

Anne Sörmälä

Potilasohjauksen kehittäminen tähystystutkimukseen Diacorissa

Metropolia ammattikorkeakoulu
Kliininen asiantuntija (YAMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
28.11.2013

Tekijä Otsikko	Anne Sörmälä Potilasohjauksen kehittäminen tähestystutkimuksiin Diacorissa
Sivumäärä Aika	44 sivua + 7 liitettä 28.11.2013
Tutkinto	Kliininen asiantuntija YAMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Ohjaaja Työelämäohjaaja	Yliopettaja Antti Niemi Toimenpiteen esimies Pia Aho

Opinnäytetyön tavoitteena on sairaanhoitajien palveluketjun laadun vahvistaminen ja yhdenmukaisuus potilasohjauksessa. Opinnäytetyön tarkoituksena ja kehittämistehtävänä on tuottaa ohjausrunko sairaanhoitajille tähestystutkimuksien potilasohjaukseen. Ohjausrungon avulla voidaan yhdenmukaistaa potilaan ohjausta tähestystutkimuksiin, ja laajentaa ohjaustoimintaa myös muille kuin tähestystutkimuksia tekeville Diacorin lääkäriasemille. Tässä opinnäytetyössä tähestystutkimuksilla tarkoitetaan mahalaukun- ja paksusuolen tähestyksiä eli gastro- ja kolonoskoppioita.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, jonka osa-alueita ovat olemassa olevien potilasohjeiden analysointi, kuvaileva tutkimus ja ohjausrungon muodostaminen. Ohjausrungon muodostamisessa hyödynnettiin kirjallisuuskatsausta, analysoituja potilasohjeita ja toteutetun tutkimuksen tuloksia.

Opinnäytetyössä tehtiin kvantitatiivinen tutkimus, koska sen avulla voi saada mahdollisimman hyvin tietoa miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita, ja mitä tietoja sairaanhoitajat huomioivat potilaan ohjaamisessa tähestystutkimuksiin. Toteutetun tutkimuksen otanta ei ollut kovin suuri (N=36), joten se voidaan nähdä soveltavana tutkimuksena.

Kyselylomake jaettiin neljän Diacorin lääkäriaseman sairaanhoitajille (N=36). Näillä lääkäriasemilla toteutetaan tähestystutkimuksia. Kyselylomakkeita palautui opinnäytetyöntekijälle 28 kappaletta (n=28), ja vastausprosentiksi saatiin 77,8. Kyselytutkimukseen vastanneista lähes puolet (46 %) kokivat tarvitsevänsä lisätietoa gastro- ja kolonoskopiaohjauksen toteuttamiseen. Lisätietoa haluttiin saada mm. lääkityksestä, itse tutkimusten kulusta, potilasohjeiden sisällöstä sekä uutta tutkimustietoa gastro- ja kolonoskoppioista. Kyselyssä tiedusteltiin sairaanhoitajien tiedonsaantia potilaan ohjaamisessa. Kyselytutkimukseen vastanneista yli puolet (53,6 %) oli osittain samaa mieltä, että ohjaukseen liittyvää tietoa oli helposti saatavilla lääkäriasemilla tai Diacorin intranetissä. Yli puolet (53,6 %) vastanneista koki, ettei potilaan ohjaaminen tuota heille vaikeuksia. Lähes kolmasosa (28,6 %) vastanneista koki, että heillä on riittävästi aikaa potilaan ohjaamiseen. Kuitenkin 10,7 % vastanneista toivoi saavansa enemmän aikaa potilaan ohjaamiseen. Kyselyyn vastanneet olivat joko täysin samaa mieltä (89,3 %) tai osittain samaa mieltä (10,7 %) siitä, että potilaan ohjaaminen on tärkeä osa potilaan hoitoprosessia. Lähes puolet (46,4 %) vastanneista kehittää ohjaustaitojaan osallistumalla koulutuksiin. Tieto ohjaukseen käytettävässä kirjallisessa materiaalissa koettiin olevan hyvin ajan tasalla. Suurin osa vastanneista (78,6 %) oli joko täysin tai osittain samaa mieltä kirjallisen materiaalin ajantasaisuudesta. Potilasohjaukseen hyödynnettävän muistilistan tai ohjausrungon koki jonkin verran tai hyvin tarpeelliseksi 70,5 % vastanneista.

Opinnäytetyön tuotoksen eli ohjausrungon avulla voidaan yhdenmukaistaa potilasohjausta tähestystutkimuksiin Diacorissa. Tutkimus ja kehittäminen toimivat parhaimmillaan yhdessä, koska tutkimus voi tarjota perusteita toiminnalle, jolloin onnistumisen mahdollisuudet usein paranevat.

Avainsanat: potilasohjaus, potilasohjausmenetelmät, tähestystutkimukset

Tekijä Otsikko	Anne Sörmälä Developing patient education in endoscopy within Diacor
Sivumäärä Aika	44 pages + 7 attachments 28.11.2013
Tutkinto	Advanced clinical practice YAMK
Koulutusohjelma	Health care
Ohjaaja Työelämäohjaaja	Principal lecturer Antti Niemi Head nurse in procedures Pia Aho
<p>The goal of this thesis is strengthening nurses' chain of service and consistency in patient education. The purpose and development task of the thesis is to provide a patient teaching plan for nurses in endoscopy patient education. With a patient teaching plan it is possible to standardize patient education in endoscopy and expand patient education also to other Diacor clinics in endoscopy and other procedures. In this thesis endoscopy procedures involve gastroscopy and colonoscopy.</p> <p>This thesis was executed as a developmental study. The sections are analyzing existing patient instructions, descriptive study and creating a patient teaching plan. In formulating the patient teaching plan literature, patient instructions and results of this study were used.</p> <p>A quantitative study was conducted in this thesis, because it enables to receive as much information as possible on how nurses guide patients, and what information nurses take into account in guiding patients before endoscopic procedures. The sample was not that vast (N=36), hence it can be seen as an applied study.</p> <p>The questionnaire was given to nurses in four Diacor clinics (N=36). These clinics do endoscopic procedures. There were 28 questionnaires returned (n=28), and the response rate was 77,8 %. Almost half (46%) of the nurses who answered the questionnaire experienced the need to get more information on gastroscopy and colonoscopy and how to implement the examinations. More information was wanted on medication, the procedures during an examination, patient instructions and new studies on gastroscopy and colonoscopy. Nurses were asked how they receive information on patient education. 53,6 % of the nurses partially agreed that it is easy to acquire information in the clinic or from the Diacor intranet. 53,6 % of the nurses also saw that it isn't difficult to instruct the patients. Almost a third of the nurses (28,6 %) saw that they have enough time to give a patient instructions. However, 10,7 % of the nurses hoped to have more time in guiding their patients. The nurses who answered the questionnaire either agreed in full (89,3 %) or partially agreed (10,7 %) that guiding a patient is an important part of the process in taking care of a patient. 46,4% of the nurses develop their skills with taking part in professional training. Information in literary guidelines was seen well up-to-date, as most of the nurses (78,6 %) agreed in full or partially agreed on this. 70,5 % of the nurses saw a check list or a patient teaching plan partially useful or very useful.</p> <p>The patient teaching plan provided in this thesis can be used to standardize patient education in endoscopy within the Diacor clinics. Research and development work best together because research can provide basis for procedures and the chances in succeeding increase.</p>	
Keywords: patient education, patient education methods, endoscopy	

Sisällys

1. Johdanto	5
2. Potilasohjaus tähystystutkimuksissa	6
2.1 Tähystystutkimukset	8
2.2 Potilasohjaus tähystystutkimuksissa	9
2.3 Potilasohjausmenetelmät	11
2.4 Tähystystutkimuksien potilasohjeiden sisältö	14
3. Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät	16
4. Aineistonkeruumenetelmät	17
4.1 Aineistonkeruumenetelmät ja otanta	18
4.2 Aineiston analyysimenetelmät	21
4.3 Ohjausrungon mallintaminen	22
5. Tulokset	24
5.1 Taustatiedot	25
5.2 Potilaan ohjaaminen ennen tähystystutkimuksia	26
5.3 Potilasohjeet gastro- ja kolonoskopiaissa	30
5.4 Ohjausrungot gastro- ja kolonoskopiaan	31
6. Eettiset kysymykset ja luotettavuus	32
6.1 Opinnäytetyön eettiset lähtökohdat	32
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	34
7. Pohdinta	35
8. Lähteet	40

9. Liitteet

Liite 1. Sopimus opinnäytetyöstä	45
Liite 2. Saatekirje	47
Liite 3. Kyselylomake	48
Liite 4. Ohjausrunko gastroskopia	53
Liite 5. Ohjausrunko kolonoskopia	55
Liite 6. Yhteenvedo valmistautumisohjeista gastroskopiaan	57
Liite 7. Yhteenvedo valmistautumisohjeista kolonoskopiaan	58

1. Johdanto

Diacor terveysterveyspalvelut Oy on pääkaupunkiseudulla toimiva yritys, joka tuottaa terveyden- ja sairaudenhoitopalveluita. Yrityksen koko osakekannan omistaa Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö. Diacorilla on yhteensä 13 lääkäriasemaa sekä Ruoholahdessa sijaitsevat sairaala ja erillinen fysioterapiayksikkö. Diacorin merkittävin liiketoiminta-alue on työterveyshuolto, joka edustaa noin 50 prosenttia koko yrityksen liikevaihdosta ja noin 75 prosenttia lääkäriasemien liikevaihdosta. Sairaaloiminnan painopiste on lyhytjälkihoitoisessa (päiväkirurgisessa) tähytystutkimuksissa. Sairaalassa on kuitenkin myös mahdollisuus toimenpiteen jälkeiseen yöpymiseen. Neljällä Diacorin lääkäriasemista toteutetaan tähytystutkimuksia. (Diacor yritysraportti 2010).

Toistuvat ylävatsaoireet ovat väestötasolla yleisiä. Pääosan niistä aiheuttavat dyspepsia, joka jaotellaan toiminnalliseen ja orgaaniseen, ja refluktitauti. Noin puolet ylävatsavaivoista on toiminnallisia. Aikuisilla dyspepsiaoireisilla ylävatsaoireiden diagnostiikassa gastroskopian tarkoitus on useimmiten mahasyövän sulkeminen pois. Mahasyöpä on kuitenkin vähentynyt Suomessa jyrkästi viimeisen 30 vuoden aikana. Gastroskopiaa suositellaan yli 50-vuotiaille dyspepsiaoireisille tai jos potilaalla on hälyttäviä oireita tai löydökset. Hälyttäviä oireita ovat muun muassa oksentelu, verenvuoto tai anemia, laihtuminen ja nielemisvaikeus. Gastroskopia on aiheellinen ilman hälyttäviä oireita vasta silloin, jos dyspepsiaoireet jatkuvat helikobakteerin hädöstä tai oireenmukaisesta hoidosta huolimatta. Merkittäviä hoitoon vaikuttavia löydöksiä, kuten kasvain, ulkustauti tai struktuura, todetaan 11-23 %:lla dyspepsian takia tähytetyistä. (Käypä hoito-suositus Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito 2013).

Paksusuolen tähytys eli kolonoskopia on tärkein menetelmä tutkittaessa paksusuolen sairauksia. Paksusuolen syövän esiintyvyyden lisääntyessä paksusuolen tähytysten eli kolonoskopioiden tarve on jatkuvasti kasvamassa. Suolistosyövän seulontaryhmän esittämän ohjelman toteutuessa tarve tulee lisääntymään huomattavasti. Ohjelmassa pyritään löytämään ulosteen veritestillä riskipotilaat tietyistä ikäryhmistä ja ohjaamaan heidät kolonoskopiaan. Myös kroonisten tulehduksellisten suolistosairauksien esiintyvyys on kasvussa. Lisäksi paksusuolen sairaudet lisääntyvät iän myötä, ja siten väestön ikääntyminen tulee myös lisäämään kolonoskopioiden tarvetta. (Ristikankare

2006). Suolistosyöpä on väestössämme kolmanneksi yleisin syöpäsairaus eturauhas- ja rintasyövän jälkeen, ja siksi sairastuvien määrä kasvaa edelleen väestön ikääntyessä. (Hyöty – Palva – Malila 2010).

Sekä Suomessa että useissa muissa maissa näyttöön perustuva toiminta ja käytäntöjen yhtenäistäminen on asetettu kehittämisen kohteeksi terveydenhuollossa. Tämä näkyy useissa kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmissa, joissa tavoitteena on sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä alueellisten erojen kaventaminen. Käytäntöjen yhtenäistämisen tavoitteena on, että toiminta- ja työyksiköissä luodaan eri potilasryhmien hoitoon parhaaseen mahdolliseen näyttöön perustuva toimintatapa ja että sitä käytetään heidän hoidossaan. Kun saman potilasryhmän hoito eri toiminta- tai työyksiköissä perustuu parhaaseen mahdolliseen näyttöön, esimerkiksi hoitotyön suositukseen, potilas saa yhtä hyvää hoitoa hoitopaikasta riippumatta. (Holopainen ym. 2010: 39).

Tässä opinnäytetyössä tähystystutkimuksilla tarkoitetaan mahalaukun- ja paksusuolen tähystyksiä eli gastro- ja kolonoskopioita. Opinnäytetyön tavoitteena on sairaanhoitajien palveluketjun laadun vahvistaminen ja yhdenmukaisuus potilasohjauksessa. Yksi Diacorin arvoista on erinomainen asiakaspalvelu. Laadunhallinnassa pyritään ymmärtämään asiakkaiden nykyiset ja tulevat tarpeet, täyttämään asiakkaiden vaatimukset sekä ylittämään asiakkaiden odotukset. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ohjausrunko sairaanhoitajille tähystystutkimuksien potilasohjaukseen. Ohjausrungon avulla voidaan yhdenmukaistaa potilaan ohjausta tähystystutkimuksiin, ja laajentaa ohjaustoimintaa myös muille kuin tähystystutkimuksia tekeville Diacorin lääkäriasemille. Potilasohjauksen kehittämistarve on tullut esille sairaanhoitajien käytännön toiminnassa. Ohjausrunkoa voidaan jatkossa hyödyntää myös sairaanhoitajien perehdyttämisessä.

Kehittämistyöllä tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on tutkimustulosten avulla luoda uusia tai entisiä parempia palveluja, tuotantovälineitä tai – menetelmiä. Tutkimus ja kehittäminen toimivat parhaimmillaan yhdessä, koska tutkimus voi tarjota perusteita toiminnalle, jolloin onnistumisen mahdollisuudet usein paranevat (Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008:58). Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, jonka osa-alueita ovat olemassa olevien potilasohjeiden analysointi, kuvaileva tutkimus ja ohjausrungon muodostaminen. Ohjausrungon muodostamisessa hyödynnettiin potilasohjeita ja toteutetun tutkimuksen tuloksia.

Kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimussuuntausta voidaan pitää toisiaan täydentävinä, ja tavoitteena on saada mahdollisimman monipuoliset ja kuvailevat tulokset tutkittavasta ongelmasta (Hirsjärvi - Remes – Sajavaara 2002: 125).

2. Potilasohjaus tähystystutkimuksissa

Tieteellisessä tiedonhankinnassa pyritään aina käsitteellistämään tutkittavia ilmiöitä. Lähtökohtana on, että tutkimus rakentuu aina käsitteellisten ratkaisujen ja merkitystulkintojen varaan. (Hirsjärvi ym. 2002:136). Käsitteiden selvittäminen on tärkeä vaihe missä tahansa tutkimusprosessissa. Yleiseen tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija määrittelee keskeiset käsitteensä ja niiden väliset suhteet. (Eriksson 1997: 62). Opinnäytetyössäni keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat potilasohjaus, potilasohjausmenetelmät ja tähystystutkimukset.

Tiedonhaussa aineistoa haettiin eri kirjastojen tietokannoista ja Medic-, Cinahl-, The Cochrane library- ja ScienceDirect- tietokannoista tieteellisiä tutkimusartikkeleita. Kirjastojen ja Medic- tietokannoissa hakusanoina käytettiin yhdistelmää ”potilasohjaus / and gastroskopia” tai ”potilasohjaus / and kolonoskopia”. Myös tähystystutkimus, mahalaukun tähystys ja paksusuolentähystys olivat suomenkielisiä hakusanoja. Cinahl- ja ScienceDirect-tietokannoissa hakusanoina käytettiin englanninkielisiä vastineita, sanayhdistelmää ”patient education / and/gastroscopy / or / colonoscopy”. Cinahl-tietokannassa käytettiin myös hakusanoja ”gastroenterology nursing” ja ”nursing knowledge”. Tietokannoista haettiin artikkeleita myös hakusanoilla ”patient education” and ”written material”. Medic-tietokannassa vastaavasti hakusanoilla ”potilasohjaus ja potilasohje”. Hakua rajattiin vuosiin 2000-2012 artikkeleiden julkaisuvuoden mukaan. Kirjallisuushaussa esille tulleita lähteitä valikoitiin tähän opinnäytetyöhön sopivin kriteerein. Artikkeleiden analysointia tehtiin etsimällä taustatietoa tämän opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteeseen.

Kirjallisuuskatsauksessa haettiin tietoa hoitosuosituksista liittyen potilasohjaukseen, potilasohjausmenetelmiin ja tähystystutkimuksiin. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Niissä käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja

kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi. Suosituksia laatii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. (Käypä hoito. 2013). Potilasohjauksesta, potilasohjausmenetelmistä ja tähystystutkimuksista ei ole tehty näillä termein hoitosuosituksia Suomessa eikä kansainvälisesti, mikä tuli kirjallisuushaussa ilmi. Opinnäytetyössä on kuitenkin hyödynnetty joitakin aiheeseen liittyviä Käypä hoito-suosituksia.

2.1 Tähystystutkimukset

Ruokatorven tai paksusuolen rakennetta ja toimintaa voidaan tutkia useilla vakiintuneilla tutkimusmenetelmillä. Yksi niistä on endoskopia eli tähystystutkimus. Tähystystutkimuksilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä mahalaukun ja paksusuolen tähystyksiä (gastro- ja kolonoskopia). Tähystystutkimuksilla selvitetään vatsavaivojen syitä, jotka voivat johtua ruuansulatuskanavasta tai suolistosta. (Höckerstedt – Färkkilä – Kivilaakso – Pikkarainen 2007: 181). Esimerkiksi ileokolonoskopia, jossa tutkitaan peräsuolen ja koolonin lisäksi myös ileumin terminaalinen osa, on Crohnin taudin diagnosoinnissa primaaritutkimus. (Käypä hoito- suositus Crohnin tauti 2011).

