



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

OHJAUSVIDEO GYNEKOLOGISELLE LEIKO- POTILAALLE

Kristiina Kohtakangas

Kaisa Mäkelä

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018
Sairaanhoidajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KOHTAKANGAS, KRISTIINA & MÄKELÄ, KAISA:
Ohjausvideo gynekologiselle leiko-potilaalle

Opinnäytetyö 33 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Marraskuu 2018

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa gynekologiselle leiko-potilaalle ohjausvideo, joka esittelee gynekologisen leiko-potilaan leikkauspäivän kulun leikkausosastolla. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, millainen on gynekologisen leiko-potilaan leikkauspäivä, mitä on yhteistyösuhteeseen perustuva potilasopetus ja millainen on hyvä ohjausvideo. Työn tavoitteena oli luoda työkalu gynekologisen leiko-potilaan potilasopetuksen tueksi. Opinnäytetyö tehtiin toiminnallista menetelmää käyttäen.

Hyvässä potilasopetuksessa potilas saa luotettavaa tietoa omasta tilastaan ja hoidostaan. Potilasopetussuhteessa välitetään tietoa sekä sairaanhoitajalta potilaalle että potilaalta sairaanhoitajalle. Potilasopetuksessa on tärkeää luoda luottamuksellinen suhde sairaanhoitajan ja potilaan välille. Sairaanhoitajan on tärkeää tunnistaa potilaan henkilökohtainen tiedon tarve ja tapa kommunikoida, jotta potilasopetus vastaa potilaan tarpeisiin. Sairaanhoitajan ja potilaan välillä tulee olla kunnioittava ja tasavertainen yhteistyösuhte.

Tuotoksena laadittiin työelämäyhteyden käyttöön ohjausvideo. Videon sisältö perustui kerätyn teorian pohjalta laadittuun käsikirjoitukseen. Video on tilannekuvaus gynekologisen leiko-potilaan leikkauspäivästä. Video alkaa siitä, kun potilas saapuu sairaalaan ja hänet otetaan vastaan leikkausosastolle. Leikkausosastolla potilas haastatellaan ja hänen leikkauksen varmistetaan. Seuraavaksi hän siirtyy leikkaussaliin, jossa hänet ottaa vastaan leikkaustiimi. Videon lopussa potilas siirtyy heräämöstä jatkohoitoon. Videolla on liikkuvan kuvan lisäksi käytetty tekstidiodia, jotka selkeyttävät videon sisältöä. Videolla on käytetty dialogin sijasta kertojaa, jotta videota on helppo seurata. Kertojan puhe on selkeää ja katsojaa kohtaan kunnioittavaa. Videon pituus on rajattu kolmeen minuuttiin, jotta katsoja jaksaa keskittyä videon sisältöön koko videon ajan.

Opinnäytetyön tuotosta voidaan hyödyntää osana leiko-potilaan potilasopetusta havainnollistamaan leikkauspäivän kulkua. Jatkotutkimuksena voisi tehdä esimerkiksi kyselytutkimuksen siitä, onko video ollut käytössä potilasopetuksessa ja onko siitä ollut hyötyä.

Asiasanat: potilasopetus, leiko, video

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

KOHTAKANGAS, KRISTIINA & MÄKELÄ, KAISA:
An Educational Video for a Gynecological FHTO-patient

Bachelor's thesis 33 pages, appendices 2 pages
November 2018

The purpose was to produce an educational video for a gynecological FHTO (from home to operation) patient about the events of the day of surgery. The study contains information about the events of the day of surgery at a gynecological FHTO-unit. In addition, the study discloses what co-operational patient education and a good educational video consist of. The aim was to produce a tool to support preoperative patient education.

In successful patient education the patient and the nurse have a common trust and respect between each other. The nurse has to be aware of the patient's specific need of information and what is the best way for the patient to learn.

As an outcome of this study, an educational video was produced. The video is based on theoretical information and it contains the events from the moment the patient enters the hospital to the moment the patient gets transferred from the recovery room. The video contains moving picture that is clarified by some text parts. There is a narrator who explains the events on the video. The language on the video is clear and easy to follow. The duration of the video is three minutes.

The product can be used as a tool to support preoperative patient education. In the future a study could be conducted about the usefulness of the video and whether it has been used in patient education.

Key words: patient education, FHTO (from home to operation), video

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	3.1 Gynekologinen leiko-potilas	7
	3.2 Leiko-potilaan leikkaukseen valmistautuminen kotona.....	8
	3.3 Leiko-potilaan leikkaukseen valmistautuminen leiko-yksikössä.....	10
	3.4 Yhteistyösuhteeseen perustuva potilasopetus preoperatiivisessa vaiheessa	11
	3.5 Hyvä ohjausvideo	14
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
	4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	17
	4.2 Tuotos	17
	4.3 Opinnäytetyöprosessi	19
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	22
	5.1 Eettisyys ja luotettavuus	22
	5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.....	24
	5.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	26
	LÄHTEET.....	29
	LIITTEET	32

1 JOHDANTO

Ennen leikkausta näytettyjen ohjausvideoiden on todettu lisäävän potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa (Lin, Huang, Lin, Huang, Wang & Shi 2016, 134-139; Bastable 2017, 436). Ohjausvideot auttavat tehokkaasti tutustuttamaan potilaita tulevaan anestesiaan, leikkaukseen ja postoperatiiviseen hoitoon. Ne ovat myös vähentäneet merkittävästi leikkauspotilaiden preoperatiivista ahdistusta. (Lin ym. 2016, 134-139.) Audiovisuaalinen kerronta on helpommin ymmärrettävää pelkkään suulliseen ohjaukseen verrattuna (Boyd 2017, 20). Ohjausvideon näyttäminen potilaalle ei yksinään ole riittävä tapa ohjata potilasta, vaan se on työkalu täydentämään ja tehostamaan sairaanhoitajan antamaa ohjausta (Bastable 2017, 419). Hyvä potilasopetus kasvattaa potilaan tyytyväisyyttä hoitoon ja koventaa hänen elämänlaatuaan sekä vähentää potilaan mahdollista ahdistusta ja pelkoa (Bastable 2017, 6, 9-10).

Gynekologisia leikkauksia tehdään naisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi sukupuolielinten alueelle yksilöllisen tarpeen mukaan. Leikkausta edeltävä sairaalassaoloaika pyritään pitämään mahdollisimman pienenä infektoriskin minimoimiseksi. (Ihme & Rainto 2014, 164, 196.) Leiko eli leikkaukseen kotoa tarkoittaa sitä, että potilas saapuu sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna (Käypä hoito 2014). Mikäli gynekologisen leikkauspotilaan yleistila on hyvä, voi hän olla sopiva leiko-potilaaksi. Leikkaukseen suoraan kotoa tuleva potilas tekee leikkausta edeltävän illan valmistelut kotona. Leikkauksen jälkeen gynekologinen potilas kotiutuu yksilöllisesti voinnin mukaan esimerkiksi seuraavana päivänä tai useamman päivän kuluttua. (Ihme & Rainto 2014, 167, 198.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa ohjausvideo gynekologisille leiko-potilaille erään naistentautien leikkausosaston potilasopetuskäyttöön. Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää gynekologisen leiko-potilaan hoitopolku ja leikkauspäivän kulku leikkausosastolla sekä hyvän potilasopetuksen ja ohjausvideon piirteet. Ohjausvideomme tarkoituksena on kertoa leiko-potilaalle leikkauspäivän kulku. Ohjausvideota voidaan hyödyntää sekä potilasopetuksessa että uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Suuntaudumme molemmat perioperatiiviseen hoitotyöhön ja pystymme hyödyntämään opinnäytetyöprosessissa oppimiamme asioita jatkossa työelämässä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa gynekologiselle leiko-potilaalle suunnattu ohjausvideo, jossa kuvataan leiko-potilaan leikkauspäivän kulku gynekologisella leikkausosastolla. Videota voidaan käyttää osana gynekologisen leikkauspotilaan potilasopetusta.

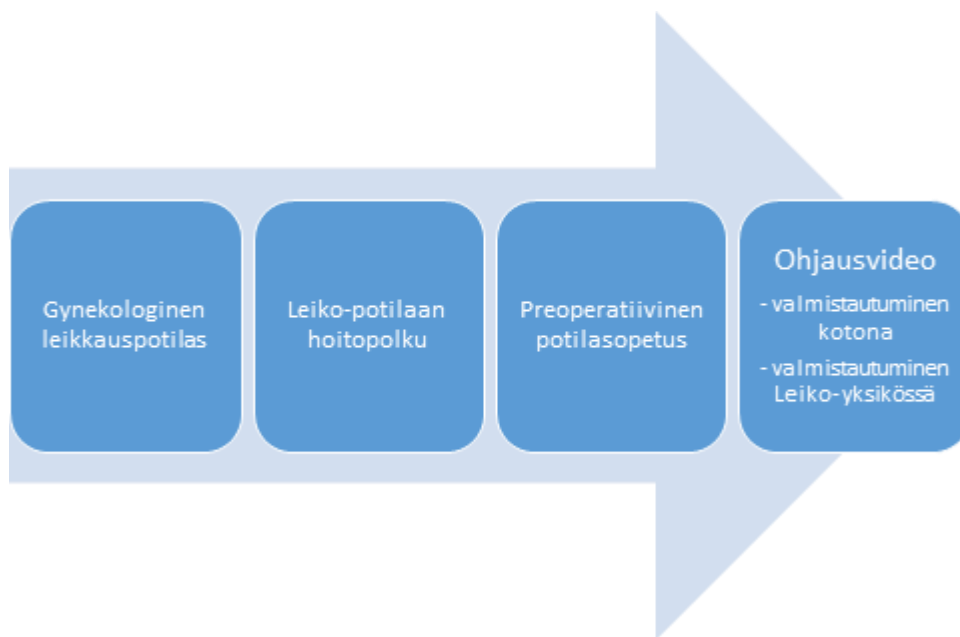
Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymyksiin:

1. Millainen on gynekologisen leiko-potilaan leikkauspäivä?
2. Mitä on yhteistyösuhteeseen perustuva potilasopetus?
3. Millainen on hyvä ohjausvideo?

