvan siitä, että ohje on tarkoitettu juuri hänelle.

Potilasohjeen loppuun sijoitimme yhteystietoja ja linkkejä lisätiedon hankkimista varten. Vaaleanpunaisella Roosa nauha -logolla, runolla sekä kannen auringonkukalla välitämme potilasohjeen lukijalle emotionaalista tukea.

Potilasohjeissa on suositeltavaa käyttää kirjoitustapaa, jossa edetään tärkeimmästä asiasta kohti vähemmän tärkeää asiaa. Siten myös potilaat, jotka ovat lukeneet vain alun, saavat tietoonsa kaiken olennaisen. Tärkeimmän asian kertominen heti aluksi viestii tekstin kirjoittajan arvostavan lukijaa. Otsikot ja väliotsikot ovat myös tärkeä osa potilasohjetta. Hyvä otsikko herättää lukijan mielenkiinnon ja ohjaavat lukijaa tekstissä eteenpäin. Väliotsikot taas jakavat tekstin sopivan mittaisiin kappaleisiin. Hyvä väliotsikko kertoo saman kuin pääotsikkokin, eli tekstin olennaisen asian. Selkeä kappalejako lisää ohjeen ymmärrettävyyttä. Yhdessä kappaleessa tulisi kertoa yksi asiakokonaisuus. (Torkkola ym. 2002, 39, 40, 43.)

Valmiiseen potilasohjeeseemme tulleet asiat nousivat kyselyn ja teorian pohjalta. Ohjeen tekovaiheessa teimme tiiviisti yhteistyötä työn tilaajan ja ohjaajien kanssa, jotta ohjeesta tulisi myös heidän toivomustensa mukainen. Lukemisen helpottamiseksi käytimme selkeää ja ymmärrettävää kieltä, lyhyitä virkkeitä sekä sopivan mittaisia kappaleita. Eri kappaleet jaottelimme otsikoin, jotka alleviivasimme ja käytimme kursivointia selkeyttääksemme potilasohjeen luettavuutta. Potilasohjeen otsikoksi valitsimme selkeän ja ymmärrettävän otsikon, eli ”ohje hoidosta leikkaus- ja anestesiaosastolla rintasyöpäleikkaukseen tulevalle potilaalle”. Otsikosta käy heti ilmi ensilukemalla kenelle ohje on tarkoitettu ja mitä se käsittelee.

8 POHDINTA

8.1 Luotettavuus

Kyselyn luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys voivat vaihdella. Tämän takia kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Yksi tutkimuksen arviointiin liittyvistä käsitteistä on validius eli pätevyys. Se tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Toinen käsite on reliaabelius. Se tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Esimerkiksi kahden arvioijan samanlaista tulosta voidaan pitää reliaabelina. Reliaabelius siis tarkoittaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittarit eivät välttämättä vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeeseen vastanneet henkilöt ovat voineet ymmärtää kysymyksen väärin. Jos tutkija olettaa, että vastaukset ovat hänen ajatusmallinsa mukaisia, ei tuloksia voida pitää pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231, 232.) Tekemässämme kyselylomakkeessa oli tyhjiä vastauksia, minkä perusteella teimme johtopäätöksen, että vastaaja on voinut ymmärtää kysymyksen väärin. Vastauksista useat olivat kuitenkin samankaltaisia, minkä perusteella opinnäytetyön tuloksia voidaan pitää validina.

Tutkimuksen validiutta voi tarkentaa käyttämällä erilaisia menetelmiä. Triangulaatio tarkoittaa tutkimusmenetelmien yhteiskäyttöä, jonka voi jakaa neljään eri tyyppiin. Metodinen tai metodologinen triangulaatio tarkoittaa useiden eri menetelmien käyttöä samassa tutkimuksessa. Tutkijatriangulaatio tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuu useita tutkijoita aineiston kerääjinä ja varsinkin aineiston tulkitsijoina ja analyysoijina. Teoreettisesta triangulaatiosta puhutaan silloin, kun ilmiötä lähestytään eri teorioiden näkökulmasta ja aineistotriangulaatiosta, kun saman ongelman ratkaisemiseksi kerätään monia eri tutkimusaineistoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 233.) Koko opinnäytetyöprosessin ajan opinnäytetyötä oli tekemässä kaksi henkilöä. Tutkijatriangulaatio ilmenee opinnäytetyössämme siten, että olemme keränneet, tulkinneet ja analysoineet aineiston yhdessä. Tiedon potilasohjeeseen keräsimme teoretiedosta sekä kyselylomakkeen avulla, joista saimme koottua potilasohjeen. Kyselylomaketta tehdessä pyrimme, että omat ajatuksemme ja näkemyksemme eivät nouse siitä esille. Pyrimme tekemään kyselylomakkeesta mahdollisimman selkeän ja ymmärrettävän, joka vaikuttaa vastausten luotettavuuteen. Kyselyn vastauksia analysoidessa huomasimme, että jotkut kysymykset eivät

olleet tarpeeksi selkeitä ja ymmärrettäviä. Tätä mietimme, koska joissain avoimissa kysymyksissä vastaukset olivat aiheen vierestä tai jätetty tyhjiksi kokonaan. Mielestämme vastaukset kuitenkin olivat luotettavia, koska kyselylomake sisälsi paljon kyllä-ei –kysymyksiä. Rintasyöpäpotilaiden suru ja kriisivaihe saattoivat vaikuttaa vastauksiin tai vastaamatta jättämiseen.

Toivoimme saavamme 30 vastausta, joista olisimme voineet käyttää 20. Saimme vastauksia yhteensä 17, synnyttäneiden ja naistentautien osastolta 13 vastausta sekä syöpätautien poliklinikalta 4 vastausta, joista käytimme kaikkia. Vaikka saatujen vastausten määrä jäikin odotettua vähäisemmäksi, ei se mielestämme vaikuta suuresti kyselyn tulosten luotettavuuteen, koska vastaukset olivat pääasiassa samankaltaisia. Kyselylomakkeet jaettiin suljetuissa kirjekuorissa niin kuin suunnitelmassa oli. Ajattelimme, että luotettavuutta saattoi vähentää se, että emme itse jakaneet kyselylomakkeita potilaille. Emme olleet varmoja hoitajien motivaatiosta jakaa kyselylomakkeita ja ohjata niiden täyttämistä. Lisäksi Helena Ohtonen ja Kaija Ruuttunen olivat yhteishenkilömme kyselylomakkeiden jaon aikana, joten he pystyivät antamaan lisäohjeita hoitohenkilökunnalle tarpeen vaatiessa. Hoitajat ottivat lomakkeet motivoituneina vastaan ja vastauksia saimme kiitettävästi.

Potilasohjeen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä on pääasiassa tutkija itse, minkä takia luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Kvalitatiivisen tutkimuksen eniten epäillyt asiat ovat tutkimuksen edustavuus ja tulosten yleistettävyyttä. (Eskola & Suoranta 1996, 165.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi tulee esille. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135.) Käytämme laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä potilasohjeen arvioinnissa. Olemme tuoneet esille opinnäytetyöhön ne kriteerit, jotka mielestämme kuvaavat parhaiten tuotteen luotettavuuden arviointia.