Endoskopia on perustutkimus silloin, kun halutaan tutkia ruokatorven rakennetta (gastroskopia). Tavallisesti tutkitaan taipuisaa videoskooppia käyttäen ruokatorvi, mahalaukku ja pohjukaissuoli. Tutkimus tehdään yleensä ilman esilääkitystä kuuden tunnin paaston jälkeen. Nielemisvaikeus on aina gastroskopian aihe. Muita endoskopian aiheita ruokatorviperäistä sairautta epäiltäessä ovat toistuva närästys ja käänteisvirtaus (regurgitaatio) sekä rintakipu, jolle ei ole löytynyt sydänperäistä syytä. (Höckerstedt ym. 2007: 181). Gastroskopia on ensisijainen tutkimus yli 50-vuotiaille ylävatsakipuisille potilaille. Tähystys on tarpeellinen nuoremmillekin, joilla on hälyttäviä oireita (Niemelä 2009). Gastroskopia on tärkeä esimerkiksi keliakian diagnosoinnissa, keskeisiin kriteereihin kuuluvat gastroskopiassa otettavat kudokset. Gastroskopian yhteydessä suositellaan rutiinimaista näytteen ottoa pohjukaissuoletta; keliakia voi löytyä myös yllättäen. (Käypä hoito-suositus Keliakia 2010).

Paksusuolen tähystys eli kolonoskopia on tärkein menetelmä tutkittaessa perä- ja paksusuolen sairauksia. Kolonoskopia mielletään usein hankalaksi ja kajoavaksi, jopa kivuliaaksi tutkimukseksi. Potilaan huolellisen valmistelun ja teknisesti korkeatasoisen suorituksen ansiosta potilaat kokevat usein tutkimuksen oletettua helpommaksi

(Ristikankare 2006). Kolonoskopiatuskimus ei onnistu ilman paksusuolen tyhjentämistä. Jotta näkyvyys tutkimuksessa olisi hyvä, on suolen oltava tyhjä. Tyhjentäminen voidaan tehdä eri menetelmin. Yksi käyttökelpoisimmista on ns. juottotyhjennys, jossa juodaan polyetyleeniglykolipitoista elektrolyyttiliuosta tarvittava määrä siihen saakka, kunnes suolineste on kirkasta. Kolonoskoopit ovat videokolonoskooppeja, ja ne ovat 130-160cm pitkiä. Kolonoskopia mahdollistaa näytepalojen ottamisen histopatologista tutkimusta varten. Hoidolliset toimenpiteet, ns. lisätoimenpiteet kuten polyyppien poisto, vuotojen tyrehtyttäminen ja suoliahtaumien dilataatio ovat kolonoskopiassa mahdollisia, myös vierasesineitä voidaan poistaa suolesta tähystysteitse. (Höckerstedt ym. 2007:451-452). Useissa tutkimuksissa seulonnan on todettu vähentävän kuolleisuutta suolistosyöpään jopa 16 - 20 %. Sigmoidoskopian on havaittu vähentävän jopa kertaluonteisena seulontatestinä (55 - 64-vuotiaille suoritettuna) sekä suolistosyövän ilmaantuvuutta että taudin aiheuttamaa kuolleisuutta. Periytyvää suolistosyöpäalttiutta kantaville suuren riskin henkilöille paksusuolentähystyksiin perustuva seuranta on aiheellinen. (Hyöty – Palva – Malila 2010).

Kolonoskopia tehdään tavallisesti ilman esilääkitystä siitä huolimatta, että suolen venyttäminen tutkimuksen aikana aiheuttaa tavallisesti kipua, joka on kuitenkin oikealla tekniikalla pidettävissä siedettävänä. Pelokkaille ja jännittyneille potilaille voidaan antaa ennen tutkimusta esilääkitys, esimerkiksi midatsolaamia 5mg. Myös muiden bentsodiatsepiinien käyttö on mahdollista. On muistettava seurata potilasta pari tuntia tutkimuksen jälkeen jos esilääkkeitä on käytetty, ja kotiuttaessa on huolehdittava, että hänellä on saattaja. (Höckerstedt ym. 2007:452).

2.2 Potilasohjaus tähystystutkimuksissa

Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista sovelletaan muiden lakien ohella terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Potilaslaissa tarkoitettu tutkimus-, hoito- ja kuntoutussuunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan, hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. Laki korostaa suunnitelman laatimisessa yhteistyötä ja asiakkaan tasa-arvoista asemaa. Ohjaustilanteessa asiakkaalla on itsemääräämisoikeus, joka liittyy olennaisesti kohteluun, yhteiseen suunnitteluun ja tiedonsaantiin. Tiedonsaantioikeus tarkoittaa mm. sitä, että asiakkaalle on annettava selvitys hoidon merkityksestä, hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä, kun päätetään hänen hoitamisestaan. Selvitys tulee antaa myös riittävän ymmärrettävästi. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

painottaa ammattieettisissä velvollisuuksissa asiakkaan etua. Asiakkaalle koituvaa hyötyä lisäävät hänen osallistumisensa ohjaukseen, oikein ajoitettu ja toteutettu ohjaus (Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta - Johansson – Hirvonen – Renfors 2007:16-17).

Potilasohjaus voidaan määritellä olevan asiakkaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjaus on myös rakenteeltaan muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, ja se sisältää myös tiedon välittämistä. Potilasohjaukseen liittyy monia tekijöitä kuten fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät. Nämä tulee huomioida sekä asiakkaan ja hoitajan kannalta. (Kyngäs ym. 2007: 25). Potilasohjauksen tarkoituksena on lisätä potilaiden kykyä ja itseluottamusta itsehoitoon. (Bastable 2008: 10). Lisäksi potilasohjauksella voidaan edistää potilaan aloitteellisuutta parantaa arkeaan haluamallaan tavalla. Potilaalla tulisi olla aktiivinen rooli omassa hoidossaan. (Kyngäs ym. 2007: 25). Potilasohjauksella tulisi pyrkiä tukemaan potilasta muutoksessa passiivisesta hoitoon osallistujasta aktiiviseen itsehoito myönteiseen potilaaseen omassa hoitoprosessissaan. Sairaanhoidajien tärkein tehtävä hoidon toteuttajina on valmistella potilaita itsehoitoon. Onkin tärkeää, että sairaanhoidajia koulutetaan potilasohjaukseen, koska tällä voidaan vaikuttaa hoidon laatuun. (Bastable 2008: 10).

Hoitotyön ammattilaisen rooli potilaan ohjaamisessa on tärkeä (Falvo 2011: 22-23). Potilasohjauksen onnistuminen edellyttää hyvin suunniteltua ja valmisteltua ohjaustilannetta. Ohjaustilanteen suunnittelu alkaa potilaan tarpeista ja tavoitteiden asettamisesta. Tutustumalla potilaaseen aikaisempien sairauskertomusten tai lähetetietojen kautta hoitaja saa tarvitsemaansa tietoa muun muassa potilaan sairauksista. Aikaisempia tietoja hyväksikäyttäen ohjaus suunnitellaan vastaamaan potilaan yksilöllisiä tarpeita. Potilaan tarpeita ja ohjauksen tavoitteita täsmennetään ohjaustilanteessa, jossa potilas ja hoitaja keskustelevat tasavertaisesti. Ohjaustilanteessa hoitaja luo edellytykset ohjeiden vastaanottamiselle. Hoitajalla tulee olla taito kuunnella ja havainnoida potilasta. Potilaan ilmeet ja eleet kertovat hänen psyykkisestä tilastaan, kuten jännittyneisyydestä tai kiinnostuksen puutteesta, jotka voivat estää ohjeiden omaksumista. Hoitaja vaikuttaa omalla käyttäytymisellään ja sanattomalla viestinnällään ohjaustilanteen onnistumiseen. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 26-27). On todettu, että hoitoyön ammattilaiset voivat vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen ja lisätä potilasohjeiden noudattamista. Empatialla voidaan herättää luottamusta potilaassa, ja auttaa häntä keskustelamaan hoitoon liittyvistä vaikeista ja

epämukavista asioista. Tämän tyyppinen suhde potilaaseen ohjaustilanteessa antaa hoitotyön ammattilaisesta kuvan, että hän kuuntelee ja ymmärtää potilasta kuitenkin tuomitsematta tätä (Falvo 2011: 22-23). Potilasohjaus voidaan katsoa olevan myös osa hoitajien vastuuta terveyden- ja sairaanhoidossa. (Bastable 2008: 11).

Tutkimuksessa henkilöstön käsityksistä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa tarkasteltiin seuraavia ohjauksen osa-alueita: henkilöstön tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset ohjausvalmiudet, ohjausmenetelmien hallinta ja ohjauksen toimintamahdollisuudet sekä ohjauksen toteutus. Laadukas ohjaus vaatii asianmukaisia toimintaedellytyksiä ja hyvää ohjauksen toteutusta. Henkilöstön tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat tuotettujen palveluiden laatuun. Asianmukaiset resurssit, kuten ohjaukseen käytettävät materiaalit, ajan käyttö ja tilat, ovat laadukkaan potilasohjauksen edellytys. Hoitohenkilöstöllä ja johtajilla on vastuu siitä, kuinka ohjausta arvostetaan hoitotyön osana. (Lipponen – Kanste – Kyngäs – Ukkola 2008:121-135).

Eräässä tutkimuksessa tutkittiin potilasohjeiden antoa gastroskopiaan. Kyselytutkimus tehtiin potilaille ja sairaanhoitajille. Tässä tutkimuksessa katsottiin potilasohjauksella olevan vaikutusta hoidon laatuun. Tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajilla oli suurin rooli ohjeiden annossa liittyen tutkimukseen. Kyselyssä oli eritelty tiedon antoa ennen tähytystä, tiedon antoa tähytyksen aikana ja sen jälkeen. (Thompson – Melby – Parahoo – Ridley – Humphreys 2003: 899-911). Ylinen ym. ovat tutkineet sairaanhoitajien tietoja ja taitoja kivun hoidosta kolonoskopiassa (Ylinen – Vehviläinen-Julkunen – Pietilä 2007: 1125-1133). Samoin he ovat tutkineet toisessa tutkimuksessaan potilaiden aikaisemman kipukokemuksen, pelkokokemuksen ja ei-lääkkeellisen hoidon vaikutuksia kolonoskopiassa (Ylinen – Vehviläinen-Julkunen – Pietilä 2009:1937-1944).

2.3 Potilasohjausmenetelmät

Potilasohjausmenetelmillä tarkoitetaan muun muassa yksilöohjausta, ryhmäohjausta ja audiovisuaalista ohjausta. Potilasohjausmenetelmän valinta perustuu potilaan tai asiakkaan kykyyn omaksua tietoa. Hoitajan tehtävä on arvioida, mikä menetelmä sopii potilaalle parhaiten. Usein yksi menetelmä ei ole parhain, vaan hyvä potilasohjaus perustuu eri ohjausmenetelmien yhdistämiseen potilaalle parhaimmalla mahdollisella

tavalla. (Kynäs ym. 2007: 73). Potilasohjauksessa on tärkeää kiinnittää huomiota potilaiden yksilöllisiin oppimistarpeisiin ja voimavaroihin, joita tukemaan tarvitaan erimuotoista ohjausmateriaalia. (Liimatainen – Hautala – Perko 2005:49). Tässä opinnäytetyössä keskitytään yksilöohjaukseen, mitä täydennetään kirjallisella potilasohjausmateriaalilla.

Neuvonta tai ohjaus on keskeinen osa potilaan kokonaisuhoitoa. Sen tavoitteena on auttaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Joskus tavoitteen saavuttamiseksi riittää, että potilas saa ainoastaan ohjeen siitä, miten hänen tulee toimia tietyssä tilanteessa, esimerkiksi tutkimukseen valmistautumisessa. Onnistunut potilasohjaus voi parhaimmillaan lyhentää hoitoaikoja ja vähentää potilaan hoitokontaktien määrää ja niiden tarvetta. Yksilöohjauksessa potilaalla on mahdollisuus välittömästi kysyä, mikäli jokin asia vaikuttaa epäselvältä (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 24- 25). Yksilöohjaus sisältää annetut ohjeet ja tiedon yksilöllisesti kohdistettuna ohjattavalle potilaalle. Yksilöohjaus on mahdollisuus sekä ohjaajalle että ohjattavalle viestiä tiedoista ja tuntemuksista suullisesti, toki non-verbaalinen viestintä huomioiden. Yksilöohjaus ei tulisi koskaan olla luentomaista vaan pohjautua potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Yksilöohjaus tarjoaa mahdollisuuden välittömään palautteeseen ohjaajan ja ohjattavan välillä. Ohjaustilanteeseen vaikuttavat monet tekijät. Osa niistä voi estää ohjauksen perille menoa ja osa edistää sitä. Tietotulva on yksi ohjauksen esteistä, sillä runsas tieto hukuttaa helposti alleen olennaisimman asian. Henkilökohtaisen, suullisen ohjauksen haittapuoli on unohtaminen. Tärkein osa ohjauksesta voi unohtua hetkessä. (Bastable 2008: 436; 440. & Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002:29).

Kirjallinen ohje suullisen ohjauksen tukena on usein välttämätön. On myös tärkeää, ettei suullinen ohjaus ole ristiriidassa kirjallisen ohjeen kanssa. Lisäksi eri asiantuntijoiden antaman ohjauksen tulee olla samansuuntaista ja toisiaan täydentävää. Kirjallisten potilasohjeiden etuna on myös se, että potilaan omaiset saavat tietoa kotihoidosta. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002:29). Kirjallisilla ohjeilla pyritään vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin. Antamalla potilaille kirjallisia ohjeita pyritään välttämään ja korjaamaan väärinkäsityksiä, vähentämään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisäämään tietoa saatavilla olevista palveluista. Kirjalliset ohjeet on tarkoitettu myös antamaan potilaille ohjeita sairautensa liittyvistä asioista, valmistamaan tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä auttamaan potilasta sopeutumaan sairautensa ja suunnittelemaan elämäänsä sairauden kanssa tai sen

hoidon aikana. Kirjallisten ohjeiden käyttäminen onkin noussut tärkeään osaan, jotta potilas saisi tarvitsemansa tiedot ennen hoitoa ja vielä hoitokontaktin päättymisen jälkeen. Väistämättä tämä edellyttää nykyistä tiiviimpää paneutumista kirjalliseen ohjaukseen. Olennaista kirjallisessa ohjeistuksessa on ohjeiden oikeellisuus ja miten asiat niissä kerrotaan. (Lipponen – Kyngäs - Kääriäinen 2006: 66).

Kirjallisten ohjeiden tulee tukea myös potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista terveydenhuollossa. Ohjeiden ensisijainen tavoite on potilaiden kasvatus ja vastaaminen potilaita askarruttaviin kysymyksiin. (Lipponen – Kyngäs - Kääriäinen 2006: 66). Tieto auttaa potilasta ennakoimaan tulevia tilanteita ja orientoitumaan niihin. Kirjallisessa potilasohjeessa asiat ilmaistaan usein lyhyen ytimekkäästi ja täsmällisesti, jopa luettelomaisesti, jotta tärkeät asiat saadaan hyvin esiin. Tällainen ohje toimii tavallaan myös potilaan muistilistana. Siitä on helppo tarkastaa, onko valmistautuminen ollut ohjeiden mukaista. Esimerkiksi jotkut tutkimukset ja toimenpiteet vaativat potilailta huolellista valmistautumista. Ilman selviä ohjeita, pelkän muistin varassa valmistautuminen on epävarmaa. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002:25).

Tutkimusten mukaan potilaskeskeinen ohjaus on tuloksellisempaa kuin hoitajakeskeinen ohjaus, jossa potilas on passiivinen tiedon vastaanottaja. Ohjaukseen käytetty aika on ratkaiseva ohjauksen onnistumiselle. Tilanteessa, jossa on riittävästi aikaa keskusteluun ja kysymysten esittämiseen, ehtii syntyä potilasta tukeva ilmapiiri. (Kralik ym. 2001: 600; Paterson 2001: 577; Johansson ym. 2003; Kyngäs 2003:748). Ohjaustilanteessa hoitajan ja potilaan tasavertainen keskustelu, joka kunnioittaa potilaan mielipidettä ja kokemuksia, tukee potilasta enemmän kuin hoitajajohtoinen ja rutiinomainen ohjaus. (Paterson 2001:579; Kyngäs 2003: 750). Potilaat halusivat laadullisen tutkimuksen mukaan ohjauksen olevan henkilökohtaista, yksilöllistä, potilaan tilanne ja tarpeet huomioivaa. Myös kahdenkeskistä ohjausta hoitajan kanssa toivottiin, jolloin potilas kokisi, että hänen asioistaan ollaan aidosti kiinnostuneita. (Sonninen – Kinnunen - Pietilä 2006).

Tutkimuksen mukaan kirjallinen ohjausmateriaali oli ollut tärkeä tiedonlähde potilaille, vaikka se myös koettiin vaikeaksikin. Henkilökunnan kiire, lyhyet hoitoajat ja henkilökunnan kokemattomuus vaikuttivat ohjauksen riittämättömyyteen. Ruokavalioon liittyvät ohjeet, jotka olivat olleet toimivia käytännössä, olivat vaikuttaneet tutkimukseen osallistuneiden valintoihin. He kokivat, että ohjaus antoi mahdollisuuden

seurata itse omaa tilannetta ja tehdä sen mukaisia päätöksiä. Tutkimuksen mukaan potilaat haluaisivat potilasohjauksen sisältävän käytäntöä tukevaa tietoa. Teoriatiedon lisäksi potilaat haluaisivat potilasohjauksen olevan rohkaisevaa. Hoitovaihtoehtoista keskustelu toisi potilaalle positiivisen kuvan mahdollisuuksista hoitaa sairautta. Potilaiden mielestä potilasohjauksen tulisi kannustaa potilaita normaaliin elämään. (Sonninen – Kinnunen - Pietilä 2006).

2.4 Tähystystutkimuksien potilasohjeiden sisältö

Potilasohjeita on kaiken kaikkiaan paljon ja niiden hallinta sekä päivittäminen on työlästä. Parhaimmatkaan ohjeet eivät toimi, elleivät ne ole helposti saatavilla. Tietotekniikka on mahdollistanut potilasohjeiden sähköisen tallentamisen ja käytön tietoverkkojen kautta. Sähköiset potilasohjeet ovat myös helpommin päivitettävissä kuin paperiset potilasohjeet. Paperimuotoisia ohjeita tarvitaan edelleen, koska jokaisessa työyksiossä on oltava yhden paperiset mallikappaleet jokaisesta käytössä olevasta ohjeesta. Paperimuotoisia ohjeita annetaan potilaalle mukaan, ja mahdollisten tietoteknisten ongelmien aikana mallikappaleesta voidaan ottaa kopio potilaalle. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 60).