Omana tavoitteenamme opinnäytetyöprosessissa on oppia leiko-potilaan hoitopolku. Lisäksi tavoitteenamme on oppia, millaista on hyvä leiko-potilaan ohjaus ja miten audiovisuaalista potilasopetusmateriaalia voi hyödyntää osana potilasopetusta. Hoitotyön opetusta opinnäytetyö palvelee siten, että hoitotyön opiskelijat voivat tuotoksena tehtävää videota katsomalla tutustua leiko-potilaan hoitopolkuun leikkausosastolla ja kehittää näin omaa ammatillisuuttaan. Hoitotyön esimiestyössä ohjausvideota voi käyttää osana työntekijöiden perehdytystä, kun orientoidutaan tämän alueen potilaiden hoitoon. Käytännön hoitotyöhön video tuo työkalun, jota voi käyttää osana potilasopetusta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Kuviossa 1 on koostettuna opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat, jotka ovat gynekologinen leiko-potilas, leiko-potilaan leikkaukseen valmistautuminen kotona, leiko-potilaan leikkaukseen valmistautuminen leiko-yksikössä, yhteistyösuhteeseen perustuva potilasopetus preoperatiivisessa vaiheessa sekä hyvä ohjausvideo.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ja niihin perustuva tuotos.

3.1 Gynekologinen leiko-potilas

Suomessa yleisin gynekologinen leikkaus on kohdunpoisto eli hysterectomia (Eskola & Hytönen 2008, 332). Muita tavallisia leikkausta vaativia gynekologisia vaivoja ovat muun muassa endometrioosi ja gynekologiset syövät sekä laskeumat. Gynekologisia toimenpiteitä voidaan tehdä avoleikkauksena tai vatsaontelon tähystyksellä. Kohdunpoisto voidaan tehdä myös emättimen kautta. Päätös leikkaustavasta tehdään yhdessä keskustelemalla potilaan kanssa. (Ihme & Rainto 2014, 164-181.) Valtaosa gynekologisista leikkauksista tehdään samana päivänä, kun potilas tulee sairaalaan. Leikkauksen jälkeinen hoitoaika määrittyy potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. (Eskola & Hytönen 2008, 331.)

Leiko eli leikkaukseen kotoa tarkoittaa hoitopolkua, jossa leikkauspotilas saapuu leikkauispäivän aamuna sairaalaan. Hänet vastaanotetaan leikkausosaston leiko-yksikössä ja hän kävelee itse leikkaussaliin. Leikkauksen jälkeen potilas joko kotiutuu samana päivänä tai jää pidemmäksi aikaa vuodeosastolle jatkohoitoon. Leikkausosastolle saavuttuaan potilaalle tehdään samanlaiset välittömät valmistelut kuin muillekin leikkauspotilaille. (Laisi 2012, 17-18.)

Leikkausta edeltävällä esikäynnillä potilas tapaa sairaanhoitajan, joka kertoo tulevasta leikkauksesta ja antaa valmistautumisohjeet leikkausta varten sekä varmistaa potilaan sopivuuden leiko-potilaaksi. Lisäksi potilas tapaa esikäynnin yhteydessä anestesia-ääkärin. Anestesiaesikäynnillä selvitetään anestesiaan mahdollisesti vaikuttavat potilaan terveydentilaan liittyvät asiat, esimerkiksi perussairaudet ja potilaalla käytössä olevat lääkkeet sekä annetaan potilaalle tietoa leikkauksen aikaisesta ja jälkeisestä kivunhoidosta. (PSHP 2017.)

Potilas valmistautuu kotona esikäynnillä saamiensa ohjeiden mukaisesti leikkaukseen ja saapuu leiko-yksikköön leikkauispäivän aamuna. Leiko-yksikössä sairaanhoitaja haastattelee potilaan ja käy yhdessä hänen kanssaan läpi tarkistuslistan, jonka avulla varmistetaan, että potilas on noudattanut hänelle annettuja ohjeita valmistautuessaan leikkaukseen. Sairaanhoitajan haastattelun jälkeen potilas jää odottamaan leikkaukseen pääsyä odotushuoneeseen. (PSHP 2017.)

Ennen leikkausta potilaalle annetaan tarvittaessa esilääkitys. Tämän jälkeen potilas siirtyy leikkaussaliin, jossa leikkaus tehdään. Kun leikkaus on ohi, potilas siirretään vuoteessa heräämöön, josta hänet siirretään hänelle suunniteltuun jatkohoitopaikkaan, esimerkiksi vuodeosastolle tai tehohoitoon. Kun potilas on toipunut leikkauksesta, hänet kotiutetaan. Lähettävä lääkäri on vastuussa potilaan jälkiseurannasta. Tarvittaessa potilas voidaan kutsua jälkitarkastukseen sairaalan poliklinikalle. (PSHP 2017.)

3.2 Leiko-potilaan leikkaukseen valmistautuminen kotona

Leikkaushoidossa on aina olemassa infektioriski. Riskin suuruus vaihtelee leikkauksesta riippuen. Infektiot kasvattavat lisähoidon tarvetta ja siten sairaalassaoloaika pitenee. Myös kuolleisuusriski kasvaa niihin henkilöihin nähden, jotka eivät ole saaneet infektiota.

Valtaosa leikkaukseen liittyvistä infektioista saa alkunsa potilaan omasta bakteerikannasta. Potilaan puolustuskyvyn aleneminen lisää infektioriskiä. Ikä, perussairaudet, potilaan saamat vastustuskykyä heikentävät hoidot ja mahdolliset infektiopesäkkeet lisäävät leikkausinfektioriskiä. Mahdollisesti vastustuskykyä alentavat myös tupakointi, huono ravitsemustila, liiallinen alkoholin käyttö ja sairaaloinen liikalihavuus. (Similä 2017, 134.) Hyvä fyysinen kunto auttaa ehkäisemään leikkauskomplikaatioita ja edesauttaa leikkauksesta toipumista (Ihme & Rainto 2014, 195). Leikkauskomplikaatioiden minimoimiseksi on tärkeää, että potilasta ohjataan valmistautumaan leikkaukseen oikealla tavalla ja että hän noudattaa hoitohenkilökunnalta saamia ohjeita valmistautuessaan leikkaukseen (Similä 2017, 134-135).

Ennen leikkausta potilasta ohjataan hoitamaan suun terveys hyväksi. Vaikka käytössä olisi hammasproteesit, tulisi suun limakalvojen kunto tarkistuttaa hammaslääkärillä. Iho hoidetaan ehjäksi ennen leikkausta ja perussairaudet pyritään hoitamaan mahdollisimman hyvään tasapainoon. Tupakoinnin lopettamisessa tai ainakin vähentämisessä ohjataan potilasta. (Similä 2017, 134-145.)

Ennen leikkausta potilaille annetaan sekä suullinen että kirjallinen ohjeistus kotona valmistautumisesta. Kirjallisessa ohjeessa on mukana myös puhelinnumero, josta omaiset voivat tiedustella potilaan vointia leikkauksen jälkeen. Leikkausyksiköstä soitetään potilaalle viimeisenä arkipäivänä ennen leikkausta. Puhelussa potilas saa tiedon, mihin kelloaikaan hänen tulisi saapua sairaalaan ja mitä lääkkeitä hän mahdollisesti ottaa leikkauspäivän aamuna. (PSHP 2018.)

Potilaan tulee käydä suihkussa leikkauspäivää edeltävänä iltana, jotta iho olisi mahdollisimman puhdas (Eskola & Hytönen 2008, 335; PSHP 2018). Suihkussa tulisi välttää ihon hankaamista ja voimakkaita pesuaineita, jotta iho ei rikkoutuisi. Erityistä huolellisuutta tulee kiinnittää kainaloiden, nivustaipeiden ja välilihan seudun hyvään puhdistamiseen. (Ihme & Rainto 2014, 200-201.) Myös napa puhdistetaan hyvin. Kynsilakka poistetaan ennen leikkausta. (Ihme & Rainto 2014, 200-201; PSHP 2018.) Leikkausta edeltävänä iltana ei saa nauttia alkoholia, koska siitä voi tulla yhteisvaikutuksia nukutusaineen kanssa. Myös tupakointi leikkauspäivänä on kielletty. (PSHP 2018.) Ennen sairaalaan tuloa potilasta ohjeistetaan olemaan laittamatta meikkiä. Myös korut ohjeistetaan jättämään kotiin. (PSHP 2018.)

Kalaöljyn ja kalaöljykapseleiden käyttö tulisi lopettaa kuukausi ennen leikkausta. Potilaan tulee käydä laboratoriokokeissa ennen leikkausta sovittujen ohjeiden mukaan. Syömättä tulee olla kuusi tuntia ennen leikkausta ja juomatta kaksi tuntia. (Eskola & Hytönen 2008, 335; PSHP 2018.) Käytännössä tämä tarkoittaa yleensä sitä, että leikkausta edeltävänä iltana keskiyöstä eteenpäin ei kannata enää syödä. Vielä kaksi tuntia ennen leikkausta saa juoda vettä tai laimeaa mehua lasillisen. Jos lääkäri on määrännyt veritulppien estämiseksi otettavan pistoksen, se laitetaan vatsan alueelle leikkausta edeltävänä iltana. Leikkauspäivän aamuna tulee ottaa vain anestesia­lääkärin määräämät lääkkeet yhdessä pienen vesimäärän kanssa. (PSHP 2018.)

3.3 Leiko-potilaan leikkaukseen valmistautuminen leiko-yksikössä

Saapuessaan leikkausosastolle potilas soittaa osaston ovikelloa leikkausosaston oven ulkopuolella, josta hänet tullaan ottamaan vastaan ja ohjataan osaston sisäiseen leiko-tilaan. Siellä hänelle annetaan sairaalavaatteet ja oikean kokoiset tukisukat vaihdettavaksi päälle. (PSHP 2018.) Leikkausvaatteisiin kuuluvat avopaita, tukisukat, alushousut ja leikkausmyssy. Lisäksi potilas saa tunnisterannekkeen, jossa lukee hänen nimensä ja henkilötunnuksensa. (Ihme & Rainto 2014, 202.)

Leiko-yksikköön saavuttuaan potilas haastatellaan: varmistetaan, että annettuja ohjeita kotona valmistautumisesta on noudatettu ja että potilaan voinnissa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia, jotka vaikuttaisivat anestesian tai leikkauksen sujuvuuteen. (Lisma 2018.) Potilas käy ennen leikkausta wc:ssä, jotta virtsarakko on tyhjä leikkaukseen men­täessä (Ihme & Rainto 2014, 202).