Tutkimuksen uskottavuus on yhteydessä tulosten todenmukaisuuteen. Uskottavuuteen vaikuttavat tutkijan sitoutuminen tutkimukseen sekä se, että tutkija saavuttaa tutkimushenkilöiden luottamuksen. (Janhonen & Nikkonen (toim.) 2001, 258.) Uskottavuus luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa myös sitä, että tutkijan tulee tarkistaa, vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä. (Eskola & Suoranta 1996, 167.) Opinnäytetyösämme uskottavuuteen vaikuttaa se, että olemme koko opinnäytetyöprosessin ajan olleet si-

toutuneita tekemään opinnäytetyötä. Poimimme kysymykset kyselylomakkeeseen teoriasta tulleista tiedoista. Teimme kyselylomakkeen alkuun saatekirjeen, jossa kerroimme miksi kysely tehdään. Saatekirjeen avulla pyrimme saavuttamaan kyselyyn osallistuvien potilaiden luottamuksen. Tuloksien sekä kirjallisuuden perusteella kokosimme potilaiden tarpeita vastaavan potilasohjeen.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan, että tulokset ovat siirrettävissä samankaltaisiin yhteyksiin kuin missä tutkimus on tehty. (Janhonen & Nikkonen (toim.) 2001, 258; Tuomi & Sarajärvi 2002, 136.) Siirrettävyyttä voidaan myös arvioida vertaamalla saatuja tuloksia aiempaan teoriaan. Siirrettävyyttä arvioitaessa on huomioitava, että laadullisen tutkimuksen lähestymistapana on subjektiivisuus sekä asiayhteyssidonnaisuus. Näiden asioiden takia tutkimustulokset eivät ole täysin siirrettävissä toiseen tutkimustilanteeseen. Tutkijan tulee kuvata tarkasti tutkimukseen osallistujat, aineiston keruun ja sen analyysin, jotta tutkimustulosten vertailu aikaisempiin tutkimuksiin olisi mahdollista. (Tutkimuksen luotettavuus 2003.) Opinnäytetyön tuloksena teimme potilasohjeen, joka on siirrettävissä, sillä pienellä muokkauksella sitä voi käyttää muissakin leikkauksissa potilasohjeena.

Toistettavuudella laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tarkoitetaan sitä, että analyysissä käytettävät luokittelu- ja tulkintasäännöt esitetään niin yksinkertaisesti kuin mahdollista. Näin tutkija voi tehdä samat tulkinnat aineistosta soveltamalla niitä. (Eskola & Suoranta 1996, 170.) Todeksi vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset perustuvat aineistoon, eivätkä tutkijan omiin käsityksiin (Janhonen & Nikkonen (toim.) 2001, 259). Todeksi vahvistettavuudella voidaan myös tarkoittaa sitä, että varmistutaan tutkimuksen totuusarvoista ja sovellettavuudesta erilaisilla tekniikoilla, tai ratkaisut esitetään seikkaperäisesti siten, että lukija voi seurata tutkijan päättelyä ja arvioida sitä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 136). Potilasohjeen asiasisältö nousi teoriasta, jota vahvistimme potilaille suunnatulla kyselyllä. Emme siis tehneet omia olettamuksia potilasohjeeseen liittyvästä sisällöstä.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli, että tuotetun potilasohjeen avulla saavutetaan potilaalle informatiivisesti ja emotionaalisesti turvallinen leikkaus- ja heräämövaihe. Potilasohje vastaa opinnäytetyömme tavoitetta, koska se sisältää tiedon leikkausosastolla sekä heräämössä tapahtuvasta hoidosta. Kyselylomakkeen avulla saimme potilasohjeeseen juuri sen tiedon, mitä potilaat toivoivat saavansa. Yhteystiedot potilasohjeen lopussa antavat mahdollisuuden lisätiedon hankkimiseen. Potilasohjeen runo, kuvat ja kirjoitustyylit luovat lukijalle toivoa ja positiivisuutta. Lukija saa potilasohjeesta sen kuvan, että ohje on tarkoitettu juuri hänelle.

Tavoitteena oli myös helpottaa naispotilaan valmistautumista leikkaus- ja heräämöhöhoitoon sekä psyykkisesti että fyysisesti. Luotettavuutta lisäsi potilasohjeen esitestaaminen ennen sen lopullisen sisällön syntymistä. Potilasohjetta esitestasivat Kyllikki Kauppinen, Mirva Heikkinen, Helena Ohtonen ja kaksi rintasyöpäleikkauksessa ollutta henkilöä.

Tarkka opinnäytetyön aiheen rajaaminen paransi luotettavuutta. Aiheestamme löytyi paljon erilaisia lähteitä, joten oma lähdekritiikkimme korostui lähteiden luotettavuuden mittaamisessa. Haastattelimme opinnäytetyöhön myös ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa käytännön asioihin liittyen, mikä mielestämme paransi luotettavuutta. Opinnäytetyömme teoriaosuutta tehdessä käytimme runsaasti monipuolisia lähteitä, mikä lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta. Teorian ja kyselyn vastausten perusteella saimme koottua potilaiden tarpeiden mukaisen potilasohjeen. Luotettavuutta paransi myös se, että opinnäytetyötä oli tekemässä kaksi henkilöä. Asioihin sai silloin kaksi näkökulmaa. Toinen saattoi huomata jotain, mikä toisella jäi huomaamatta. Koko opinnäytetyöprosessin ajan teimme työtä mahdollisimman paljon yhdessä. Eri paikkakunnilla ollessamme jaoimme tehtävät puoliksi tai teimme opinnäytetyötä Internetin ja Skypein sekä puhelimen välityksellä. Vaikka välimatka olikin pitkä, emme kokeneet sen haittaavan opinnäytetyön tekemistä.

Tavoitteena oli myös, että perioperatiivinen hoitohenkilökunta edistää entisestään emotionaalisen kohtaamisen osaamista ja tietoa siitä, miten potilas toivoisi itseään ohjattavan. Pidimme leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnalle osastotunnin, jossa kerroimme kyselyn tulokset ja potilaiden mielipiteet saamastaan hoidosta leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tämän tiedon perusteella hoitohenkilökunta sai palautetta potilailta ja voi edistää ohjausosaamistaan informatiivisesti sekä emotionaalisesti. Rintasyöpäleikkaukseen menevä potilas voi perehtyä potilasohjeeseen itsenäisesti tai synnyttäneiden ja naistentautien osaston henkilökunta voi potilasohjeen avulla kertoa potilaalle hoidosta leikkaus- ja anestesiaosastolla. Näin tuotteen avulla voidaan kehittää hoitotyötä samalla hyödyntäen tuotetta. Potilasohjetta voi hyödyntää myös Kainuun ulkopuolella olevissa sairaaloissa, joissa tällaista ohjetta ei ole ennestään tehty. Tekemäämme potilasohjetta pystyy helposti muokkaamaan sopivaksi johonkin muuhun leikkaukseen tulevalle potilaalle, koska potilasohjeessa on yleiset asiat, mitä leikkaus- ja anestesiaosastolla tapahtuu.