Hyvä potilasohje puhuttelee potilasta. Tämä on erityisen tärkeää silloin, kun ohje sisältää käytännön toimintaohjeita. Näin lukijalle selviää heti, että ohje koskee häntä. Ohjeen otsikko määrittää, mihin liittyvästä ohjeesta on kysymys. Suorien käskyjen tilalla on toimivampaa käyttää perusteluja. Näin potilaalle jää myös mahdollisuus toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan. Potilasohjeissa tiedon tulee olla virheetöntä, objektiivista ja ajan tasalla olevaa. Lukijan on voitava luottaa siihen että tieto on oikeaa. Sisällöstä tulisi löytyä vastauksia kysymyksiin mitä, miksi, miten, milloin ja missä. Sopivan tietomäärän rajaaminen voi olla vaikeaa. Tärkeintä on tarjota lukijalle tieto, joka on hänen kannaltaan olennaista. (Liimatainen – Hautala – Perko 2005: 50).

Mahalaukun tähystyksen eli gastrokopian onnistuminen edellyttää, että mahalaukku on tyhjä. Suosituksena on, että potilas valmistautuu tähystystutkimukseen olemalla syömättä ja juomatta edeltävästä illasta tai vähintään kuusi tuntia. Mahdolliset lääkitykset tarkistetaan potilaskohtaisesti. Tähystyksen jälkeen nautitaan viileää, pehmeää ruokaa. Jos nielua on puudutettu tutkimuksen yhteydessä, on oltava ravinnotta 1–2 tuntia tutkimuksen jälkeen aspiraatiovaaran takia. (Kunnamo 2009).

Paksusuolen tähystystutkimuksessa on erittäin tärkeää, että näkyvyys olisi hyvä ja

suolen oltava tyhjä. Potilasohjeiden sisältöön kolonoskopiaan kuuluu ruokavalio-ohjeet ennen tutkimusta. Noin viikon ajan ennen tutkimusta kiinnitetään huomiota ruokavalion koostumukseen: paistettuja ruokia, täysjyvätuotteita sekä vihanneksia, marjoja ja hedelmiä vältetään. Ruokavaliosta tulee tässä kohtaa jättää pois kaikki siemeniä sisältävät ruoka-aineet. Rautalääkitys ja mahdollinen kuitulisä (esim. Vi-Siblin) on jätettävä tauolle. Sallittuja ruoka-aineita ovat valkoinen leipä, riisi, makaronit, vähärasvainen keitetty liha (broileri, kalkkuna ja kala). Kahvia ja teetä saa nauttia normaalisti. Varsinainen suolen tyhjennys aloitetaan pari päivää ennen täyhystystutkimusta. Tyhjennykseen käytetään tavallisimmin tyhjennysliuosta. Liuos on elimistöön imeytymätöntä polyetyleeniglykoli-elektrolyyttiliuosta, joka huuhtelee suolen puhtaaksi. Liuosta juodaan yhteensä 3–5 litraa. Tutkimuspäivänä potilaan tulee juoda vain vettä, mehua, teetä ja mustaa kahvia. Myös ravintolisää voidaan käyttää. Suolen tyhjentäminen on ehdoton edellytys hyvälle näkyvyydelle ja tutkimuksen onnistumiselle. (Mustajoki – Kaukua 2008).

Opinnäytetyöhön liittyvässä kirjallisuuskatsauksessa tehtiin potilasohjeiden sisällöstä yhteenveto (Liite 6. ja 7.) vertaillen kuutta potilasohjetta gastroskopiaan ja kolonoskopiaan. Opinnäytetyön tekijä valitsi Diacorin potilasohjeiden lisäksi satunnaisesti viisi potilasohjetta näistä tutkimuksista. Potilasohjeita valikoitui vertailuun sekä yksityisiltä lääkäriasemaketjuilta että julkisen sektorin potilasohjeita. Valikoidut potilasohjeet olivat vapaasti saatavilla tutkimuksia tekevien yksiköiden internet-sivuilla. Potilasohjeiden sisällöstä tehtiin yhteenveto, jotta saatiin koottua potilasohjeiden keskeiset aihealueet. Näistä aihealueista muodostettiin kysymyksiä kyselylomakkeelle.

Valmistautumisohjeissa gastroskopiaan oli seuraavia aihealueita. Kaikissa mahalaukun tähystyksen eli gastroskopian valmistautumisohjeissa oli kerrottu miten tutkimus tehdään. Viidessä ohjeessa kuudesta oli kerrottu myös tutkimuksen tarkoituksesta. Kaikissa valmistautumisohjeissa oli ohjattu potilasta olemaan syömättä kuusi tuntia ennen tähystystä. Valmistautumisohjeissa oli eroavaisuutta siinä, kuinka kauan potilaan tulee olla juomatta ennen mahalaukun tähystystä. Kolmessa potilasohjeessa ohjattiin olemaan juomatta kuusi tuntia ennen tähystystä, kahdessa kaksi tuntia ja yhdessä neljä tuntia. Kaikissa valmistautumisohjeissa annettiin ohjeita säännöllisesti käytössä olevien lääkkeiden käytöstä. Muun muassa lääkityksiin liittyen viidessä potilasohjeessa oli annettu erityisohjeita. Esilääkkeen tai lääkityksestä tähystyksen aikana oli kerrottu kahdessa valmistautumisohjeessa, ja annettu ohjeita siihen liittyen. Kaikissa näissä kuudessa valmistautumisohjeessa oli kerrottu kotihoito-ohjeita tähystyksen jälkeen.

Aihealueita valmistautumisohjeissa kolonoskopiaan on kuvattu seuraavaksi. Kaikissa valmistautumisohjeissa paksusuolen tähystykseen oli kerrottu miten tutkimus tehdään ja tutkimuksen tarkoituksesta. Kaikissa kuudessa valmistautumisohjeessa oli mainittu ruokavalio- ja lääkitysohjeet viikkoa ennen tähystystutkimusta. Ruokavalio-ohjeissa painotettiin, mitä ruoka-aineita tulee välttää. Ruokavaliota tulee yleensä keventää vielä ennen tutkimuspäivää, kaikissa ohjeissa olit kehoitettu näin tekemään. Vaihtelua ohjeissa oli kevennettyyn ruokavalioon 1-3 vuorokautta. Lääkityksestä annettiin myös erityisohjeita kaikissa ohjeissa liittyen esimerkiksi verenohennuslääkitykseen. Viidessä potilasohjeessa kuudesta oli mainittu mahdollisuudesta esilääkkeeseen tai lääkityksestä tutkimuksen aikana. Viidessä valmistautumisohjeessa paksusuolen tähystykseen oli annettu yksityiskohtaisia ohjeita suolen tyhjentämiseen. Yhdessä ohjeessa mainittiin erillinen ohje, mitä ei ollut internetissä saatavilla. Potilasohjeissa oli ohjattu käytettävän suolen tyhjentämiseen eri valmisteita, esimerkiksi Colonsteril- tai Moviprep -tyhjennysliuoksia. Julkisen sektorin valmistautumisohjeissa annettiin myös mahdollisuus mennä esimerkiksi sairaalan poliklinikalle suolen tyhjennystä varten, jos tyhjennys ei onnistu kotona.

3. Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Tutkimuksen perusta on täsmällisesti tutkimusongelmassa ja siitä johdetuissa tutkimuskysymyksissä. Teoreettiset tutkimuskysymykset ovat niitä, joihin halutaan tutkimusongelmassa vastata. Kysymys on pulmasta, syvällisestä kysymyksestä tai ratkaistavasta tehtävästä. Ongelma on siis yleisluontoinen asia, joka halutaan selvittää tutkimuksen avulla. Omassa opinnäytetyössäni tutkimusongelmat muodostettiin käytännön tarpeiden mukaisesti. Tutkimusongelmat ja opinnäytetyön aihetta rajattiin koskemaan sitä miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita ja mitä tietoja sairaanhoitajat huomioivat potilaan ohjaamisessa gastro- ja kolonoskopiaan. Jos tutkimusongelman ja tutkimustehtävien rajaus ei toimi, tutkimus voi osoittautua liian laajaksi. (Vilka 2007: 45-46).

Opinnäytetyön tavoitteena on vahvistaa Diacorin tähystystoiminnan potilasohjauksen yhdenmukaisuutta ja laatua. Yksi Diacorin arvoista on erinomainen asiakaspalvelu. Laadunhallinnassa pyritään ymmärtämään asiakkaiden nykyiset ja tulevat tarpeet, täyttämään asiakkaiden vaatimukset sekä ylittämään asiakkaiden odotukset.

Opinnäytetyön tarkoituksena ja kehittämistehtävänä on tuottaa sairaanhoitajille ohjausrunko tähystystutkimuksien potilasohjaukseen. Ohjausrungon avulla voidaan yhdenmukaistaa potilaan ohjausta tähystystutkimuksiin, ja laajentaa ohjaustoimintaa myös muille kuin tähystystutkimuksia tekeville Diacorin lääkäriasemille. Ohjausrunkoa voidaan jatkossa hyödyntää sairaanhoitajien perehdytyksessä.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät:

1. Miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita gastro- ja kolonoskopiaan?
2. Mitä tietoja sairaanhoitajat huomioivat potilaan ohjaamisessa gastro- ja kolonoskopiaan?

Opinnäytetyön kehittämistehtävä:

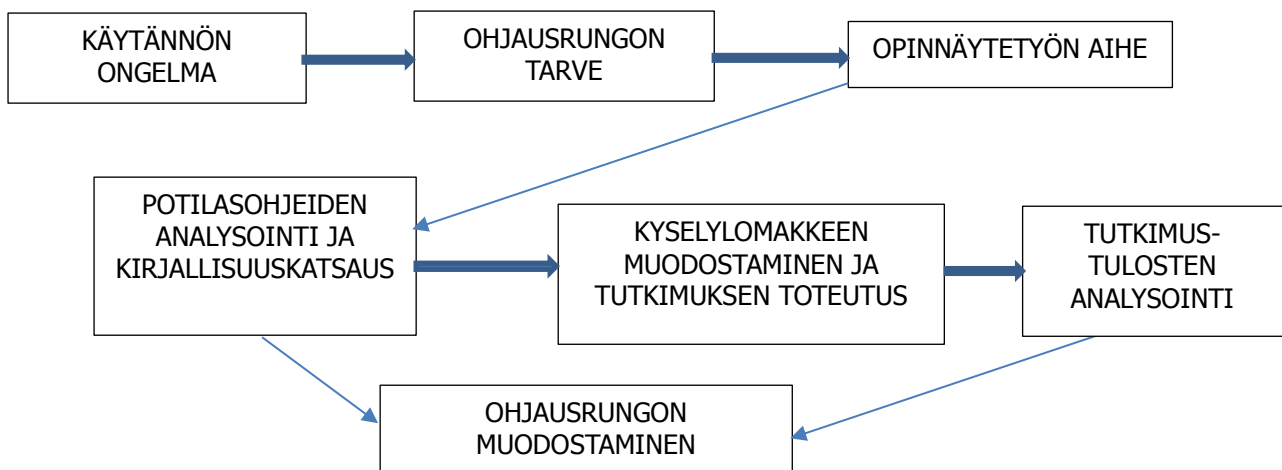
- Ohjausrungon kehittäminen tähystystutkimuksien potilasohjaukseen sairaanhoitajille Diacorissa.

4. Aineistonkeruumenetelmät

4.1 Aineistonkeruumenetelmät ja otanta

Tutkivan kehittämisen ja uuden tiedon tuottamisen toteutusvaihetta luonnehtii monimenetelmällisyys. Oleellista tutkivan kehittämisen toteutuksessa on, että menetelmien valinta, aineiston kerääminen ja analyysi sekä tulosten esittäminen toteutetaan siten, että kehittämistyön käynnistänyt käytännön ongelma saadaan ratkaistuksi. Tutkimusotteella on merkitys tiedon keräämisessä ja tuottamisessa. Määrällisiä eli kvantitatiivisia menetelmiä käytettäessä tulokset saavutetaan esimerkiksi mittaamalla ja tilastollisilla analyyseillä. Laadullisilla menetelmillä ja laadullisen sisällönanalyysin keinoin saadaan tulkintaan, ymmärtämiseen ja merkityksen antoon tähtäväää tietoa. (Heikkilä – Jokinen - Nurmela 2008: 110 -111). Tutkimuksen toteuttaminen tarkoittaa tutkimuksen käytännön toteutusta tutkimussuunnitelman mukaisesti. Toteuttaminen muodostuu seuraavista pääkohdista: tutkimusaineiston hankinta, tutkimusaineiston luokittelusta tai ryhmittelystä tutkittavaan muotoon, tutkimusaineiston analyysistä ja tutkimustulosten, johtopäätösten ja kehittämis- tai toimintaehdotuksien esittämisestä. (Vilkkä 2007: 61).

Kuviossa 1. on kuvattu tässä opinnäytetyössä toteutetun kehittämistyön prosessi. Opinnäytetyön kehittämisprosessin kohteena ovat ohjausrungot sairaanhoitajille potilaan ohjaamiseen tähyystutkimuksiin. Lähtökohtana kuviossa on esitetty käytännön ongelma, joka oli sairaanhoitajien kaipaama tuki potilaiden ohjaamiseen tähyystutkimuksissa. Tästä johdettiin ohjausrungon tarve ja opinnäytetyön aihe. Prosessi eteni olemassa olevien potilasohjeiden analysointiin ja kirjallisuuskatsaukseen. Sen jälkeen muodostettiin kyselylomake, ja toteutettiin tutkimus Diacorin sairaanhoitajille, jotka toimivat tähyystutkimuksia tekevillä lääkäriasemilla. Ohjausrungon muodostamisessa hyödynnettiin kirjallisuuskatsausta, aiemmin analysoituja potilasohjeita ja tutkimustuloksia.



Kuvio 1. Ohjausrungon kehittämisprosessi

Tutkimusmenetelmän valintaa tai soveltuvuutta sekä tutkimusaineiston keräämisen tapaa tulisi miettiä jo tutkimuksen aiheen ideoinnissa. Tutkimusmenetelmän valinta liittyy kysymykseen tiedonintressistä. Tiedonintressi on vastaus kysymykseen, millaista tietoa tällä tutkimuksella tavoitellaan. Määrällisen tutkimusmenetelmän tiedonintressinä, tavoitteena, on saavuttaa numeraalista tietoa. Laadullisen tutkimusmenetelmän tiedonintressinä, tavoitteena, on saavuttaa tietoa, joka auttaa ilmiön tai asian ymmärtämisessä. Jo opinnäytetyön ideointivaiheessa ja tutkimussuunnitelmaa kirjatessa on varmistettava, että tutkittava asia on mitattavissa ja testattavissa. Tutkittava teoreettinen asia tai ilmiö voi olla mikä tahansa, jos se on operationalisoitavissa eli muutettavissa mitattavaan muotoon. Tämä tarkoittaa, että siirrytään teoreettiselta (määritelmät, osatekijät) tasolta empiiriselle tasolle (kyselylomake). Tulokinnassa edetään vuorostaan päinvastoin. Operationalisointi

edellyttää, että tutkija tuntee tutkittavan kohderyhmän eli tutkimusjoukon. Näin tutkija voi varmistaa, että teoreettiset käsitteet ovat siirtyneet empiiriselle tasolle tutkittavalle ymmärrettävällä tavalla. Kyselylomakkeen on mitattava juuri sitä, mitä teoreettisilla käsitteillä väitetään mitattavan. (Vilka 2007:49; 81).

Tässä opinnäytetyössä toteutetaan kvantitatiivista tutkimusotetta, koska sen avulla voi saada mahdollisimman hyvin tietoa sairaanhoitajien näkemyksistä potilasohjaukseen tähestytutkimuksissa. Soveltavaan tutkimukseen viitataan tässä kohtaa, koska tutkimukseni otanta ei ole kovin suuri. Kvantitatiivinen tutkimus tehdään siten, että se on käytännön tarpeista lähtöisin sekä siihen sisällytetään kvalitatiivista tutkimussuuntausta puolistrukturoiduilla kysymyksillä. Strukturoiduissa kysymyksissä vastaajille annetaan valmiit vastausvaihtoehdot. Puolistrukturoiduilla kysymyksillä saadaan tarkennusta määrälliseen aineistoon ja näkökulmia, joita opinnäytetyön tekijä ei ole etukäteen osannut ajatella. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä tulee esille aineiston analysoinnissa. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2002: 185-186).

Opinnäytetyöhön liittyvä kyselylomake valmisteltiin tammikuun 2011 aikana, ja sen arviointi tapahtui helmi- ja maaliskuun vaihteessa. Kyselylomake arvioitiin asiantuntijoiden toimesta Diacorin henkilöstöhallinnossa. Kyselylomake muodostettiin aikaisempien tutkimusten perusteella ja Diacorin olemassa olevien potilasohjeiden sekä muiden tutkimuksia tekevien tahojen potilasohjeiden pohjalta. Kyselylomakkeella on strukturoituja ja puolistrukturoituja kysymyksiä. Kyselylomakkeella olevat kysymykset oli jaettu kolmeen osaan. Ensimmäisessä osassa kysyttiin taustatietoja (6 kysymystä). Toisessa osassa kysymykset koskivat potilaan ohjaamista ennen tähestytutkimuksia (22 kysymystä). Tässä osiossa haettiin vastauksia toiseen tutkimustehtävään eli mitä tietoja sairaanhoitajat huomioivat potilaan ohjaamisessa gastro- ja kolonoskopiaan. Toisessa osassa kysymyksissä 7. – 17. oli kyllä/ei-vastausvaihtoehdot. Vastaajia pyydettiin antamaan esimerkkejä avoimilla kysymyksillä neljässä kysymyksessä. Toisen osion kysymyksiin 18. -28. oli annettu vastausvaihtoehdot (1) täysin samaa mieltä, (2) osittain samaa mieltä, (3) osittain eri mieltä ja (4) täysin eri mieltä. Vastaajien piti ympäröidä jokaisen kysymyksen kohdalla parhaiten heidän mielipidettään kuvaava vastausvaihtoehto. Toisessa osassa kysymykset 7.-16.; 18.-20. ja 27.-28. koskivat potilasohjauksen sisältöä. Muut toisessa osassa olevat kysymykset koskivat potilasohjausmenetelmää. Kolmannessa osiossa kysymykset koskivat potilasohjeita gastro- ja kolonoskopiaissa sekä potilasohjausmenetelmiä (9 kysymystä). Tämän osion kysymyksillä haettiin vastauksia toiseen tutkimustehtävään eli miten sairaanhoitajat

ohjaavat potilaita gastro- ja kolonoskopiaihin. Kolmannen osion kysymyksissä (29.-34.) oli annettu vastausvaihtoehdot samalla asteikolla 1-4 (täysin samaa mieltä- täysin eri mieltä) kuin toisessakin osiossa. Kysymyksissä 35.-37. oli kyllä/ei –vastausvaihtoehdot. Puolistrukturoiduilla kysymyksillä kysyttiin tarkennusta valmiiseen vastausvaihtoehtoon kahdeksassa kysymyksessä. Puolistrukturoituja kysymyksiä oli kaikissa kolmessa osiossa. Tutkimukseen valittiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimussuuntausta, koska tutkimusjoukko on melko pieni. Kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimussuuntausta voidaan pitää toisiaan täydentävinä, ja tavoitteena on saada mahdollisimman monipuoliset ja kuvailevat tulokset tutkittavasta ongelmasta (Hirsjärvi - Remes – Sajavaara 2002: 125).