Vaatteiden ja tukisukkien vaihdon sekä sairaanhoitajan haastattelun jälkeen potilas jää odotustilaan odottamaan leikkaustaan. Sairaanhoitaja tiedottaa hänelle tarkemmin leikkauksen ajankohdasta. Potilaan odottaessa leikkaukseen pääsyä sairaanhoitaja antaa tarvittaessa potilaalle henkistä tukea ja keskusteluseuraa sekä vastaa potilaan mahdollisiin kysymyksiin. Ennen leikkaussaliin siirtymistä sairaanhoitaja antaa potilaalle tarvittaessa esilääkityksen. Kun leikkaussali on valmis potilasta varten, anestesiahoitaja tulee noutamaan potilaan leikkaussaliin. (Lisma 2018; PSHP 2017.)

3.4 Yhteistyösuhteeseen perustuva potilasopetus preoperatiivisessa vaiheessa

Preoperatiivinen vaihe alkaa leikkauspäätöksestä ja päättyy potilaan vastaanottamiseen leikkausosastolle. Yksi preoperatiivisen vaiheen olennaisimpia hoitohenkilökunnan tehtäviä on potilaan sekä hänen läheistensä ohjaaminen. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 8, 11.) Potilasopetusprosessi on yhteistyösuhde, jossa välitetään tietoa, ymmärrystä ja osaamista sekä hoitohenkilöstöltä potilaalle että potilaalta hoitohenkilöstölle (Kilkku 2008, 17). Muun muassa hoitoaikojen lyheneminen, avohoitopotilaiden määrän kasvu sekä potilaiden kasvanut tietoisuus omasta hoidostaan ja oikeuksistaan on johtanut potilasopetuksen tarpeen lisääntymiseen samalla kun ohjaukseen käytettävissä oleva aika on vähentynyt (Lipponen 2014, 17).

Potilasopetus on prosessi, jonka tarkoitus on antaa potilaalle hänen tarvitsemaansa tietoa omasta tilastaan ja hoidostaan, sekä kasvattaa potilaiden ja heidän perheidensä itsenäisyyttä ja vastuuta omasta hoidostaan tukemalla heitä olemaan passiivisen kuulijan sijaan aktiivisia oppijoita. (Flanders 2018, 55-58; Bastable 2017, 9). Potilasopetus on jo pitkään mielletty yhdeksi tärkeimmistä osista yleistä hoitoa, jota sairaanhoitajilta saa. Sairaanhoidajan toteuttama potilasopetus voi parhaimmillaan muun muassa kasvattaa tyytyväisyyttä hoitoon, parantaa elämänlaatua, vahvistaa hoidon jatkuvuutta, vähentää potilaan sairautteen liittyviä komplikaatioita, vahvistaa hoitosuunnitelmassa pysymistä, rohkaista potilaita olemaan aktiivisesti mukana oman hoitonsa suunnittelussa sekä vähentää potilaan ahdistusta. Yksi yleisimmistä tuomioistuimelle johtaneista valituksen aiheista on potilaan saaman informaation puute. (Bastable 2017, 6, 9-10.)

Potilasopetuksen menetelminä käytetään muun muassa yksilö- ja ryhmäohjausta, kirjallista ja suullista ohjausta, demonstraatiota sekä audiovisuaalista ohjausta. Jotta potilasopetus olisi vaikuttavaa, tulee hoitohenkilökunnan hallita erilaisten ohjausmenetelmien käyttö. Potilasopetuksen tavoitteena on antaa potilaalle luotettavaa tietoa, jolloin potilaan on mahdollista tuntea, että hän hallitsee oman tilanteensa ja pystyy vaikuttamaan siihen. (Lipponen 2014, 17, 19.)

Läheisen ja hyvän yhteyden omaavan ohjaussuhteen luomisessa on tärkeää ohjaajan ja ohjattavan ensikohtaamisen ilmapiiri. Esimerkiksi pelkkä tervehtiminen voi auttaa ohjattavaa muodostamaan positiivisen ja luotettavan käsityksen ohjaajasta. Kun ilmapiiri on

tarpeeksi rento ja kevyt, on ohjattavan helpompi ilmaista ajatuksiaan. Tavallinen juttelu esimerkiksi säätilasta auttaa purkamaan jännittyneitä ilmapiiriä. Tässäkin on kuitenkin huomioitava ohjattavan oma tapa kommunikoida: osa kaipaa virallisempaa kommunikointia. (Eloranta & Virkki 2011, 54-55.)

Potilasopetus sisältää kaksi tärkeää osaa: opettaminen ja oppiminen (Bastable 2017, 10). Sairaanhoitaja ei ole ohjausprosessin ainoa asiantuntija, vaan myös potilas on tilanteessa asiantuntija. Potilaan asiantuntijuus koskee hänen omaa tilannettaan sekä jossain määrin tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Hoitohenkilöstön asiantuntemus perustuu koulutukseen ja kokemukseen. (Kilcku 2008, 21-22.) Fyysisen valmistautumisen lisäksi on tärkeää valmistaa potilasta tulevaan leikkaukseen henkisesti: Sairaanhoitaja kertoo potilaalle tulevasta leikkauksesta ja hoidosta ja perustelee hoitovalinnat. Potilaan turvallisuudentunnetta lisätään kertomalla, että potilaasta pidetään hyvää huolta: hänen mahdollisia kipujaan ja epämukavaa oloaan hoidetaan erilaisin keinoin ja hänen vointiaan seurataan jatkuvasti turvallisuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi. (Eskola & Hytönen 2008, 335-336.)

Hyvin suunnitellussa preoperatiivisessa potilasopetuksessa otetaan huomioon potilaan henkilökohtainen ohjauksen tarve aina leikkauspäätöksestä leikkauksen ja tulevan anestesian esittelyyn, siitä leikkaukseen valmistautumiseen ja kotona tapahtuvaan postoperatiiviseen hoitoon asti. Ideaalitulanteessa potilas saa tietoa siitä, mitä tapahtuu ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen ja tieto annetaan potilaan henkilökohtaisia oppimismenetelmiä ja tiedonhalua mukailten. (Kruzik 2009, 386-387.) Riittävästi tietoa saaneilla potilailla on positiivisempi asenne leikkausta kohtaan. Riittävä potilasopetus ja potilaan valmistautuminen leikkaukseen vähentävät sairaalajaksojen pituutta, kipulääkkeiden tarvetta postoperatiivisesti sekä lisäävät potilaan ja hänen läheistensä tyytyväisyyttä leikkausprosessiin (Thilagavathi & Vaidvanathan 2014, 413, 416; Kruzik 2009, 381). Huolellinen suunnittelu, tiimityöskentely ja palautteen saaminen potilaalta edesauttavat sujuvaa potilasohjausta. (Kruzik 2009, 386-387.)

Potilasopetuksen onnistumiseksi ohjaajan on hyvä erottaa, millaisista asioista potilaalla on tiedon tarvetta, mitä hänellä on jo tiedossa ja mikä on potilaalle paras tapa omaksua uutta tietoa. Potilaalta voi suoraan selvittää, millaisia odotuksia hänellä itsellään on ohjauksen ja ohjaamisen tulosten suhteen, ja sairaanhoitaja noudattaa ohjauksessaan potilaan toiveita. Kun potilaalla ja sairaanhoitajalla on potilaan hoidosta yhtenäinen näkemys,

potilaan hoitoon sitoutuminen ja tyytyväisyys kasvavat. Sairaanhoidajalla tulee olla tarpeeksi taustatietoja potilaasta ja hänen tilanteestaan, jotta ohjaus onnistuisi. Ohjaustilanteessa sairaanhoidajan tulee olla selvillä myös omasta taustastaan, jolla voi olla merkitystä ohjaussuhteen kulussa. Sairaanhoidajan ja potilaan vuorovaikutuksen tulee olla luottamuksellista ja turvallisuuden tunnetta herättävää. Sairaanhoidajalla on oltava aitoa kiinnostusta ja kunnioitusta potilasta kohtaan. Ohjaussuhteen onnistumiseksi sekä potilaalla että sairaanhoidajalla on oltava aitoa yhteistyöhalua ja yhteiset odotukset ja tavoitteet ohjaukselle. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 48.) Jotta potilasopetus olisi mahdollisimman hyödyllistä, sairaanhoidajan on tunnistettava yksilöllinen oppimistarpeiden, valmiustasojen ja oppimistyylien vaihtelu (Bastable 2017,110).

Monesti potilasopetuksessa potilas näyttää ymmärtävän saamansa ohjauksen tulevasta leikkauksesta koskien leikkausprosessia, kivunhallintaa ja postoperatiivista hoitoa. Joskus potilaan kokema leikkauspelko ja jännitys kuitenkin estävät potilasta käsittelemästä kunnolla hänelle sillä hetkellä kerrottavaa asiaa. (Kruzik 2009, 382.) Siksi on hyvä ohjata myös potilaan läheisiä, jotta tieto olisi vahvempaa ja he voisivat olla hoidossa apuna. (Bastable 2017, 91.) Audiovisuaalisessa opetusmateriaalissa hyötynä on se, että potilas voi halutessaan toistaa, rytmittää ja kerrata materiaalia (Bastable 2017, 436).

Kommunikaation sujuvuuden takaamiseksi saatavan tiedon tulisi olla monessa eri muodossa. Potilailla on erilaisia oppimistyyliä, joten erilaiset ohjausmuodot ovat tarpeen. Sairaanhoidaja voi suoraan kysyä potilaalta, miten juuri hän parhaiten oppii. Potilaat voivat myös haluta erilaisia määriä tietoa tulevasta leikkauksesta ja anestesiasta: toiset haluavat erittäin yksityiskohtaista tietoa ja toiset vain pääkohdat. (Kruzik 2009, 382.) Sairaanhoidajan tulee selvittää, mitä potilas haluaa ja kokee tärkeäksi tietää ja lisäksi pitää mielessä asiat, joiden hän ammattilaisena tietää olevan tärkeitä oppia (Bastable 2017, 110). Jokainen kokee leikkauksen omalla tavallaan: toisille leikkaus ja tuleva muutos voi olla kovinkin raskas asia ja toisille lähinnä helpotus (Ihme & Rainto 2014, 178-179).