8.2 Eettisyys

Etiikassa ja moraalissa on kyse ihmisten ja sosiaalisen yhteisön teoista ja toiminnasta eli niistä tottumuksista ja tavoista, jotka ohjaavat toimintaa. Eettiset arvot kuuluvat olennaisesti osaksi etiikan perustaa. Arvot ilmaisevat mihin on hyvä ja oikein pyrkiä, mikä on hyvää ja oikein toteuttaa tai mikä on vähemmän hyvää ja vältettävää. Arvot tulevat ilmi periaatteissa, päätöksissä, arvioissa ja toiminnassa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 36, 38, 39.)

Opinnäytetöiden ja tutkimusten tekemisessä eettiset näkökulmat ovat merkittävässä asemassa ja ne koskevat koko tutkimusprosessia aina suunnittelusta työn julkaisemiseen. Eri ammattikunnilla on omat eettiset ohjeensa, jotka ohjaavat tutkimustoimintaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 137, 138.) Tutkimusetiikkaa kuuluu tutkimushankkeen valintaan, tutkimuksen toteuttamiseen, tulosten julkaisemiseen ja tiedon soveltamiseen liittyvien yhteiskunnalle ja ulkopuolisille henkilöille koituvien haittojen ja hyötyjen arviointia ja huomioimista. Niitä täytyy huomioida siten, että mahdollisia haittoja pyritään vähentämään ja hyötyä lisäämään. Tutkimus tulee tehdä tunnustetuilla ja oikeaksi osoitettavissa olevilla menetelmillä. Virheellinen tutkimus on epäeettistä. Väärentäminen ja tulosten sepittäminen ovat tutkimusvilppiä. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 75, 77, 78.) Tutkimuksen tekijän eettinen velvoite on raportoida tutkimustulokset. Oikeudenmukaisuus tapahtuu, kun tärkeät tutkimustulokset raportoidaan. Tulosten raportointiin kuuluu avoimuus, rehellisyys ja tarkkuus kaikissa tutkimuksen vaiheitten raportoinnissa. Eettiseen velvollisuuteen kuuluu myös arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja tuoda esille luotettavuuteen vaikuttavat tekijät. (Kylmä & Juvakka 2007, 154, 155.)

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jota täydennämme kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen avulla. Opinnäytetyön tuloksena syntyi potilasohje rintasyöpäleikkaukseen tulevalle potilaalle. Potilasohjeen avulla rintasyöpäleikkaukseen tuleva potilas pystyy valmistautumaan paremmin tulevaan leikkaukseen. Teimme myös kyselyn rintasyöpäleikkauksessa olleille potilaille. Työn tilaaja, Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto hyötyi opinnäytetyöstämme siten, että he saivat palautetta siitä, miten rintasyöpäleikkaukspotilaat olivat kokeneet saamansa hoidon leikkaus- ja anestesiaosastolla. Samalla henkilökunta sai tietoa siitä, miten potilaat toivoivat heitä ohjattavan. Opinnäytetyön tekijöinä myös me hyödyimme työn tekemisestä, sillä paneuduimme teoriaan ja tutkittuun tietoon ja näin ollen kehitimme osaamista rintasyöpäpotilaan ohjauksesta leikkaus- ja anestesiaosastolla. Oikeudenmukaisuus opinnäytetyössämme näkyy siinä, että raportoimme kyse-

lylomakkeista saadut tulokset opinnäytetyöhön tarkasti ja rehellisesti. Teimme saaduista tuloksista johtopäätöksiä. Tulokset ja johtopäätökset esitimme leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnalle osastotunnilla. Pohdimme opinnäytetyön luotettavuutta edellisessä kappaleessa.

Hoitotyö ja sairaanhoitajan ammatti on aina liitetty kiinteästi arvoihin ja etiikkaan. Arvopohja ja työn ydin ovat ihmisten keskinäisessä huolenpidossa. Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton eettisiin ohjeisiin (2004) kuuluvat humanistiset arvot, joissa korostetaan ihmisoikeuksia. Niihin liittyy olennaisesti itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus sekä yksilön arvojen, tapojen ja uskonnollisten käsitysten kunnioittaminen, joka korostuu monikulttuurisessa yhteiskunnassa. Säännöt painottavat sairaanhoitajan vastuuta antaa yksilölle riittävästi tietoa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 10, 70, 80.) Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet. Niitä ovat ihmisarvon kunnioittamisen periaate, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate ja perusteltavuuden periaate. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 30.) Hyvän tekeminen ja toisten ihmisten etujen edistäminen ovat lähtökohtana hoitotyön toiminnolle. Lainsäädännön ja eettisten ohjeiden mukaan potilaalla on oikeus hyvään, turvalliseen ja luotettavaan hoitoon. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 122, 126.) Teimme rintasyöpäleikkaukseen tuleville potilaille potilasohjeen, joka kertoo leikkauksalissa ja heräämösissä tapahtuvasta toiminnasta. Potilasohjeen avulla pyrimme helpottamaan potilaiden fyysistä ja psyykkistä valmistautumista leikkaukseen. Tiedon avulla on myös tarkoitus tuottaa potilaalle turvallinen leikkaus- ja heräämöhoidovaihe.

Ihmisarvoon kuuluvat itsemääräämisoikeus ja oikeus henkilökohtaiseen integriteettiin eli fyysiseen ja psyykkiseen loukkaamattomuuteen, johon liitetään myös vaitiolovelvollisuus (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137, 149, 157). Ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan siten, että ihmisten annetaan päättää haluavatko he osallistua tutkimukseen. Heidän tulee saada tarpeeksi tietoa tutkimuksesta, jotta itsemääräämisoikeus toteutuu. Tutkittaville tulee kertoa perustiedot tutkimuksesta, tutkimuksen tekijöistä sekä kerättävien tietojen käyttötarkoitus. Lisäksi tutkittavien on hyvä tietää, mitä tutkimukseen osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa. Yksityisyyden kunnioittaminen tarkoittaa tutkimuksessa sitä, että ihmisellä tulee olla oikeus määrittää tutkimuskäyttöön antamansa tiedot. Yksittäiset tutkittavat eivät saa myöskään olla tunnistettavissa tutkimusteksteistä. Tutkimuksessa tulee ottaa huomioon luotamuksellisuus ja tietosuojat. Tutkimukseen osallistumisen yhteydessä tutkittaville tulee ilmoittaa aineiston käyttötavoista, käyttäjistä, käyttöajasta, muokkaustavoista ja säilyttämisestä.

Tietosuojaja sisältää ihmisten yksityisyyden kunnioittamisen ja suojelemisen tietosuojalainsäädännön mukaisesti. (Kuula 2006, 61, 62, 64.)