Tutkimusmenetelmän valinnan jälkeen päätetään aineistonkeruutapa. Tämän jälkeen pohditaan, minkä kokoinen tutkimusaineisto tarvitaan vastaamaan tutkimusongelmaan kattavasti. Otantamenetelmiä on useita ja opinnäytetyön tekijä päättää, mikä niistä on tarkoituksenmukaisin tutkimusongelman, tutkimuksen tavoitteiden ja käytettävissä olevien resurssien kannalta. (Vilka 2007: 77-78). Tutkimus kiinnittää huomion aina johonkin tiettyyn kohteeseen, perusjoukkoon. Mikäli koko perusjoukon yksilöt tutkitaan, niin kysymyksessä on kokonaistutkimus. Perusjoukosta voidaan tutkia vain osaa. Tällöin tutkittavan osan valinta tapahtuu jotakin otantamenetelmää käyttäen. Tutkittavan perusjoukon osajoukkoa sanotaan otokseksi, jos jokaisella perusjoukon yksilöllä on yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi otokseen. Muussa tapauksessa tutkittava osajoukko on näyte. Otantamenetelmät, jotka eivät perustu todennäköisyyteen, ovat subjektiivisia. Harkinnanvarainen otanta perustuu siihen, että tutkimuksen tekijä itse valitsee tutkittavansa. Tarkan otantayksiköiden valintamenettelyn puute voi antaa harhaanjohtavia tuloksia, sillä otoksen valintamenettely ei takaa edustavuutta. Harkinnanvaraisen otannan perusteella ei yleensä saada edustavaa otosta. Siksi teoreettisesti ei ole perusteltua yleistää otoksesta saatuja tuloksia koskemaan koko perusjoukkoa. (Holopainen – Tenhunen - Vuorinen 2004: 4-15, 19).

Tässä opinnäytetyössä otanta koostuu niistä sairaanhoitajista (N=36), jotka työskentelevät Diacorin neljällä lääkäriasemalla missä toteutetaan tähystystoimintaa. Tämä otantamenetelmä on tarkoituksenmukainen otos, koska tutkimukseen valitaan vain osa Diacorissa työskentelevistä sairaanhoitajista. Opinnäytetyössä halutaan tietoa sairaanhoitajien ohjaustoiminnasta tähystystutkimuksissa. Siten tähystystoimintaa tekevät lääkäriasemat, ja niillä toimivat sairaanhoitajat ovat hyvä valinta tähän tutkimukseen. Opinnäytetyössäni tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen ja asioiden

ymmärrykseen haetaan vastauksia kyselylomakkeen puolistrukturoiduilla kysymyksillä. Tutkimuksen tuloksia pyritään soveltamaan käytäntöön ja siten pyritään kehittämään käytännön toimintaa.

Helmikuun 2011 aikana informoitiin sairaanhoitajien esimiehiä ja tähystystutkimuksia tekevien Diacorin neljän lääkäriaseman sairaanhoitajia ennakkotiedotteella tulevasta kyselystä. Tiedottaminen tapahtui sähköpostilla ja toimenpiteen kehittämispäällikön toimesta sairaanhoitajien esimiehille. Kyselytutkimus toteutettiin ajalla 14 -28.3.2011. Vastausaikaa kyselyyn annettiin siis kaksi viikkoa. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella Diacorin neljän lääkäriaseman sairaanhoitajilta (N=36). Aineiston analyysi aloitettiin tutkimusaineiston keräämisen jälkeen. Tavoitteena oli saada ohjausrunko gastro- ja kolonoskopiaihin valmiiksi syksyn 2012 aikana. Ohjausrungon valmistelussa hyödynnettiin tässä opinnäytetyössä saatuja tutkimustuloksia, muita aiheeseen liittyviä tutkimuksia, kirjallisuutta ja olemassa olevia potilasohjeita Ohjausrunko ja tutkimustulokset esitettiin Diacorin sairaanhoitajien koulutuspäivässä maaliskuussa 2013. Opinnäytetyö on valmis joulukuussa 2013.

4.2 Aineiston analyysimenetelmät

Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin. Tarkoituksena tutkimuksen analysointivaiheessa on valita sellainen analyysitapa, joka parhaiten tuo vastauksen tutkimustehtävään. Kuvaavaan pyrkivässä lähestymistavassa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmän tekoa. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti kvalitatiivista sisällönanalyysia ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi - Remes – Sajavaara 2002:210). Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto tullaan analysoimaan siis sekä tilastollista menetelmää että sisällön analyysia käyttäen.

Kyselytutkimuksen aineistoa analysoidaan numeerisessa muodossa, ja se muodostaa havaintomatriisin, jossa jokaisella yksiköllä on arvo kullakin muuttujalla. Muuttujien mitta-asteikot luokitellaan tyypillisesti neljään eri mittaustasoon, jotka vaikuttavat niiden tilastolliseen käsittelyyn. Nämä ovat laatuero-, järjestys-, välimatka- ja suhdelukuasteikko. Kyselytutkimus etenee aineistonkeruun jälkeen siten, että se muokataan tilastollisen käsittelyn edellyttämään muotoon, ja tämän jälkeen se analysoidaan ja tulkitaan. Päätökset suljettujen ja ennalta merkittyjen vastausten käsittelystä tehdään käytännössä jo lomakkeen suunnitteluvaiheessa. Avoimet vastaukset on koodattava, jos niitä halutaan käsitellä numeerisesti. (Ahola 2007:68).

Opinnäytetyössäni avoimet kysymykset analysoidaan sisällönanalyysia käyttäen, jotta voidaan ymmärtää miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita ja mitä tietoja hoitajat huomioivat potilaan ohjaamisessa. Tässä vaiheessa tutkijan on myös päätettävä, mitä analysointiohjelmaa hän käyttää analysoinnissa (Ahola 2007:68). Opinnäytetyössä aineiston analysointiin käytettiin PASW-tilasto-ohjelmaa. Kyselyn tulosten työstämisessä hyödynnettiin Excel- taulukko-ohjelmaa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009:100).

Sisällönanalyysi on tyypillinen tapa analysoida kvalitatiivista tutkimusaineistoa. Se on kvalitatiivisten aineistojen perusanalyysimenetelmä, jonka ideaa käytetään erilaisissa kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavoissa. Sen avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 131 -134). Sisällönanalyysilla tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 23). Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja ja käsitekarttoja. Sisällönanalyysissa on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 23). Sisällönanalyysi on enemmän kuin yksinkertainen tekniikka, jolla tuotetaan yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia, koska sillä tavoitetaan myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Toistaiseksi hoitotieteessä induktiivinen (aineistolähtöinen) sisällönanalyysi on ollut enemmän käytössä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 131 -134).

4.3 Ohjausrungon mallintaminen

Mallintaminen on yleiskäsite, jota on käytetty kuvaamaan maailman tai ihmisen toiminnan jäsentämistä jonkin sovitun käsitejärjestelmän mukaisesti. Mallintamisella pyritään yleensä jonkin järjestelmän olennaisten piirteiden pelkistämiseen tarkasteltavan kysymyksen näkökulmasta. Työprosessin mallintaminen on työn kuvaamisen tapa. Se on työprosessin tavoitteiden, kohteen, työmenetelmien ja ihmisen toiminnan kuvaamista. Työprosessien mallit ovat toiminnan sanallisia kuvauksia. (Leppänen 2000: 9). Esimerkkinä eräässä tutkimuksessa mallinnettiin hoitotyötä siten, että tuloksena syntyneitä hoitotyön toimintojen luokitusta voidaan käyttää potilaan hoidon dokumentoinnissa ja tiedon siirtämisessä potilaan hoitojakson aikana. (Ensio 2001).

Potilaan ohjausrungon tai ohjaussuunnitelman (the patient teaching plan) tarkoituksena on auttaa hoitotyön ammattilaisia kehittämään ja jäsentämään selkeästi, tiivistetyt ohjeet suunnitellusta ohjausaiheesta sekä perustuen potilaan tarpeisiin. Erilaiset potilaat tarvitsevat erilaista ja eri määriä tietoa. Tärkeä osa potilasohjausta on antaa potilaille tietoa joka mahdollistaa heidän itsenäisesti seurata suosituksia omassa ympäristössään. Toinen tärkeä osa on tunnistaa tukevat ja rajoittavat tekijät jotka voivat auttaa tai estää potilaiden kykyä seurata potilasohjeita. Jos potilaalla ei ole selvää ymmärrystä siitä, miten tulisi toimia ja miksi se on tärkeää, on epätodennäköistä että potilas toteuttaa annettuja ohjeita kotona. Arvioimalla potilaan ymmärrystä annetuista ohjeista ohjaustilanteessa, hoitajat voivat määrittellä saavutetaanko ohjaukselle asetetut tavoitteet. (Falvo 2011: 50; 55).

Hoitoprosessista käytetään myös nimitystä hoitopolku tai hoitolinja. Prosessi on sarja yhden organisaation sisällä tehtyjä toimia, jotka tuottavat määritellyn lopputuloksen. Hoitoprosessi on hoito-ongelman määrittelyssä, hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa käytetty ajattelumalli. Prosessiajattelussa hoitoprosessi on itse asiassa tietyn asian palveluprosessi. (Holmberg-Marttila – Länsipuro – Kuusisto 2012: 4). Hoitoprosessi on myös saman asiakkaan johonkin ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostama suunnitelmallinen toimintasarja. Prosessin vaiheet voidaan suunnitella arvioiden perusteella, tällöin valitaan ennakolta määritellyt tapahtumat ja muodostetaan valittujen tapahtumien polku, prosessin instanssi. (Vuorenmaa 2005: 20).

Hoitotyön malliin perustuva hoitotyö selkiyttää hoitotyön merkitystä. Malli tuo esiin hoitotyön pohjana olevat arvojärjestelmät ja antaa hoitotyölle suunnan. Hoitotyön malliin perustuva hoitotyö mahdollistaa sen, että yksittäiset sairaanhoitajat voivat ottaa vastuun omasta toiminnastaan. Se myös määrittelee roolin, jossa sairaanhoitajan tulisi toimia. Malli osoittaa, millaista tietoa tehokkaassa hoitotyössä tarvitaan. Malli on välttämätön ensiaskele hoitotyön prosessin käynnistämisessä missä tahansa hoitotyön tiimissä. Malliin perustuva hoitotyö voi johtaa perusteellisiin muutoksiin tavassa toteuttaa hoitotyötä. Hoitotyön mallista sopiminen on hyödyllistä, sillä se yhdenmukaistaa potilaiden saamaa hoitoa ja ohjausta sekä lisää hoitolinjojen ja hoidon jatkuvuutta. Hoitotyön malli myös yhdenmukaistaa hoitotyötä, kun koko työryhmä, eli tässä sairaanhoitajat, pyrkivät samoihin tavoitteisiin. Hoitotyön mallista sopiminen lisää myös sairaanhoitajien antaman hoidon tai ohjauksen tarkoituksenmukaisuutta, ja

auttaa muita terveydenhuollon työntekijöitä, esimerkiksi lääkäreitä, ymmärtämään paremmin hoitotyön periaatteita. Hoitotyön mallin avulla voidaan ohjata päätöksentekoa ja sopia menettelytavoista, sillä valitun mallin periaatteet ohjaavat päätösten tarkoituksenmukaisuuden tarkistamista. (Pearson – Vaughan 1994: 11-12, 169).

5. Tulokset

5.1 Taustatiedot

Kyselylomake jaettiin neljän Diacorin lääkäriaseman sairaanhoitajille (N=36). Näillä lääkäriasemilla toteutetaan tähystystutkimuksia. Kyselylomakkeita palautui opinnäytetyöntekijälle 28 kappaletta (n=28), ja vastausprosentiksi saatiin 77,8. Kaikki palautuneet kyselylomakkeet hyväksyttiin analysoitaviksi. Taustatietoja on esitetty taulukossa 1. Kyselyyn vastanneilta kysyttiin taustatiedoissa ikää, työskentelyaikaa Diacorissa, kuinka kauan henkilö on toiminut tähystystutkimusten parissa yleensä ja Diacorissa, kuinka kauan kyselyyn vastaaja on toteuttanut potilasohjausta liittyen tähystystutkimuksiin sekä tarvitseeko tutkittava lisää tietoa tähystystutkimusten potilasohjauksen toteuttamiseen.

Kyselytutkimukseen vastanneista suurin osa (46 %) kuuluu 36 -45 -vuotiaiden ikäryhmään. 25 -35 -vuotiaita vastanneista oli 36 prosenttia, 46 -55 -vuotiaita 7 prosenttia ja yli 55-vuotiaita 11 prosenttia. Yli puolet (53 %) kyselyyn vastanneista oli työskennellyt Diacorissa 1-5 vuotta. Vastanneista 36 prosenttia oli toiminut yleensä tähystystutkimusten parissa 1-5 vuotta. 14 prosenttia ei ollut toiminut ollenkaan tähystystutkimusten parissa aikaisemmin tai nyt Diacorissa työskentelyaikana. Vastanneista 43 % oli toiminut tähystystutkimusten parissa 1-5 vuotta Diacorissa. Puolet (50 %) vastanneista oli antanut ohjausta liittyen gastro- ja kolonoskopiaoihin 1-5 vuotta, ja lähes kolmannes (28 %) vastanneista oli antanut ohjausta näihin tutkimuksiin 6-10 vuotta. Kyselytutkimukseen vastanneista lähes puolet (46 %) kokivat tarvitsevänsä lisätietoa gastro- ja kolonoskopiaohjauksen toteuttamiseen. Lisätietoa haluttiin saada mm. lääkityksestä, itse tutkimusten kulusta, potilasohjeiden sisällöstä sekä uutta tutkimustietoa gastro- ja kolonoskopiaoista. Lisätiedon saamista kuvailtiin esimerkiksi seuraavasti:

(15) "Lisätietoa itse tutkimuksesta, mahdollisista toteuttamismuodoista ja vaikutuksesta potilaaseen."

Taulukko 1. Taustatiedot

		Frekvenssi	%
Ikä	alle 25 v	0	0
	25-35 v	10	35,7
	36-45 v	13	46,4
	46-55 v	2	7,1
	yli 55 v	3	10,7
Työskentelyaika Diacorissa	alle 1 v	5	17,9
	1-5 v	15	53,6
	6-10 v	4	14,3
	11-15 v	1	3,6
	yli 15 v	3	10,7
Tähystystutkimuksia yleensä	ei lainkaan	4	14,3
	alle 1 v	4	14,3
	1-5 v	10	35,7
	6-10 v	7	25,0
	11-15 v	2	7,1
	yli 15 v	1	3,6
Tähystystutkimuksia Diacorissa	ei lainkaan	5	17,9
	alle 1 v	6	21,4
	1-5 v	12	42,9
	6-10 v	4	14,3
	yli 15 v	1	3,6
Potilasohjaus liittyen gastro- ja kolonoskopiaan	alle 1 v	3	10,7
	1-5 v	14	50,0
	6-10 v	8	28,6
	11-15 v	1	3,6
	yli 15 v	2	7,1
Lisätiedon tarve tähystystutkimusten toteuttamiseen	kyllä	13	46,4
	ei	15	53,6

5.2 Potilaan ohjaaminen ennen tähystystutkimuksia

Suurin osa (92,9 %) vastanneista sairaanhoitajista pitää potilasohjauksen lähtökohtana potilaan tarpeita. Eri hoitovaihtoehtoista potilasohjauksessa kertoo 82,1 prosenttia kyselytutkimukseen vastanneista. Kaikki vastanneet (n=28) selvittävät potilasohjaustilanteessa onko potilaalle aiemmin tehty tähystystutkimuksia, ja kertovat tähystystutkimuksen kulusta. Kaikki vastanneet kertoivat potilaalle myös esilääkityksen

ja sairausloman mahdollisuudesta tähystyspäivänä. Kaikki vastanneet sairaanhoitajat huomioivat potilasohjauksessaan potilaan iän, yleistilan ja perussairaudet. Potilaan voinnin huomioimista kuvailtiin vastauksissa muun muassa seuraavasti:

(5) "Jos potilas on kovin huonokuntoinen, arvioin yhdessä potilaan kanssa onnistuuko tyhjennys kotioloissa, tarvitaanko tarkkailua tähystyksen jälkeen. Mietitään lääkkeiden ottamista ym."

Suurin osa vastanneista (89,3 %) tukee potilasta päätöksenteossa. Päätöksenteon tukemista kuvailtiin esimerkiksi seuraavasti:

(28) "Kerron faktat, suosittelen jotain ja potilas valitsee vaihtoehdon. Jatkan ohjeistusta potilaan valinnan mukaan / perusteella."