Jotta potilaan olisi helppo ymmärtää saamansa ohjeet, ne täytyy ilmaista muodossa, joka on helppo omaksua. Visuaalisen materiaalin tulee olla selkeässä muodossa: esimerkiksi potilasopetusmateriaalissa mahdollisesti esitettävän tekstin fontin tulee olla helppoluukuista ja tarpeeksi suurta. Tietotulvan aiheuttama potilaan ylikuormittuminen voidaan

välttää sillä, että ohjaukseen sisällytetään vain potilaan itsensä kannalta oleellinen tieto tiiviissä muodossa. (Ortoleva 2010, 438.)

3.5 Hyvä ohjausvideo

Ennen leikkauspäivää näytettävä ohjausvideo on tehokas tapa potilaiden tutustuttamisessa tulevaan anestesiaan ja leikkaukseen sekä postoperatiiviseen hoitoon (Lin ym. 2016, 134-139). Ohjausvideon näyttäminen potilaille takaa sen, että kaikki potilaat ovat tasa-vertaisessa asemassa tiedon saannin suhteen: he saavat saman tiedon selkeässä, tiiviissä ja neutraalissa muodossa riippumatta siitä, kuka heitä ohjaa (Boyd 2017, 20). Lisäksi potilaalla on mahdollisuus katsoa video useita kertoja uudelleen, jolloin hänen tietämyksensä videolla käsiteltävästä asiasta vahvistuu (Gazella, 2005). Audiovisuaalinen kerronta on helpommin ymmärrettävää verrattuna pelkkään suulliseen ohjaukseen (Lin ym. 2016 134-139; Boyd 2017, 20). Ennen leikkausta näytetyt ohjausvideot ovat lisänneet potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa (Lin, ym. 2016, 134-139; Bastable 2017, 436). Ohjausvideot ovat myös vähentäneet tehokkaasti potilaiden ahdistusta ennen leikkausta (Lin ym. 2016, 134-139). Lipposen (2014) mukaan audiovisuaalisen ohjauksen käyttö on vielä vähäistä, mutta sen käyttö lisääntyy jatkuvasti. Video- ja muun audiovisuaalisen potilasopetusmateriaalin kehittämistä ja käyttämistä pidetään tärkeänä, sillä se vapauttaa terveydenhuollon rajallisia resursseja muuhun toimintaan (Lipponen 2014, 20).

Ohjausvideoita voidaan hyödyntää esimerkiksi kokemusten, tilanteiden, ohjeiden ja paikkojen esittelemisessä (Kynäs ym. 2007, 122). Video-ohjauksesta hyötyvät erityisesti potilaat, joilla on vaikeuksia lukea kirjallista materiaalia. Ohjausvideot mahdollistavat potilaan oikea-aikaisen ohjaamisen ja ne ovat myös taloudellinen tapa ohjata. (Kynäs ym. 2007, 116-117; Kääriäinen 2007, 35.) Kuvan ja äänen yhdistyminen tiedonannossa lisää ohjauksen ymmärrettävyyttä ja säilyvyyttä (Bastable 2017, 436). Ammattitaitoisesti tehty ohjausvideo antaa tietoa ja selventää monimutkaisia asioita potilaalle tavalla, johon sanalliset tai kirjalliset ohjeet yksin eivät pysty (Boyd 2017, 20). Videon sisältö saattaa kuitenkin herättää potilaassa erilaisia tunteita ja on mahdollista, että potilas käsittää jotakin väärin. Tämän takia potilaalla tulisi olla mahdollisuus keskustella sairaanhoitajan kanssa videon sisällöstä. (Kynäs ym. 2007, 116-117; Kääriäinen 2007, 35-36.) Ohjausvideo ei korvaa sairaanhoitajaa ohjaajana, vaan sen on tarkoitus täydentää ja tukea ohjausta. Ohjausvideon tulisi olla melko lyhyt, jotta katsojan mielenkiinto asiaan säilyy. Mitä pidempi

video on, sitä suurempi on myös riski, että videon katsojan kiinnostus loppuu. Ideaalinen pituus ohjausvideolle on 5-10 minuuttia. (Bastable 2017, 419, 442.)

Ohjausvideoiden avulla voidaan palauttaa mieleen tietoa keskustelun yhteydessä ja ne mahdollistavat ja helpottavat tiedon välittämistä omaisille. Joillakin potilailla on rajalliset mahdollisuudet käyttää tietotekniikkaa kotona, mikä rajoittaa ohjausvideoiden käyttöä potilasopetuksessa. Lisäksi ohjausvideoiden käyttöä rajoittaa ohjausvideon kehittämisestä ja tuottamisesta aiheutuvat kustannukset. Potilaat ja omaiset toivovat, että ohjausvideoita käytettäisiin suullisten luentojen ja ryhmäkeskustelujen lisänä potilasopetuksessa. (Kyngäs ym. 2007, 117.)

Video välittää tietoa puheen ja tekstin sekä kuvan ja äänen avulla. Tiedon ymmärtäminen varmistetaan näiden tekijöiden harkitulla käytöllä. Kuva koostuu kuvan sisällöstä sekä kuvan esitystavasta, johon vaikuttaa kameratyö. Kuvan sisältöä ja esitystapaa yhdistelemällä on mahdollista saada aikaan hyvin realistinen vaikutelma. Tämä tulee ottaa huomioon erityisesti, jos videolla käsitellään katsojalle kipeitä tilanteita tai asioita. Terveysalan asiakkaan pitää pystyä luottamaan siihen, että videon sisältö on totta. Kertomistavan tulee olla katsojaa kohtaan kunnioittava. Videon alun eli johdannon tehtävä on saada katsojan mielenkiinto heräämään ja saada hänet virittäytymään kyseessä olevaan asiaan. Video voi alkaa kysymyksellä, johon annetaan myöhemmin videolla vastauksia. Käsiteltävää asiaa voidaan havainnollistaa demonstraatiolla, tilannekuvauksella, henkilöhaastattelulla tai esittelyllä. Tekstillä ja grafiikalla voidaan tuoda esille sisällön yksityiskohtia esimerkiksi luettelon, lukujen, tilastojen tai toimintaohjeiden muodossa. Selostusteksti helpottaa kuvan ja äänen välittämän sisällön ymmärtämistä. Epilogi eli videon loppu voidaan rakentaa esimerkiksi niin, että katsoja muodostaa asiasta oman johtopäätöksensä. (Jämsä & Manninen 2000, 60.)

Jotta ohjattavalle tulisi kerralla sopiva määrä uutta tietoa, on tietoa hyvä jaotella pieniksi määriksi kerrallaan. Video-ohjauksessa tietoa voidaan jaottaa tekemällä lyhyempiä ohjausvideoita. Hyvässä ohjausvideossa hyödynnetään sekä selostavaa ääntä että esimerkiksi kuvaa opittavasta asiasta, jolloin ohjattavalla kaksi kanavaa, joiden kautta hän vastaanottaa toisiaan täydentävää informaatiota korostamaan opittavia asioita. Videon keston ollessa alle kuusi minuuttia siihen yleensä jaksetaan keskittyä täysin. Kun video on suunniteltu tietyille käyttäjäryhmälle, on sitä helppo näyttää uudelleen seuraaville samaan ryhmään kuuluville. (Brame 2015.)

Potilaalle on tärkeää tietää, mihin leikkaukseen hän on menossa, miten hänen tulee siihen valmistautua ja miten toipuminen etenee. Monesti potilasohjeessa on liikaa asiaa, jonka jokainen potilas tulkitsee omalla tavallaan. Lääkärit ja sairaanhoitajat saattavat luottaa liikaa siihen, että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön yhdellä kerralla. He saattavat myös ajatella, että perusteelliset ja yksityiskohtaiset ohjeet ovat potilaan kannalta parhaita. Näin ei kuitenkaan ole, vaan liian yksityiskohtaiset ohjeet saattavat selkiyttämisen sijaan hämmäntää potilasta. Älä -alkuiset kieltolauseet osoittautuvat usein hankaliksi. (Järvi & Nummi 2012.) Potilasohjeen tarkoitus on antaa potilaalle tietoa siinä muodossa, missä hän sen ymmärtää: Ohjeessa ei käytetä ammattisanastoa, jotta potilaan olisi vaivatonta pysyä mukana ohjauksessa (Nummi & Järvi 2012; Hyvärinen 2005). Hyvärinen (2005) mukaan hyvässä potilasohjeessa on selkeässä järjestyksessä etenevä rakenne ja ohjeessa esiteltävillä asioilla on jatkumo toisiinsa liittyen. Tieto on hyvä pitää yksinkertaisena ja se tulisi antaa sopivan pienissä määrissä kerrallaan. (Hyvärinen 2005). Edellä mainitut periaatteet ohjaavat opinnäytetyön tuotoksen sisältöä. Nummen ja Järven (2012) mukaan internet sopii hyvin tiedon välittämiseen potilaalle ja kustannustehokkuutensa lisäksi internet antaa potilaalle mahdollisuuden käyttää tarvitsemansa määrän aikaa ohjeiden sisäistämiseen.

Hyvä video vaatii pohjaksi hyvän käsikirjoituksen. Ennen kuvausvaihetta tulee videon sisältö rajata ja määritellä sopiva rakenne ja tyyli videolle. (Aaltonen 2002, 13-14; Jämsä & Manninen 2000, 59.) Käsikirjoitus laaditaan videon kohderyhmän, tavoitteiden, käyttötarkoituksen ja käyttötilanteiden, sekä videon aiheen perusteella. Käsikirjoitusta tehdessä täytyy huomioida, että informaatio esitetään muodossa, joka tavoittaa kohderyhmän parhaiten. Käsikirjoittajan valitsema näkökulma vaikuttaa siihen, kuinka hyvin katsoja pystyy samaistumaan videon sisältöön. (Jämsä & Manninen 2000, 59.) Ilman hyvää käsikirjoitusta videosta tulee sekava. Hyvä käsikirjoitus vie vähemmän resursseja kuin videon kuvaaminen ja nopeuttaa kuvaus- ja editointivaihetta, ja siksi on hyvä pohjustaa video hyvällä suunnittelulla. Vaikka kuvaustilanteessa tulisikin improvisointia tai uusia ideoita, käsikirjoituksen avulla pysytään kuitenkin kokonaisuudessa. Käsikirjoitusta tehdessä otetaan huomioon myös työn tilaajan sekä videon työryhmän, esimerkiksi kuvaajan ja editoijan näkemykset. Käsikirjoitus auttaa myös hahmottamaan, miten paljon videon toteuttamiseen tarvitaan aikaa ja muita resursseja. (Aaltonen 2002, 13-18.) Käsikirjoituksesta pyydetään palautetta ja sitä korjataan jatkuvasti, myös kuvausvaiheessa (Jämsä & Manninen 2000, 60).