Eettisesti tärkeäksi asiaksi koimme sen, että informoimme potilaita kyselylomakkeessa keitä olemme, mitä tutkimme ja miksi tutkimme. Hoitotyön arvoista itsemääräämisoikeus korostuu, koska kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista. Hoitohenkilökunta jakoi kyselylomakkeet ja saatekirjeen potilaille, joka mahdollisti, että emme itse olleet tekemisissä vastaajien kanssa. Lisäksi kyselylomakkeiden kanssa jaettiin kirjekuoret, joihin potilaat sulkivat vastauksensa ja palauttivat ne kansliaan hoitohenkilökunnalle. Kunnioitamme myös vaitiolovelvollisuutta, joten kyselylomakkeet hävitetään heti, kun opinnäytetyö on kokonaisuudessaan valmis. Osallistumalla kyselylomakkeen täyttämiseen rintasyöpäleikkauksen potilas pystyi omalla panoksellaan kehittämään potilasohjausta Kainuun keskussairaalassa hänen tarpeidensa mukaiseksi. Lisäksi potilaan antama palaute edistää entisestään hoitajien ohjausosaamista. Pidimme huolen potilaiden tietosuojasta, koska he ilmoittivat henkilöllisyytensä kyselylomakkeeseen. Käsitelimme kyselylomakkeet hoitotyön arvojen ja periaatteiden mukaisesti; yksilöllisyyttä korostaen, ammatillisuutta ja tasa-arvoisuutta vaalien sekä oikeudenmukaisuutta ajatellen.

Tieteelliset arvot ovat myös osana eettisiä ohjeita. Tutkimuksen ja tekniikan käytöstä säännöt korostavat, että niitä käyttämällä yksilön turvallisuus, arvokkuus ja oikeudet otetaan huomioon. Sairaanhoidajan tulee myös aktiivisesti kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja soveltaa tutkimustietoa hoitotyöhön. Tieteelliset arvot kohdistuvat vastuuseen hoitotyön oppiaineen tiedon kehitykseen. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 80, 81.) Kokosimme potilasohjeen teorian ja aikaisempien tutkimusten pohjalta. Täydensimme teoriaa tekemällä rintasyöpäleikkauksessa olleille potilaille kyselyn, jolloin saimme potilasohjeesta potilaiden tarpeiden mukaisen. Näin ollen potilasohjeen käyttäminen kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä, kun tutkimustieto sovelletaan rintasyöpäpotilaan hoitoon.

8.3 Ammatillinen kehittyminen

Kajaanin ammattikorkeakoulun yksi tavoitteista on, että hoitotyön koulutusohjelmasta valmistuu sairaanhoitajia, joilla on hyvät valmiudet kehittyä hoitotyön asiantuntijoiksi. Hoitotyön koulutusohjelman tavoitteen mukainen osaaminen sisältää viisi kompetenssia, joiden avulla opiskelija kehittyy hyväksi hoitotyön tekijäksi. Kompetenssit ovat hoitotyön

asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksentekosaaminen sekä ohjaus- ja opetusosaaminen. (Opinto-opas 2007-2008 2007, 20.)

Hoitotyön asiakkuusosaamisella tarkoitetaan, että opiskelija toimii hoitotyön eettisten arvojen ja periaatteiden mukaisesti. Holistinen ihmiskäsitys on lähtökohtana ammatilliselle toiminnalle. Asiakkuusosaamisella tarkoitetaan myös sitä, että asiakaslähtöisyys ja vuorovaikutus potilaan kanssa ohjaavat toimintaa. (Opinto-opas 2007-2008 2007, 20.) Opinnäytetyössämme hoitotyön asiakkuusosaaminen näkyy siinä, että toimimme hoitotyön eettisten arvojen ja periaatteiden mukaisesti jakaessamme kyselylomakkeet sekä kootessamme aineistoa. Asiakaslähtöisyys ilmenee siitä, että teimme kyselylomakkeet potilaille, joiden avulla potilasohje tuli vastamaan potilaiden tarpeita. Pystyimme myös kehittämään vuorovaikutustaitojamme ollessamme tiiviissä yhteistyössä työelämän kanssa.

Terveyden edistäminen tarkoittaa sitä, että opiskelija pystyy tunnistamaan ja tukemaan potilaan voimavaroja terveyden ylläpitämisessä. Hän pystyy hallitsemaan terveyden edistämisen muuttuvassa ympäristössä. (Opinto-opas 2007-2008 2007, 20.) Potilasohjeen kautta potilas pystyy parantamaan voimavarojaan, koska hän on tietoinen siitä, mitä leikkaus- ja anestesiaosastolla tulee tapahtumaan. Potilas pystyy valmistautumaan psyykkisesti ja fyysisesti tulevaan leikkaukseen. Tällä tavalla terveyden edistäminen näkyy työssämme.

Kliininen osaaminen pitää sisällään kliiniset taidot, mitä sairaanhoitajan työssä vaaditaan. Opiskelijan tulee vastata potilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä. Kliininen osaaminen tarkoittaa myös sitä, että opiskelija hallitsee keskeiset tukimus- ja hoitotoimenpiteet sekä niissä käytettävien välineiden turvallisen käytön. (Opinto-opas 2007-2008 2007, 20.) Kehitimme kliinistä osaamista opinnäytetyössämme tutustumalla teorian kautta rintasyöpäpotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Ohjattujen harjoittelujen kautta saimme olla tekemisissä rintasyöpäpotilaiden kanssa ja hoitaa heitä perioperatiivisen hoitotyön näkökulmasta. Näin saimme käsityksen siitä, miten ja millä menetelmillä sekä minkä laitteiden avulla potilaita hoidetaan. Myös potilaiden kohtaaminen ja emotionaalinen tukeminen tulivat esille heidän hoitamisen kautta.

Päätöksenteko-osaamisella tarkoitetaan, että opiskelija pystyy vastaamaan potilaslähtöisestä hoitotyön suunnittelusta, toteutuksesta sekä arvioinnista. Opiskelija dokumentoi hoitotyön potilastietojen edellyttämän tietosuojan ja –turvan edellyttämällä tavalla. (Opinto-opas 2007-

2008 2007, 20.) Kyselylomakkeen ja potilasohjeen teossa olemme suunnitelleet, toteuttaneet ja arvioineet yhdessä työelämän kanssa töitä potilaslähtöisesti ja ajatelleet, mitkä asiat vastaisivat parhaiten potilaiden tarpeita ja toiveita. Näin päätöksenteko-osaaminen näkyy opinnäytetyössämme.

Ohjaus- ja opetusosaaminen tarkoittaa sitä, että opiskelija osaa opettaa ja ohjata potilasta hoitotyön eri toimintaympäristöissä monipuolisilla menetelmillä terveyden edistämiseen ja itsehoitoon liittyvissä asioissa (Opinto-opas 2007-2008 2007, 21). Opinnäytetyössämme ohjaus- ja opetusosaaminen näkyy siinä, että teimme potilasohjeen rintasyöpää sairastavalle potilaalle.

Ammattikorkeakouluasetuksen mukaan opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa opiskelijan valmiuksia soveltaa tietojaan ja taitojaan ammattiopintoihin liittyvässä käytännön asiantuntijatehtävässä (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/352, 7§). Opinnäytetyötä tehdessä perehdyimme teorian kautta rintasyöpään sairastuneen naisen hoitoon ja ohjaukseen leikkaus- ja anestesiaosastolla. Opimme hakemaan tutkittua tietoa ja hyödyntämään sitä opinnäytetyössämme. Pääsimme opinnäytetyön tekemisen myötä tutustumaan sosiaali- ja terveystieteiden ohjaavaan lainsäädäntöön sekä sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin, jotka ovat merkittävässä asemassa tulevassa ammatissamme. Ryhmätyöskentelytaitomme ja yhteistyökykymme ovat myös parantuneet pitkän opinnäytetyöprosessin aikana. Se helpottaa varmasti tulevaisuudessa taitojamme työskennellä hoitoalalla moniammatillisessa työympäristössä. Opinnäytetyössä perehdyimme leikkaussalissa ja heräämössä tapahtuvaan hoitoon ja ohjaukseen. Tulevina perioperatiivisina sairaanhoitajina pystymme tulevassa ammatissamme soveltamaan opinnäytetyön avulla saatua tietoa ohjauksesta ja rintasyöpäpotilaan hoidosta sekä kohtaamisesta.