78,6 prosenttia vastanneista sairaanhoitajista kertoi potilaalle mahdollisista lisätoimenpiteistä tähystystutkimuksen aikana. Suurin osa eli 92,9 % sairaanhoitajista (n=26) kertoi potilaalle myös tähystystutkimuksen kustannuksista. Kyselylomakkeella kysyttiin avoimella kysymyksellä, missä tapauksessa sairaanhoitajat kertovat tutkimuksen kustannuksista. 71,4 prosenttia vastanneista tarkensi vastaustaan, ja kertoi tähystystutkimuksen kustannuksista etenkin jos kyseessä oli yksityinen eikä työterveyshuollon asiakas. Potilasohjauksen jälkeen koettiin tärkeänä varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetut ohjeet tähystystutkimukseen valmistautumisesta, ja että potilaalle on annettu mahdollisuus kysyä tutkimuksesta. Sairanhoitajat kuvailivat ohjattujen asioiden ymmärtämistä esimerkiksi seuraavasti:

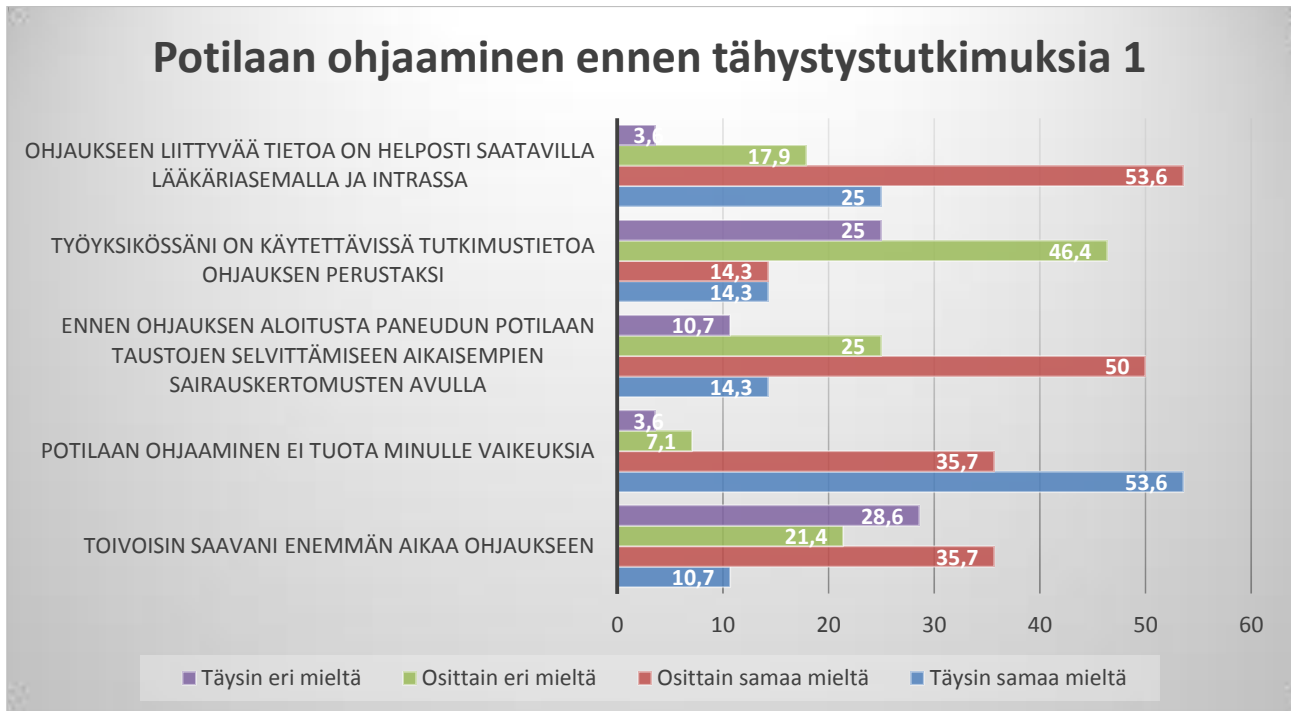
(15) "Antamalla asiakkaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä tutkimuksesta ja esivalmisteluista."

Taulukko 2. Potilaan ohjaaminen ennen tähytystutkimuksia

	Kyllä fr (%)	Ei fr (%)
Ohjaukseni lähtökohtana ovat potilaan tarpeet	26 (92,9)	2 (7,1)
Kerron potilaalle eri hoitovaihtoehtoista	23 (82,1)	5 (17,9)
Selvitän, onko potilaalle aikaisemmin tehty gastro- tai kolonoskopia	28 (100)	0 (0)
Kerron potilaalle tähytystutkimuksen kulusta	28 (100)	0 (0)
Kerron potilaalle sairausloman mahdollisuudesta tähytystypäivänä	28 (100)	0 (0)
Kerron potilaalle esilääkityksen mahdollisuudesta ennen tähytystutkimusta	28 (100)	0 (0)
Huomioin potilaan iän, yleistilan ja perussairaudet ohjauksessa	28 (100)	0 (0)
Tuen potilasta päätöksenteossa	25 (89,3)	2 (7,1)
Kerron potilaalle tähytyksen aikaisista mahdollisista lisätoimenpiteistä	22 (78,6)	4 (14,3)
Kerron potilaalle tähytystutkimuksen kustannuksista	26 (92,9)	1 (3,6)
Ohjauksen jälkeen varmistan, että potilas on ymmärtänyt ohjatut asiat	26 (92,9)	2 (7,1)

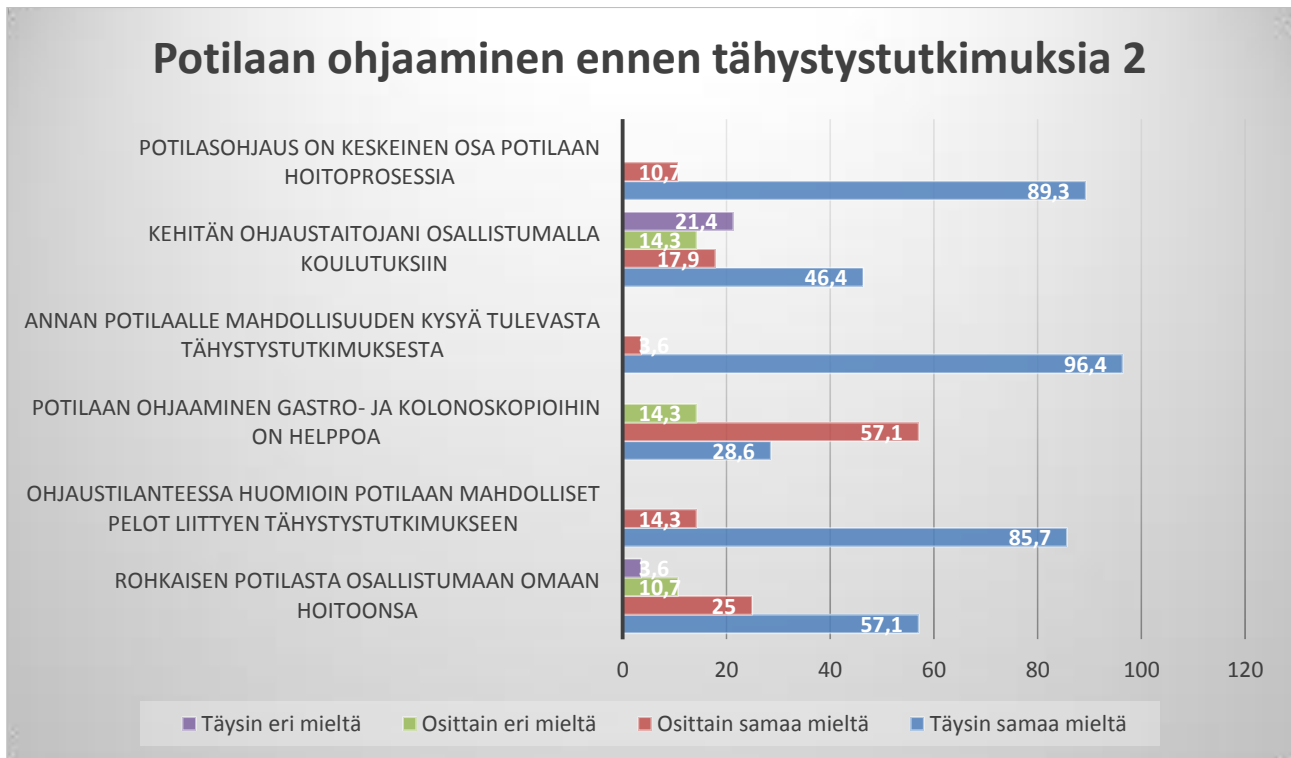
Kuviossa 2. on esitetty sairaanhoitajien tietoja potilaan ohjaamisessa. Kyselytutkimukseen vastanneista yli puolet (53,6 %) oli osittain samaa mieltä, että ohjaukseen liittyvää tietoa oli helposti saatavilla lääkäriasemilla tai Diacorin intranetissä. Lähes puolet vastanneista (46,4 %) olivat sitä mieltä, että lääkäriasemilla oli jonkin verran käytettävissä tutkimustietoa ohjauksen perustaksi. Neljäsosa (25 %) vastanneista oli sitä mieltä, ettei tutkimustietoa ohjauksen perustaksi ei ollut ollenkaan käytettävissä. Puolet kyselyyn vastanneista (50 %) selvittivät potilaan taustoja

aikaisempien sairauskertomusten avulla ennen ohjauksen aloitusta. Neljäsosa (25 %) vastanneista selvitti taustatietoja vain osittain ja osa ei ollenkaan (10,7 %) ennen ohjauksen aloitusta. Yli puolet (53,6 %) vastanneista koki, ettei potilaan ohjaaminen tuota heille vaikeuksia. Lähes kolmasosa (28,6 %) vastanneista koki, että heillä on riittävästi aikaa potilaan ohjaamiseen. Kuitenkin 10,7 % vastanneista toivoi saavansa enemmän aikaa potilaan ohjaamiseen.



Kuvio 2. Sairaanhoitajien tiedot potilasohjauksessa

Potilaan ohjaamiseen liittyviä kokemuksia on esitetty kuviossa 3. Potilaan ohjaaminen gastro- ja kolonoskopiaihin koettiin vastanneiden keskuudessa pääsääntöisesti helpoksi. 57,1 % vastanneista oli osittain samaa mieltä, että potilaan ohjaaminen gastro- ja kolonoskopiaihin on helppoa. Kyselyyn vastanneet olivat joko täysin samaa mieltä (89,3 %) tai osittain samaa mieltä (10,7 %) siitä, että potilaan ohjaaminen on tärkeä osa potilaan hoitoprosessia. Lähes puolet (46,4 %) vastanneista kehittää ohjaustaitojaan osallistumalla koulutuksiin.



Kuvio 3. Potilaan huomiointi ohjaustilanteessa

Kuviossa 3 on esitetty miten sairaanhoitajat huomioivat potilasta ohjaustilanteessa. Erittäin tärkeänä koettiin antaa potilaalle mahdollisuus kysyä tulevasta tähytystutkimuksesta. Samoin potilaan mahdolliset pelot koettiin tärkeäksi huomioida ohjaustilanteessa. Yli puolet vastanneista (57,1%) rohkaisi potilasta aina osallistumaan omaan hoitoonsa. Potilaiden rohkaisusta ohjaustilanteessa pyydettiin antamaan esimerkkejä:

(27)" Mainitsen esilääkitysmahdollisuudesta. Rauhallinen suhtautuminen tutkimukseen + rentoutuminen auttaa tutkimuksen onnistumista. Myös mahdollisuus seurata tutkimuksen kulkua monitorista tekee tutkimuksen potilaalle itselle mielenkiintoiseksi."

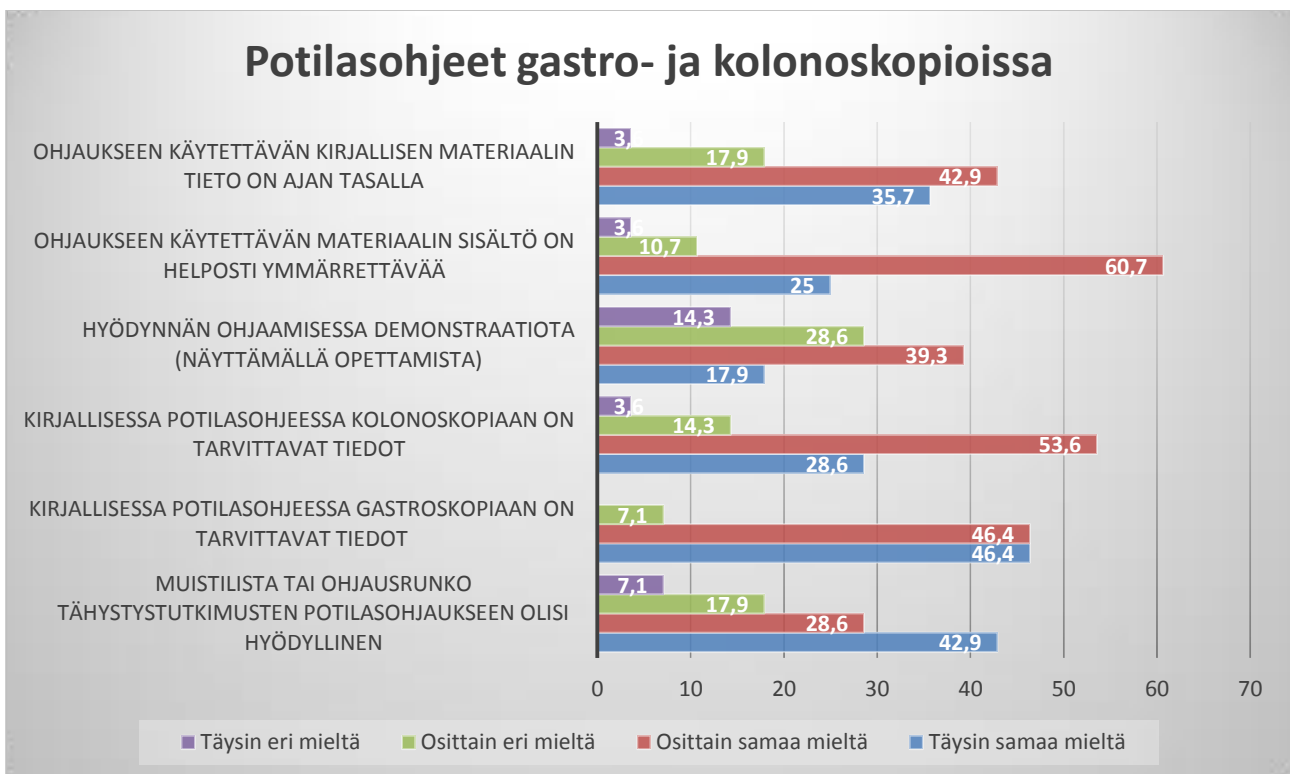
(8)" Tutkimuksen aikana saa sanoa, jos sattuu. Potilas saa itse päättää esilääkityksen ym. tarpeen."

5.3 Potilasohjeet gastro- ja kolonoskopiaissa

Tieto ohjaukseen käytettävässä kirjallisessa materiaalissa koettiin olevan hyvin ajan tasalla. Suurin osa vastanneista (78,6 %) oli joko täysin tai osittain samaa mieltä kirjallisen materiaalin ajantasaisuudesta. Ohjauksessa käytettävän materiaalin koettiin olevan selkeää ja helposti ymmärrettävää kyselyyn vastanneiden keskuudessa. 25 %

vastanneista oli täysin samaa mieltä ja 60,7 % vastanneista oli osittain samaa mieltä, että materiaalin sisältö on helposti ymmärrettävää. Lähes puolet (42,9) vastanneista ei hyödyntänyt demonstraatiota (näyttämällä opettamista) potilasohjauksessa ollenkaan tai hyvin vähän. Muut vastanneista hyödynsivät demonstraatiota ohjauksessaan. (Kuvio 4.).

Yli puolet (53,6 %) vastanneista oli osittain samaa mieltä että potilasohjeessa kolonoskopiaan on tarvittavat tiedot. Kolme prosenttia (3 %) olivat sitä mieltä, että potilasohjeessa kolonoskopiaan ei ollut tarvittavia tietoja ja 14,3 % vastanneista koki potilasohjeessa olevan puutteita jonkin verran. Gastroskopiaan tulevan potilaan potilasohjeeseen oltiin vastanneiden keskuudessa tyytyväisempiä. 92,8 prosenttia vastanneista oli joko täysin tai osittain samaa mieltä, että potilasohjeessa gastroskopiaan on tarvittavat tiedot. Potilasohjaukseen hyödynnettävän muistilistan tai ohjausrungon koki jonkin verran tai hyvin tarpeelliseksi 70,5 % vastanneista.



Kuvio 4. Tiedot tähytystutkimuksien potilasohjeissa

Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneista (96,4 %) vastanneista sairaanhoitajista käyttää kirjallista potilasohjetta apuna potilaan ohjaamisessa (Taulukko 3.) Suurin osa vastanneista (92,9 %) antoi aina potilaalle kirjallisen potilasohjeen tähytystutkimukseen valmistautumisesta. Muut vastanneista perustelivat muun muassa seuraavasti miksi eivät antaneet kirjallista potilasohjetta potilaalle

(11) *”Gastro-ohjaukset tulevat välillä puhelimitse, jolloin en lähetä enää kirjallista versiota. Asemalla ohjattaessa annan aina kirjalliset ohjeet.”*

Lähes kaikki vastanneista (96,4 %) antoivat potilasohjausta puhelimesta. Potilasohjauksen sisältöä kuvattiin esimerkiksi seuraavasti kyselytutkimuksen vastauksissa

(14) *”Annan lisäohjeita jo ohjeet saaneille tai sitten ohjeet potilaille, joille on jo aikaisemmin suoritettu kyseisiä tutkimuksia ja ohjeet ovat tuttuja.”*

	Kyllä fr (%)	Ei fr (%)
Käytän kirjallisia potilasohjeita apuna potilaan ohjaamisessa	27 (96,4)	1 (3,6)
Annanko potilaalle aina kirjallisen potilasohjeen tähytyksestä?	26 (92,9)	2 (7,1)
Annanko potilasohjausta puhelimesta liittyen tähytystutkimuksiin?	27 (96,4)	1 (3,6)

Taulukko 3. Potilasohjausmenetelmät

5.4 Ohjausrungot gastro- ja kolonoskopiaan

Tämän opinnäytetyön kehittämiskohteena ja tuotoksena ovat ohjausrungot sairaanhoitajille gastro- ja kolonoskopiaan tulevien potilaiden potilasohjaukseen. Ohjausrunkojen muodostamiseen hyödynnetään mallintamisen periaatteita. Työprosessin mallintamisessa noudatetaan osallistavien työn kehittämistapoja (Leppänen 2000:10). Sairaanhoitajat ovat osallistuneet ohjausrungon kehittämiseen kyselytutkimukseen vastatessaan. Kirjallisuuskatsauksella ja aiempien potilasohjeiden analysoinnilla saatiin hyvä näkemys asioista, jotka tulee huomioida potilaan ohjaamisessa tähytystutkimuksiin ja potilasohjausmenetelmistä. Kyselytutkimuksen tulosten perusteella pystytään nostamaan ohjausrungon muodostamiseen tärkeät esille tuotavat asiat.

Potilasohjaukseen liittyvän tiedon ja materiaalin koonti potilaskeskeiseen ohjaukseen on haastavaa. Tiedon koonti ja arviointi antaa perustan potilaan ohjauksen ja ohjausrungon kehittämiseen, joka huomioi potilaan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet. Ohjausrungon tulisi palvella sekä potilaan että hoitotyön ammattilaisen tavoitteita

ohjauksessa. Ohjausrungon lähestymistavassa tulisi huomioida potilaan yksilölliset tarpeet ja vahvuudet. Ohjausrungon tarkoituksena on auttaa hoitotyön tekijää jäsentämään selkeästi ja kuvailemaan ytimekkäästi ohjattavaa asiaa sekä perustuen potilaan tarpeisiin. Potilailla on erilaiset tarpeet tiedon määrästä ja erityyppisestä tiedosta. Tärkeä osa potilasohjausta on että potilas osaa soveltaa annettuja ohjeita omassa ympäristössään. (Falvo 2011: 43; 48-50).