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa jokin konkreettinen tuotos, jota voidaan hyödyntää ammatillisesti käytännössä. Tuotos voi olla alasta riippuen esimerkiksi perehdytysmateriaali tai turvallisuusohjeistus. Valmis tuote voi olla esimerkiksi kansio, opas tai tapahtuma. Ammattikorkeakoulun toiminnallisen opinnäytetyön tekoprosessissa yhdistetään käytännön toteutus ja toteutuksen raportointi tutkimusviestinnällisin keinoin. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Opinnäytetyön aiheelle täytyy olla työelämän osoittama tarve ja aiheen tulee olla käytännönläheinen. Toteutuksessa on tärkeää tutkimuksellinen asenne. Valmiissa opinnäytetyössä tulee näkyä riittävä alan tietojen ja taitojen hallinta. Opiskelijan tulee kyetä yhdistämään ammattiin liittyvä teoretinen käytäntöön sekä pystyä kehittämään alansa ammattikulttuuria alan teorioihin ja käsitteisiin perustuvien ratkaisujen. Toiminnallisen opinnäytetyön teoreettinen perusta rakentuu usein koko teoriaan perustuvan näkökulman sijasta rajattujen keskeisten käsitteiden ja niiden määrittelyn ympärille. (Vilka & Airaksinen 2003, 10, 41-43.)

4.2 Tuotos

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi noin kolme minuuttia pitkä ohjausvideo, joka on suunnattu gynekologisille leiko-potilaille. Video perustuu teoretiseen siitä, millainen on hyvä ohjausvideo sekä työelämäyhteyden toiveisiin. Teimme itse käsikirjoituksen (Liite 1), joka perustuu teoretiseen sekä työelämäyhteydeltä tulleisiin toiveisiin videon sisällöstä. Kuvauksesta ja editoinnista vastasi työelämäyhteyden oma audiovisuaalinen tiimi. Tilat ja välineet kuvauksia varten saimme työelämäyhteyden kautta ja kuvauspaikkana toimi työelämäyhteyden sairaalan tilat. Näyttelijöinä toimivat toinen opinnäytetyön tekijöistä sekä opinnäytetyön tilaajan työntekijät.

Ohjausvideon tarkoituksena on antaa tietoa leikkaukseen tulevalle potilaalle siitä, miten leikkauspäivä leiko-yksikössä etenee ja tätä kautta lisätä potilaan tietämystä leikkauspäivän tapahtumista sekä vähentää tiedon puutteesta mahdollisesti aiheutuvaa jännitystä.

Tarkoituksena on siis, että potilaalla on jo käsitys leikkauspäivän tapahtumista ennen leiko-yksikköön saapumista, jolloin hän pystyy paremmin valmistautumaan tulevaan leikkauspäivään.

Video alkaa siitä, kun potilas kävelee sisään sairaalan pääsisäänkäynnistä. Alussa katsojalle kerrotaan, miten hän löytää osaston helpoiten. Katsoimme tämän tarpeelliseksi, koska kyseessä on suuri sairaala, johon kuuluu monia eri rakennuksia ja sisäänkäyntejä ja potilas saattaa tulla toisesta kaupungista, jolloin koko sairaala-alue on hänelle täysin vieras. Potilas jää osaston ulkopuolelle odottamaan sairaanhoitajaa, joka tulee ottamaan hänet vastaan ja saattaa hänet odotushuoneeseen. Odotushuoneessa sairaanhoitaja ja potilas keskustelevat ja sairaanhoitaja varmistaa, että potilas on valmistautunut leikkaukseen annettujen ohjeiden mukaisesti. Ruutuun ilmestyy tekstidia, johon on koottu tiivistetysti, mitä leikkaukseen valmistautumiseen kotona kuuluu. Teksti auttaa katsojaa palauttamaan mieleen, mitä asioita hänen tulee ottaa huomioon valmistautuessaan leikkaukseen. Ääni ja teksti sekä ääni ja kuva yhdistettynä tehostavat ja helpottavat sisällön ymmärtämistä ja mieleen jäämistä.

Seuraavaksi potilas saa sairaalavaatteet ja jää odottamaan odotushuoneeseen. Potilasta muistutetaan siitä, että sairaanhoitaja on koko ajan saatavilla, mikäli jotakin kysyttävää ilmenee. Anestesiahoitaja tulee hakemaan potilasta leikkaussaliin. Leikkaussali näytetään yhdessä otoksessa. Leikkaussalia näytetään sen verran, että katsoja ehtii nähdä kunnolla, millainen leikkaussali on ja saa käsityksen siitä, minkä verran leikkaussalissa on henkilökuntaa. Alkuperäisessä käsikirjoituksessa katsojalle näytettiin leikkaussalin valvontalaitteita ja kerrottiin, mitä leikkaussalissa tapahtuu ennen leikkauksen alkua. Tämä osuus jätettiin kuitenkin pois videolta työelämäyhteyden pyynnöstä. Videolla leikkaussalissa potilasta vastassa on osa leikkaustiimistä, eli instrumentoiva sairaanhoitaja, valvova sairaanhoitaja sekä anestesia lääkäri.

Videolta on tietoisesti jätetty pois asiat, jotka saattaisivat aiheuttaa katsojalle ahdistusta tai pelkoa. Esimerkiksi gynekologisessa leikkauksessa käytettävät jalkatelineet eivät näy videolla, koska ne kertovat potilaan leikkauksen asennosta ja gynekologinen leikkauksen asento koetaan usein epämiellyttäväksi. Seuraavassa kohtauksessa potilas on heräämössä heräämöhoidajan kanssa. Lopuksi potilas siirretään sängyllä pois heräämöstä. Viimeiseksi ruutuun ilmestyy tekstidia, jossa on osaston yhteystiedot, jotta potilas voi ottaa yhteyttä sairaanhoitajaan, mikäli hänellä herää kysymyksiä joko videon pohjalta tai muuten liittyen

leikkauspäivään. Videossa on käytetty vuoropuhelun sijasta kertojaa, jotta viesti välittyi selkeästi ja katsojan on helpompi seurata videota. Kertojan puhe on katsojaa kunnioittavaa, selkeää yleiskieltä, joka ei sisällä ammattisanastoa. Kertojan osuudet on pidetty lyhyinä ja niissä kerrotaan vain katsojan itsensä kannalta oleelliset asiat.

4.3 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi (Kuvio 2) käynnistyi alkuvuodesta 2018 opinnäytetyön aiheen valinnalla. Idea opinnäytetyön aiheeseen tuli työelämäyhteydeltä. Ennen opinnäytetyösuunnitelman kirjoittamista oli ensimmäinen tapaaminen työelämäyhteyden kanssa helmikuussa 2018. Palaverissa keskusteltiin tuotoksena tehtävän ohjausvideon sisällöstä, rakenteesta ja kohderyhmästä sekä käyttötarkoituksesta. Lisäksi palaverissa sovittiin alustavasti aikataulua opinnäytetyön etenemiselle.

Opinnäytetyösuunnitelman kirjoittaminen alkoi samoihin aikoihin huhtikuussa pidetyn ideaseminaarin kanssa. Ideaseminaarissa esittelimme muille ryhmäläisille oman opinnäytetyömme aiheen sekä kerroimme työelämäpalaverissa sovitut asiat. Saimme seminaarissa palautetta ja vinkkejä muilta ryhmäläisiltä sekä ohjaavalta opettajalta koskien opinnäytetyötämme. Helmikuun puolivälissä osallistuimme tiedonhaun kurssille osana opinnäytetyöprosessia. Tiedonhaun kurssilla pohdittiin opinnäytetyön viitekehystä (Kuvio 1) ja tutustuttiin tietokantoihin sekä aloitettiin systemaattinen tiedonhaku opinnäytetyön teoriaosuutta varten eri tietokannoista keskeisten käsitteiden avulla.

Ensimmäinen palaveri ohjaavan opettajan kanssa pidettiin helmikuussa 2018. Palaverissa saimme henkilökohtaista ohjausta opinnäytetyösuunnitelman tekemiseen sekä keskustelimme opinnäytetyön tuotoksen toteutustavoista ja työelämäyhteyden toiveista. Lisäksi luonnostelimme kysymyksiä, joihin opinnäytetyön on tarkoitus vastata ja pohdimme opinnäytetyön tavoitteita sekä muokkasimme opinnäytetyön viitekehystä.

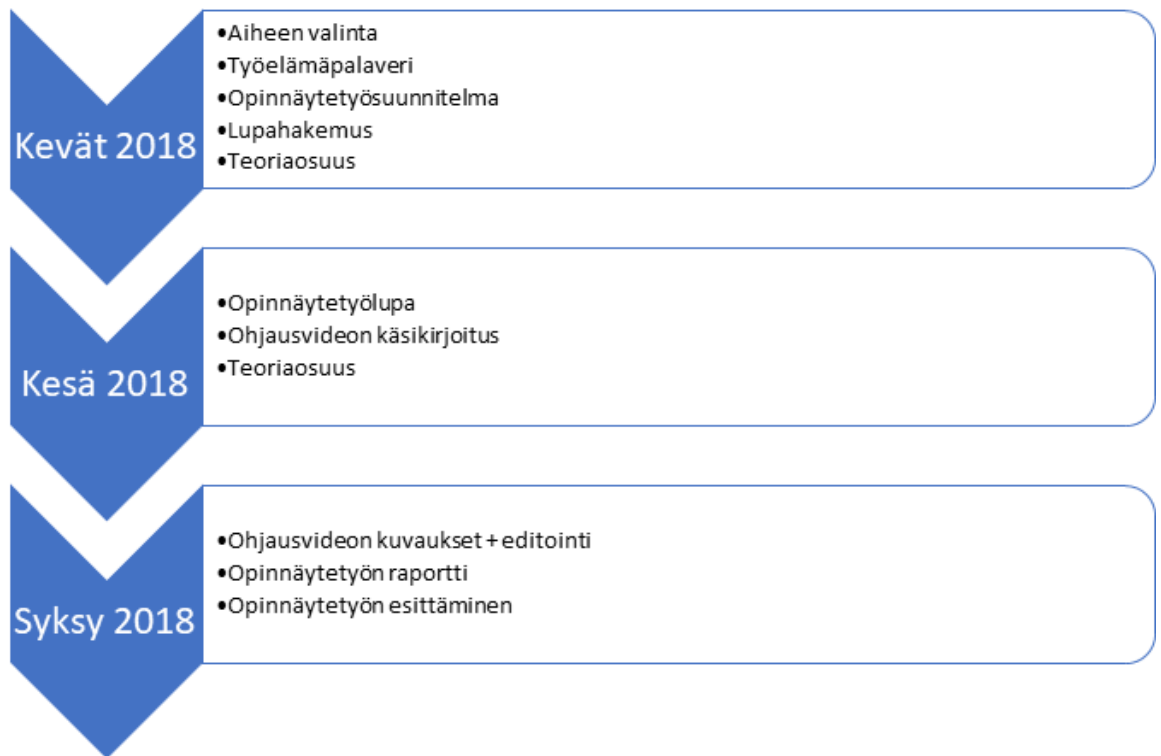
Maaliskuun 2018 lopulla oli suunnitelmaseminaari, jossa esittelimme opinnäytetyösuunnitelmamme muille ryhmäläisille, jotka antoivat palautetta ja korjausehdotuksia suunnitelmaan. Maaliskuussa pidimme myös palaverin videon kuvaaja-editoijan kanssa. Sovimme palaverissa alustavasti käsikirjoitus- ja kuvausaikatauluista ja kävimme läpi ku-