8.4 Tuotteen hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet

Potilasohjetta voidaan hyödyntää monilla eri tavoilla. Suurimman hyödyn potilasohjeesta saa rintasyöpäleikkaukseen tulevat potilaat. Potilasohjeesta saadun tiedon avulla he voivat valmistautua psyykkisesti ja fyysisesti tulevaan leikkaukseen, jolloin leikkaus- ja heräämöhoidovaiheesta tulee entistä turvallisempi. Synnyttäneiden ja naistentautien osaston henkilökunta ei välttämättä ole tietoinen, mitä leikkaus- ja anestesiaosastolla tapahtuu. Näin ollen he voivat

potilasohjeen avulla kertoa rintasyöpäleikkaukseen tulevalle potilaalle hoidosta leikkaus- ja anestesiaosastolla. Leikkaus- ja anestesiaosaston resurssipulan vuoksi hoitajan preoperatiivinen käynti rintasyöpäpotilaan luona ei tällä hetkellä ole mahdollista. Potilasohje kertoo leikkaussalissa ja heräämössä tapahtuvasta hoidosta, joten se korvaa osaksi preoperatiivisen käynnin. Ohjaus on olennainen osa hoitotyötä. Potilasohje on ohjauksen yksi muoto, jonka avulla hoidon laatua ja potilasturvallisuutta voidaan entisestään parantaa. Potilasohjetta voidaan myös hyödyntää muokkaamalla sitä eri leikkauksiin sopivaksi. Näin ollen Kainuun keskussairaala sekä muut sairaalat voivat halutessaan käyttää potilasohjetta.

Jatkotutkimusaiheina voisi olla potilasohje rintasyöpäpotilaan pre- ja postoperatiivisesta hoidosta. Tämä tuli esille työn tilaajalta, kun teimme potilasohjetta. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla tekemämme potilasohjeen hyödyllisyyden ja käytön selvittäminen potilailta ja/tai hoitajilta.

LÄHTEET

- Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo. WSOY. 130.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi. Lapin yliopistopaino.
- Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo. WS Bookwell Oy.
- Heiskanen, S. 2000. Multippeliskleroosia sairastavien potilaiden hoitohenkilökunnalta tarvittava ja samaa emotionaalinen tuki sairastumisen alkuvaiheessa. Kuopin yliopisto. Terveystieteiden opettajan koulutus. Tutkielma.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WSOY.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki. Edita Prima.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistään. Helsinki. Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WS Bookwell Oy. 258, 259.
- Joensuu, H. (toim.) Roberts, Peter J., Teppo, L., Tenhunen, M. 2007. Syöpätaudit. Jyväskylä. Gummerus. 484, 485, 492, 493, 494.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy. 17, 55, 69, 280, 281.
- Kaukkila, H-S., Mäkelä-Lammi, R., Eskelinen, S., Haapa-Alho, A-M., Helander, I., Koli, E., Nordman, R., Olkkola, M., Ollikainen, A., Saarinen, L., Santaniemi, A., Soininen, K. & Viinamäki, K. 1996. Hyvä intraoperatiivinen hoitotyö leikkausosaston sairaanhoitajan näkökulmasta. Turun yliopiston keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja C:11.
- Kinnunen, M., Peltomaa, K., Snellman, E., Reiman, E., Pietikäinen, E., Oedewald, P., Helovuori, A., Mustajoki, P., Ruuhilehto, K. & Leino-Kilpi, H. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki. Suomen Graafiset Palvelut Oy.

- Korte, R., Rajamäki, A. & Lukkari, L. 1997. Perioperatiiviset hoitoselosteet. Helsinki. WSOY.
- Kuni, M., Männistö, P. & Välimaa, M. 2002. Leikkauspelot ja niiden hoitaminen. Seinäjoki. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaaleja 3.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen – sairaanhoitajan näkökulma. *Hoitotiede* 3 (14), 117.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY. Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2004. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede*. 5 (17). Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja*, 10, 8 - 9.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö*, 3, 1, 10 – 11.
- Lehtinen, U. & Niinimäki, S. 2005. Asiantuntijapalvelut. Tuotteistamisen ja markkinoinnin suunnittelu. Helsinki. WSOY.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Liao, M.-N., Chen, M.-F., Chen, S.-C. & Chen, P.-L. 2007. Healthcare and support needs of women with suspected breast cancer. *Journal of Advanced nursing* 60(3), 297.
- Liponkoski, R. & Routasalo, P. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalahoitojakson aikana. *Hoitotiede*. 5 (13), 259
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 10, 24, 25, 34, 67, 68.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2009. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Mattila, M. & Vuollo, S. 2001. Parantumattomasti sairaan elämän arjessa auttavat tekijät. "Onni on pyrkimystä valoa kohti". Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro-gradu -tutkielma.

- Mäenpää, M. 2008. ”Laajempi ystäväpiiri-keveämpi mieli?”. Yliopisto-opiskelijoiden sosiaalinen tuki ja positiivinen mielenterveys. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Mäkelä-Lammi, R., Kallio, T., Koli, E., Korvenniemi, L., Lehto, M., Liippo, E., Niinikoski, E., Penttinen, R., Ruonamo, M., Santavuori, S., Suhonen, A. & Viinamäki, K. 1991. Hyvä hoitotyö heräämössä. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja C:1.
- Opinto-opas 2007-2008. 2007. Kajaani. Kajaanin ammattikorkeakoulu.
- Palmu, P. & Suominen, T. 1999. Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 3 (11), 119, 123, 125 ja 126.
- Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E (toim.) 2004. *Kirurgia*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. 653, 654.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. 1996. *The elements of nursing. A model for nursing based on a model of living*. Churchill Livingstone.
- Rosenberg, P., Alahuhta, S., Hendolin, H., Jalonen, J. & Yli-Hankala, A. 2002. *Anestesiaopas*. Rauma. Kirjapaino Oy West Point.
- Rosenberg, P (toim.), Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. 2006. *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. 29, 838, 839.
- Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. *Terveydenhuollon etiikka*. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva. WS Bookwell Oy.
- Rättyä, L. 2004. *Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan*. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Lisensiaatintutkimus.
- Sailo, E. & Varti, A-M (toim.) 2000. *Kivunhoito*. Helsinki. Tammi. 30, 102, 103, 118, 123.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult. 2009. *Hoitotyön etiikka*. Helsinki. Edita Prima.
- Sliden, M. & Tuunainen, S. 1999. *Rintasyöpään sairastuneiden kokemuksia sairastumisestaan ja selviytymisestään*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. *Potilasohjeet ymmärrettäviksi*. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. *Kirurgia*. Porvoo. WSOY.

Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Antila, M-L., Myllylä B-M., Dassen, T., Gasull M., Lemonidou, C., Scott, P.A., Arndt, M. & Kaurila, T. 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoidotyössä. *Hoitotiede* 3 (13), 157.

Waldén, A. 2006. ”Muurinsärkijät”. Tutkimus neurologisesti sairaan tai vammaisen lapsen perheen selviytymisen tukemisesta. Kuopion yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogikan laitos. Väitöskirja.

Ylikorkala, O. & Kauppila, A (toim.). 2001. Naistentaudit ja synnytykset. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy. 254.

Internet lähteet

Edistetään potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. 2009. Verkkodokumentti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. AT- Julkaisutoimisto Oy. Helsinki. Viitattu 16.12.2009.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Forsström, S. 2008. Rintasyöpäpotilaan hoito. Verkkodokumentti. Terveysportin sivusto. Viitattu 26.1.2010. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=rintasyopa.

Hannuksela, M. 2009. Imunestekierron häiriö (lymfedeema). Verkkodokumentti. Terveyskirjaston sivusto. Viitattu 3.2.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00622.

Huovinen, R. 2009. Rintasyöpä. Verkkodokumentti. Terveysportin sivusto. Viitattu 2.12.2009. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=rintasyopa.

Kivunhoito leikkauksen jälkeen. 2006. Verkkodokumentti. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sivusto. Viitattu 6.12.2009.

<http://74.125.77.132/search?q=cache:jkgJ1mOifSkJ:www.hus.fi/default.asp%3Fpath%3D1,32,660,546,570,646,804,847,848,14067+leikkauksen+jälkeinen+kivunhoito&cd=1&hl=fi&ct=clnk>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. 1994. Verkkodokumentti. Finlex - Valtionsäädöstietopankin sivusto. Viitattu 30.8.2010. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. 1992. Verkkodokumentti. Finlex - Valtionsäädöstietopankin sivusto. Viitattu 30.8.2010. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista)

Leikkaus. 2008. Verkkodokumentti. Rintasyövän sivusto. Viitattu 26.1.2010. http://ww.rintasyopa.fi/yleista/rintasyovan_hoitaminen/leikkaus.

Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, A., Malmivaara, A. & Ikonen T. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Verkkodokumentti. Suomen Lääkärilehden sivusto. Viitattu 29.11.2010. http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/230B91BF-702C-4E1B-81C0-1150320EE84C/0/SLL_2009_494249_LeikkaustiiminTarkistuslista.pdf

Rinnan korjausleikkaukset. Verkkodokumentti. Syöpäjärjestön sivusto. Viitattu 3.2.2010. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/korjausleikkaukset/>.

Rintasyöpä. Verkkodokumentti. Syöpäjärjestön sivusto. Viitattu 5.12.2009. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>.

Rintasyöpään liittyviä erityiskysymyksiä. Verkkodokumentti. Syöpäjärjestön sivusto. Viitattu 5.12.2009. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/erityiskysymyksiä/>.

Rintasyövän hoito. 2008. Verkkodokumentti. Syöpäjärjestön sivusto. Viitattu 3.2.2010. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/hoito/>.

Suomen syöpärekisteri. 2009. Keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1961-2007 primaaripaikoittain ja kalenterijaksoittain, NAISSET, Kainuun shp/ehp. Verkkodokumentti. Suomen syöpärekisterin sivusto. Viitattu 26.1.2010. <http://www.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin1904i0.html>.

Suomen syöpärekisteri. 2009. Keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1961-2007 primaaripaikoittain ja kalenterijaksoittain, NAISSET. Verkkodokumentti. Suomen syöpärekisterin sivusto. Viitattu 26.1.2010. <http://www.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0004i0.html>.

Tutkimuksen luotettavuus. Verkkodokumentti. 2003. Oulun yliopiston sivusto. Viitattu 11.11.2010. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514271912/html/c2388.html>.

Tutkimuksen – Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. 2009. Verkkodokumentti. Kajaanin ammattikorkeakoulun sivusto. Viitattu 5.12.2009. http://www.kajak.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen_materiaali/Tukimateriaali/Tavoite_ja_tarkoitus.iw3.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/352. 2005. Verkkodokumentti. Finlex - Valtionsäädöstietopankin sivusto. Viitattu 19.11.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352>

Julkaisemattomat lähteet

Heikkinen, M. 2010. Sairaanhoitaja. Kainuun keskussairaala, leikkaus- ja anestesiaosasto. Keskustelu 24.3.2010, 25.9.2010 ja 29.11.2010.

Kauppinen, K. 2009. Osastonhoitaja. Kainuun keskussairaala, leikkaus- ja anestesiaosasto. Keskustelu 25.11.2009.

Ruuttunen, K. 2010. Sairaanhoitaja. Kainuun keskussairaala. Synnyttäneiden ja naistentautien osasto. Keskustelu. 5.2.2010.

Arvoisa kyselyymme vastaaja!

2.6.2010

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Kajaanin ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa. Suuntautumisemme on perioperatiivinen hoitotyö. Opinnäytetyömme aiheena on rintasyöpään sairastavan naisen ohjaus leikkaussali- ja heräämöhoidotyön näkökulmasta. Tuotteeksi syntyy potilasohje rintasyöpäleikkaukseen tulevalle naiselle. Opinnäytetyömme on valmis joulukuussa 2010. Potilasohjeen avulla rintasyöpäleikkaukseen menevä potilas saisi ennen leikkausta tietoa leikkaussalissa ja heräämössä tapahtuvasta hoidosta. Näin ollen rintasyöpäpotilas voi valmistautua tulevaan leikkaukseen entistä paremmin.

Täyttämällä kyselylomakkeen autatte kehittämään rintasyöpäpotilaiden hoitotyötä Kainuun keskussairaalassa. Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Henkilöllisyytenne ei tule esille opinnäytetyössämme millään tavalla. Kyselylomake jätetään suljetussa kirjekuoressa kansliaan joko osastolle neljä tai syöpätautien poliklinikalle, riippuen kummassa paikassa täytätte lomakkeen. Keräämme täytetyt kyselylomakkeet viikolla 29. Täyttämänne saatekirje ja kyselylomake tullaan hävittämään opinnäytetyömme valmistumisen jälkeen. Mikäli tarvitsette ohjeistusta kyselylomakkeen täyttämiseksi, voitte pyytää apua hoitajilta tai ottaa meihin yhteyttä.

Henriikka Möttönen ja Henna Mäkinen, Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Sähköpostiosoitteet: sth7sbhenriikkam@kajak.fi, sth7sbhennam@kajak.fi

GSM: 044-520 6516, 040-754 7177

SUOSTUMUS KYSELYLOMAKKEEN TÄYTTÄMISEEN

Tällä allekirjoituksella ymmärrän kyselylomakkeen tarkoituksen ja suostun vapaaehtoisesti opinnäytetyöhön liittyvän kyselylomakkeen täyttämiseen.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Kyselylomake rintasyöpäleikkauksessa olleelle potilaalle

1. Käytettiinkö heräämöhoidon aikana kipumittaria, jolla voidaan arvioida kiputuntemustanne?

Kyllä___ Ei___

Jos vastasitte **kyllä**, opetettiin teitä käyttämään kipumittaria jo osastolla?