Opinnäytetyön tekijä on koonnut Diacorille ohjausrungot (Liite 4. ja liite 5.) sairaanhoitajille sekä gastroskopiaan tulevan potilaan että kolonoskopiaan tulevan potilaan ohjaukseen. Ohjausrunkojen muodostamiseen on hyödynnetty tässä opinnäytetyössä esille tulleita kirjallisuuskatsausta, potilasohjeiden analysointia sekä toteutetun kyselytutkimuksen tuloksia.

6. Eettiset kysymykset ja luotettavuus

6.1 Opinnäytetyön eettiset lähtökohdat

Etiikalla tarkoitetaan oppia oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta toiminnasta. Sen tarkoituksena on kuvata ja perustella hyviä ja oikeita tapoja toimia suhteessa toisiin ihmisiin. Etiikassa pohditaan sitä, mikä hoitotyössä on tärkeää, miten toisia tulisi kohdella ja miten toisten tulisi kohdella meitä. Etiikka auttaa tekemään valintoja ja arvioimaan sekä omaa että toisten toimintaa. Se ei kuitenkaan anna valmiita ratkaisuja eettisiin kysymyksiin, mutta antaa välineitä tarkastella niitä (Häyry, M. 2002).

Sosiaali- ja terveysalan eettisten suositusten mukaan terveysalan toimijoiden tulee kunnioittaa asiakkaidensa ja potilaidensa ihmisarvoa ja perusoikeuksia. Ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen on sosiaali- ja terveysalan toiminnan perusta. Siihen sisältyvät ihmisen perusoikeudet, ihmisoikeudet, itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus. Itsemääräämisoikeudella on lain suoja (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) ja sen rajoittamiseen ryhdytään harvoin. Asiakkaalla ja potilaalla on valinnanvapaus ja oikeus itsenäisiin päätöksiin omasta elämästään ja hyvinvoinnistaan. Sosiaali- ja terveysalan eettisten suositusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohdaksi on asiakkaan ja potilaan etu. Etu edellyttää oikeudenmukaista, kaikille yhtäläisin perustein järjestettyä hoitoa ja palvelua. Hoidon ja palvelun tulee olla laadultaan hyvää, jatkuvaa sekä ajallisesti ja etäisyydeltään kohtuullisesti saatavissa.

(Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011:5-6).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on kysymys vuorovaikutuksesta. Sosiaali- ja terveysalan eettisten suositusten mukaan sekä asiakkaiden että potilaiden ja ammattilaisten välinen vuorovaikutus tulee olla toista arvostavaa ja inhimillistä. Hyvä vuorovaikutus edellyttää keskinäistä luottamusta, rehellisyyttä ja molemminpuolista sitoutumista sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan. Vuorovaikutukseen sisältyy toinen toisensa tietämisen, osaamisen ja kokemuksen arvostaminen sekä kuulluksi tulo ja tiedonsaanti omassa asiassa. Asiakkaan tai potilaan henkilökohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan osallistuvat asianosainen yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Tarvittaessa tähän voi asianosaisen suostumuksella osallistua hänen myös omaisensa, läheisensä tai edustajansa. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011:6).

Tutkimuksen eettisyys eriytyy moniin eri näkökulmiin. Lähtökohtana on tiedon intressin etiikka, joka sisältää tutkimusaiheen valinnan, sen teoreettisen ankkuroinnin, tutkimuksen rajaukset ja tutkimuskysymysten asettamisen. Seuraavassa tutkimusprosessin vaiheessa seuraa tiedon hankkimisen etiikka, joka kattaa tutkijan suhteen tutkimuskohteeseen, tutkimusjoukkoon sekä aineiston hankinnan toteuttamisen eri vaiheineen. Tiedon tulkitsemisen etiikkaan liittyvät aineiston analyysivalinnat ja analyysin toteuttaminen sekä tulosten tulkinnat, käsitteellistäminen ja niiden esittämisen muotoilut. Pelkistetysti nämä tutkimusprosessin vaiheet paikallistavat eettisten valintojen keskeiset kriittiset kohdat ja osoittavat niiden moninaisuuden. (Pohjola 2007: 11-12).

Tutkimusetiikan mukaisesti opinnäytetyön tekijän on pyrittävä tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien riskien minimointiin. Haitat voivat olla fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia. Tutkimukseen tai kehittämistyöhön osallistuvilla on itsemääräämisoikeus, mikä on yksi osallistumisen lähtökohta. Osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta on turvattava kaikessa tutkimustoiminnassa. Myös anonymiteetti on keskeinen huomioitava asia tutkimustyössä. Tämä tarkoittaa, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Anonymiteetti voi olla myös organisaatitasoista. On siis syytä selvittää tutkimuslupaa haettaessa, saako organisaation tai esimerkiksi osastojen nimen mainita tutkimusraportissa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009:68). Tämän opinnäytetyön tutkimusraportissa saa mainita tutkimuksen

toteutusorganisaation.

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena on kehittää tähystystutkimuksien potilasohjausta. Kehittämistyöhön osallistuivat Diacorin lääkäriasemilla toimivat sairaanhoitajat. Koko opinnäytetyön prosessin ajan pyritään takaamaan osallistuvien sairaanhoitajien anonymiteetti. Sairaanhoitajien anonymiteetti varmistettiin siten, että sairaanhoitajat vastasivat toteutettuun kyselytutkimukseen nimettöminä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja kyselylomake palautettiin opinnäytetyön tekijälle suljetussa kirjekuoressa. Opinnäytetyön tekijä säilyttää ja hävittää aineiston asianmukaisesti raportoinnin jälkeen. Kyselytutkimuksen tulokset tullaan raportoimaan rehellisesti.

Opinnäytetyöstä on tehty sopimus opinnäytetyöntekijän, Diacor terveystalvet Oy:n ja Metropolia ammattikorkeakoulun kanssa (Liite1.). Tällä sopimuksella myönnettiin samalla tutkimuslupa kyselyn toteuttamiseen Diacorin lääkäriasemilla.

6.2 Luotettavuus

Tutkivan kehittämistyön toteutuksessa voidaan soveltaa useita erilaisia tutkimuksellisia otteita. Erilaisten tutkimusotteiden käytön ideana on, että kehittämistyön tuloksesta saadaan mahdollisimman luotettava (Heikkilä – Jokinen - Nurmela 2008: 110). Mittarin validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä se, mitaako mittari todella sitä, mitä sen tulisi mitata. Esitutkimuksella tutkija voi varmistaa, että mittari on toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helposti käytettävä. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia eli se kuvaa sitä, kuinka tarkasti mittari mittaa tutkimuskohdetta. Mittariin liittyvät epätarkkuudet voivat liittyä itse mittariin tai aiheutua käyttäjien epäjohtonmukaisuudesta. Mittarin validiteettia ja reliabiliteettia voidaan arvioida monin eri tavoin. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 207; 209).

Tässä opinnäytetyössä ei tehty esitutkimusta tähän kyselytutkimukseen muodostetulla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen validiteettia arvioitiin asiantuntijoiden toimesta Diacorin henkilöstöhallinnossa. Tutkimuksen luotettavuutta voi kvantitatiivisessa tutkimuksessa arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on esitetty omat luotettavuuden arvioinnin menetelmät. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 152). Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia eli se kuvaa sitä, kuinka tarkasti mittari mittaa tutkimuskohdetta. Mittariin liittyvät epätarkkuudet voivat liittyä itse

mittariin tai aiheutua käyttäjien epä johdonmukaisuudesta. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 207; 209). Reliaabelius tarkoittaa myös mittaustulosten toistettavuutta samalla mittarilla eli pysyvyyttä. Tätä voidaan arvioida esimerkiksi mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistossa. Jos tulokset ovat samansuuntaisia, mittaria voidaan pitää reliaabelina. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 152). Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Kun tutkittu otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisuutta, tehdyn tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä. (Vilkkä 2007: 161-162).

7. Pohdinta

Sekä Suomessa että useissa muissa maissa näyttöön perustuva toiminta ja käytäntöjen yhtenäistäminen on asetettu kehittämisen kohteeksi terveydenhuollossa. Tämä näkyy useissa kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmissa, joissa tavoitteena on sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä alueellisten erojen kaventaminen. Käytäntöjen yhtenäistämisen tavoitteena on, että toiminta- ja työyksiköissä luodaan eri potilasryhmien hoitoon parhaaseen mahdolliseen näyttöön perustuva toimintatapa ja että sitä käytetään heidän hoidossaan. Kun saman potilasryhmän hoito eri toiminta- tai työyksiköissä perustuu parhaaseen mahdolliseen näyttöön, esimerkiksi hoitotyön suositukseen, potilas saa yhtä hyvää hoitoa hoitopaikasta riippumatta. (Holopainen ym. 2010: 39).

Sosiaali - ja terveydenhuollossa kehittämistoiminta kohdistuu monin paikoin laatuun ja toiminnan yhdenmukaistamiseen. Opinnäytetyössä toteutettu keittämistehtävä, tavoite ja tarkoitus ovat samassa linjassa tämän kehittämistoiminnan ja toiminnan voidaan olevan näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Diacorin yksi arvoista on erinomainen asiakaspalvelu, mikä sisältää myös laadukkaan hoitotyön. Opinnäytetyön tavoitteena oli vahvistaa Diacorin tähystystoiminnan potilasohjauksen yhdenmukaisuutta ja laatua. Kehittämiskohteena olleiden ohjausrunkojen avulla voidaan toteuttaa yhdenmukaisempaa potilasohjausta kaikilla Diacorin lääkäriasemilla sairaanhoitajien toimesta. Potilasohjauksen laatu myös paranee yhtenevällä ohjauksella tähystystutkimuksiin. Diacorin muiden kuin tähystystutkimuksia tekevien lääkäriasemien sairaanhoitajia tullaan kouluttamaan gastro- ja kolonoskopioiden potilasohjaukseen jatkossa. Kyselytutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista lähes

puolet kehittivät ohjaustaitojaan osallistumalla koulutuksiin. Tulevat koulutukset mahdollistetaan myös potilasohjasta tähestystutkimuksiin antaville sairaanhoitajille. Onkin tärkeää, että sairaanhoitajia koulutetaan potilasohjaukseen, koska tällä voidaan vaikuttaa hoidon laatuun. (Bastable 2008: 10).

Opinnäytetyössä toteutetun tutkimuksen kyselylomake jaettiin neljän Diacorin lääkäriaseman sairaanhoitajille (N=36). Näillä lääkäriasemilla toteutetaan tähestystutkimuksia. Kyselylomakkeita palautui opinnäytetyöntekijälle 28 kappaletta (n=28), ja vastausprosentiksi saatiin 77,8. Kaikki palautuneet kyselylomakkeet hyväksyttiin analysoitaviksi. Opinnäytetyön tekijä voi olla tyytyväinen palautuneiden kyselylomakkeiden määrään ja melko hyvään vastausprosenttiin. Opinnäytetyössä tehdyllä tutkimuksella saatiin kattavasti tietoa miten sairaanhoitajat ohjaavat potilaita, ja mitä tietoja sairaanhoitajat huomioivat potilaan ohjaamisessa tähestystutkimuksiin Diacorissa. Opinnäytetyössä asetettuihin tutkimustehtäviin saatiin siis näin vastauksia.

Tutkimuksessa henkilöstön käsityksistä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa tarkasteltiin seuraavia ohjauksen osa-alueita: henkilöstön tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset ohjausvalmiudet, ohjausmenetelmien hallinta ja ohjauksen toimintamahdollisuudet sekä ohjauksen toteutus. Laadukas ohjaus vaatii asianmukaisia toimintaedellytyksiä ja hyvää ohjauksen toteutusta. Henkilöstön tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat tuotettujen palveluiden laatuun. Asianmukaiset resurssit, kuten ohjaukseen käytettävät materiaalit, ajan käyttö ja tilat, ovat laadukkaan potilasohjauksen edellytys. Hoitohenkilöstöllä ja johtajilla on vastuu siitä, kuinka ohjausta arvostetaan hoitotyön osana. (Lipponen – Kanste – Kyngäs – Ukkola 2008:121-135). Opinnäytetyössä toteutetussa tutkimuksessa olisi voinut tarkemmin eritellä mitä ovat ne tiedot joita sairaanhoitajat huomioivat potilaan ohjaamisessa tähestystutkimuksiin. Potilasohjaukseen liittyvät kysymykset olisi voinut jakaa tiedollisiin ja taidollisiin asioihin. Myös kysymykset koskien gastro- tai kolonoskopiaohjeita olisi voinut olla erikseen eikä yhdistettynä kysymyskokonaisuutena. Tutkimuksen tuloksia voitaisiin näin pohtia yksityiskohtaisemmin. Kuitenkin tutkimustuloksissa tuli ilmi samansuuntaisia tuloksia. Laadukas potilasohjaus vaatii asianmukaisia edellytyksiä, kuten riittävä aika potilasohjaukseen. Sairaanhoitajista noin puolet kokivat, että potilaan ohjaaminen ei tuota heille vaikeuksia, ja tähestystutkimuksiin liittyvää tietoa oli helposti saatavilla. Toisaalta sairaanhoitajista puolet taas kokivat tarvitsevansa lisätietoa potilasohjauksen toteuttamiseen tähestystutkimuksissa. Kokeneemmatkin sairaanhoitajat kaipasivat lisätietoa

potilasohjaukseen tähyystutkimuksissa.

Eräessä tutkimuksessa tutkittiin potilasohjeiden antoa gastroskopiaan. Kyselytutkimus tehtiin potilaille ja sairaanhoitajille. Tässä tutkimuksessa katsottiin potilasohjauksella olevan vaikutusta hoidon laatuun. Tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajilla oli suurin rooli ohjeiden annossa liittyen tutkimukseen. Kyselyssä oli eritelty tiedon antoa ennen tähyystystä, tiedon antoa tähyystyksen aikana ja sen jälkeen. (Thompson – Melby – Parahoo – Ridley – Humphreys 2003: 899-911). Tässä opinnäytetyössä potilasohjaus koski tiedon antoa ennen tähyystutkimuksia. On selkeää, että sairaanhoitajilla on suuri rooli potilaiden ohjaamisessa gastro- ja kolonoskopiaihin Diacorissa. Tutkimuksessani ei huomioitu sairaanhoitajien näkemyksiä vaikuttavuudesta hoitoprosessin laatuun. Jatkotutkimus ehdotuksena on tutkia ohjausrunkojen vaikuttavuutta potilasohjauksen laatuun tähyystutkimuksissa.

Tieto ohjaukseen käytettävässä kirjallisessa materiaalissa koettiin sairaanhoitajien mielestä olevan hyvin ajan tasalla. Suurin osa vastanneista oli joko täysin tai osittain samaa mieltä kirjallisen materiaalin ajantasaisuudesta. Potilasohjaukseen liittyvän tiedon ja materiaalin koonti potilaskeskiseen ohjaukseen on haastavaa. Tiedon koonti ja arviointi antaa perustan potilaan ohjauksen ja ohjausrungon kehittämiseen, joka huomioi potilaan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet. (Falvo 2011: 43; 48-50). Potilasohjauksessa on tärkeää kiinnittää huomiota potilaiden yksilöllisiin oppimistarpeisiin ja voimavaroihin, joita tukemaan tarvitaan erimuotoista ohjausmateriaalia. (Liimatainen – Hautala – Perko 2005:49). Neuvonta tai ohjaus on keskeinen osa potilaan kokonaisuhoitoa. Sen tavoitteena on auttaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Joskus tavoitteen saavuttamiseksi riittää, että potilas saa ainoastaan ohjeen siitä, miten hänen tulee toimia jossakin tilanteessa, esimerkiksi tutkimukseen valmistautumisessa. Onnistunut potilasohjaus voi parhaimmillaan lyhentää hoitoaikoja ja vähentää potilaan hoitokontaktien määrää ja niiden tarvetta. Yksilöohjauksessa potilaalla on mahdollisuus välittömästi kysyä, mikäli jokin asia vaikuttaa epäselvältä (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 24- 25).

Kirjallinen ohje suullisen ohjauksen tukena on usein välttämätön. On myös tärkeää, ettei suullinen ohjaus ole ristiriidassa kirjallisen ohjeen kanssa. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002:29). Olennaista kirjallisessa ohjeistuksessa on ohjeiden oikeellisuus ja miten asiat niissä kerrotaan (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 66). Ohjausrungolla voidaan varmistaa potilasohjauksen yhdenmukaisuutta ja laatua.

Ohjausrungon tulisi palvella sekä potilaan että hoitotyön ammattilaisen tavoitteita ohjauksessa. Ohjausrungon lähestymistavassa tulisi huomioida potilaan yksilölliset tarpeet ja vahvuudet. Ohjausrungon tarkoituksena on auttaa hoitotyön tekijää jäsentämään selkeästi ja kuvailemaan ytimekkäästi ohjattavaa asiaa sekä perustuen potilaan tarpeisiin. (Falvo 2011: 43; 48-50). Tässä opinnäytetyössä toteutetun tutkimuksen mukaan potilasohjaukseen hyödynnettävän muistilistan tai ohjausrungon koettiin hyödylliseksi potilasohjauksen tueksi.