vausprosessissa huomioitavia asioita. Saimme myös ohjeita ja vinkkejä videon käsikirjoituksen tekemiseen. Huhtikuussa 2018 vierailimme työelämäyhteyden osastolla ja pääsimme tutustumaan osaston tiloihin sekä leiko-potilaan hoitopolkuun kyseisellä leikkausosastolla. Kävimme läpi työelämäyhteyden toiveita ohjausvideon sisällöstä ja rakenteesta sekä suunnittelimme missä tiloissa video kuvataan. Selvitimme myös osaston aikatauluja, jotta saimme kuvausaikataulut yhdistettyä osaston aikatauluihin.

Opinnäytetyösuunnitelma valmistui toukokuussa 2018 ja opinnäytetyöluvan saimme ke- säkuussa. Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittaminen alkoi jo ennen opinnäytetyösuunnitelman valmistumista ja teoriaosuuden kirjoittaminen jatkui kesällä ja alkusyksystä. Käsikirjoituksen kirjoittaminen alkoi toukokuussa. Pyysimme kommentteja käsikirjoituksesta työelämäyhteydeltä ja videon kuvaajalta, ja lopullinen käsikirjoitus valmistui elokuussa. Syyskuun alussa pidettiin käsikirjoitusseminaari, jossa esittelimme opinnäytetyömme senhetkisen vaiheen.

Ohjausvideon kuvaukset pidettiin kahdessa osassa syyskuussa. Käsikirjoitukseen tuli vielä joitakin muutoksia kuvausten aikana työelämäyhteyden toiveesta. Kertojan osuudet äänitettiin lokakuun alussa, minkä jälkeen alkoi videon editointi. Videosta tehtiin alustava versio, jota lähdettiin muokkaamaan omien kommenttiemme sekä työelämäyhteyden kommenttien pohjalta. Video valmistui marraskuun alussa. Ohjauspalavereissa kävimme useita kertoja kevään ja syksyn aikana opinnäytetyön edetessä.

Valmis opinnäytetyö lähetettiin arvioitavaksi arvioijille sekä työelämäyhteyden edustajalle aikataulun mukaisesti marraskuun 2018 puolivälissä. Myös opinnäytetyön esitysseminaari pidettiin marraskuussa. Kävimme myös esittelemässä valmiin opinnäytetyömme työelämäyhteyden osastolla osana opinnäytetyöprosessia. Opinnäytetyö vietiin verkkokirjastoon joulukuussa.



KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessin eteneminen.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö on luotettava ja eettisten periaatteiden mukainen silloin, kun sen tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä: Työtä tehdessä tulee käyttää asianmukaisia tiedonhankintamenetelmiä sekä noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Muita tutkimuksia sekä niiden tuloksia ja julkaisuja kunnioitetaan ja niihin viitataan asianmukaisesti mainiten niiden alkuperä ja tekijät (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Arene 2018, 11). Opinnäytetyön tekemiseen on hankittu siihen vaadittavat luvat ja työhön osallistuvan ryhmän kesken on ennen työn aloittamista sovittu kaikkien osallistujien oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä tekijänoikeuksiin ja rahoitukseen liittyvät asiat. Opinnäytetyötä tehdessä ja käsitellessä toimitaan hyvän tietosuojan mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen hankimme opinnäytetyön toteutukseen tarvittavat luvat sekä pidimme palaverin, jossa sovittiin kaikkien opinnäytetyön tekemiseen liittyvien osapuolten oikeudet ja vastuut. Näihin sovittuihin seikkoihin sitouduttiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Myös lähteiden käytössä olemme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä: Lähdeviittaukset ja -merkinnät on tehty asianmukaisesti ja lähteitä on referoitu asianmukaisesti ja huolellisesti alkuperäisen lähteen asiasisältö säilyttäen. Myös lähteiden luotettavuuteen on kiinnitetty huomiota.

Myös ohjausvideon suunnittelussa ja toteutuksessa olemme huomioineet eettiset näkökohdat: Video on tehty yhteistyössä opinnäytetyön tilanneen osaston henkilökunnan kanssa. Yhteistyö henkilökunnan kanssa mahdollisti luotettavan tiedon saannin siitä, miten leiko-potilaan päivä etenee juuri kyseisellä osastolla. Ohjausvideon katsoja voi siis luottaa siihen, että videon sisältö on totta. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti arkaluontoisia tietoja ei tule lähtökohtaisesti kerätä tai käsitellä tutkimusta tehdessä (Arene 2018, 10). Oma opinnäytetyötämme tehdessä ja videota toteutettaessa tämä seikka on otettu huomioon ohjausvideon kuvauksissa, jotka järjestettiin työelämäyhteyden osastolla. Kuvaukset aikataulutettiin ja järjestettiin niin, että osaston potilaiden yksityisyyden-

suoja säilyi: kuvaustiloissa ei ollut osaston potilaita tai muita ulkopuolisia henkilöitä kuvausten aikana ja videota kuvatessa varmistettiin, että kuvissa ei näy potilastietoja tai muuta arkaluontoista materiaalia sisältäviä asiakirjoja. Kaikki videolla esiintyvät henkilöt osallistuivat videon kuvauksiin vapaaehtoisesti. He allekirjoittivat kuvauslupalomakkeet ja heille kerrottiin, miksi video kuvattiin ja mikä on videon käyttötarkoitus.

Opinnäytetyön tekijän tulee osata käyttää harkintaa lähteitä valitessaan sekä suhtautua lähteisiin kriittisesti. Opinnäytetyön pitkä lähdeluettelo ei ole tae laadukkaasta opinnäytetyöstä, vaan olennaista on se, että työssä on käytetty laadukkaita ja juuri kyseiseen opinnäytetyöhön soveltuvia lähteitä. Lähteen luotettavuuteen vaikuttavat sen ikä, laatu ja uskottavuuden aste. Lähde on luotettava silloin, kun se on ajantasainen ja lähteen tekijä on asiantuntijaksi tunnustettu. Lisäksi lähteen laatua voi mitata tutkimalla julkaisun lähdeluetteloita. Luotettavien lähteiden lähdeluetteloista opinnäytetyön tekijä voi myös löytää hyviä lisälähteitä. Tutkimustieto saattaa alasta riippuen muuttua hyvinkin nopeasti ja tästä syystä opinnäytetyön tekijän on syytä valita mahdollisimman tuoreita lähteitä oman työnsä tueksi. Luotettavuutta voi myös parantaa suosimalla ensisijaisia lähteitä. Toissijaisissa lähteissä on olemassa tiedon muuttumisen riski. Oppikirjojen käyttöä lähteinä tulisi välttää, sillä niissä on monesti useita kertoja suodatettua ja tulkittua tietoa. Myös lähdeviitteet saattavat oppikirjoissa olla puutteellisia. Sen sijaan oppikirjoja voi käyttää oman työn tukena ja oheisaineistona. (Vilka & Airaksinen 2003, 72-73, 76-77.) Opinnäytetyön luotettavuutta voi myös lisätä hakemalla vahvistusta lähdeaineistosta löydettylle tiedolle etsimällä muita samaa aihetta käsitteleviä lähteitä. Mitä useammasta lähteestä saadaan todisteita esitetyn väitteen tueksi, sitä luotettavampaa esitetty tieto on. (Kananen 2015, 354.)

Olemme omassa opinnäytetyössämme pyrkineet kriittisyyteen lähteiden valinnassa. Olemme valinneet lähteiksi sekä kotimaisia että kansainvälisiä leiko-potilaan hoitopolkua, potilasopetukseen sekä potilasopetuksen apuvälineisiin liittyviä, asiantuntijoiden kirjoittamia tutkittua tietoa sisältäviä julkaisuja. Lähteiden etsimisessä olemme käyttäneet apuna Medic-, CINAHL- ja Medline -tietokantoja. Löysimme hyviä lähteitä myös käyttämämme lähteiden lähdeluetteloista. Olemme pyrkineet tiedon luotettavuuden varmistamiseen etsimällä tietoa samasta aiheesta useammasta eri lähteestä. Tavoitteenamme oli rajata lähteiden käyttö alle kymmenen vuotta vanhoihin lähteisiin. Videoiden käyttämisestä potilasopetuksen tukena sekä ohjausvideoiden käytöstä nimenomaan gynekologisten leiko-potilaiden potilasopetuksessa oli melko vähän tutkittua tietoa, minkä vuoksi

olemme joutuneet osittain turvautumaan vanhempiin lähteisiin. Valitsimme lähteet niin, että ne palvelevat työtämme. Tutkimustiedon vähyyden vuoksi olemme myös käyttäneet joitakin oman alamme oppikirjoja lähteinä, mikä saattaa vaikuttaa työmme luotettavuuteen.

Teimme opinnäytetyön tuotoksena valmistuneen ohjausvideon käsikirjoituksen keräämämme teorian tiedon pohjalta. Pyrimme kriittiseen arviointiin myös ohjausvideon lähteitä valitessamme. Käytimme videon sisällön suunnittelussa apuna teoreettisten lähteiden lisäksi työelämäyhteyden omia potilasohjeita sekä kävimme tutustumassa osaston toimintaan ennen käsikirjoituksen tekoa, jolloin videon sisällöstä saatiin luotettava ja totuudenmukainen. Luotettavuutta ja autenttisuutta lisää se, että video on kuvattu työelämäyhteyden osastolla, jolloin potilas saa totuudenmukaisen kuvan osastosta. Sairaanhoidajia näyttelevät henkilöt ovat osastolla oikeasti työskenteleviä sairaanhoitajia, mikä myös lisää videon luotettavuutta, koska he pystyvät luomaan totuudenmukaisen kuvan siitä, mitä osastolla tapahtuu leikkauspäivänä. Käsikirjoituksen tekemisestä nimenomaan ohjausvideota varten ei löytynyt juurikaan tietoa, joten käytimme apunamme yleisesti audiovisuaalisen materiaalin käsikirjoittamisesta ja kuvaamisesta kertovia lähteitä.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Ohjausvideon avulla potilaat tutustuvat tulevaan ja video mahdollistaa tiedon välittämisen sekä potilaalle itselleen että omaisille (Kyngäs ym. 2007, 117, 122). Kilkun (2008, 21) mukaan potilasopetusprosessi on yhteistyösuhde, jossa tieto, ymmärrys ja osaaminen välittyvät molemminpuolisesti sairaanhoitajan ja potilaan välillä. Ohjaussuhteen luomisessa tärkeää on ohjaustilanteen ilmapiiri. Parhaimmillaan ilmapiiri on positiivinen ja luottamuksellinen sekä rento. Tällaisessa ilmapiirissä potilaan on helppo ilmaista ajatuksiaan. (Eloranta & Virkki 2011, 54-55.) Opinnäytetyön tuotoksena valmistuneessa videossa on pyritty välittämään sairaanhoitajan ja potilaan kohtaaminen niin, että he ovat ohjaustilanteessa tasavertaisia ja ilmapiiri on sellainen, että potilaan on helppo ilmaista itseään.

Ohjausvideon kertomistavan tulee olla katsojaa kohtaan kunnioittava. Kuvan sisällön ja esitystavan yhdistelemisellä on mahdollista saada aikaan hyvin realistinen vaikutelma, mikä tulee muistaa, jos videolla käsitellään katsojalle kipeitä asioita. (Jämsä & Manninen 2000, 60.) Videon sisältö voi herättää katsojassa erilaisia tunteita ja on mahdollista, että

katsoja käsittää jotakin väärin. Tämän vuoksi olisi hyvä, että potilaalla olisi mahdollisuus keskustella sairaanhoitajan kanssa videon sisällöstä. (Kyngäs ym. 2007, 116-117; Kääriäinen 2007, 35-36.) Liian yksityiskohtaiset ohjeet saattavat hämmentää potilasta, joten asiat kannattaa ilmaista lyhyesti ja selkokielellä (Nummi & Järvi 2012). Ohjausvideon pituus tulee mitoittaa niin, että katsoja jaksaa keskittyä sen katsomiseen (Bastable 2017, 419, 442). Tuotoksen toteutuksessa on pyritty ottamaan huomioon potilaan näkökulma. Kerronta on katsojaa kunnioittavaa ja kuvissa on huomioitu, ettei niissä näy potilasta mahdollisesti järkyttäviä asioita. Videon loppuun on liitetty hoidonsuunnittelijan yhteystiedot, jotta potilaalla on mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköön, mikäli hänellä herää jotakin kysyttävää leikkauspäivään liittyen. Ohjeistus on pidetty lyhyenä ja yksinkertaisena. Video on pituudeltaan sopivan lyhyt, jotta potilas jaksaa keskittyä sen katsomiseen.

Käsiteltävää asiaa voi ohjausvideossa havainnollistaa esimerkiksi demonstraatiolla tai henkilöhaastattelulla. Kuvan ja äänen välittämän sisällön ymmärtämistä voi helpottaa liittämällä videoon selostustekstin. (Jämsä & Manninen 2000, 60.) Ohjausvideon sisällön informatiivisuutta olisi voinut lisätä kertomalla enemmän siitä, mitä leikkaussalissa tapahtuu ennen leikkauksen alkamista, jolloin katsoja olisi saanut kokonaisvaltaisemman käsityksen leikkauspäivän kulusta. Alkuperäisessä käsikirjoituksessa tällainen kohta oli, mutta se jätettiin pois työelämäyhteyden pyynnöstä. Videolla olisi myös voinut olla esimerkiksi sairaanhoitajan haastattelu leikkauspäivän kulkuun liittyen. Haastattelu olisi tehnyt videosta sisällöllisesti monipuolisemman ja se olisi mahdollistanut tarkemman perehtymisen johonkin yksittäiseen asiaan. Videoon olisi voinut myös liittää suomenkieliset tekstitykset, jotka helpottaisivat videon seuraamista sekä mahdollistaisivat videon katselun myös kuulovammaisille katselijoille. Tekstitykset voisivat olla myös ruotsiksi ja englanniksi, sillä kaikki osastolla hoidettavat potilaat eivät välttämättä puhu äidinkielenään suomea. Tulevaisuudessa tällaisia opetusvideoita voisi harkita tuotettavan.

Jatkotutkimuksena ohjausvideon toteuttamiselle voisi olla esimerkiksi kyselytutkimus siitä, onko ohjausvideo ollut käytössä osaston potilasopetuksessa ja onko siitä ollut hyötyä. Videolle voisi myös tehdä jatko-osan, joka kertoisi gynekologisen leikkauspotilaan toipumisvaiheesta. Myös leiko-potilaan leikkaukseen valmistautumisesta kotona voisi tehdä erillisen videon, jossa perehdyttäisiin tarkemmin kotona tapahtuviin leikkausvalmisteluihin. Gynekologinen leikkaus saattaa vaikuttaa potilaan seksuaalisuuteen ja sitä kautta parisuhteeseen. Siksi voisi olla hyödyllistä tehdä myös ohjausvideo, joka olisi

suunnattu potilaiden puolisoille tai läheisille. Video auttaisi potilaan läheisiä ymmärtämään paremmin, mitä potilas käy läpi leikkausprosessin aikana ja sen jälkeen, ja ymmärryksen lisääntyessä läheiset pystyisivät olemaan paremmin potilaan tukena ennen leikkausta ja toipumisvaiheessa.

5.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyön tuotoksena valmistuneen ohjausvideon tarkoituksena on esitellä leiko-potilaan leikkauspäivän kulku leikkauksosastolla ja sitä kautta auttaa potilasta valmistautumaan tulevaan leikkauspäivään sekä vähentää potilaan mahdollista tiedon puutteesta aiheutuvaa jännitystä. Omasta mielestämme onnistuimme tuotoksen toteuttamisessa hyvin: Käsikirjoitus on pyritty tekemään opinnäytetyön teoriaosuuden mukaisesti. Videon tapahtumat kuvaavat hyvin tavanomaista leiko-potilaan päivää kyseisellä leikkauksosastolla. Kertojan puhe on rauhallista ja selkeää sekä katsojaa kohtaan kunnioittavaa, ja videolta välittyy potilaan ja sairaanhoitajan välinen yhteistyösuhde ja kunnioittava ilmapiiri. Asiat on kerrottu selkeästi ja lyhyesti, jotta katsojan on helppo seurata videota. Videolla esiintyvät tekstit ovat selkeitä ja helppolukuisia ja videon tapahtumat etenevät sopivalla vauhdilla. Potilasta mahdollisesti järkyttävät asiat on jätetty videolta pois, jotta videon katsominen ei aiheuta potilaalle ahdistusta. Myös potilaan kannalta turha tieto on jätetty pois, jotta potilas välttyy liialliselta tietotulvalta. Leikkaussalikohtauksesta olisi kuitenkin voinut tehdä hieman informatiivisemman kertomatta kuitenkaan leikkaussalin tapahtumia liian yksityiskohtaisesti.

Opinnäytetyön teoreettinen osuus vastaa teoreettiseen viitekehukseen nojautuen tutkimuskysymyksiin. Teoreettinen osuus käsittelee gynekologisen leiko-potilaan leikkauspäivän kulkua, potilaan valmistautumista leikkaukseen kotona ja leikkauksosastolla, yhteistyösuhteeseen perustuvaa preoperatiivista potilasopetusta, ohjausvideoiden käyttöä osana potilasopetusta sekä hyvän ohjausvideon kriteereitä. Käytimme lähteinä laadukkaita, tutkittua tietoa sisältäviä lähteitä, jotta keräämämme tieto olisi varmasti luotettavaa. Pyrimme myös ajankohtaisuuteen lähteiden käytössä. Haastetta tiedonhakuun toi se, että ohjausvideoista ja niiden käytöstä potilasohjauksessa oli vähäisesti tutkittua tietoa saatavilla huolimatta siitä, että ohjausvideoiden käyttö potilasopetuksen tukena yleistyy jatkuvasti. Lisäksi ohjausvideoiden käytöstä nimenomaan gynekologisten leikkauspotilaiden ohjauksessa ei löytynyt tutkittua tietoa juuri ollenkaan. Tämän vuoksi olemme joutuneet opinnäytetyötä tehdessämme käyttämään myös vanhempia lähteitä.

Opinnäytetyöprosessi eteni pitkälti suunnitellun aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyösuunnitelma palautettiin hieman aikataulusta jäljessä, mikä ei kuitenkaan haitannut opinnäytetyön toteutusta yleisesti. Opinnäytetyön teoreettinen osuus valmistui tavoiteajassa. Ohjausvideon käsikirjoitus tehtiin yhteistyössä työelämäyhteyden kanssa: saimme työelämäyhteydeltä ideoita ja toiveita käsikirjoitukseen liittyen ja pyrimme tekemään käsikirjoituksesta työelämän edustajan toiveiden mukaisen. Käsikirjoituksen tekeminen oli hieman haastavaa, koska aiempaa kokemusta käsikirjoittamisesta ja videon ohjaamisesta meillä ei ole. Käsikirjoitus valmistui tavoiteajassa ja ohjausvideon kuvaukset pidettiin aikataulun mukaisesti. Videon editointivaiheessa viivästystä aiheutti se, että osa kertojan osuuksista jouduttiin äänittämään uudelleen. Video valmistui kuitenkin aikataulun mukaisesti. Myös opinnäytetyön raportti valmistui määräaikaan mennessä.

Tapaamiset työelämäyhteyden ja videon kuvaajan kanssa saatiin sovittua aikataulun mukaisesti, vaikkakin aikataulujen sopimisessa ilmeni haasteita. Sähköpostin välityksellä keskusteleminen ja asioista sopiminen useiden eri tahojen kanssa vei melko paljon aikaa ja välillä aikataulujen sopiminen tuotti hankaluuksia johtuen siitä, että prosessin aikana jouduttiin sovittamaan yhteen monen eri tahon aikataulut. Yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden välillä onnistui erittäin hyvin. Kommunikointi ja päätöksenteko oli helppoa ja luontevaa. Työmäärä jakautui tasaisesti molempien kesken ja aikataulujen kanssa joustettiin tarvittaessa molemmin puolin.

Kokonaisuutena opinnäytetyöprosessi onnistui melko hyvin. Jos aloittaisimme opinnäytetyön tekemisen uudelleen, kiinnittäisimme enemmän huomiota aikatauluttamiseen. Opinnäytetyön toteuttamisessa tuli ajoittain hieman kiire, mikä olisi voitu välttää paremmalla aikatauluttamisella. Myös lähteiden etsimiseen olisi voinut paneutua tarkemmin ja käyttää enemmän aikaa, mikä olisi niin ikään ollut mahdollista paremmalla aikataulusuunnittelulla. Myös tapaamisten sopimiseen yhteistyökumppanien kanssa olisi voinut varata enemmän aikaa, sillä aikataulujen yhteen sovittaminen oli ajoittain hankalaa ja aikaa vievää.

Opinnäytetyöprosessin aikana saimme paljon tietoa leiko-toiminnasta sekä erityisesti potilasopetuksesta ja sen laadun tärkeydestä ja vaikutuksesta potilaan hoitoon: ammatillisuuden lisäksi ohjaussuhteessa tärkeää on inhimillisyys ja tasavertaisuus sairaanhoitajan ja potilaan välillä. Lisäksi saimme hyvää kokemusta projektiluontoisesta työskentelystä

ja projektin toteutuksen johtamisesta, mistä on varmasti hyötyä tulevaisuudessa toimies-
samme sairaanhoitajan ammatissa.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2002. Käsikirjoittajan työkalut - Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Arene. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Luettu 8.11.2018. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinn%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>

Bastable, S.B. 2017. Essentials of Patient Education. Toinen painos. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Brame, C. 2015. Effective educational videos. Vanderbilt University. Center for Teaching. <http://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/effective-educational-videos/>

Boyd, K. 2017. Patient expectations in a "YouTube" world: Reaching patients in a way they understand. Insight: The journal of the American society of ophthalmic registered nurses 42 (3), 20-22.

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

Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. Painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Flanders, S. 2018. Nurses as Educators. Effective Patient Education: Evidence and Common Sense. Medsurg Nursing 27 (1), 55-58.

Gazella, K. 2005. Patient videos excellent teaching tool, doctors better at calming fears. Luettu 9.7.2018. <https://www.medicalnewstoday.com/releases/28067.php>

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Luettu 6.8.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys – Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. 2. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Järvi, U. & Nummi, V. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Luettu 6.8.2018. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/hyva-potilasohje-on-osa-toipumista/>

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas – Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

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

- Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa – substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Kruzik, N. 2009. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal*. 90(3), 381-387.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito. 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. Päivitetty 23.6.2014. Luettu 6.9.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50066>
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO) – a preoperative process. University of Helsinki. Helsinki University Central Hospital. Department of Surgery. Academic Dissertation.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Lisma, S. Osastonhoitaja. 2018. Haastattelu 12.4.2018. Tampereen yliopistollinen sairaala.
- Lin, S-Y., Huang, H-A., Lin, S-C., Huang, Y-T., Wang, K-Y. & Shi, H-Y. 2016. The effect of an anaesthetic patient information video on perioperative anxiety: A randomised study. *European Journal of Anaesthesiology* 33, 134-139.
- Ortoleva, C. 2010. An Approach to Consistent Patient Education. *AORN Journal*. 92 (4), 438.
- PSHP. 2017. Leikkaukseen kotoa (leiko) hoitopolku. Päivitetty 6.11.2017. Luettu 22.3.2018. [https://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Pehmykirurgian_leikkausosasto/Leikkaukseen_kotoa_leiko_hoitopolku\(64958\)](https://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Pehmykirurgian_leikkausosasto/Leikkaukseen_kotoa_leiko_hoitopolku(64958))
- PSHP. 2018. Gynekologiseen leikkaukseen valmistautuminen (LEIKO) - potilasohje. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Tays / naistentautien ja synnytysten vastuualue.
- Similä, E. 2017. Kotoa leikkaukseen, lisää omaa vastuuta valmistautumiseen. *Suomen Sairaalahygienialehti*. 35(3), 134-137.
- Thilagavathi, K. & Vaidvanathan, R. 2014. A Pilot Study to Evaluate the Effectiveness of Preoperative Teaching Protocol on Selected Postoperative Outcomes in Terms of Anxiety and Depression Status Among Women undergone Hysterectomy. *Asian Journal of Nursing Education and Research* 4(4), 413, 416.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Päivitetty 14.11.2012. Luettu 24.10.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

LIITTEET

Liite 1. Ohjausvideon käsikirjoitus.

Kuva	Kertoja
Otsikkodia: Leikkaukseen kotoa	Taustamusiikkia
Pääsisäänkäynti (Radius) ulkoa ja sisältä, potilas kävelee ovista sisään ja katsoo opastekylttiä.	Pääset leiko-yksikköön Radius -rakennuksen pääsisäänkäynnistä. Seuraa opasteita A-rakennukseen, kunnes vastaasi tulee hissiaula. Siirry hissillä neljänteen kerrokseen ja seuraa hissiaulan opasteita.
Osaston sisäänkäynti ulkopuolelta, potilas soittaa osaston ovikelloa ja jää viereisille penkeille istumaan	Tervetuloa leikkausosastolle. Saavuthan sovittuun aikaan. Voit soittaa oven oikealla puolella olevaa ovikelloa ja jäädä oven vieressä oleville tuoleille odottamaan.
Sairaanhoitaja tulee hakemaan potilaan osaston ovelta ja esittäytyy. Sairaanhoitaja viittaa potilasta seuraamaan itseään osastolle sisään.	Sairaanhoitaja tulee ottamaan sinut vastaan ja saattaa sinut odottelutilaan.
Sairaanhoitaja ja potilas kävelevät leiko-tilaan kohti osaston käytävällä. (Äänetöntä) jutustelua samalla.	Taustamusiikkia
Potilas ja hoitaja istuvat leiko-tilaan ja käyvät paperiasioita yhdessä läpi. Sairaanhoitaja antaa potilaalle tunnisterannekkeen.	Tässä vaiheessa sairaanhoitaja varmistaa henkilöllisyytesi sekä sen, että olet valmistautunut toimenpiteeseen kotona henkilökunnalta saamisesi ohjeiden mukaisesti.
<p>Dia:</p> <p>Kotona valmistautuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • olet ollut syömättä 6 tuntia ennen toimenpidettä, käytännössä yleensä klo 24 lähtien ja juomatta 2 tuntia ennen toimenpidettä • lääkkeet otettu ohjeiden mukaan • suihkussa edellisenä iltana 	<p>Sairaanhoitaja varmistaa, että</p> <ul style="list-style-type: none"> • olet ollut syömättä 6 tuntia ja juomatta 2 tuntia ennen toimenpidettä • olet ottanut omat lääkkeesi annettujen ohjeiden mukaisesti • olet peseytynyt edellisenä iltana • et ole edellisenä päivänä käyttänyt alkoholia tai tupakoinut

<ul style="list-style-type: none"> • ei alkoholia tai tupakkaa edellisenä päivänä • korut ja arvotavarat jätetty kotiin 	<ul style="list-style-type: none"> • myös korut ja arvotavarat kannattaa jättää kotiin
Sairaanhoitaja antaa potilaalle sairaalavaatteet.	Sairaanhoitaja antaa sinulle sairaalavaatteet. Voit jättää omat vaatteesi ja tavarasi lukolliseen kaappiin.
Potilas istuu leiko-tilan sohvalla ja lukee lehteä. Sairaanhoitaja tulee juttelemaan.	Kun sairaanhoitaja on haastatellut sinut ja olet vaihtanut sairaalavaatteisiin, voit jäädä odottilutilaan. Tilassa on TV ja lehtiä, joita voit halutessasi katsella odottaessasi. Jokainen kokee tulevan toimenpiteen omalla tavallaan. Jos jokin vielä mietityttää sinua, on sairaanhoitaja paikalla sinua varten. Sairaanhoitaja tiedottaa sinua tarkemmin toimenpiteen ajankohdasta.
Anestesiahoitaja tulee leiko-tilaan.	Seuraavaksi sinut haetaan leikkaussaliin.
Anestesiahoitaja ja potilas kävelevät leikkaussaliin. Anestesiahoitaja ohjaa suuntaa.	Taustamusiikkia
Leikkaustiimi on ottamassa potilasta vastaan leikkaussalissa: valvova hoitaja, i-hoitaja sekä anestesia lääkäri. Potilasta aletaan valmistella.	Leikkaussalissa sinua vastassa on asiantunteva tiimi, joka keskittyy sinun hoitoosi ja pitää sinusta hyvää huolta koko toimenpiteen ajan.
Hoitaja ja potilas juttelevat heräämössä.	Kun toimenpiteesi on ohi, voitiasi tarkkailaan toipumishuoneessa.
Potilas siirretään sängyllä pois heräämöstä.	Tämän jälkeen pääset siirtymään sinulle suunniteltuun jatkohoitopaikkaan. Jatkohoidon kesto vaihtelee yksilöllisen tarpeen mukaan.
Dia: Hoidonsuunnittelija 03 311 65284 Soittoaika arkisin klo 9-15	Jos sinulle tulee jotakin kysyttävää ennen toimenpidettä, voit olla yhteydessä hoidonsuunnittelijoihin.