Kyllä___ Ei___

Jos vastasitte **ei**, miten kipua teiltä tiedusteltiin/ mitattiin?

2. Kävikö leikkausosaston hoitaja toimenpidettä edeltävänä päivänä keskustelemas-
sa kanssanne toimenpiteestä ja siihen liittyvistä asioista?

Kyllä___ Ei___

Jos vastasitte **ei**, olisitteko kaivannut edellä mainittua käyntiä?

Miksi?

3. Saitteko hoitajalta ennen toimenpidettä riittävästi ohjausta leikkauksen aikaisesta
hoidosta ja heräämöhoidosta?

Kyllä___ Ei___

Jos vastasitte **ei**, mistä olisitte kaivannut lisää tietoa?

Anestesiasta/Nukutuksesta ___

Leikkauksesta ___

Heräämöhoidosta___

Pahoinvoinnista ____

Kivusta ____

Kivunhoidosta ____

Muusta, mistä?

4. Saitteko tietoa leikkausmenetelmistä ennen leikkausta?

Kyllä ____ Ei ____

Jos vastasitte **ei**, mitä tietoa olisitte kaivannut?

5. Ohjattiinko teitä tarpeeksi toimenpiteen alussa?

Kyllä ____ Ei ____

Jos vastasitte **ei**, mistä asioista olisitte halunnut enemmän ohjausta?

6. Ohjattinko teitä tarpeeksi heräämöhoidon aikana?

Kyllä ____ Ei ____

Jos vastasitte **ei**, mistä asioista olisitte halunnut enemmän ohjausta?

7. Millaista ohjausta saitte leikkaussalissa ja heräämössä työskenteleviltä hoitajilta?

(Rastikaa kaikki haluamanne vaihtoehdot)

Kannustavaa ____ Asiantuntevaa ____ Empaattista ____

Kuuntelevaa___ Selkeää___
 Epäselvää___ Epäystävällistä___
 Ystävällistä___ Välinpitämätöntä___

Mikäli rastitte jonkin kohdan, mistä kokemus tai mielipide syntyi?

8. Tunsitteko olonne turvalliseksi leikkaushoidon aikana?

Kyllä ___ Ei___

Jos vastasitte **ei**, mistä kokemus tai mielipide syntyi?

9. Tunsitteko olonne turvalliseksi heräämöhoidon aikana?

Kyllä___ Ei___

Jos vastasitte **ei**, mistä kokemus tai mielipide syntyi?

10. Millainen tunnelma ja ilmapiiri leikkaussalissa olivat ennen nukutuksen aloitusta?

Rastikaa sopivimmat vaihtoehdot.

Meluisa___ Välittävä___
 Rauhaton___ Rauhallinen___
 Hiljainen___ Epämukava___
 Muu, millainen?_____

Mikäli rastitte jonkin kohdan, mistä kokemus tai mielipide syntyi?

11. Otettiinkö intimitteettinne ja yksityisyytenne huomioon ennen nukutuksen aloitusta?

Kyllä___ Ei___

Jos vastasitte **ei**, miten ennen nukutuksen alkua toimittiin?

Kiitämme vastauksestanne!

Saatekirje hoitajille

2.6.2010

Arvoisa hoitaja!

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Kajaanin ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyötä aiheesta rintasyöpää sairastavan naispotilaan ohjaus perioperatiivisen hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyön tuotteena syntyy potilasohje rintasyöpäleikkaukseen tulevalle naiselle.

Olemme tehneet kyselylomakkeen Kainuun keskussairaалassa leikatuille rintasyöpäpotilaille. Kyselylomakkeista saatujen vastausten ja teoritiedon perusteella saamme potilasohjeesta potilaiden tarpeiden mukaisen. Tutkimuksen tuloksista saisi selville, millaista ohjausta potilaat toivoivat leikkaussalihoitajien antavan heille. Lisäksi Kainuun keskussairaalan synnyttäneiden ja naistentautien osasto hyötyisi opinnäytetyöstämme, koska potilasohjeen avulla hoitajat voisivat ohjata potilaita leikkaukseen liittyvissä asioissa. Potilasohje korvaisi osaksi leikkaussalihoitajan pre-operatiivisen käynnin osastolla, joka resurssipulan vuoksi ei ole tällä hetkellä mahdollinen.

Tarvitsemme Teidän apuanne kyselylomakkeiden jakamiseen. Kyselylomaketta jaetaan viikoilla 15 – 21 Kainuun keskussairaалassa leikatuille rintasyöpäpotilaille, jotka ovat kyselyn jakamishetkellä synnyttäneiden ja naistentautien osastolla tai syöpäpoliklinikalla. Toivomme että Te hoitajat jakaisitte 30 kappaletta kyselylomakkeita kirjekuorineen kaikille, jotka ovat halukkaita vastaamaan kyselyymme. Tällöin vastaajilla on mahdollisuus pyytää Teiltä hoitajilta apua lomakkeen täyttämässä. Ennen kyselylomakkeen täyttämistä potilas vahvistaa allekirjoituksella suostumuksen osallistua kyselylomakkeen täyttämiseen ja te hoitajat toimitte suostumuksen vastaanottajina.

Kyselylomakkeet palautetaan osastolle tai syöpätautien poliklinikalle suljetussa kirjekuoressa kansliaan hoitohenkilökunnalle, josta tulemme hakemaan kyselylomakkeet viikolla 38. Potilaiden saatekirjeet, joihin tulee potilaiden allekirjoitukset, viedään osastonhoitajan kansliaan säilöön opinnäytetyön valmistamisen ajaksi. Eettinen lähestymistapa korostuu, kun ennestään tuttu hoitohenkilökunta jakaa kyselylomakkeet potilaille. Näin ollen potilaiden anonymiteetti säilyy. Osallistumalla kyselylomakkeen jakoon autatte meitä kehittämään rintasyöpäpotilaan hoitoa entisestään Kainuun keskussairaалassa. Annamme mielellämme lisää tietoja opinnäytetyötämme koskeviin kysymyksiin.

Kiitämme kaikkia kyselylomakkeen jakoon osallistuneita!

Henriikka Möttönen ja Henna Mäkinen, Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Sähköpostiosoitteet: sth7sbhenriikkam@kajak.fi, sth7sbhennam@kajak.fi

*”Kulje sateenkaarta pitkin;
kulje sävelten siivin,
ja kaikki ympärilläsi on kaunista.
Pimeästä sumusta pääsee aina pois
sateenkaarta pitkin.”*

Navajo-intiaanien laulu



OHJE HOIDOSTA LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA
RINTASYÖPÄLEIKKAUKSEEN TULEVALLE POTILAALLE



Kainuun maakunta -kuntayhtymä

Tämän potilasohjeen tarkoitus on antaa Teille tietoa leikkaussalissa ja he-
räämössä tapahtuvasta hoidosta.



Turvallisuus

Turvallisuudestanne leikkaus- ja anestesiaosastolla huolehtii moniammatillinen hoitohenkilökunta, johon kuuluu hoitajia ja lääkäreitä. Leikkaussalin hoitohenkilökunta kertoo Teille, mitä tehdään ja mitä seuraavaksi tapahtuu. Toimenpiteen aikana Teidän vointianne seurataan ja toteutetaan turvallista lääkehoitoa. Kaikki hoitoon liittyvät tapahtumat kirjataan ylös anestesiakävykelle ja potilastietokantoihin.