Hoitotyön malliin perustuva hoitotyö selkiyttää hoitotyön merkitystä. Malli tuo esiin hoitotyön pohjana olevat arvojärjestelmät ja antaa hoitotyölle suunnan. Hoitotyön malliin perustuva hoitotyö mahdollistaa sen, että yksittäiset sairaanhoitajat voivat ottaa vastuun omasta toiminnastaan. Se myös määrittelee roolin, jossa sairaanhoitajan tulisi toimia. Malli osoittaa, millaista tietoa tehokkaassa hoitotyössä tarvitaan. Malli on välttämätön ensiaskel hoitotyön prosessin käynnistämisessä missä tahansa hoitotyön tiimissä. Malliin perustuva hoitotyö voi johtaa perusteellisiin muutoksiin tavassa toteuttaa hoitotyötä. Hoitotyön mallista sopiminen on hyödyllistä, sillä se yhdenmukaistaa potilaiden saamaa hoitoa ja ohjausta sekä lisää hoitolinjojen ja hoidon jatkuvuutta. Hoitotyön malli myös yhdenmukaistaa hoitotyötä, kun koko työryhmä, eli tässä sairaanhoitajat, pyrkivät samoihin tavoitteisiin. Hoitotyön mallista sopiminen lisää myös sairaanhoitajien antaman hoidon tai ohjauksen tarkoituksenmukaisuutta, ja auttaa muita terveydenhuollon työntekijöitä, esimerkiksi lääkäreitä, ymmärtämään paremmin hoitotyön periaatteita. Hoitotyön mallin avulla voidaan ohjata päätöksentekoa ja sopia menettelytavoista, sillä valitun mallin periaatteet ohjaavat päätösten tarkoituksenmukaisuuden tarkistamista. (Pearson – Vaughan 1994: 11-12, 169). Tässä opinnäytetyössä kehittämisprosessi lähti liikkeelle käytännön ongelmasta. Sairaanhoitajien keskuudessa kaivattiin tukea potilasohjaukseen tähestytutkimuksissa. Ohjausrunkojen avulla voidaan parantaa ohjauksen tarkoituksenmukaisuutta, yhdenmukaisen ohjauksen lisäksi.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, jonka osa-alueita ovat olemassa olevien potilasohjeiden analysointi, kuvaileva tutkimus ja ohjausrungon muodostaminen. Ohjausrungon muodostamisessa hyödynnettiin potilasohjeita ja toteutetun tutkimuksen tuloksia. Oleellista tutkivan kehittämisen toteutuksessa on, että menetelmien valinta, aineiston kerääminen ja analyysi sekä tulosten esittäminen toteutetaan siten, että kehittämistyön käynnistänyt käytännön ongelma saadaan ratkaistuksi. (Heikkilä - Jokinen – Nurmela 2008: 110). Ohjausrungot sairaanhoitajille

tähystystutkimuksien potilasohjaukseen ovat hyvä apuväline muistilistana potilasohjauksessa. Näin kaikki huomioitavat asiat tulevat esille. Tällä voidaan edesauttaa tähystystutkimuksien onnistumista ja potilaiden tyytyväisyyttä. Sairaanhoitajat, jotka eivät ole aikaisemmin antaneet potilasohjausta liittyen tähystystutkimuksiin, voivat käyttää ohjausrunkoja aiheeseen perehtymiseen. Ohjausrungot voivat siis toimia myös perehdyttämisen apuvälineenä. Opinnäytetyössä asetettuun käytännön ongelmaan on saatu kehittämistehtävän myötä ratkaisu.

8. Lähteet

Ahola, Anja. 2007. Lomaketutkimusprosessi. Teoksessa Viinamäki, Leena – Saari, Erkki: Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen.

Bastable, Susan B. 2008. Nurse as Educator. Principles of teaching and learning for nursing practice. Third edition. Jones and Bartlett publishers. Canada.

Diacor yritysvastuuraportti 2010 :

<http://www.diacor.fi/hyvaa-tekeva-diacor/yritystiedot/yritysvastuuraportti.html>

Ensio, Anneli. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Väitöskirja. Hoitotyön tutkimusyksikkö. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 89.

Eriksson, Katie. 1997: s. 50-76. Perustutkimus ja käsiteanalyysi. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Falvo, Donna R. 2011. Effective patient education: A guide to increased adherence. Fourth edition. Jones and Bartlett publishers. Canada.

Heikkilä, A. - Jokinen, P. - Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY Oppimateriaalit oy.

Hirsjärvi, S. - Remes, P. - Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2002. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Holmberg-Marttila, Doris – Länsipuro, Liisa – Kuusisto, Leena – Perusterveydenhuollon yksikkö, PSHP. 2012. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=837&GUID=%7B36E07036-208E-48B2-BCEE-3FD3D720353A%7D>

Holopainen, A. – Korhonen, T. – Miettinen, M. – Pelkonen, M. – Perälä, M-L. 2010; 1: 38-45. Hoitotyön käytännöt yhtenäiseksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Premissi. Terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu.

Holopainen, M. – Tenhunen, L. – Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Yrityssanoma. Järvenpää.

Hyöty, M. – Palva, T. – Malila, N. Suolistosyövän seulonnan hyödyt. 2010; 126 (24): 2797-8. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=&p_haku=kolonoskopia

Häyry M. Hyvä elämä ja oikea käytös. Historiallinen johdatus moraalifilosofiaan. Helsinki: Yliopistopaino 2002.

Höckerstedt, Krister – Färkkilä, Martti – Kivilaakso, Eero – Pikkarainen, Pekka. toim. 2007: Gastroenterologia ja hepatologia. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Johansson, K. – Leino-Kilpi, H. – Salanterä, S. – Ahonen P. – Elomaa, L. – Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. Patient education and counseling 51, 239-245. Luettavissa Sciverse / Science direct-tietokanta. 18.1.2012.

Kankkunen, P. - Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro.Helsinki

Kralik, D. – Brown, M. – Koch, Tina. 2001. Women's experiences of "being diagnosed" with a long-term illness. Journal of Advanced Nursing. 33(5), 594-602. Cinahl-tietokanta, luettu 18.1.2012.

Kunnamo, I. 2009. Gastroskopia. Lääkärin käsikirja.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=&p_haku=gastroskopia

Kyngäs, H. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. Journal of clinical nursing 2003; 12: 744-751. Cinahl-tietokanta, luettu 18.1.2012.

Kyngäs, H. – Kääriäinen, M. – Poskiparta, M. - Johansson, K. – Hirvonen, E. – Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Käypä hoito. 2013. Verkkosivusto. www.kaypahoito.fi

Käypä hoito-suositus Crohnin tauti. 2.5.2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gastroenterologiyhdistys ry:n ja Crohn ja Colitis ry:n asettama työryhmä
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50029?hakusan>
[a=kolonoskopia](#)

Käypä hoito-suositus Keliakia. 1.11.2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gastroenterologiyhdistys ry:n asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi08001?hakusan>
[a=gastroskopia](#)

Käypä hoito- suositus Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito. 10.6.2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gastroenterologiyhdistyksen asettama työryhmä.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=&p_haku=kolonoskopia

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Latvala, E. – Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. – Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotyössä. WSOY. Helsinki.

Leppänen, Anneli. 2000. Työprosessin mallintaminen tukemaan työn ja osaamisen kehittymistä. Työterveyslaitos. Paino Miktor 2000. Helsinki.

Liimatainen, L. – Hautala, P. – Perko, U. toim. 2005: Potilasohjausta kehittämässä. Innostusta ja innovaatioita. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 39. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.

Lipponen, K. - Kanste, O. - Kyngäs, H. - Ukkola, L. 2008: Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008: vol. 45, nro 2, 121-125.

Lipponen, K. - Kyngäs, H. - Kääriäinen, M. 2006: Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun Yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Luettu 1.10.2010. http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Mustajoki, P. – Kaukua, J. 2008: Paksusuolen tähytys (kolonoskopia ja sigmoidoskopia). Senkka ja 100 muuta tutkimusta. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk05030

Niemelä, S. Milloin gastroskopia ylävatsakipuiselle potilaalle? Duodecim 2009; 125(2): 155-8 (<http://www.duodecimlehti.fi>)

Paunonen, Maritta. - Vehviläinen-Julkunen, Katri. 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Parkkunen, N. - Vertio, H.- Koskinen-Ollonqvist, P. 2001: Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Trio-offset. Helsinki (http://www.health.fi/content/files/jul_laa_suunnitteluopas.pdf)

Paterson, B. 2001. Myth of empowerment in chronic illness. Journal of Advanced Nursing 34(5), 574-581. Cinahl-tietokanta. Luettu 18.1.2012.

Pearson, Alan – Vaughan, Barbara. 1994. Hoitotyön mallien sovellus. Vammalan kirjapaino oy.

Pohjola, Anneli. 2007: 11-31. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Viinamäki, Leena – Saari, Erkki. (toim.). Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Kustannusosakeyhtiö tammi, Helsinki.

Ristikankare, Matti 2006: Rauhoittava lääkitys paksusuolen tähytyksen yhteydessä. Duodecim 2006; 122(9): 1094-8. (<http://www.duodecimlehti.fi>)

Sonninen, Eija – Kinnunen, Pirjo – Pietilä, Anna-Maija. 2006. Elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen. Sairaanhoidaja-lehti 10/2006.

http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/elamanhallintaa_tukevan_ohjaukse/

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. ETENE-julkaisu 32. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki. (www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf).

Thompson, K. – Melby, V. – Parahoo, K. – Ridley, T. – Humphreys W. G. 2003: Information provided to patients undergoing gastroscopy procedures. Journal of clinical nursing 2003; vol. 12, 899-911. Luettu 4.11.2010, lähde: Cinahl-tietokanta.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen Sirkka. 2002: Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Viinamäki, Leena – Saari, Erkki (toim.): Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen 2007: Kustanneosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Vilka, Hanna. 2007. Tutki ja kehitä. Kustanneosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Vuorenmaa, A. 2005. Hoitoprosessin ohjauksen kehittäminen. Tietojärjestelmätieteen kandidaatti- tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Jyväskylä. http://users.jyu.fi/~jorma/kandi/2005/Kandi_Vuorenmaa.pdf

Väärälä Suvi. 2010. Hoitajien näkemyksiä sisätautipotilaan ohjauksesta. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu.

Ylinen, E-R. - Vehviläinen-Julkunen, K. - Pietilä A-M. 2007: Nurses' knowledge and skills in colonoscopy patients' pain management. Journal of clinical nursing 2007, vol. 16, 1125-1133. Luettu 13.10.2010, lähde: Cinahl-tietokanta.

Ylinen, E-R. - Vehviläinen-Julkunen, K. - Pietilä A-M. 2009: Effects of patients' anxiety, previous pain experience and non-drug interventions on the pain experience during colonoscopy. Journal of clinical nursing 2009, vol 18, 1937-1944. Luettu 13.10.2010, lähde: Cinahl-tietokanta.

Liite 1.



Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytesopimus

1. Sopijaset

Metropolia Ammattikorkeakoulu, Terveys- ja hoitoala, Hoitotyön koulutusohjelma
(Tukholmankatu 10 PL 4030 00079 Metropolia)

Opiskelija: Anne Söfnala (1003686)

Projekti: Potilasohjeiden kehittäminen tähyystyöskirjoihin Diacorissa.

Yhteistyökumppani: Diacor terveyspalvelut Oy

2. Sopimuksen voimassaoloaika

22.11.10 – 31.12.2011

3. Toteutusajataulu

Opinnäytetyön suunnitelma valmis joulukuussa 2010.
Opinnäytetyöhön liittyvän kyselyn toteutus helmikuussa 2011. Aineiston analyysi, tulosten raportointi keuhon 2011 aikana. Työn julkistaminen.

4. Toiminnan ohjaus ja valvonta

Opinnäytetyötä tehdessään opiskelija sitoutuu noudattamaan hyvän tutkimus- ja toimintatavan periaatteita ja asienmukaista ammattiohjeita. Opiskelija sitoutuu pitämään saatua työtä tehdessään tietoonsa saamat henkilö- tai muut luottamukselliset tiedot.
Metropolia ammattikorkeakoulun puolelta opiskelijan työskentelyä ohjaa ja valvoo yliopettaja Kirsi Johanson.

5. Sopimuksen tarkoitus

Sopimuksen tarkoituksena on sopia opinnäytetyön ja sen pohjana olevan aineiston käynteä sekä osapuolten oikeuksista ja velvollisuuksista.

6. Toiminnan sisältö

Opinnäytetyö tulee Diacor terveyspalvelut Oy:n käyttöön. Osapuolet tekevät yhteistyötä opinnäytetyön tarkoituksen saavuttamiseksi opinnäytetyön suunnitelman mukaisesti sekä Metropolia ammattikorkeakoulun opinnäytetyön prosessin ja -ohjeiden mukaisesti.

7. Kustannukset, paikkio ja suoritteet

Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa kustannuksia Metropolia ammattikorkeakoululle.
Opiskelija kustantaa opinnäytetyönäsi aiheuttamat materiaalit itse.

B. Tulosten hyödyntäminen ja käyttöoikeus

Opinnäytetyö ja siinä tuotettu aineisto hyödynnetään projektissa projektin suunnitelman mukaan. Työ luovutetaan sen valmistuttua ohjaajille ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjastoon. Diacor terveystalvet Oy saa aineiston käyttöönsä sähköisessä muodossa. Opinnäytetyön tekijäoikeudet kuuluvat opinnäytetyön tekijöille. Opinnäytetyön aineisto on Metropolia Ammattikorkeakoulun tutkimustoiminnan käytössä. Metropolia Ammattikorkeakoulu hyödyntää opinnäytetyötä opetuksessa sekä julkaisu- ja tutkimustoiminnassa.

"myös sähköisessä muodossa"

Metropolia Ammattikorkeakoulu edellyttää ammattikorkeakoulun nimen esillä olosta tulosten julkaisemisessa yhteisessä. Mahdollisuuden mukaan toivotaan myös Metropolia-juruaksen käyttöä julkaisussa yhteisessä.

9. Ylivolliset esteet

Sovittu tehtävän suorittamiseen varattu aika voidaan pidentää ylivollisten esteiden perusteella.

10. Sopimuksen muu siirtäminen ja purkaminen

Sopimuksesta aiheutuvia velvollisuuksia ei voi siirtää kolmannelle osapuolelle ilman toisen osapuolen suostumusta. Sopimuksen voi siirtää ja purkaa kaikkien allekirjoittaneiden yhteisellä päätöksellä.

Paikka ja aika

Helsingissä 22.11.2010

Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Anne Sörmälä

Anne Sörmälä

Helsingissä 22.11.2010

Sanna Himberg

Sanna Himberg

Työelämän edustajan allekirjoitus, nimenselvennys ja organisaatio

Helsingissä 2010

Pauliina Mansikkamäki

Pauliina Mansikkamäki, koulutusjohtaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Helsingissä 1.12.2010

Kirsi Johansson

Yliopettaja Kirsi Johansson, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Liite 2.

SAATEKIRJE

10.3.2011

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelen Metropolia Ammattikorkeakoulussa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen opintoihini kuuluvaa opinnäytetyötä aiheesta "Tähystystutkimuksien potilasohjauksen kehittäminen Diacorissa". Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa sairaanhoitajille ohjausrunko tähystystutkimuksien potilasohjaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on vahvistaa Diacorin tähystystoiminnan potilasohjauksen yhdenmukaisuutta ja laatua. Vastaamalla kyselyyn voit vaikuttaa siihen, miten gastro- ja kolonoskopioiden potilasohjausta kehitetään. Ohjausrunkoa voidaan hyödyntää jatkossa myös sairaanhoitajien perehdytyksessä Diacorissa.

Kattavan tuloksen saamiseksi olisi tärkeää, että mahdollisimman moni palauttaisi kyselyn. Toivon, että täytät oheisen kyselylomakkeen yksin ja rauhallisessa tilanteessa. Halutessasi voit jatkaa vastaustasi paperin kääntöpuolelle. Vastaaminen vie noin 15 minuuttia. Mukana saat suljettavan palautuskuoren, jonka voit laittaa Diacorin postitukseen. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja vastaamisen voi keskeyttää niin halutessaan. Vastaamalla kyselyyn annat arvokasta tietoa opinnäytetyöhöni. Toivon, että palautat vastauksesi palautuskuoressa 28.3.2011 mennessä.

Vastaukset käsitellään nimettöminä ja ne ovat luottamuksellisia. Vastauslomakkeet jäävät ainoastaan opinnäytetyön tekijän käyttöön, ja ne hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Voit myös ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijään, mikäli sinulla on kysyttävää. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat yliopettaja Kirsi Johansson, Metropolia Ammattikorkeakoulu (kirsi.johansson@metroplia.fi) ja sairaanhoitajien esimies Pia Aho, Diacor Keskusta (pia.aho@diacor.fi).

Yhteistyöstä kiittäen

Anne Sörmälä

sairaanhoitaja, Diacor Keskusta,

YAMK-opiskelija, Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

Metropolia ammattikorkeakoulu, Terveys- ja hoitoala

Liite 3.

KYSELYLOMAKE

I Taustatiedot

Ympyröi oikea vastausvaihtoehto

1. Ikäsi a) alle 25v b) 25-35v c) 36-45v d) 46-55v e) yli 55v

2. Työskentelyaika Diacorissa

a) alle 1v b) 1-5v c) 6-10v d) 11-15v e) yli 15v

3. Kuinka kauan olet toiminut tähystystutkimusten (gastro- ja kolonoskopiat) parissa yleensä?

a) alle 1v b) 1-5v c) 6-10v d) 11-15v e) yli 15v f) ei lainkaan

4. Kuinka kauan olet toiminut tähystystutkimusten parissa Diacorissa?

a) alle 1v b) 1-5v c) 6-10v d) 11-15v e) yli 15v f) ei lainkaan

5. Kuinka kauan olet toteuttanut potilasohjausta liittyen gastro- ja kolonoskopiaoihin?

a) alle 1v b) 1-5v c) 6-10v d) 11-15v e) yli 15v f) ei lainkaan

6. Tarvitsetko lisää tietoa gastro- ja kolonoskopiapotilasohjauksen toteuttamiseksi?

kyllä ei

Jos vastasit kyllä, minkälaista tietoa?

II Potilaan ohjaaminen ennen tähystystutkimuksia

Huomioi vastatessasi, että ohjauksella tarkoitetaan potilasohjausta gastro- ja kolonoskopiaihin.

Ympyröi oikea vastausvaihtoehto

7. Ohjaukseni lähtökohtana ovat potilaan tarpeet

kyllä ei

8. Kerron potilaalle eri hoitovaihtoehtoista

kyllä ei

9. Selvitän, onko potilaalle aikaisemmin tehty gastro- tai kolonoskopia

kyllä ei

10. Kerron potilaalle tähystystutkimuksen kulusta

kyllä ei

11. Kerron potilaalle sairausloman mahdollisuudesta tähystyspäivänä

kyllä ei

12. Kerron potilaalle esilääkityksen mahdollisuudesta ennen tähystystutkimusta

kyllä ei

13. Huomioin potilaan iän, yleistilan ja perussairaudet ohjauksessa

kyllä ei

Jos vastasit kyllä, miten esimerkiksi?

14. Tuen potilasta päätöksenteossa

kyllä ei

Jos vastasit kyllä, miten esimerkiksi?

15. Kerron potilaalle tähystyksen aikaisista mahdollisista lisätoimenpiteistä

kyllä ei

16. Kerron potilaalle tähystystutkimuksen kustannuksista

kyllä ei

Jos vastasit kyllä, missä tapauksessa?

17. Ohjauksen jälkeen varmistan, että potilas on ymmärtänyt ohjatut asiat

kyllä ei

Jos vastasit kyllä, miten esimerkiksi?