Hoitotyö leikkaussalissa

Leikkaussalissa Teitä hoitavat anestesiahoitaja ja kaksi leikkaussairaanhoitajaa, jotka ohjaavat sekä avustavat Teidät leikkaustasolle. Erilaisten valvontalaitteiden avulla vointianne tarkkaillaan leikkauksen aikana. Käsivarteenne laitetaan verenpainemittari, sormenpäähän pulssia ja happeutumista seuraava mittari sekä sydänpainemittarit. Samalla Teille laitetaan verisuonikanyyli, jonka kautta annetaan nesteitä ja lääkkeitä leikkauksen aikana. Nukutuksen alkaessa verisuonikanyyliin annostellaan nukutus- ja kipulääkkeitä, jotka takaavat leikkauksen ajaksi hyvän unen ja kivuttomuuden.



Dreeni

Leikkausalueelle on mahdollista laittaa dreeni eli laskuputki, joka poistaa aktiivisesti ylimääräisen kudoksen ja veren leikkausalueelta. Dreeni kiinnitetään ihoon ompeleella, joka varmistaa sen paikoillaan pysymisen. Sen kanssa voi liikkua normaalisti. Dreeniä pidetään, kunnes erityis haavaontelosta on loppunut.



Pahoinvointi

Leikkauksen jälkeistä pahoinvointia voi esiintyä nukutuksen jälkeen. Pahoinvointia voidaan ennaltaehkäistä erilaisilla lääkkeillä ennen leikkausta ja leikkauksen aikana. Jos Teillä on ollut aikaisemmin leikkauksen jälkeistä pahoinvointia, siitä on hyvä mainita leikkaussalin henkilökunnalle.



Hoito heräämössä

Leikkauksen päätyttyä Teidät siirretään toipumaan heräämööseen. Siellä Teidän elintoimintojanne seurataan, kipua lääkitään ja mahdollista pahoinvointia hoidetaan. Elintoimintojenne vakiinnuttua hoitonne jatkuu vuodeosastolla.



Kivun hoito

Heräämössä sairaanhoitaja arvioi ja hoitaa kipua heti Teidän saapumisestanne lähtien. Kivunhoito jatkuu aktiivisena koko hoidon ajan. Kivun arviointi perustuu Teidän ja sairaanhoitajan yhteistyöhön. Kipua hoidetaan Teille henkilökohtaisesti määrättyillä lääkkeillä. Tämän vuoksi on tärkeää kertoa hoitohenkilökunnalle, jos tunnette kipua.



Lisätietoja saatte alla olevista osoitteista:

- Kuntoutusohjaaja Helena Ohtonen, Kainuun keskussairaala: hele-na.e.ohtonen@kainuu.fi, Puh: (08) 6156 3121
- Naistentautien- ja äitiyspoliklinikka. Kainuun keskussairaala. Puh: (08) 6156 2396.
- Synnyttäneiden ja naistentautien osasto, os.4. Kainuun keskussairaala. Puh: (08) 6156 2430.
- Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry:
 - www.pssy.org, syopayhdistys@pssy.org, www.cancer.fi
 - Kajaanin toimisto, Lönnrotinkatu 6 A 1, 87100 Kajaani. Puh: (010) 249 1109 tai 0400 - 944 262
- Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland ry: Pieni Roobertinkatu 9, 00130 Helsinki. www.suomensyopapotilaat.fi. potilaat@cancer.fi. Puh: (09) 135 331.
- Rintasyöpäyhdistys ry – Europa Donna Finland ry: www.rintasyopayhdistys.fi, Puh: 040-147 0757 tai (010) 773 2090.

Syöpäsäätiö tukee Roosa nauha -rahaston varoilla kotimaista rintasyöpätutkimusta ja -neuvontaa. Lisätietoja: roosauha.fi.



Kainuun maakunta -kuntayhtymä
Sosiaali- ja terveystoimi

HAKEMUS / LUPA

Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle/
hoitotieteelliselle tutkimukselle

00.00.0000

Opiskelijan/opiskelijoiden nimet Henriikka Möttönen ja Henna Mäkinen	Osoite Kenttätie 14 89400 Hyrynsalmi	Puhelin 040-7547177 (Henna)
Oppilaitos Kajaanin ammattikorkeakoulu	Kouluutusohjelma /suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma/ Perioperatiivinen hoitotyö	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Rintasyöpää sairastavan naisen ohjaus perioperatiivisen hoitotyön näkökulmasta		
Mihin tulosalueen/ vastualueen/ yksikön kehittämishankkeeseen opinnäytetyö / tutkimus liittyy leikkaussali- ja anestesiasasto		
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa opaslehtinen rintasyöpään sairastuneelle naispotilaalle, joka sisältää tiedon leikkaussalissa ja heräämössä tapahtuvasta hoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on, että tuotetun opaslehtisen avulla saavutetaan potilaalle informatiivisesti ja emotionaalisesti turvallinen leikkaus- ja heräämövaihe. Tavoitteena on myös helpottaa naispotilaan valmistautumista leikkaus- ja heräämöhöitoon sekä psyykkisesti että fyysisesti. Samalla perioperatiivinen hoitohenkilökunta edistää entisestään emotionaalisen kohtaamisen osaamista ja tietoa siitä, miten potilas toivoisi itseään ohjattavan. Teemme kyselylomakkeen rintasyöpäleikkaukselle naispotilaille, jota jaetaan syöpätautien poliklinikalla ja osastolla 4. Vastausten perusteella kokoamme opaslehtisen, jota tullaan jakamaan osastolla 4 rintasyöpäleikkaukseen meneville potilaille.		
Opinnäytetyön / tutkimuksen aikataulu Opinnäytetyö on valmiina joulukuussa 2010.		
Kustannuksista vastaa		(pvm ja nimi)
<input type="checkbox"/> Opiskelija / tutkija <input checked="" type="checkbox"/> Tulosalue / vastualue/ tulosyksikkö, josta sovittu kanssa		Kyöläinen Kauppi 15.5.2010
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi		Raportoinnin ajankohta
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyö toimitetaan ylihoitajalle		Elokuu 2010
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä pidetään osastokokous		
<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä		
Työryhmä		
Oppilaitos	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Ilmi Rautainen	Puhelin 044-7101236
Yksikkö / terveysasema	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
	Osastonhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys Kyöläinen Kauppi	Puhelin 61562138
Pvm ja allekirjoitus (hakija / hakijat) 19.5.10 Henna Möttönen Kyöläinen Kauppi 24.5.2010 Henna Möttönen		

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitus. hankkimisesta

Päätös	29/5-10	M. Vasanta
<input checked="" type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään hakemuksen mukaisesti	Maikka Vasanta ylihoitaja	
<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan täydennettäväksi seuraavin muutoksin (lisätilaa kääntöpuolella)		
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi _____		
<input type="checkbox"/> Ei Johtoryhmäkäsittelyä	<input type="checkbox"/> Anomus hyväksytty johtoryhmässä	<input type="checkbox"/> Anomus hylätty johtoryhmässä