Ympyröi jokaisesta kohdasta parhaiten mielipidettäsi kuvaava vastausvaihtoehto seuraavissa väittämissä

1 täysin samaa mieltä
2 osittain samaa mieltä

3 osittain eri mieltä
4 täysin eri mieltä

18. Ohjaukseen liittyvää tietoa on helposti saatavilla lääkäriasemalla ja intrassa

1 2 3 4

19. Työyksikössäni on käytettävissä tutkimustietoa ohjauksen perustaksi

1 2 3 4

20. Ennen ohjauksen aloitusta paneudun potilaan taustojen selvittämiseen aikaisempien sairauskertomusten avulla

21. Potilaan ohjaaminen ei tuota minulle vaikeuksia

1 2 3 4

22. Toivoisin saavani enemmän aikaa

ohjaukseen									
					1	2	3	4	
23. Potilasohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoprosessia					1	2	3	4	
24. Kehitän ohjaustaitojani osallistumalla koulutuksiin					1	2	3	4	
25. Annan potilaalle mahdollisuuden kysyä tulevasta tähystystutkimuksesta					1	2	3	4	
26. Potilaan ohjaaminen gastro- ja kolonoskopiaihin on helppoa					1	2	3	4	
27. Ohjaustilanteessa huomioin potilaan mahdolliset pelot liittyen tähystystutkimukseen					1	2	3	4	
28. Rohkaisen potilasta osallistumaan omaan									
1 hoitoonsa	2	3	4		1	2	3	4	
Miten esimerkiksi?									

III Potilasohjeet gastro- ja kolonoskopiaissa

Ympyröi jokaisesta kohdasta parhaiten mielipidettäsi kuvaava vastausvaihtoehto seuraavissa väittämässä

1 täysin samaa mieltä 3 osittain eri mieltä
2 osittain samaa mieltä 4 täysin eri mieltä

29. Ohjaukseen käytettävän kirjallisen materiaalin tieto on ajan tasalla

					1	2	3	4
--	--	--	--	--	---	---	---	---

30. Ohjaukseen käytettävän materiaalin sisältö on helposti ymmärrettävää

1	2	3	4
---	---	---	---

31. Hyödynnän ohjaamisessa demonstraatiota (näyttämällä opettamista)

32. Kirjallisessa potilasohjeessa
kolonoskopiaan on tarvittavat tiedot

1	2	3	4
1	2	3	4

33. Kirjallisessa potilasohjeessa
gastroskopiaan on tarvittavat tiedot

1	2	3	4
---	---	---	---

34. Muistilista tai ohjausrunko
tähestystutkimusten potilasohjaukseen olisi
hyödyllinen

1	2	3	4
---	---	---	---

35. Käytän kirjallisia potilasohjeita apuna potilaan ohjaamisessa

kyllä ei

36. Annatko potilaalle aina kirjallisen potilasohjeen tähestyksestä?

kyllä ei

Jos vastasit ei, miksi menettelet näin?

37. Annatko potilasohjausta puhelimesta liittyen tähestystutkimuksiin?

kyllä ei

Jos vastasit kyllä, kerro lyhyesti antamastasi ohjauksesta

KIITOS VASTAUKSISTASI!!!

OHJAUSRUNKO SAIRAAHOITAJILLE ASIAKKAAN OHJAAMISEEN
MAHALAUKUN TÄHYSTYS ELI GASTROSKOPIA
Tavoitteena on onnistunut gastroskopia

1. Tarkista asiakkaan lähete ja taustatiedot
 - Tarkistetaan lähete ja maksaako työnantaja tutkimuksen (tai vakuutus tms.)
 - Ajanvaraus: ohjeet paikasta ja toimintaohjeet asiakkaalle mahdollisen esilääkkeen saamiseksi
 - Esilääkitys: noin tuntia ennen tutkimusta, yleensä annetaan Diapam mikst. 5-10mg per os. Jos asiakas saa esilääkkeen, hänellä tulee olla saattaja/ hakija tutkimuksen jälkeen.
 - Mahdolliset lääkitykset, tauotus (ohje tauotettavista lääkkeistä)
 - Suositus antitromboottisesta lääkehoidosta
(<http://intra/Documents/Yksiköt%20ja%20toiminnot/Lääkärit/Antitromboottinen%20hoito-ohje.pdf>)
 - Antibioottikuurin päätyttyä viikon kuluttua voi tulla tutkimukseen.
 - Haposalpaajalääkkeet (PPI-lääkkeet, esim. Nexium, Somac) on syytä tauottaa viikon ajaksi, huomioi kuitenkin lähettävän lääkärin lähete. Joskus lääkäri toivoo, ettei lääkettä jätetä pois ennen tutkimusta ja potilaan oireet ovat jatkuneet pitkään. PPI-lääkkeet haittaavat helikobateerin (*Helicobacter pylori*) esiintymistä tutkimustuloksissa. Helikobakteeri voidaan osoittaa tähystyksen yhteydessä otettavista koepaloista (tehdään Helico-viljely)
 - Lääkkeet, mitkä asiakas voi ottaa normaaliin tapaan
 - Omega-3 valmisteet tulee jättää tauolle viikkoa ennen tähystystä, koska sillä on verta ohentava vaikutus – lisää vuotoriskiä.
 - Endokardiittiprofylaksiaa ei tarvita
 - DM-potilaat: Asiakkaan on hyvä neuvotella hoitavan /lähettävän lääkärin kanssa. Pyritään antamaan aamuaika tutkimukseen.

2. Ohjaustilanteessa kerrotaan asiakkaalle
 - Tutkimuksen kulku:
Mahalaukun tähystys suoritetaan taipuisalla tähystimellä suun kautta. Tähystyksessä tutkitaan ruokatorvi, mahalaukku ja pohjukaissuolen alkuosa ja sen yhteydessä otetaan tarvittaessa koepaloja. Tähystys kestää n. 5 – 15 min. Erikoislääkäri suorittaa tutkimuksen ja sairaanhoitaja avustaa. (Tutkimuksen alussa voidaan käyttää nielupuudutetta)
 - Syömättä ja juomatta tulee olla vähintään 6 tuntia ennen tutkimusta
 - Jos tähystys tehdään iltapäivällä aamupalan tulee olla nestemäinen (esimerkki aamupalasta) ja ennen tutkimusta tulee siis olla syömättä ja juomatta väh. 6 t.
 - Mahdolliset lääkkeet voi ottaa pienen vesitilkkan kanssa
 - verenhennuslääkkeitä käyttävä asiakkaan tai diabeetikon on syytä neuvotella lääkityksestä ja mahdollisesti ennen tähystystä otettavista laboratoriotutkimuksista hoitavan lääkärin kanssa.
 - Nopeasti valmistuvan INR-tutkimuksen saa ainoastaan Ruoholahden lääkäriasemalta ja se tulee ottaa tähystyspäivänä n. 2 tuntia ennen tähystystä.

3. Tähystyksen jälkeen

- Syöminen ja juominen on yleensä sallittua heti tähystyksen jälkeen, jos nielupuudutetta ei ole käytetty. Asiakkaalle kerrotaan tutkimuksen jälkeen onko puudutetta käytetty vai ei.
 - Jos nielupuudutusta on käytetty, asiakas voi nauttia pienen määrän vettä n. puolen tunnin kuluttua tähystyksestä. Mikäli tämä onnistuu hyvin, asiakas voi syödä ja juoda sekä ottaa lääkkeit normaalisti.
 - Jos asiakas on saanut ennen tähystystä / tähystyksen aikana lääkitystä, asiakas ei saa ajaa autoa tai juoda alkoholia tähystyspäivän aikana. Asiakkaalla tulee olla saattaja /hakija.
 - Tähystyslausunnon asiakas saa heti mukaan, mutta koepalavastauksien valmistumiseen menee n. 2 viikkoa. Koepalavastaukset saa lähettävältä lääkäriltä, jolle voi varata vastaanottoajan tai jättää soittopyynnön. Tutkimuksen jälkeen asiakkaalle annetaan ohjeet koepalavastausten saamisesta.
-

Liite 5. OHJAUSRUNKO SAIRAANHOITAJILLE ASIAKKAAN OHJAAMISEEN

PAKSUSUOLEN TÄHYSTYS ELI KOLONOSKOPIA / SIGMOIDEOSKOPIA ELI PAKSUSUOLEN LOPPUOSAN TÄHYSTYS

Colonsteril- tyhjennys

Tavoitteena on onnistunut kolono- tai sigmoideoskopia

Asiakkaan ohjaaminen sairaanhoitajan vastaanotolla

1. Asiakkaan lähete ja taustatiedot

- Tarkistetaan lähete ja maksaako työnantaja tutkimuksen (tai vakuutus tms.)
- Ajanvaraus: ohjeet paikasta ja toimintaohjeet asiakkaalle mahdollisen esilääkkeen saamiseksi
- Onko asiakkaalla perussairauksia tai säännöllisiä lääkityksiä?
- Suositus antitromboottisesta lääkehoidosta
(<http://intra/Documents/Yksiköt%20ja%20toiminnot/Lääkärit/Antitromboottinen%20hoito-ohje.pdf>)
- Endokardiittiprofylaksiaa ei tarvita
- Rautalääkitys tulee jättää tauolle viikkoa ennen tutkimusta, koska se voi tehdä värjäymiä suoleen ja näin vääristää tutkimustulosta.
- Omega-3 valmisteet tulee jättää tauolle viikkoa ennen tutkimusta, koska niillä on verta ohentava vaikutus – lisää vuotoriskiä.
- Asiakkaan haastattelu ummetus-taipumuksesta (ohjeet: Colonsteril-liuosta 5-6 litraa, jos asiakkaalla taipumusta ummetukseen – varmistetaan hyvä suolen tyhjennys).
Vi-Siblin tai muut kuituvalmisteet tulee jättää tauolle.
- Esilääkitys: noin tuntia ennen tutkimusta. Diapam mikst. 5-10mg tai Oxynorm 5mg per os. Tarkista lääkärikohtaiset ohjeet. Jos asiakas saa esilääkkeen, hänellä tulee olla saattaja/ hakija tutkimuksen jälkeen.

2. Ennen tähytystutkimusta

- Kerrotaan asiakkaalle tutkimuksen kulku
Paksusuolen tähytys suoritetaan peräaukon kautta taipuisalla tähystimellä ja siinä tutkitaan peräsuoli sekä paksusuoli tarvittaessa umpisuoleen ja ohutsuolen loppuosaan asti. Tähytys kestää n. 20-60 min. Tähystimen kautta voidaan ottaa koepaloja ja tehdä tarvittaessa erilaisia toimenpiteitä. Erikoislääkäri suorittaa tutkimuksen ja sairaanhoitaja avustaa.
- Perussairauksista asiakkaan on hyvä olla yhteydessä hoitavaan lääkäriin. Mikäli asiakkaalla on käytössä verenohennuslääkkeitä tai hän on diabeetikko, on syytä neuvotella lääkityksestä ja tutkimusta ennen otettavista verikokeista hoitavan lääkärin kanssa hyvissä ajoin ennen tutkimusta.

- Marevanin käyttäjien INR tulee olla tähystyspäivänä alle 1,8 mahdollisten tähystyksessä tehtävien toimenpiteiden turvallisen suorittamisen vuoksi. Marevan tulee jättää tauolle 3 päivää ennen tähystystä tai asiakas neuvottelee asiasta hoitavan lääkärin kanssa.
- Nopeasti valmistuvan INR-tutkimuksen saa ainoastaan Ruoholahden lääkäriaseman laboratorion ja se tulee ottaa tähystyspäivänä vähintään 2 tuntia ennen tähystystä. Vaihtoehtoisesti voitte otattaa INR-arvon edellisenä iltapäivänä haluamassanne laboratoriossa ja ottaa tuloksen mukaaan tähystykseen.

3. Valmistautumisohjeet

Ruokavalio-ohjeet:

Viikko ennen tähystystä **kiellettyjä ruoka-aineita ovat** siemeniä sisältävät marjat, vihannekset, hedelmät ja leivät.

Kaksi päivää ennen tähystystä

Saa syödä kypsytettyä, vähärasvaista ja – kuituista ruokaa esim.

- * keitettyä tai uunissa valmistettua kalaa, lihaa tai kanaa
- * keitettyä perunaa, valkoista makaronia tai riisiä
- * soseutettuja keittoja, liha/kasvislientä
- * valkoista leipää ja vehnäkorppuja
- * kananmunaa
- * hapanmaitotuotteita, missä ei ole hedelmäpaloja tai marjoja

Tyhjennysohjeet

- Colonsteril-jauhe (1 prk) sekoitetaan 1 litraan vettä.
- Colonsteril on ns. isotoninen liuos, joka pidättää vettä suolessa ja aiheuttaa siten ulosteen pehmenemiseen. Suuria annoksia käytettäessä liuos saa aikaan vetisen ripulin ja suoliston tyhjenemisen muutamassa tunnissa. Colonsteril-jauheessa on apuaineena sitruuna-aromia. (Sitrus-allergiat???)
- Tutkimusta edeltävänä päivänä (päivämäärä + viikonpäivä) asiakkaan tulee juoda _____ litraa Colonsteril-liuosta, 1 litra tunnissa klo _____ alkaen.
- Kiinteän ruoan syöminen tulee lopettaa kahta tuntia ennen tyhjennysaineiden juomista (tyhjennyksen aloittamista).

ESIM. 1.

Tähystystutkimus tehdään klo 10 seuraavana päivänä. Asiakkaan tulee lopettaa kiinteän ruoan syöminen tutkimusta edeltävänä päivänä klo 14, ja aloittaa tyhjennysaineiden juominen klo 16. Colonsteril-liuos (4-5 litraa) tulee tässä tapauksessa juoda kaikki tutkimusta edeltävänä päivänä.

- Vettä, teetä, kirkkaita virvoitusjuomia ja mehuja, jotka eivät sisällä hedelmälihaa, saa juoda tyhjennysnesteen nauttimisen jälkeen, ei kuitenkaan mustikasta, mustaherukasta tai omenasta tehtyjä mehuja. (perustelut)
- Suun kautta nautittava Colonsteril kulkee suoliston läpi tyhjentäen ja puhdistaa suolen. Sitä juodaan nopeasti yksi lasillinen ja pidetään 10 minuutin tauko eli n.1 litra tunnissa.
- Ensimmäinen uloste tulee noin 1 - 3 tunnin kuluttua tyhjennyksen aloittamisesta.

Suolisto-tyhjennyksen tavoite on saavutettu, kun sieltä tuleva neste on kirkasta. Silti on tärkeää että nautitte kaikki teille määrätyt tyhjennysnesteet. Väriltään neste voi olla kellertävää, ruskehtavaa, vihertävää tai aivan väritöntä.

- Tyhjennyksen aikana voi esiintyä pahoinvointia, vatsanturvotusta, joskus vatsankouristuksia tai oksennuksia. Nämä haittavaikutukset ovat ohimeneviä. Liikkuminen edesauttaa suoliston tyhjenemistä.
- Tutkimuspäivänä
Jos tähystystutkimus tehdään asiakkaalle iltapäivällä (klo 16 tai sen jälkeen) Colonsteril-liuosta tulee juoda ____ litraa klo ____ alkaen.

ESIM. 2. Asiakkaalle on varattu aika kolonoskopiaan klo 16.30. Tutkimusta edeltävänä päivänä asiakkaan tulee lopettaa kiinteän ruuan syöminen klo 16 ja tyhjennysaineiden juominen klo 18. Tutkimusta edeltävänä päivänä asiakkaan tulee juoda 2-3 litraa Colonsteril-liuosta. Tutkimuspäivän aamuna klo 8 alkaen asiakkaan tulee juoda Colonsteril-liuosta 1-2 litraa. Colonsteril-liuos olisi hyvä juoda ennen klo 12 tutkimuspäivänä, jotta suolisto ehtii tyhjäntyä ennen tutkimusta.

- Kiinteää ruokaa ei saa nauttia ennen tutkimusta, ainoastaan mahdolliset tyhjennysaineet otetaan ohjeen mukaan. On tärkeää, että asiakas juo kaikki ohjeen mukaiset tyhjennysaineet.
- Syödä saa jälleen, kun tutkimus on suoritettu. Tätä varten asiakas voi ottaa omat eväät mukaan.
- Aamulääkkeet tulee ottaa normaaliin tapaan pienen vesitilkkan kanssa.
- Tyhjennysaineen nauttimisen jälkeen on hyvä juoda edellä mainittuja kirkkaita nesteitä mahdollisimman runsaasti.

4. Tähystystutkimuksen jälkeen

- Esilääkitystä saaneet asiakkaat: Tarkkailu tutkimuksen jälkeen vain tarvittaessa 1-2 tuntia tutkimuksen jälkeen potilaan voinnin mukaan.
- Esilääkitystä saaneilla asiakkailla tulisi olla saattaja/ hakija tutkimuksen jälkeen.
- Jos asiakas on saanut esilääkitystä tai lääkitystä tähystyksen aikana, autoa ei saa ajaa eikä juoda alkoholia.
- Asiakas voi syödä ja juoda normaalisti. Ruokailu kannattaa aloittaa syömällä kevyesti helposti sulavaa ja vähärasvaista ruokaa.
- Asiakas saa mahdolliset tarkemmat ohjeet tähystyksen jälkeen.

LIITE 6. Yhteenveto valmistautumisohjeista gastroskopiaan

	Diacor	Mehiläinen	Aava	Vaasan keskussairaala	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskusyksitys (eksote)	Hatanpään kantasairaala, erikoispoliklinikka
Tutkimuksen tarkoitus	kyllä	kyllä	Ei	kyllä	kyllä	kyllä
Valmistelu, syöminen	6t	6t	6t	6t	6t	6t
Valmistelu, juominen	6t	4t	2t	2t	6t	6t
Lääkitys ennen täyhystystä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Toimenpide	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Esilääke	ei	ei	kyllä	ei	kyllä	ei
Täyhystyksen jälkeen, kotihoito-ohjeet	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Muita erityisohjeita	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	ei

LIITE 7. Yhteenveto valmistautumisohjeista kolonoskopiaan

	Diacor	Mehiläinen	Aava	Vaasan keskussairaala	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (eksote)	Hatanpään kantasairaala, erikoispoliklinikka
Tutkimuksen tarkoitus	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Ruokavalio-ohjeet viikkoa ennen	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Ruokavalio-ohjeet edeltävänä päivänä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Tyhjennysohjeet	kyllä (Colonsteril)	kyllä (Phosphoral)	kyllä (Moviprep)	kyllä (Colonsteril tai Moviprep)	kyllä (Colonsteril)	erillinen ohje
Lääkitys ennen tähystystä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Toimenpide	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Esilääke tai lääkitys tmp:n yhteydessä	kyllä	ei	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Tähystyksen jälkeen, kotihoito-ohjeet	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä	ei
Muita erityisohjeita	kyllä	ei	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä