



Sairaanhoitajien näkemyksiä nielu- risaleikkauspotilaan video-ohjauk- sesta päiväkirurgisella osastolla

Sinja Ahlqvist
Sini Räihä

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Sairaanhoitajien näkemyksiä nielurisaleik-
kauspotilaan video-ohjauksesta päiväkirurgi-
sella osastolla**

Sinja Ahlqvist, Sini Räihä
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2019

Sinja Ahlqvist, Sini Räihä

Sairaanhoitajien näkemyksiä tonsillektomiapotilaan video-ohjauksesta päiväkirurgisella osastolla

Vuosi 2019

Sivumäärä 51

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien näkemyksiä nielurisaleikkauspotilaan video-ohjauksesta päiväkirurgisella osastolla. Näkökulmien avulla pyrittiin saamaan tietoon ohjauksen kehittämiskohtia ja parannusehdotuksia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös kerätä riittävän laaja ja laadukas aineisto opinnäytetyön tuloksien kokoamista varten. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että toimeksiantajana toimiva päiväkirurginen osasto voisi hyödyntää tutkimustuloksia potilasohjauksen kehittämisessä. Opinnäytetyön toteuttajien henkilökohtaisia tavoitteita olivat tietämyksen lisääminen nielurisaleikatun potilaan ohjauksesta ja potilasohjauksessa kehittyminen.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostui käsitteistä päiväkirurginen nielurisaleikkaus ja potilasohjaus. Tietoperustassa kuvattiin nielurisojen rakennetta ja niiden poiston aiheita, nielurisaleikkaukseen valmistautumista sekä leikkauksen jälkihoitoa. Tietoperustassa syvennyttiin videon käyttöön ohjausmenetelmänä sekä potilasohjauksen merkitykseen sairaanhoitajan työssä.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusotetta, koska tarkoituksena oli selvittää tutkittavien näkemyksiä ja mielipiteitä. Kirjallisuus ja tutkimustieto opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen haettiin pääosin sähköisistä lähteistä, mutta myös kirjallista materiaalia haettiin Laurea-ammattikorkeakoulun ja Hyvinkään kaupungin kirjastoista. Tutkimusaineiston keruu toteutettiin teemahaastattelulla. Haastattelumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu, koska sen avulla haastattelukysymyksiin saatiin vapaamuotoiset ja laajat vastaukset. Teemahaastatteluun osallistui viisi sairaanhoitajaa toimeksiantajayksiköstä. Haastatteluaineisto analysoitiin teoriaohjaavasti teemoittelulla ja analyysin tulokset esitettiin tiivistetyssä muodossa loppuraportissa.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että hyvän tonsillektomiapotilaan ohjauksen tulisi sisältää kuvia sekä kirjallista ja puhuttua ohjausta. Päiväkirurgiassa etukäteisohjaus on tärkeää ja tonsillektomiapotilaan ohjauksessa tulee huomioida erityisesti kipuohjaus. Kun tutkimustuloksia vertailtiin muihin tutkimuksiin samasta aiheesta, huomattiin samankaltaisuuksia muun muassa liittyen ohjausvideon pituuteen. Tuloksista voitiin kuitenkin päätellä, että osastolla käytössä olevan ohjausvideon informaatio ei ole riittävää eikä video yksin riitä ohjausmenetelmäksi. Ihmisten erilaisten oppimistapojen vuoksi jokainen potilas tarvitsee video-ohjauksen lisäksi yksilöllisen ja vuorovaikutteisen ohjaussuhteen.

Tulevaisuudessa tarvitaan jatkotutkimusta siitä, millaiseksi päiväkirurgisen osaston potilaat ovat itse todellisuudessa ohjausvideon kokeneet. Muiden kuin suomenkielisten potilaiden video-ohjaus voitaisiin mahdollistaa videon kääntämisellä tai tekstittämisellä ja videon päivittäminen nykyhetken voitaisiin tehdä tuottamalla täysin uusi ohjausvideo. Opinnäytetyössä syntyi innovaationa idea hyperlinkistä, joka johtaisi suoraan ohjausvideoon.

Asiasanat: nielurisaleikkaus, potilasohjaus, päiväkirurgia, video-ohjaus

Sinja Ahlqvist, Sini Räihä

Nurses' views about tonsillectomy patients' video-guidance at a day surgery department

Year	2019	Pages	51
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to find out about nurses' views on tonsillectomy patients' video-guidance at a day surgery department. With the help of the views the aim was to get to know the guidance's development areas and improvement suggestions. The purpose of the thesis was also to collect sufficiently wide and high-quality material to gather the thesis' results. Thesis' goal was that a day surgery department acting as the client would be able to make use of the research results in developing patient guidance. The thesis makers' personal goals were to increase knowledge of tonsillectomy patient's guidance and to progress in-patient guidance.

Thesis' theoretical framework was formed of concepts related to day surgical tonsillectomy and patient guidance. The knowledge base described tonsils' anatomy and reasons for their extraction, preparing for tonsillectomy and surgery's post-operative care. The knowledge base entered into aspects of using video as a guidance method and the meaning of patient guidance in a nurse's job.

The approach used in this thesis was qualitative, because the purpose was to find out the examinees' views and opinions. Literature and research for the thesis' theoretical framework was searched mainly from virtual sources but literary material was also searched from Laurea University of Applied Sciences' and Hyvinkää town's libraries. Research material's collection was implemented with a theme interview. Theme interview was chosen as the interviewing method, because it helped to get informal and extensive answers. Five nurses from the client unit participated in the theme interview. The interview material was analysed using the theory-driven thematic analysis method and a summary of the results was presented in the final report.

Thesis' results showed that good tonsillectomy patient's guidance should contain pictures together with written and spoken guidance. In day surgery guidance given in advance is important and in the guidance of a tonsillectomy patient one should pay attention especially in pain guidance. When the research results were compared to other research on the same topic, similarities among other things were noticed relating to the guidance video's length. Although one can deduce from the results that information on the guidance video used at the department is not enough and the video alone is not enough to be used as a guidance method. Because of people's different learning methods every patient needs (in addition to the video) an individual and interactive guidance relationship.

In the future more research is needed of how the day surgery department's patients have themselves truly experienced the guidance video. Other than Finnish speaking patients' video guidance could be made possible with translating or subtitling and the video's updating to the present moment could be made by producing an entirely new guidance video. Innovation formed in the thesis was an idea of a hyperlink that would lead straight on to the guidance video.

Keywords: day surgery, patient guidance, tonsillectomy, video-guidance

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Päiväkirurginen nielurisaleikkaus.....	7
2.1	Nielurisojen rakenne ja niiden poistoon johtavat syyt	10
2.2	Nielurisaleikkaukseen valmistautuminen.....	12
2.3	Nielurisaleikkauksen jälkihoito.....	13
3	Potilasohjaus	14
3.1	Video ohjausmenetelmänä	16
3.2	Potilasohjaus sairaanhoitajan työssä.....	18
4	Tutkimuskysymykset	20
5	Opinnäytetyön menetelmät	21
5.1	Tiedonhaku.....	21
5.2	Aineistonkeruu.....	22
5.3	Aineiston analysointi	24
6	Opinnäytetyön tulokset	26
6.1	Tulosten tarkastelu ja vertailu aikaisempiin tutkimuksiin	29
7	Pohdinta.....	31
7.1	Luotettavuus ja etiikka	32
	Lähteet.....	37
	Kuviot.....	41
	Liitteet	42

1 Johdanto

Potilasohjaus on ollut mielenkiintoinen tarkastelun kohde terveydenhuoltoalalla pitkään. Kirurgisille potilaille annetaan ennen leikkaukseen tuloa leikkaukseen valmistavaa ohjausta. Potilaita ohjataan leikkaukseen valmistautumisen lisäksi myös leikkauksen jälkeiseen aikaan eli toimenpiteestä toipumiseen ja kuntoutumiseen. Terveydenhuollossa ja laadukkaassa hoitotyössä potilasohjaus on olennainen ja jatkuvasti kehittämistä vaativa kohde. Potilasohjauksen tutkimiselle on hoitotieteessä vahvat perusteet. Potilasohjauksesta saatu palaute on tärkeää ja ajankohtaista jatkuvasti muuttuvassa yhteiskunnassa. (Saarela 2013, 6.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laadullisen tutkimusmenetelmän avulla saada päiväkirurgisen osaston tietoon ohjauksen kehittämiskohtia ja parannusehdotuksia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös kerätä riittävän laaja ja laadukas aineisto opinnäytetyön tuloksien koostamiseksi varten. Riittävän laajalla ja laadukkaalla aineistolla pyrittiin varmistamaan opinnäytetyön luotettavuus. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tutkimuksesta on hyötyä päiväkirurgisen osaston potilaiden ohjauksen kehittämisessä. Osasto voi opinnäytetyön loppuraportin tuloksien avulla muokata ja kehittää potilaiden ohjaamista. Aineisto opinnäytetyötä varten koottiin osaston henkilökunnasta valittujen viiden sairaanhoitajan haastatteluiden avulla. Henkilökuntaa haastatteleminen pyrittiin selvittämään, onko ohjausvideolla annettu potilasohjaus sisältönsä riittävän informatiivista ja laadukasta. Haastattelukysymyksissä (Liite 1) otettiin huomioon hyvän potilasohjauksen piirteet ja niiden toteutuminen ohjausvideolla, ohjauksen informatiivisuus sekä haastateltavien mielipiteet ja kehitysehdotukset ohjausvideolle. Haastattelujen jälkeen saatu aineisto analysoitiin ja koottiin yhteen opinnäytetyön loppuraporttiin.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä keskityttiin aikuiselle, eli yli 18-vuotiaalle, potilaalle tehtävään päiväkirurgiseen nielurisaleikkaukseen. Opinnäytetyö tehtiin korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikan päiväkirurgiselle osastolle. Osastosta puhuttiin ja siihen viitattiin opinnäytetyön kirjallisessa loppuraportissa jäljempänä nimillä yhteistyötaho, yhteistyökumppani ja päiväkirurginen osasto. Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja tärkeä yhteistyötaholle, sillä ohjaus on merkittävä osa sairaanhoitajan työtä ja potilaan paranemisprosessia. Kokonaisuuden tavoiteltiin olevan osaston henkilökunnalle hyödyllinen ja helposti hoitotyössä hyödynnettävä. Toimenpiteitä tehdään yhteistyötahona toimivalla päiväkirurgisella osastolla kaiken ikäisille ja kotiin potilas pääsee leikkauspäivänä. Lapsipotilailla tulee olla koko sairaalassaoloajan aikuinen seuranaan. Päiväkirurgisella osastolla tehdään nielurisaleikkausten lisäksi muun muassa kitarisaleikkauksia, nenäontelo- eli FESS-leikkauksia, nenän väliseinä- eli septoplastialeikkauksia, imusolmukeleikkauksia sekä erilaisia korvaleikkauksia, kuten tärykalvon paikkausleikkauksia. (Hokkanen 2019; HUS a 2019.) Opinnäytetyö toteutettiin ilman rahoi-

tusta, joten rahoitussuunnitelma ei näin ollen ollut tarpeellinen. Ainoa opinnäytetyöstä muodostuva kustannus oli haastateltavien sairaanhoitajien aika. Haastatteluiden ajan sairaanhoitajat olivat poissa hoitotyöstä ja näin ollen pois hoitajaresursseista.

Hoitotyön kehittämistä ja ammattitaidon ylläpitämistä pidetään tärkeänä ja pyrimme opinnäytetyöllä kehittämään perioperatiivisen potilaan hoitotyötä. Opinnäytetyön aiheen valinnan taustalla oli mielenkiinto leikkauspotilaaseen sekä leikkauspotilaan mahdollisimman hyvään ja laadukkaaseen ohjaukseen. Ohjaus on sairaanhoitajan työssä jokapäiväistä ja merkittävässä roolissa tulevaisuuden työelämää ajateltaessa. Kehittyvän digiyhteiskunnan myötä käytetään ja pyritään käyttämään paljon uudenlaisia ja erilaisia tapoja sekä keinoja ohjata. Ohjausta on totuttu antamaan perinteisesti suullisesti, mutta suullisen ohjauksen tukena voidaan käyttää myös monia muita eri ohjauksen välineitä.

2 Päiväkirurginen nielurisaleikkaus

Päiväkirurginen toiminta on ennalta suunniteltua eli elektiivistä toimintaa (Terveyskirjasto 2019). Nielurisaleikkaus tehdään yleensä päiväkirurgisena toimenpiteenä. Tällöin potilas pääsee kotiin jo toimenpidepäivänä. (Hokkanen 2019; HUS a 2019.) Päiväkirurgisessa hoitokassossa potilas viipyy sairaalassa korkeintaan kaksitoista tuntia. Päiväkirurginen toimenpide voidaan tehdä yleisanestesiassa tai puudutuksessa. Päiväkirurgian tavoitteena on, että potilaan kotiutuminen tapahtuu suunnitelman mukaisesti leikkauspäivänä ja että päiväkirurginen hoito on laadukasta ja turvallista. Turvallinen hoito pyritään varmistamaan päiväkirurgisen potilaan valintakriteerien avulla. Valintakriteereitä ovat muun muassa potilaan toimintakyky ja perussairaudet sekä potilaan motivaatio ja sosiaalinen tilanne. Ennen päiväkirurgisen potilaan kotiuttamista tulee huolehtia, että kotiuttamiskriteerit täyttyvät. Potilaille voidaan myös soittaa seuraavana päivänä toimenpiteestä, mikäli hän niin haluaa. (Ilola, Hoikka, Heikkinen, Honkanen & Katomaa 2013, 324-327.)

Käsitettä perioperatiivinen hoitotyö alettiin käyttää Suomessa vuonna 1987. Tällöin myös leikkaus- ja anestesiahoitotyötä alettiin opettaa kyseisellä nimellä. Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan ajallisesti ja toiminnallisesti kirurgisen potilaan hoidossa tapahtuvaa kolmea eri vaihetta. Näitä ovat leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen, leikkauksen aikainen eli intraoperatiivinen sekä leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen vaihe. Perioperatiivisen hoitotyön keskeisinä piirteinä ovat muun muassa potilaskeskeiset toimintatavat, turvallinen ja yksilöllinen vuorovaikutussuhde, hoitotyön kokonaisvaltaisuus ja jatkuvuus sekä potilaan ohjaaminen. Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset, jotka vaikuttavat hoitoon, tulee huomioida perioperatiivisen hoitotyön arvoissa ja periaatteissa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 11-15 & 20)

Päiväkirurginen hoitoprosessi käynnistyy, kun potilas hakeutuu hoitoon esimerkiksi kunnalliseen terveydenhuoltokeskukseen. Potilaasta tehdään ensiarvio, jossa myös hänen soveltuvuutensa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen arvioidaan. Lääkäri voi arvioida tarvetta leikkaukselle joko lähetteen perusteella tai kutsumalla potilaan poliklinikkakäynnille. Potilas asetetaan leikkausjonoon, mikäli leikkauksen arvioidaan parantavan potilaan tämänhetkistä tilaa ja leikkauksen arvioidaan olevan tarpeellinen. Jos päätös leikkaushoidosta tehdään, potilaan tulee saada ohjeet leikkaukseen valmistautumisesta kotona. (Turunen 2018, 33; Renholm 2015, 12-14.)

Potilaan soveltumista päiväkirurgiseen toimenpiteeseen arvioidaan ASA-luokituksella tai anestesian riskiluokituksella. Potilaat jaetaan kolmeen eri kiireellisyysluokkaan, sillä leikkauksen välittömään suorittamiseen ei ole aina riittäviä resursseja. Ensimmäisen kiireellisyysluokan potilaat pääsevät leikkaukseen seitsemän päivän kuluessa, toisen kiireellisyysluokan potilaat yhden kuukauden kuluessa ja kolmanteen kiireellisyysluokkaan kuuluvat yli kuukauden kuluessa. Elektiiviset leikkaukset toteutuvat pääsääntöisesti arkipäivisin virka-aikana. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 20-22) Päiväkirurgian vasta-aiheina pidettiin aiemmin korkeaa ikää, perussairauksia ja lihavuutta. Nykyisin edellä mainittuja ei kuitenkaan pidetä esteenä leikkauksen päivänä kotiutumiselle. Päiväkirurgian edellytyksenä on kuitenkin, että potilaan yleistila on vakaa ja että suunnitellaan oleva toimenpide on päiväkirurgiseksi soveltuva. Tärkeää on myös, että potilaan kotiolot mahdollistavat turvallisen toipumisen toimenpiteen jälkeen. (Turunen 2018, 33; Mattila & Hynynen 2012; Renholm 2015, 12-14.)

Preoperatiivisessa vaiheessa potilas saapuu päiväkirurgiseen yksikköön toimenpidettä varten, joka on lähetteen ja esitutkimuksen perusteella arvioitu tarpeelliseksi. Preoperatiivisessa vaiheessa potilas valmistautuu leikkaukseen kotona sairaalasta saatujen ohjeiden mukaisesti. Leikkaukseen valmistautuminen hoitohenkilöstön näkökulmasta koostuu potilastietojen keräämisestä, tutkimusten tekemisestä, potilaan tapaamisesta ja ohjaamisesta. Preoperatiivisten tutkimusten tarve sekä potilaan hoito suunnitellaan tehtyjen havaintojen, kliinisen tutkimuksen ja kyseessä olevan suunnitellun leikkauksen perusteella. Preoperatiivisella ohjauksella pyritään muun muassa siihen, että potilas ymmärtää oman sairautensa, sen hoitomuodot ja oman osuutensa sairauden hoidossa ja hoidon suunnittelussa. Potilas saatetaan myös pyytää sairaalaan leikkauksen valmisteluun. Preoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilas siirtyy leikkauksaliiniin. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 20; Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 8; Renholm 2015, 12-13.)

Preoperatiivisen vaiheen jälkeen alkaa intraoperatiivinen vaihe, jossa potilas otetaan vastaan leikkauksosastolle. Intraoperatiivisessa vaiheessa potilaalle toteutetaan suunniteltu kirurginen hoito anestesiassa tai paikallispuudutuksessa (Salonen 2019a). Intraoperatiiviselle vaiheelle luonteenomaista on moniammatillisen ryhmän toteuttama systemaattinen ja intensiivinen

työ, jossa korostuu potilaan erityis- ja perustarpeet. Hoitotyössä tärkeää on huomioida potilaan turvallisesti toteutettu siirtyminen leikkauspöydälle, oikeanlaisen leikkausasennon löytäminen, hoitoteknologian hallitseminen, tajunnantason ja voinnin seuranta sekä aseptiikan ja hoitomenetelmien hallitseminen. Potilaan hoitokokemukset muodostuvat merkittävästi potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutuksesta, jonka vuoksi potilaan henkinen tukeminen on tärkeää. Intraoperatiivista vaihetta seuraa leikkauksen postoperatiivinen vaihe. Postoperatiivisessa vaiheessa potilas siirtyy valvontayksikköön, jossa tavoitteena on potilaan leikkauksesta ja anestesiasta toipumisen seuranta. Potilaan toipumista ja vitaalielintoimintoja tarkkaillaan, kunnes ne vakiintuvat. Vitaalielintoimintojen vakiinnuttua päiväkirurginen potilas voidaan kotiuttaa. Päiväkirurgisen potilaan selviytymisen voimavaroja tulee arvioida, toipumista ennakoita ja terveysongelmien ehkäisyä arvioida. Hyvinvointia ja selviytymistä tuetaan suullisilla ja kirjallisilla hoito-ohjeilla. Lisäksi varmistetaan, että kotiin lähtevällä potilaalla on saattaja kotiin ja ensimmäisen yön yli aikuinen henkilö seuranaan. (Lukkari, Kinnunen & Korte, 20-22)

Laadukkaan päiväkirurgisen hoidon onnistuminen edellyttää, että potilaan kotiuttaminen tapahtuu suunnitelman mukaisesti. Kotiuttaminen tapahtuu toimenpidepäivänä, kun kaikki kotiuttamisen edellyttämät kriteerit ovat täyttyneet. Kotiuttamiskriteereitä päiväkirurgisessa leikkaustoiminnassa ovat muun muassa vitaalielintoimintojen vakaus, orientoituminen paikkaan ja aikaan, istumisen ja liikkumisen onnistuminen sekä kyky nauttia nesteitä suun kautta. Potilaalla ei myöskään saa olla hallitsematonta kipua, voimakasta pahoinvointia tai oksentelua eikä merkittävää verenvuotoa leikkausalueelta. Virtsaamisen onnistuminen päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen on otettava huomioon, jos kyseessä on ollut tyräleikkaus, anaalikirurginen, urologinen tai gynekologinen toimenpide. Virtsaamiskriteerin täyttyminen tulee ottaa huomioon myös, jos potilaalla on suuri riski virtsaretentiolle eli virtsaummelle, jolloin potilas ei saa virtsatuksi normaalisti (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 271). Ennen potilaan kotiuttamista hänelle annetaan kotihoito-ohjeet muun muassa kivunhoidosta. (Ilola ym. 2013, 326-327.)

Nielurisaleikkaus eli tonsillektomia on yksi yleisimmistä korva-, nenä-, ja kurkkutautien erikoisan toimenpiteistä (Salonen 2019a). Toimenpiteen suorittaa korva-, nenä-, kurkkutautien erikoislääkäri tai kyseiseen erikoisalaan erikoistuva lääkäri. Tonsillektomia on leikkaustoimenpide, jossa molemmat nielurisat poistetaan kokonaan. Nielurisat poistetaan ympäröivästä lihas kudoksesta nielurisakapselin myötäisesti. Leikkausalue jätetään parantumaan ilman ompeluita ja vuoto tyrehdytetään polttamalla eli elektrokauterisoimalla. Poistokuoppiin jää haavapinnat, joiden päälle muodostuu vaaleaa peitettä. Peite suojaa haavapintaa ja irtoaa noin viikon kuluessa leikkauksesta. Yleensä nielurisaleikkaus tehdään yleisanestesiassa, joka tarkoittaa potilaan tajunnan lamaamista kirurgisen toimenpiteen ajaksi. (Iivainen, Jauhainen & Syväoja 2010, 172; Karma ym. 2016, 8; Mäkinen & Nokso-Koivisto 2019, 69-71)

Nielurisaleikkauksia tehdään Suomessa vuosittain noin 8200. Koskenkorvan, Koivusen ja Alhon kirjoittamasta artikkelista löytyvässä taulukossa kerrotaan toistuvien tai kroonisten nielutulehdusten suosituksista ja nielurisaleikkauksen aiheista eri maissa. Taulukossa kerrotaan, että muiden maiden leikkauksikriteerit ovat tiukempia kuin Suomessa. Suomessa nielurisojen poistoon ryhdytään USA:ta, Britanniaa, Skotlantia, Ranskaa ja Italiaa herkemmin. USA:ssa nielurisaleikkausta harkitaan vasta, kun muita A-streptokokin aiheuttamiin tulehduksiin johtaneita syitä ei löydetä. Toistuvien nielutulehdusten hoitona ei myöskään suositella USA:ssa nielurisaleikkausta. Nielurisaleikkaukseen liittyy haittoja, kuten kipu, sairasloman tarve ja jälkikomplikaatiot. Jälkikomplikaationa voi ilmetä pneumoniaa, hammasvaivaa, makuaistin häiriöitä ja anestesiakomplikaatioita. Jopa 0,1-5-prosentille potilaista ilmenee jälkiverenvuotoa sairasloman aikana. Edellä mainittujen haittojen vuoksi potilaan on tiedettävä leikkauksen hyödyt, haitat sekä riskit ja leikkauksen päätös tulee tehdä potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. (Koskenkorva, Koivunen & Alho 2016.)

Potilaan näkökulmasta hoitopolun merkittävimpiä vaiheita on vaikeaa määritellä, koska potilaiden subjektiiviset kokemukset ja tuntemukset leikkauksesta ovat erilaisia. Tonsillekto-miapotilas tulee usein ensimmäistä kertaa sairaalaan leikattavaksi, joten hän saattaa jännittää eniten esimerkiksi nukutusta. (Salonen 2019a.) Koska potilaan tajunta on kuitenkin toimenpiteen ajan lamattuna, vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilöstön välillä tapahtuu ennen toimenpidettä ja sen jälkeen. Tästä syystä tässä opinnäytetyössä keskitytään käsittelemään nielurisaleikkauspotilaan hoitotyötä ja potilasohjausta vain ennen ja jälkeen leikkauksen.

2.1 Nielurisojen rakenne ja niiden poistoon johtavat syyt

Nielurisoja on kaksi ja ne sijaitsevat kitakaarien takana suuontelon molemmiin puolin etu- ja takalakikaaren välissä. Nieluriset ovat imukudosta ja osa Waldayerin imukudosrengasta, johon kuuluvat nielurisojen lisäksi kitarisa, kielirisa, korvatorven seudun imukudos sekä nielun takalateraaliseinämän imukudosjuonteet. Nieluriset kasvavat lapsena ensimmäisinä ikävuosina ja niiden tehtävänä on olla osana elimistön puolustusjärjestelmää eli immunitaattia (Lumio 2018). Nielurisojen koko on yksilöllinen sukupuolesta ja iästä riippumatta. (Mäkinen & Nokso-Koivisto 2019, 69; Nuutinen 2011, 176.)

Yleisin lääkäriin hakeutumisen syy on nielutulehduksesta johtuva kurkkukipu. Nielutulehduksella käsitetään bakteerin tai viruksen aiheuttama tulehdus nielun alueella. 14 prosenttia aikuisista sairastaa vuosittain nielutulehduksen. Nielun alueen kivun lisäksi nielutulehdus käsittelee kliinisiä löydöksiä. Tyypillisiä kliinisiä löydöksiä ovat punoitus, turvotus ja peitteet eli katteet. Lisäksi nielurisojen pinnalla voi näkyä vaaleita pilkkuja. (Koskenkorva, Koivunen & Alho 2016; Lumio & Jalanko 2018) Kliinisessä tutkimuksessa katsotaan suuhun ja arvioidaan nielurisojen kokoa, limakalvojen pintaa ja symmetrisyyttä. Nielurisoja voidaan myös tunnustella sormella ja verrata toisiinsa. 12 prosenttia aikuispotilaista sairastaa toistuvia nielutulehduksia.

Potilas lähetetään korva-, nenä-, ja kurkkutautien erikoislääkärin arvioon, mikäli nielurisatulehdukset toistuvat vähintään neljä kertaa vuoden aikana tai vähintään kolme kertaa kuuden kuukauden aikana. Nielutulehdusten toistuessa yleisimpänä hoitona käytetään nielurisaleikkausta. (Mäkinen & Nokso-Koivisto 2019, 69-70; Nuutinen 2011, 176.)

Nielutulehduksen kliinisenä löydöksenä sekä bakteerien että virusten aiheuttamassa tulehduksessa voi ilmetä pilkkuja ja peitteitä, jonka vuoksi kliinisellä tutkimuksella ei voida määrittää tulehduksen aiheuttajaa. Nielutulehdus tulee määrittää nielusta otetulla bakteeriviljelyllä. Bakteeriviljelyn alustava tulos nähdään aikaisintaan vuorokauden kuluttua näytteenottohetkestä, jonka vuoksi alustava hoitopäätös tehdään usein kliinisten oireiden perusteella. Lieväoireisen potilaan hoidon aloittamista voidaan viivästyttää, mikäli halutaan odottaa nieluviljelytulosten saapumista. (Lumio & Jalanko 2018.)

Virusten ja bakteerien aiheuttamaa nielun kipua lievitetään tulehduskipulääkkeillä ja limakalvojen kosteina pitämisellä. Nielurisojen pinnalla tai niiden sisällä olevat bakteerit voivat olla nielutulehduksen aiheuttajia. Näitä bakteereita ovat esimerkiksi *Haemophilus influenzae* ja ryhmän A streptokokki. Streptokokkibakteerin aiheuttamaa nielutulehdusta hoidettavilla antibiooteilla pyritään jouduttamaan paranemista ja ehkäisemään taudin etenemistä jälkitaudiksi. Nielutulehduksen jälkitauteja ovat muun muassa kurkkupaise, korvatulehdus ja poskiontelotulehdus (Vuorio, Blomberg & Tarnainen 2012). Oikein toteutetusta hoidosta riippumatta tulehdus voi uusiutua. Yleisimpiä toistuvia nielutulehdusjaksoja aiheuttavat bakteerit. Syitä nielutulehdusten toistumiselle ovat muun muassa väärin valittu tai väärän pituinen antibioottiliikitys, potilaan hoitomyönteisyyden puute, infektoituneet hammasharjat tai bakteerikanta, joka tuottaa beetalaktamaasia. Osalla potilaista tietyn ajan kuluessa toistuvat nielutulehdukset paranevat itsestään. (Koskenkorva, Koivunen & Alho 2016.)

Yleisimpiä nielurisojen poiston aiheita ovat toistuvat korkeakuumeiset nielurisatulehdukset, nielurisatulehdusten jälkitaudit sekä isot hengitysvaikeuksia, uniapneaa tai puhevaikeuksia aiheuttavat nielurisat. Suurikokoiset nielurisat ilman haittaavaa oiretta, eivät ole niiden poiston aihe. (Iivainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 172; Mäkinen & Nokso-Koivisto 2019, 69-70.) Liukko (2012) on tutkinut nielurisojen poistosta olevan hyötyä pyrittäessä vähentämään uusien streptokokkitulehdusten ilmentymistä nielurisoissa. Leikkauksella on ollut hyödyllinen vaikutus poissaolopäivien määrään toista, elämänlaatuun sekä kuumepäivien ja lääkärikäyntien määrään. Nielurisaleikatulla potilailla kurkkukipupäivien määrää on tutkittu olevan 10,6 päivää ja 3,6 tulehdusjaksoa vähemmän kuin niillä, joiden nielurisoja ei ole leikattu. Potilaan näkökulmasta leikkaushyötyyn eivät vaikuta nielurisojen ulkonäkö, tulehduksen aiheuttajamikrobi tai koko. Nielurisojen ulkonäöllä tai koolla ei myöskään ole leikkaushyödyn ennustearvoa. (Lumio & Jalanko 2018; Koskenkorva, Koivunen & Alho 2016.)

2.2 Nielurisaleikkaukseen valmistautuminen

Potilaan on tärkeää valmistautua leikkaukseen syömällä, ulkoilemalla ja nukkumalla hyvin. Leikkaustoimenpidettä edeltävänä päivänä iltapalalla saa syödä hyvin ja runsaasti. Ennen leikkausta noudatetun monipuolisen ja terveellisen ravitsemuksen hyötyjä ovat parempi leikkaustulos ja nopeampi toipuminen. Potilaan on tärkeää välttää sairastumista kahta viikkoa ennen leikkaustoimenpidettä ja huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta jo ennen leikkausta. Potilaalle kerrotut hygienian hoito-ohjeet, joita noudatetaan ennen leikkausta, auttavat potilasta sisäistämään henkilökohtaisen hygienian merkityksen infektioiden välttämiseksi. Potilaan on tärkeää käydä läpi hänelle annetut toimenpideohjeet ja toimia ohjeiden mukaisesti. Mikäli potilaalle tulee mieleen leikkaukseen tai hoitoon liittyviä kysymyksiä, hänellä on mahdollisuus soittaa ja esittää kysymyksiä suoraan päiväkirurgiselle osastolle ennen toimenpidettä. (Salonen 2019b; Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015.)

Paastolla ennen leikkaustoimenpidettä pyritään vähentämään mahan sisällön happamuutta ja määrää. Mahan sisällön vähentämisellä ehkäistään aspiraatiota eli mahan sisällön nousemista ruokatorveen, suuhun ja keuhkoihin leikkauksen aikana. Potilailla, joilla on suurentunut aspiraatoriski tai paastoaika ei toteudu, voidaan käyttää lääkettä nopeuttamaan mahan tyhjentyä tai vähentämään mahan sisällön happamuutta. Kirkkaiden nesteiden paasto aloitetaan kaksi tuntia ennen leikkaustoimenpidettä. On tutkittu, etteivät kaksi tuntia ennen toimenpidettä nautitut nesteet lisää leikkauksen aikaisia tai jälkeisiä komplikaatioita. Kirkkaiksi nesteiksi luokitellaan vesi, tee, musta kahvi, kirikkaat mehut sekä rasvaton hiilihydraattijuoma. Preoperatiivisessa vaiheessa juodut hiilihydraattipitoiset juomat voivat lyhentää sairaalassaoloaika. Kiinteiden ruokien nauttimisen ja leikkauksen välillä tulee olla vähintään kuusi tuntia. (Käypä hoito 2014.)

Ennen tonsillektomiaa tupakoinnista vieroittautuminen on suositeltavaa. Tupakasta vieroittautumista suositellaan niissäkin tapauksissa, joissa leikkaukseen on alle 8 viikkoa. Lyhyemmästä kuin 4 viikon tupakoimattomuudesta ennen leikkausta ei ole näyttöä, mutta tupakointi heikentää leikkauksen jälkeistä haavan paranemista ja voi lisätä leikkauksen jälkeisiä hengitysongelmia. Ennen anestesiaa tupakkavalmisteita tulee välttää vähintään kaksi tuntia. Tupakoinnin lopettamisen apuna voidaan käyttää nikotiinikorvaushoitoa, vieroituslääkkeitä ja toistuvaa henkilökohtaista neuvontaa. Hampaiden ja limakalvon kunnan arviointi on erityisen tärkeä ennen leikkausta, sillä suun alueen tulehdus voi aiheuttaa etätulehduksen leikatulle alueelle. Etätulehduksen mahdollisuus on erityisesti potilailta, joilla on sairaus tai lääkitys, joka heikentää immuunivastetta. Yksittäiset sairaudet, kuten verenpainetauti ja astma, saattavat kasvattaa perioperatiivisen vaiheen haittatapahtumia potilailta, jotka ovat etukäteen arvioitu päiväkirurgiaan soveltuviksi. Yleissairaudet, jotka ovat hyvässä tasapainossa, eivät ole este päiväkirurgialle. (Käypä hoito 2014.)

Sydäntautia sairastavan leikkaukelpoisuuden arviointiin kuuluu esimerkiksi rasituskokeen avulla tehty fyysisen suorituskyvyn arvioiminen. Verenpainetauti sairastavan verenpaineet tulee hoitaa aktiivisesti ennen leikkausta, tavoitellen vähintään alle 180mmHg systolista verenpainetta ja alle 110mmHg diastolista verenpainetta. Lisäselvitystä ja hoitoa vaativia sairauksia ovat sepelvaltimotauti, mikä oireilee, vasta todettu sydäninfarkti ja huomattavat rytmihäiriöt. Etenkin keuhkohtaumatauti sairastavat hyötyvät lihasvoima- ja kestävyysliikunnasta leikkausta edeltävästi, sillä vähäisempi yskänäräytys vähentää leikkauksen riskitekijöitä. Diabeetikoiden on tärkeää pitää verensokeritasapainosta huolta ennen leikkausta tulehdusriskin vähentämiseksi. Ennen leikkausta diabeetikoilta suositellaan otettavaksi esimerkiksi elektrolyyttiarvot, munuaisten toiminta-arvo ja kreatiiniarvot sekä ekg-tutkimus. Munuaisten toiminta-arvo ja kreatiinipitoisuus otetaan hyvin herkästi myös edeltävästi lievää munuaisten vajaatoimintaa sairastavalta potilaalta. Neurologisesti sairaat potilaat tutkitaan tarkasti lisätutkimuksilla ennen leikkausta. Monien sairauksiin käytettyjen lääkkeiden käyttöä voidaan jatkaa normaalisti leikkaukseen asti, jotta potilaan vointi ei heikkene. Hoitava lääkäri määrää, mikäli säännöllinen lääkitys tulee lopettaa tai keskeyttää leikkauksen ajaksi. (Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015.)

2.3 Nielurisaleikkauksen jälkihoito

Tonsillektomiapotilaan on tärkeää olla perehtynyt leikkauksen jälkeiseen paranemiseen ja komplikaatioihin. Komplikaatiot voivat ilmetä vasta sairasloman toisella viikolla, joten potilaan on tärkeä pysyä kotimaassa lähellä saatavilla olevaa hoitoa. (Mäkinen & Nokso-Koivisto 2019, 69-71.) Potilaan ohjaus ja hoitajan antama tieto leikkauksesta vähentävät leikkauksen jälkeistä kipua ja edistävät potilaan toipumista leikkauksesta. Potilaiden sairaalassaoloaikojen lyhenemisen vuoksi potilaiden tulee pystyä luottamaan omaan kykyynsä toipua itsenäisesti kotona. Potilaalla tulee olla sairaalasta saattaja kotiin. Saattajaksi kelpaa taksia kuljettava henkilö tai potilaan omainen tai ystävä. Ensimmäisenä kotiutumispäivänä potilaalla tulee olla aikuinen henkilö seuranaan yön yli jälkikomplikaatoriskin vuoksi. (Pulkkinen & Juntila 2017, 18-19; Salonen 2019b.)

Leikkauksen jälkeen voi ilmaantua limaisuutta, kiristyksen tunnetta tai makuhäiriöitä. Nieleminen voi tuntua pahalta ja puheääni voi olla alkuun turvotuksen takia poikkeava. Leikkauksen jälkeistä verenvuotoa eli primaarivuotoa ja peitteiden irrotessa jälkivuotoa eli sekundaarivuotoa saattaa ilmetä. Leikkauksen jälkeen on erityisen tärkeää ehkäistä jälkiverenvuotoa ja lievittää kipua. Leikkauksen jälkeen potilas saa asianmukaisen kipulääkityksen ja kahden viikon sairasloman. Kipulääkitys on vahva, sillä leikkauksen jälkeinen kipu voi olla oikein toteutetusta kipulääkitsemisestä huolimatta sietämätöntä. Kipu voimistuu kolme päivää leikkauksen jälkeen ja voimakkain kipu ilmenee usein viikon kuluttua leikkauksesta, kun vaalea peite eli kate irtoaa nielusta. Nielemisen helpottamiseksi kipulääkettä tulee ottaa aina vähintään puoli tuntia ennen syömistä. Kipuun käytettäviä tulehduskipulääkkeitä ovat ibuprofeeni,

ketoprofeeni ja naprokseeni. Tulehduskipulääkkeen rinnalle voidaan määrätä lisäksi parasetamoli-kodeiini-yhdistelmävalmistetta. Mikäli potilas ei voi käyttää tulehduskipulääkkeitä, määrätään parasetamolia yhdessä opioidien kanssa. Asetyylisalisyylihappoa ei vuotoriskin vuoksi anneta nielurisaleikatuille potilaille lainkaan. (Iivainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 172; Mäkinen & Nokso-Koivisto 2019, 69-71; Waenerberg & Koponen 2016.)

Tonsillektomian jälkeen tulee välttää fyysistä rasitusta kahden viikon ajan. Rauhallista ulkoilua saa ja on suositeltavaa harrastaa. 8-15 prosentilla potilaista ilmenee nielurisaleikkauksen jälkeistä vuotoa eli sekundaarivuotoa. Vuodon runsaus vaihtelee veriviiruisesta syljestä runsaaseen henkeä uhkaavaan verenvuotoon. Veriviirut syljen seassa eivät edellytä hoitoon haakeutumista. Mahdollinen sekundaarivuoto alkaa usein vasta viikon kuluttua leikkauksesta. Sekundaarivuotoa ehkäistään huolehtimalla suuhygieniasta ja välttämällä saunomista kahden viikon ajan. Ponnistelu, kuten koululiikuntaan tai urheiluharrastuksiin osallistuminen voi myös laukaista sekundaarivuodon. Pehmeiden ja nestemäisten ruokien, kuten esimerkiksi kiisselin, nauttiminen on helpointa ja kivuttominta. Ruokaostokset on hyvä huomioida ennen kotiin palaamista, jotta pakastimesta löytyy heti kotiin saapuessa kylmää ja pehmeää ruokaa (Salonen 2019b). Kivun lievittämiseksi ja verenvuodon välttämiseksi voi syödä jäätelöä tai imeskellä jääpaloja. Nesteitä ohjataan nauttimaan vähintään 1,5 litraa vuorokaudessa, jotta vältetään limakalvojen kuivuminen. Limakalvojen kuivuminen tekee nielemisestä kivuliasta ja kasvattaa sekundaarivuodon riskiä. Potilaan riittävä tiedonsaanti ja hyvä ohjaus on hyödyksi erityisesti leikkauksesta toipumisessa. (Iivainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 172-173.)

3 Potilasohjaus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee, että potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidosta ja hoidon vaihtoehdoista. Lainsäädäntö, suositukset ja etiikka luovat potilasohjauksen perustan. Terveystieteiden laki (2010/1326) määrää, että sairaanhoitopalveluihin sisältyy ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa. Potilaan ohjaamista pidetään keskeisenä hoitotyön auttamismenetelmänä. Ohjausmenetelmien hallinnalla sekä potilaslähtöisellä ohjaustoiminnalla ja toimintayksiköllä on Miettisen (2016) mukaan vaikutusta ohjauksen laatuun. Ohjauksen synonyymeinä ymmärretään käsitteet kasvatus, opetus, valmennus, informointi, koulutus, tiedon antaminen ja neuvonta. Käsitteet eroavat toisistaan suunnitelmallisuuden, keston ja tavoitteiden suhteen. Ohjaus eroaa muista käsitteistä suunnitelmallisuutensa vuoksi. (Miettinen 2016, 4-6; Lipponen 2014, 17.) Onnistunut potilasohjaus on terveyttä ja elämänlaatua edistävää sekä vaikuttaa kansantaloudellisiin säästöihin. Laatu potilasohjauksessa koostuu hoitohenkilökunnan sekä potilaan taustatekijöistä, vuorovaikutteisesta ohjaussuhteesta sekä toiminnasta, joka perustuu aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen sekä koostuu riittävästä ja asianmukaisista toimintaedellytyksistä. (Miettinen 2016, 4-6.)

Potilaan ohjaamisessa hoitajan tehtävä ei ole tehdä päätöksiä potilaan puolesta, vaan lisätä potilaan ymmärrystä ja tietoa. Potilasohjauksella pyritään potilaasta lähtevään haluun parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla kyvyn ja itsenäisen päätöksenteon avulla. Potilaslähtöisyydellä ohjauksessa tarkoitetaan lähestymistapaa, jossa potilaan omia tiedollisia valmiuksia, osallistumismahdollisuuksia, tyytyväisyyttä, hoito-ohjeiden noudattamista ja terveyspalveluiden käyttöä lisätään ja oireiden määrää vähennetään. Arvot ja motivaatio vaikuttavat potilasohjaukseen ja ovat sidoksissa hoitajaan ja potilaaseen. Ohjauksen luoman oppimisen myötä tiedosta muotoutuu potilaalle sisäinen malli, jolla on merkittävä vaikutus potilaan hallinnan tunteeseen. Hallinnan tunne auttaa potilasta selviytymään ja vahvistaa hänen kokemustaan sairauden kanssa pärjäämisestä ja pystyvyyden tunteesta oireisiin vaikuttamisessa. Tiedollisen odotuksen ja kokemuksellisen tiedonsaannin eron ollessa mahdollisimman pieni, hallinnan tunteen kehittäminen mahdollistuu potilaalle. Hyvällä hallinnan tunteella on positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun. Potilas on ohjauksessa asioiden ratkaisija ja päätöksen tekijä. Oppimisprosessiin kuuluu oikean tiedon saaminen ja kokemusten prosessointi. (Lipponen 2014, 17-18; Lukkari, Kinnunen, Korte 2013, 32)

Potilasohjauksessa potilaan ei anneta ymmärtää kuinka asioiden tulisi olla, vaan potilaan tulee toimia potilasohjauksessa oman elämänsä asiantuntijana. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on toimia asiantuntijana potilasohjaukselle. Arvosteleva tai moralisoiva toiminta ei kuulu potilasohjaukseen. Ohjauksessa on keskeistä kerrata potilaan kanssa saadut ohjeet. Kertaamalla tuetaan potilaan tiedon omaksumista ja voimaantumista. Potilaan ymmärrys voidaan varmistaa pyytämällä potilasta näyttämään tai toistamaan saatuja ohjeita. Potilasohjaus sisältää kotona tapahtuvan jatkohoidon varmistamisen. Miesten ja naisten keskuudessa ohjauksessa on eroja, sillä miespotilailta varmistetaan naisia useammin, mitä he ovat ohjaustilanteessa oppineet. Iällä kerrotaan olevan vaikutusta potilasohjauksen toteuttamiseen. Iäkkäiden ohjaukseen ei usein ajallisten resurssien puolesta varata riittävästi aikaa potilaan ja hoitajan keskeistä ohjausta varten, jolloin ohjaus jää usein riittämättömäksi eikä tiedon ymmärtämistä pystytä varmistamaan. (Miettinen 2016, 4-5, 9)

Voimaannuttavan potilasohjauksen on huomattu vaikuttavan potilaan kokemuksiin hoidon laadusta. Voimaannuttavan potilasohjauksen avulla potilas saadaan aktivoitua ja osallistumaan hoitoonsa enemmän. Hyvä potilasohjaus vaikuttaa positiivisesti muun muassa itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen ja on lähtöisin potilaan tiedon tarpeesta. Potilasohjaus koostuu tiedon tarpeeseen pohjautuessaan potilaan esille ottamiin ja potilaan näkökulmasta tärkeisiin asioihin. Hyvä potilasohjaus koostuu lisäksi asianmukaisista materiaaleista sekä tilojen ja hoitohenkilökunnan resurssien edellytyksistä. Ohjausta tulee pystyä toteuttamaan asianmukaisissa tiloissa, riittävässä ajassa, tarpeellisilla välineillä ja materiaaleilla. Ohjaus voi kestää tutkimusten mukaan minuuteista tunteihin, jonka vuoksi ohjauksen laadun ylläpitäminen on haas-

teellista. Riittämättömän ohjausajan arvioiminen heikentää potilaiden tyytyväisyyttä. Hoitoyksikössä tulisi saada riittävä aika ja valmiudet potilasohjauksen toteuttamiseksi toimintamallin tai ohjausrungon mukaisesti. (Miettinen 2016, 4-6; Lipponen 2014, 18 & 20-21)

Leikkaukseen saapuvan potilaan ohjauksen kuuluu tapahtua kaikissa perioperatiivisen hoidon vaiheissa. Perioperatiivisen potilaan ohjauksella vähennetään muun muassa ahdistuksen tunnetta ja pelkoa, kompikaatioiden esiintymistä, kipua ja lyhennetään toipumisaikaa. Potilaan ikä, lähtökohta, jännittyneisyys, pelokkuus, sairauden aste sekä aikaisemmat kokemukset leikkauksesta voivat vaikuttaa tiedontarpeeseen. Hyvällä etukäteisohjauksella edistetään terveyden kokemusta, jonka vuoksi potilaan preoperatiivinen tukeminen ohjaten leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauksen aikaisesta selviytymisestä ja postoperatiivisesta hoidosta on tärkeää. Tuen tarve ja potilaiden yksilölliset ohjaustarpeet tulee tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Informaatioteknologian kehittyessä potilaat tietävät hoitomuodoista ja terveydestä paljon. Kotona nopeasti saatava tieto on saatavilla monesta eri tietolähteestä. Perioperatiivisen potilaan ohjaamisessa korostuu ohjaus leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauksesta toipumisesta sekä itsehoito-ohjeista. (Lukkari, Kinnunen, Korte 2013, 32-33.)

Ohjauksessa käytetään erilaisia ohjausmenetelmiä, kuten yksilö- ja ryhmäohjaus, suullinen ja kirjallinen ohjaus sekä audiovisuaalinen ja demonstraatio-ohjaus. Esimerkiksi ryhmäohjaus on yleistä suullisesti pidettynä ohjauksena, säästää aikaa ja sopii moniin eri tilanteisiin. Ryhmäohjauksen hyötynä pidetään vertaistuen mahdollisuutta ja potilaan hallinnan tunteen kehittämistä. Ohjauksen tukena voidaan käyttää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi kirjallista ohjausta. Kirjalliset ohjeet voivat olla ohjeita hoitotoimenpiteisiin tai tutkimuksiin valmistautumisesta, sairauteen liittyvistä asioista tai tietoa palveluista, joita on saatavilla. Audiovisuaalisen ohjauksen käyttö on muun muassa terveystaloustieteiden kehittävää ja siitä on Lipponen (2014) mukaan "osoitettu olevan hyötyä muun muassa tiedon lisäämisessä ja jäsentämisessä, pitkäaikaissairaiden tukemisessa ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa". (Lipponen 2014, 19-20.)

3.1 Video ohjausmenetelmänä

Digitaalinen teknologia on muuttanut palveluiden luomista, tarjoamista ja käyttöä. Digitalisaatio on hyödyksi ihmisille, ekonomialle ja terveydenhuoltojärjestelmälle. (Arpola 2018, 370.) Audiovisuaalisten menetelmien käyttö potilasohjauksessa hallitaan kuitenkin huonosti, vaikka niiden avulla voitaisiin vähentää terveydenhuollon kuormitusta. Miettinen (2016) toteaa Pro gradu -tutkielmassaan, että esimerkiksi sairauksien ja hoidon tiedon säilyttämistä ajateltaessa tietokoneperusteinen potilasohjaus voisi olla loistava työkalu. Miettinen (2016) mainitsee tutkielmassaan myös tutkimuksen, jossa tietokonevälitteisen potilasohjauksen on todettu toimivan hyvin potilaan tiedollisten valmiuksien vahvistamisessa ja lisäämisessä. Eri-

laisten ja monipuolisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen tukee potilaiden oppimista parhaiten. Potilasohjauksessa huomion tulisikin kiinnittyä aiempaa enemmän monipuolisiin ohjausmenetelmiin ja teknologiaan. (Miettinen 2016, 7.)

Mehtälän (2016) Pro gradu -tutkielmassa kerrotaan Philip J. Guon, Juho Kimin ja Rob Rubin yhdessä vuonna 2014 tekemästä tutkimuksesta, jossa tarkasteltiin neljän yliopistokurssin 862:ta videota ja niiden katselukertoja. Videot ovat Harvardin yliopiston ja Massachusetts Institute of Technologyn perustamalta edX-sivulta. Tutkimuksessa on tehty havaintoja hyvästä opetusvideosta. Näiden havaintojen perusteella on kerrottu seitsemän kohtaa hyvälle ohjausvideolle, joista asiayhteyteen kuuluvat on kerrottuna seuraavaksi. Ohjeen mukaan ajallisesti lyhyt video on pitkäkestoista videota tehokkaampi. Videoiden tulisi olla alle kuuden minuutin pituisia, jotta katsojan mielenkiinto ei laske. Videon ollessa yli kuusiminuuttinen, se olisi hyvä jaotella lyhyisiin osioihin. PowerPoint-diojen tukena toimivat paremmin videot, joissa näkyy dian lisäksi lukijan kasvot ja persoonallisuus. Kiinnostavalla kuvausympäristöllä on myös vaikutusta katsojan kiinnostukseen. Visuaalinen liike ja kommentointi välikommentein tehostavat videon seuraamista ja auttavat katsojaa pysymään kiinni videon kulussa. Puhuminen saa opetusvideolla olla nopeaa ja innostunutta, sillä katsojalla on mahdollisuus palata videolla takaisin päin ja pysäyttää video haluamassaan kohdassa. (Mehtälä 2016, 7; Guo, Kim & Rubin 2014.)

Video-ohjauksen hyötyjä ovat muun muassa paikan ja ajan riippumattomuus. Potilas voi katsoa ohjausvideon itselleen parhaana ajankohtana valitsemassaan paikassa. Mehtälä (2016) kertoo Pro gradu -tutkielmassaan tutkimuksesta, jossa todettiin, että videon riippumattomuus paikasta ja ajasta saattaa parantaa oppimistuloksia. Hyvä video ei kuitenkaan välttämättä ole parempi tai tehokkaampi kuin kirjallinen lähde, sillä ohjekirjojen tekstiohjeet ovat osoittautuneet videoita nopeammiksi käyttää. Ohjekirjojen sisällysluettelon kautta on helppo siirtyä juuri haluamaansa kohtaan. Videoiden koetaan olevan hitaammasta käytöstä huolimatta mielekkäämpiä opetustapoja. Vaikka potilasohjausmenetelmien yhdistäminen on osoittanut lisäävän potilasohjauksen vaikuttavuutta, hoitohenkilökunnan valmius käyttää erilaista välineistöä ohjauksessa vaihtelee. (Mehtälä 2016, 8; Miettinen 2016, 7)

Ohjausvideon tuottamista suunniteltaessa on tärkeää tehdä ensin käsikirjoitus videosta. Videon käsikirjoitus tulee olla tehtynä, ennen kuin itse videon tekeminen voidaan aloittaa. Käsikirjoitus ja hyvin tehty suunnitelma videosta helpottavat kuvausta ja tuotantoa. Videon käsikirjoituksessa varmistetaan, että videon sisältö on rajattu ja epäoleelliset asiat jätetty pois. Kun tehdään ohjausvideota, tulee muistaa, että video tehdään katsojalle. Tulee pyrkiä siihen, että katsoja ymmärtää kuulemansa ja näkemänsä. Katsojan pitää pystyä tunnistamaan ja erottamaan videosta tapahtumia ja henkilöitä, jotka ovat kerronnan kannalta keskeisiä. Katsojalle tulee kuitenkin jättää myös ajateltavaa ja tarjota mahdollisuuksia samaistumiseen sekä tunteiden ja tapahtumien myötäelämiseen. (Satola 2011, 33.)

Kalifornian yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa vuonna 2011 verrattiin video-ohjauksena annettua tietoa kirjallisesti annettuun tietoon atooppisesta ihottumasta ja sen hoidosta. Tutkimukseen osallistui 80 satunnaisesti valittua henkilöä, joille annettiin satunnaistetusti video-ohjausta tai kirjallista ohjausta. Potilaiden saamaa tietoa arvioitiin standardoiduilla kyselylomakkeilla ennen tutkimusta ja 12 viikkoa ohjauksen antamisen jälkeen. Tutkimukseen osallistuneilla oli sama tiedollinen lähtötaso. Tutkimuksen tuloksena video-ohjausta saaneiden tietämys oli huomattavasti parempi kuin kirjallista ohjausta saaneilla. Video-ohjausta saaneet kokivat ohjauksen mielenkiintoisemmaksi. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että video-ohjausta voidaan hyödyntää aikuispotilailla ja se on ohjausmenetelmänä tehokasta. (Armstrong, Kim, Idriss, Larsen & Lio 2011.)

Kalifornian yliopiston tutkimus vuonna 2010 vertaili video-ohjauksen ja suullisen ohjauksen tehokkuutta. Tutkimuksen aiheena olivat ihobiopsiassa käyneiden potilaiden haavanhoito-ohjeet. Tutkimukseen osallistuneet valittiin satunnaisesti. Osallistujat satunnaistettiin saamaan ohjausta video-ohjauksen muodossa tai suullisesti. Tulosten arviointi koostui kolmesta osasta: ihobiopsian tietämys, tyytyväisyys ja koulutusvälineen arviointi. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden tietämys kasvoi tutkimustulosten perusteella. Video-ohjausta saaneiden tietopisteet olivat tilastollisesti kasvaneet lähtötilanteesta enemmän kuin suullisesti ohjausta saaneiden. Tietämyspisteiden ero video-ohjausta saaneiden ja suullisesti ohjausta saaneiden välillä ei ollut tutkimuksessa lopulta tilastollisesti merkittävä. Molempiin opetustyyliin oltiin erittäin tyytyväisiä, vaikka video-ohjaus koettiin mielekkäämmäksi. Tutkimus osoitti, että video-ohjauksella annettu ohjaus on tehokkaampaa ja johtaa parempaan tyytyväisyyteen kuin perinteinen suullinen ohjaus. (Armstrong, Alikhan, Chen, Schupp, Kurlinkus & Elsen 2010.)

Tämän opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimivalle päiväkirurgiselle osastolle saapuva potilas saa ohjausta kolmessa eri muodossa; suullisesti, kirjallisesti ja videon muodossa. Tässä opinnäytetyössä tutkittiin osastolla käytössä olevaa nielurisaleikkauspotilaille suunnattua ohjausvideota. Osaston potilaalle kotiin lähettämässä kirjallisessa ohjeessa ohjataan potilasta katsomaan ohjausvideo ja kerrotaan ohjeet sen löytämiseksi internetistä. Video on kaikkien katsottavissa HUS:n nettisivuilta. Ohjausvideo kestää noin kuusi minuuttia ja siinä kerrotaan muun muassa nielurisoista, niiden poistoon johtavista syistä ja nielurisaleikkauksesta. Videolla kerrotaan myös pre- eli leikkausta edeltävästä ja postoperatiivisesta eli leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Tärkeiksi aiheiksi videolla nousevat myös kivunhoito ja jälkiverenvuoto. Videolla hyödynnetään kuvia ja tekstiä, mutta ohjausta annetaan koko videon ajan myös suullisesti. (HUS 2019; HUS b 2019.)

3.2 Potilasohjaus sairaanhoitajan työssä

Terveystieteiden lain (2010/1326) mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua (Terveystieteiden laki 2010/1326). Ohjausta

tulee toteuttaa hoitohenkilökunnan ammattitaidolla eli pätevyydellä. Monipuolisten ohjausmenetelmien käytön hallitsemisella hoitohenkilöstö vahvistaa potilasohjauksen vaikuttavuutta. Potilasohjauksen kehittäminen on jatkuvasti tarpeellista ja hoitohenkilökunnalla on ammatillinen vastuu ohjausvalmiuksien kehittämisessä ja ylläpitämisessä. Hoitohenkilökunnalla tulee olla kehitty mis- ja oppimismahdollisuuksia, jotta osaamisen vahvistaminen toteutuu. Osaamisella lisätään työmotivaatiota ja jaksamista työn tekemisessä. (Lipponen 2014, 19, 23)

Näyttöön perustuva toiminta ja yhtenäiset hoitokäytänteet ovat kehittämiskohteita terveydenhuollossa. Näyttöön perustuvaa tietoa käytetään hoitopäätöksissä. Hoitokäytänteiden soveltaminen ja kehittäminen ovat kehittämiskohteita kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmissa. Kehityksen seuraaminen ja kyky yhdistää erilaista tietoa päätöksenteossa ovat edellytyksiä näyttöön perustuvalla toiminnalla. Näyttöön perustuva toiminta vaatii hoitotyössä toimivilta osaamisen vahvistamista, koska terveydenhuollon työnjaon uudistuminen edellyttää tehtäväkuvien laajentuessa itsenäistä päätöksentekoa, tutkimustiedon hyödyntämistä sekä moniammatillista yhteistyötä. Potilaan terveyden edistämisen ja hoidon tulee ohjautua parhaasta mahdollisesta näytöstä. Kun näyttöön perustuvia yhtenäisiä käytänteitä kehitetään, tulee hyödyntää järjestelmällisesti koottua tutkimusnäyttöä ja hoitosuosituksia. Näyttöön perustuvan toiminnan merkitys korostuu terveyspalvelujen laadussa ja vaikuttavuudessa. (STM 2012, 9.)

Potilasohjauksen perustan muodostavat etiikka, lainsäädäntö ja toimintaa ohjaavat suositukset. Hoitohenkilökunnan antaessa potilasohjausta, heidän tulee tarkastella omassa toiminnassaan ilmenevää etiikkaa ja tiedostaa omat arvonsa. Hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet ovat resursseja asianmukaisessa potilasohjauksessa. Ohjauksen toteutuksessa hoitohenkilöstön ammattitaito on tärkeää. Ohjauksen antajana hoitotyössä on tärkeää tiedostaa ja tunnistaa vastuunsa ammatillisena ja ohjaajana. Ammatillisen vastuun lisäksi hoitajan tulee omata ajantasaiset tiedot ja taidot asioista, joista hän antaa ohjausta. Valmiuksia potilasohjaukseen kehitetään jatkuvasti muun muassa kouluttautumalla. Hoitohenkilökunnan henkilökohtaista potilasohjausosaamista vahvistaa potilasohjauksen kehittäminen. Potilaan yksilölliset oppimiskyvyt ja erityispiirteet tulee huomioida potilasohjauksen materiaaleissa ja menetelmissä, jotta tieto tulee ymmärretyksi. Käytettävällä materiaalilla on vaikutusta ymmärrettävissä ja potilaan aktiivisuutta tukevassa vuorovaikutuksessa. (Miettinen 2016, 4-6; Lipponen 2014, 19.)

Hoitohenkilökunnan valmius potilasohjauksen antamiseen koostuu ohjausta antavan asenteista, tiedosta ja taidosta. Annettava potilasohjaus on koulutuksen ja kokemuksen rakennelma. Potilasohjausprosessissa hoitohenkilökunnan tulee huomioida potilaan tietämys hoidosta ja sairaudesta, edeltävät kokemukset ja taustatekijät. Potilasohjauksen suunnitteluun kuuluu käytettävän materiaalin valmistelu, ohjauksessa käytettävät välineet sekä annettava

informaatio. Hyvin suunniteltu ohjaus on tavoitteellisesti realistinen. Hyvin suunnitellussa ohjaustilanteessa potilas kykenee vastaanottamaan tietoa ja potilaan kokonaistilanne on huomioitu. Hyvin suunnitellun ohjauksen saanut potilas kykenee ottamaan vastuuta omasta toipumisestaan ja hoitamaan itseään omat voimavarat huomioiden mahdollisimman hyvin. Kaikkien hoitoon osallistuvien tulee tietää oma osuutensa ja sisäistää ohjauksen tavoitteet. Henkilökunnan vuorovaikutustaidot sekä potilaan kyky omaksua ja ymmärtää tietoa vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. (Miettinen 2016, 5-7.)

Vuorovaikutustaidot ja vuorovaikutteinen ohjaussuhde korostuvat merkittävästi terveyttä edistävässä ohjauksessa. Vuorovaikutteinen ohjaussuhde on yhteydessä ohjauksen laatuun. Terveystieteiden asiantuntijoiden osaamisessa merkittävään osaan nousevat taitojen syventäminen ja harjaantuminen keskustelutaidoissa. Se, toimiiko ohjaaja yksisuuntaisesti eli monologisesti, vaikuttaa keskeisesti hoitosuhteen toimivuuteen. Vuorovaikutustaidot ovat siis merkittävässä osassa terveyttä edistävässä ohjauksessa. Dialogisessa eli vastavuoroisessa ohjaussuhteessa myös ohjaajalla on mahdollisuus oppia jotain. Vastavuoroisuus on myös potilaan tuki, kun hän pyrkii löytämään merkityksiä muutokselleen. Potilaan yksilöllisten voimavarojen tulee olla lähtökohdana potilaan ohjauksessa ja motivoinnissa. Oman terveyden ylläpitämisen nähdään olevan yhteydessä potilaan aktiiviseen keskusteluun osallistumiseen. (Miettinen 2016, 4-6; Hyytiäinen 2010, 7-8.)

Hoitohenkilökunta on kertonut osastotyössä olevan enemmän toimintamahdollisuuksia, aikaa ja välineitä ohjaukselle, kuin poliklinikka työssä. Poliklinikalla käytetyn materiaalin sen sijaan kerrotaan olevan ajantasaisempaa kuin osastotyössä. Hoitohenkilökunnalla on taito ohjata potilas tulevaan toimenpiteeseen, arvioida potilasohjauksen tarvetta ja keskustella vuorovaikutteisesti. Heikompana potilasohjauksen osa-alueena pidetään eri ohjausmenetelmien käyttöä. Merkittävimpänä ohjaukseen vaikuttavana tekijänä ovat hoitohenkilökunnan asenteet potilasohjausta kohtaan. Miettisen (2016) mukaan asenteet ovat positiivisia ja potilasohjaukseen sitoutuvia. Asennoitumista ei voida kuitenkaan yksiselitteisesti yleistää, sillä yksittäisten työntekijöiden kesken asennoitumisessa on eroja, jolloin potilasohjaukseen ei toteudu tasalaatuisesti. Asenne ja asennoituminen potilasohjausta kohtaan "on riippuvainen työuran pituudesta". "Pidempään työskennelleet suhtautuvat positiivisemmin potilasohjaukseen." Henkilökunnan mukaan potilas hyötyy saamastaan ohjauksesta ja ohjausta pidetään tärkeänä osana hoitotyötä. (Miettinen 2016, 6-7.)

4 Tutkimuskysymykset

Tutkimusta suunniteltaessa tulee löytää aiheen rajaamisen avulla näkökulma, josta tutkimuksen aihetta tarkastellaan. Näkökulman avulla tutkimukselle kehitellään idea tai juoni. Tämä ilmaistaan yleensä johdantoluvussa ja tämä johtoajatus ohjaa tutkimusprosessissa esimerkiksi lähteiden etsintää ja aineiston hankintaa. Johtoajatus tulee tuoda selkeästi esille. Kun näkökulma on löydetty, sen pohjalta laaditaan tutkimusongelma tai -kysymys. Tutkimuskysymys

voidaan jakaa yksityiskohtaisemmin alaongelmiin. Tutkimuksen tavoitteena on vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymykset tulee siis laatia niin, että niihin haetut vastaukset vastaavat tutkimukselle asetettuihin tavoitteisiin. Tutkimuskysymyksiin tulisi pystyä vastaamaan yksiselitteisesti. (Mäkinen, Pennanen, Tanni & Jokiniemi 2011, 7-8.)

Kuten johdantoluvussa on kuvattu, tämän opinnäytetyön tavoitteena oli saada aineistoa laadullisen tutkimusmenetelmän avulla viiden sairaanhoitajan mielipiteistä ja näkemyksistä liittyen nielurisaleikkauspotilaille suunnattuun ohjausvideoon. Tavoitteena oli myös kerätä riittävän laaja ja laadukas aineisto opinnäytetyön loppuraportin tuottamista varten. Pyrkimyksenä oli, että kerätyn aineiston avulla saadaan tietoon ohjausvideon kehittämiskohteita ja sairaanhoitajien näkemyksiä videon sisällön laadusta. Tutkimuskysymyksiin pyrittiin saamaan vastaukset teemahaastattelun avulla. Opinnäytetyöprosessissa pyrittiin saamaan vastauksia kuvion 1 tutkimuskysymyksiin.

1. Mistä koostuu hyvä nielurisaleikkauspotilaan ohjaus?
2. Toteutuuko hyvä nielurisaleikkauspotilaan ohjaus potilasohjausvideolla?
3. Onko videolla riittävästi informaatiota nielurisaleikkauksen valmistautumisesta ja jälkihoidosta?

Kuvio 1: Tutkimuskysymykset

5 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyön tekemisessä käytetään eri tutkimusmenetelmiä, jotta tutkimuksen järjestelmällisyys ja järkipärisyydet toteutuvat. Tutkimusmenetelmien avulla tuotetaan tieteellistä ja luotettavaa tietoa. Oikeat ja perustellut menetelmävalinnat luovat opinnäytetyöprosessissa luotettavaa tutkimustietoa. Opinnäytetyöprosessissa tulee huomioida tutkimuksen eettiset lähtökohdat, joita käsitellään tarkemmin jäljempänä luvussa 6. Tutkimuksessa, kuten tässä opinnäytetyössä, noudatettiin tieteelliseen työhön kuuluvia periaatteita, joissa menetelmä ohjaa tutkimusta eteenpäin. Näitä menetelmiä ovat aineistonkeruumenetelmät, aineiston analyysimenetelmät ja luotettavuusmenetelmät. Tämän opinnäytetyön tutkimusote oli kvalitatiivinen eli laadullinen. (Kananen 2019, 21-29.)

5.1 Tiedonhaku

Tämän opinnäytetyön teoreettista tietoperustaa varten etsittiin tutkimustietoa ja kirjallisuutta sähköisiä tiedonhakukanavia sekä Laurea-ammattikorkeakoulun Hyvinkään kampuksen

kirjastoa hyödyntäen. Muutamia lähteitä tietoperustaan löydettiin myös Hyvinkään kaupungin kirjastosta. Sähköisiä hakuportaaleja, joita tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin, olivat muun muassa Finna, Laurea Finna, Theseus, Google, Medic ja Cinahl. Lähdeaineistoa on etsitty myös Suomen yliopistojen verkkosivuilta, kuten Tampereen yliopiston, Oulun yliopiston, Turun yliopiston sekä Itä-Suomen yliopiston verkkosivuilta. Hakusanoina tiedonhaussa käytettiin opinnäytetyöhön keskeisimmin liittyviä käsitteitä, kuten "nielurisat", "päiväkirurgia", "potilasohjaus", "nielurisaleikkaus" ja "video-ohjaus". Englanniksi tieto etsittiin hakusanoilla "tonsils", "tonsillectomy", "day-surgery" ja "audiovisual guidance". Tiedonhaku pyrittiin rajaamaan niin, että opinnäytetyön teoreettista viitekehystä varten valittiin vain viimeisen kymmenen vuoden ajalle sijoittuvat julkaisut. Opinnäytetyöhön valittiin pro gradu- ja yliopistotasoisia aineistoja. Lisäksi opinnäytetyössä käytettiin lääke- ja hoitotieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita.

5.2 Aineistonkeruu

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin sekundäärisiä eli olemassa olevia aineistoja ja primääristä eli kerättyä aineistoa. Primääriaineistoa kerättiin tutkimusongelmaa varten ja sen kerääminen tapahtui kenttätöinä. Tutkimusaineisto voidaan kerätä esimerkiksi havainnoimalla, haastattelemalla tai kyselyllä. Aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää vaihtoehtoisesti, yhdistelemällä tai rinnakkain. Menetelmän valinnan tulee olla lähtöisin tutkimuksellisista perusteluista. Aineistonkeruumenetelmät valitaan tutkimusongelman ja tutkimustehtävän perusteella. Aineistonkeruumenetelmä ja tutkittavien valinta riippuvat lähes täysin näkökulmasta. (Kananen 2019, 21-29; Tuomi & Sarajarvi 2013, 71-84.)

Laadullisella tutkimuksella saadaan yksilöllisiä vastauksia haastattelukysymyksiin, koska vastaukset ovat vapaamuotoisia eivätkä valmiiksi laadituista vaihtoehdoista valittavia. Haastattelu voi olla enemmän tai vähemmän strukturoitu, jolloin kysymykset muotoillaan täsmällisesti tai teemahaastattelu, jolloin haastattelu on keskustelumuotoinen tai avoin haastattelu, jolloin haastattelu etenee haastateltavan ehdoilla. Kysymykset tulee asetella niin, ettei niihin vastata kyllä tai ei, vaan vastaus on lauseen muodossa. Primääriaineiston keruu tapahtuu ilmiöön yhteydessä olevilta ihmisiltä. Haastateltavat valitaan sen mukaan, ketkä osaavat sanoa ilmiöstä jotain tiedon tai kokemuksen perusteella. Tutkittavia voi olla yksi tai useampi, sillä tutkittavien määrä määräytyy tutkimusasetelman mukaan. (Kananen 2019, 21-29; Tuomi & Sarajarvi 2013, 71-84.)

Tässä opinnäytetyössä primääriaineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluna, jossa teemat ja teoria kytkeytyivät toisiinsa. Teemahaastattelun pohjalla jokin on ohjaamassa haastattelun teemaa. Teemahaastattelu voidaan luoda intuition, kirjallisuuden ja teorian perusteella. Pel-

kän intuition pohjalta tehty haastattelu ei ole kannattavaa tai välttämättä mahdollista. Haastattelusta kirjaaminen on myös hankalaa, koska teoreettinen pohja puuttuu. On tärkeää kytkeä teema ja teoria kirjallisessa työssä toisiinsa. Kirjallisuuteen pohjautuvassa haastattelussa haastattelua ohjaa kirjallinen tieto, johon voidaan luottaa. Teoriasta johdettu haastattelu on tarkka ja luotettava. Haastattelu on tällöin vakaa ja helppo jäsentää. Haastattelijan tehtävänä teemahaastattelussa on varmistaa, että etukäteen sovitut teema-alueet käydään läpi. Teema-alueiden järjestyksellä ei ole suurta merkitystä. Tutkijan lisäksi tutkittavan on tärkeää tarkentaa ja syventää vastauksiaan haastattelun onnistumiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 74-77.)

Aineistonkeruuvälineinä haastattelussa voidaan käyttää muun muassa lomaketta, nauhuria tai videota. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää erilaisia haastattelumenetelmiä osallistuvien lukumäärän mukaan, esimerkiksi yksilöhaastattelu tai parihaastattelu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 95-97.) Tämän opinnäytetyön aineistonkeruussa haastattelumenetelmäksi valittiin yksilöhaastattelu. Haastattelut nauhoitettiin alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen yhden nauhurin sijasta kahdella Laurea-ammattikorkeakoulusta lainatulla ääninauhurilla. Haastattelut toteutettiin kahden haastattelijan toimesta. Toinen haastattelijoista esitti teemakysymykset ja toinen käsitteli nauhureita. Haastatteluiden aikana ei tehty muistiinpanoja. Haastattelut järjestettiin päiväkirurgisella osastolla etukäteen sovittuna aikana. Aineistoa varten haastateltiin viittä sairaanhoitajaa. Yhteistyökumppani oli etukäteen valinnut haastateltavat sairaanhoitajat haastatteluihin. Suunnitelman mukaan haastateltavien olisi tullut perehtyä ennen haastattelua tonsillektomiapotilaan ohjausvideoon ja heillä tuli olla ammatillista ohjauskokemusta.

Tämän opinnäytetyön teemahaastattelu muodostui neljästä haastattelukysymyksestä. Haastattelukysymykset oli muotoiltu avoimiksi, jotta haastatteluilla saataisiin mahdollisimman laaja aineisto. Haastattelukysymykset oli laadittu teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuskysymysten avulla. Haastattelukysymykset ovat listattu liitteeseen 1. Ensimmäisellä haastattelukysymyksellä pyrittiin selvittämään, millaista on hyvä tonsillektomiapotilaan ohjaus. Jatkokysymyksenä liittyen ensimmäiseen kysymykseen kysyttiin seuraavaksi, kuinka hyvin nämä haastateltavan kertomat hyvät ohjauksen piirteet ilmenevät tonsillektomiapotilaan ohjausvideolla. Tavoitteena oli selvittää, puuttuuko ohjauksesta potilaan valmistautumiseen tai jälkihoitoon liittyviä asioita, joilla on merkitystä potilaan hoidossa ja paranemisessa. Kolmannella haastattelukysymyksellä pyrittiin selvittämään, kuinka riittävää videon informaatio liittyen tonsillektomiapotilaan leikkaukseen valmistautumisesta ja jälkihoidosta on. Tavoitteena oli saada tietoon, voidaanko video-ohjausta pitää riittävän laadukkaana ja sisällöltään tarpeeksi informatiivisena. Viimeisenä kysymyksenä haastateltavan annettiin vapaasti kertoa mielipiteitä ja kehitysehdotuksia ohjausvideosta. Viimeisen kysymyksen tavoitteena oli kehittää käytössä olevaa video-ohjausta sekä luoda sen käytöstä ja hyödyntämisestä mahdollisimman tehokasta.

Aineisto suunniteltiin kerättäväksi kahtena eri päivänä, viikolla 38 syksyllä 2019. Ensimmäisenä haastattelupäivänä oli tarkoitus haastatella kaksi sairaanhoitajaa ja toisena kolme. Suunnitellut haastattelupäivät olivat 16.9.2019 ja 18.9.2019. Haastattelut siirrettiin kuitenkin puuttuvan tutkimusluvan vuoksi päiville 18.9 ja 26.9. Tieto tutkimusluvasta saatiin lopulta 17.9, jonka vuoksi haastattelut aloitettiin viimeisimmän suunnitelman mukaisesti. Haastattelut toteutettiin suullisen tutkimusluvan turvin. Kirjallinen tutkimuslupa saatiin 25.10.2019.

Haastattelut toteutuivat suunnitelmasta poiketen nopeammin, joten kaikki viisi haastattelua saatiin toteutettua ensimmäisenä haastattelupäivänä. Yksi haastattelu kesti keskimäärin 10-20 minuuttia. Haastatteluajat sijoitettiin suunnitelman mukaisesti kello 9-12 välille. Yhteistyökumppanin vastuulla oli tiedottaa haastateltavia haastatteluajoista ja mahdollistaa haastateltavien pääsy haastatteluun heidän työaikojensa puitteissa. Haastattelut suunniteltiin pidettäväksi yhteistyökumppanin järjestämässä tilassa. Haastateltaville laadittiin tiedote (liite 3), joka käytiin läpi haastatteluun lupautuvan kanssa ennen haastatteluiden aloittamista. Haastateltaville jaetuissa tiedotteissa oli molempien haastattelijoiden yhteystiedot, jotta haastattelutavat voisivat halutessaan olla heihin yhteydessä.

5.3 Aineiston analysointi

Laadullista sisällönanalyysiä käytetään visuaalisen ja verbaalisen aineiston tulkinnessa. Laadullisen analyysin muotoja ovat aineistolähtöinen analyysi, teorialähtöinen analyysi ja teoriaohjaava analyysi. Aineiston analyysi aloitetaan aineiston rajaamisella tutkimusongelman mukaiseksi. Tällöin aineisto tulee rajata tutkimuskysymysten mukaiseksi. Seuraavassa analysoinnin vaiheessa aineisto voidaan litteroida eli kuunnella ja kirjoittaa tekstimuotoon sanasta saan tai koodata. Tekstimuotoon saattamisen tai koodaamisen jälkeen aineisto voidaan teemoitella, luokitella tai tyyppitellä. Teemoittelu voidaan tehdä esimerkiksi aineistosta poimittavien sitaattien eli suorien tekstilainauksien avulla. Tämän jälkeen aineistoa voidaan analysoida vertailemalla teemoja. Viimeisenä kirjoitetaan yhteenveto, jolloin analysoidusta aineistosta tehdään tulkintoja ja indentifioidaan jatkotutkimustarpeita. Aineiston ei laadullisessa tutkimuksessa analysoinnin kannalta tarvitse olla strukturoidussa muodossa. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 12; Tuomi & Sarajarvi 2013, 92-117; Korhonen 2013, 35-36.)

Tämän opinnäytetyön aineiston analysointi tehtiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin teoriaohjaavan analysointimuodon avulla. Teoriaohjaavassa analyysissä teoria voi toimia apuna analyysin etenemisessä, mutta teoreettiset kytkennät eivät kuitenkaan pohjaudu suoraan teoriaan. Teoriaohjaavassa analyysissä aikaisempi tieto ohjaa tai auttaa analyysia, mutta analyysiyksiköt poimitaan silti aineistosta. Aikaisemman tiedon vaikutus voidaan tunnistaa teoriaohjaavassa analyysissä. Aikaisemman tiedon merkityksenä analyysissä ei kuitenkaan ole testata teoriaa, vaan avata uria uusille ajatuksille. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 96-97). Teoriaohjaava

analyysimuoto oli paras vaihtoehto tämän opinnäytetyön aineiston analysointiin, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli muun muassa uusien näkökulmien lisäksi löytää vastauksista yhteyksiä teoriaan. Tässä opinnäytetyössä teoreettiseen viitekehykseen valitut aiheet nielurisaaleikkaukspotilaan ohjaus ja video ohjausmenetelmänä ohjasivat aineiston analysointia. Aineistosta löydettiin teoriaan kytkeytyviä vastauksia, mutta myös uusia näkökulmia löydettiin. Aineisto pyrittiin rajaamaan tutkimuskysymysten mukaiseksi jo teemoja laadittaessa. Aineiston analysointia varten laaditut teemat muodostettiin opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen avulla. Teemojen avulla aineistosta pystyttiin poimimaan vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Aineiston analysointi aloitettiin opinnäytetyössä kerätyn haastatteluaineiston litteroimisella eli tekstimuotoon kirjoittamisella. Litterointi tehtiin taulukkomuotoon, jotta tämän vaiheen jälkeen sitaattien poimiminen litteroidusta aineistosta olisi helpompaa. Opinnäytetyön aineiston analysoinnissa päätettiin käyttää teemoittelua, koska sen avulla aineisto saatiin rajattua tutkimuskysymysten mukaiseksi. Teemoittelua käytetään yleisimmin teemahaastatteluiden analysoinnissa. Teemoittelu aloitetaan havainnoimalla esille nousevia piirteitä, jotka ovat haastateltavan vastaukselle ja sekundääriaineistolle yhteisiä. Teemat ovat sekundääriaineistoon perustuvia, jonka vuoksi niiden ei ole tarkoitus nousta esiin suoraan haastatteluissa. Teemoittelu voidaan toteuttaa keräämällä samaan aihepiiriin kuuluvat vastaukset lähekkäin ja tarkastelemalla näiden eroavaisuuksia tai yhteneväisyyksiä. Teemoittelun tarkoituksena on nostaa tutkimusongelman pohjalta esiin teemoja, joiden avulla tutkimusongelmaan löydetäisiin vastauksia. Teemoittelussa tukena voidaan käyttää sitaatteja eli suoria lainauksia haastatteluista. Sitaatit todentavat lukijalle aineiston todellisuuden ja niiden avulla vahvistetaan teemojen paikkaansa pitävyys. (Pitkänen 2009; 44-45.)

Teemahaastattelun teemoiksi valittiin teoriaan pohjautuen tonsillektomiapotilaan ohjaus, ohjausvideon informatiivisuus ja kehitysehdotukset. Käytännössä teemoja käytettiin analysoinnissa apuna siten, että litteroinnin jälkeen vastauksista poimittiin sitaatteja, jotka sijoitettiin ennalta laadittujen teemojen (liite 2) alle. Teemoittelun jälkeen sitaatit pelkistettiin eli niistä karsittiin pois kaikki tutkimukselle epäolennainen (Tuomi & Sarajarvi 2013, 109). Pelkistäminen tehtiin samaan taulukkoon kuin sitaattien teemoittelu. Analysoinnin etenemisestä laadittiin taulukko (liite 4) analyysiprosessin ymmärtämisen helpottamiseksi. Analyysitaulukon avulla haastatteluista poimittuja pelkistettyjä alettiin tulkita tarkemmin ja niistä pyrittiin löytämään vastauksia luvussa 4 laadittuihin tutkimuskysymyksiin. Vastauksia vertailtiin myös opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä kuvattuihin aikaisempiin tutkimuksiin samasta aiheesta. Opinnäytetyön analysoinnin päätteeksi kirjoitettu yhteenveto, josta löytyvät kootut tulokset ja tulkinnat, on kuvattu tarkemmin luvussa 6.

6 Opinnäytetyön tulokset

Esitettyihin tutkimuskysymyksiin vastataan tutkimustulosten avulla. Tulokset esitetään tiivistetyssä muodossa. Tutkimustulokset ovat aineistosta lähtöisin. Tuloksina ei pidetä omia mielihiteitä tai arvailuja. Tulokset voidaan raportoida luettelona, taulukkoina tai sanallisessa muodossa. Tutkimustulosten jälkeen, tuloksista tehdään johtopäätöksiä. Tutkimustulokset ja johtopäätökset eivät saa toistaa toisiaan. (Kananen 2019, 43-46) Tämän opinnäytetyön tuloksia verrattiin tutkittuun tietoon ja aikaisempiin tutkimuksiin. Opinnäytetyössä kerätty haastatteluaineisto luokiteltiin ennalta laadittujen teemojen, tonsillektomiapotilaan ohjaus, ohjausvideon informatiivisuus ja kehitysehdotukset, alle. Vastauksista pyrittiin poimimaan sitaatteja, jotka sopivat määriteltyjen teemojen alle ja joista löytyi yhteneväisyyksiä.

Tonsillektomiapotilaan ohjauksessa ja päiväkirurgista toimintaa ajateltaessa tärkeään osaan haastatteluvastauksissa nousi etukäteisohjaus. Etukäteisohjaus on tärkeää muun muassa päiväkirurgisen toiminnan nopeatempoisuuden vuoksi. Pre- eli etukäteisohjauksessa oli vastajien mielestä tärkeää myös, että potilas tietää, mihin toimenpiteeseen hän on tulossa, mitä ollaan käytännössä tekemässä ja mitä siitä seuraa. Etukäteisohjauksen tulee sisältää myös tieto siitä, miksi nielurisat ollaan poistamassa ja missä ne sijaitsevat eli mistä ollaan leikkamassa. Potilaan mieltä askarruttaviin kysymyksiin tulee vastata ja hoitajan tehtävänä on arvioida, onko potilas tarpeeksi kykeneväinen vastaanottamaan ohjauksen. Ohjauksen tulee olla selkeää, ymmärrettävää, yksilöllistä, informatiivista ja hoidon jatkuvuuden varmistavaa. Yksi haastateltavista koki, että pre-ohjaus kuuluu heidän yksikössään enemmän lääkäreille kuin hoitajille. Hyvä tonsillektomiapotilaan ohjaus perustuu faktoihin ja tutkittuun tietoon sekä tapahtuu oikeaan aikaan. Ihmisten erilaisten oppimistapojen vuoksi, ohjaukseen tulee olla liitettyä erilaisia aspekteja, eli esimerkiksi kuvaa, puhuttua ohjausta sekä kirjallinen materiaali.

“... etukäteisohjaus on kyl tosi tärkeätä ja hyvin tärkeä osa tätä mejän päiväkirurgista toimintaa, joka on tosi nopeetemposta.”

“... ja käytännössä, niin se on mielellään, siihen on liitetty erilaisia aspekteja. Eli siinä on kuvaa, siinä on puhuttua ohjausta ja sit on kirjallinen materiaali, koska ihmiset ovat myöskin erilaisia oppijoita.”

“No hyvä tonsillektomiapotilaan ohjaus on mun mielestä, se on oikea-aikaista, se on yksilöllistä, se on informatiivista, se varmistaa sen hoidon jatkuvuuden. Se on... perustuu faktoihin, tutkittuun tietoon.”

Haastatteluista käy ilmi, että tonsillektomiapotilaan ohjauksessa pre-ohjausta merkittävämpään osaan nousee jälki- eli postoperatiivinen ohjaus. Kipuohjaus on tärkeää, sillä se nielurisaleikkauksen jälkeinen kipu yllättää suurimman osan leikatuista. Jälkiohjauksessa tulee käydä läpi myös muita nielurisaleikkauksesta koituvia ongelmia, kuten mahdollista jälkiverenvuotoa. Ohjaukseen voidaan sisällyttää vinkkejä ja neuvoja, joilla potilas voi helpottaa omaa oloaan ja toipumistaan leikkauksen jälkeen sekä vinkkejä siihen, miten syömistä voi helpottaa leikkauksen jälkeen.

” Ja myös miten se hoito sen toimenpiteen jälkeen. Ja sellasia pieniä neuvoja millä voi niinku helpottaa omaa vointiansa ja syömistä ja sitä toipumista.”

”No tietenkin käydään niitä asioita läpi, mitä siitä koituu, ongelmia siitä nielurisaleikkauksen jälkeen elikkä kipuhan on semmonen ja mahdollinen verenvuoto.”

Suurin osa haastateltavista sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että päiväkirurgisessa yksikössä käytössä oleva tonsillektomiapotilaan ohjausvideo on hyvä. Sen koettiin helpottavan hoitajien työtä ja yksi haastateltavista oli huomannut, että videon käyttöönoton jälkeen potilailta tulee entistä vähemmän soittoja osastolle. Video on selkeä ja potilaat ovat hoitajien mukaan kokeneet sen hyväksi ja palvelevaksi. Videolla käydään läpi tietyssä järjestyksessä leikkauksen ja siitä toipumisen kannalta tärkeät asiat. Video ei kuitenkaan ole täydellinen ja se ei yksin riitä antamaan tonsillektomiapotilaille riittävää ohjausta. Potilaat tarvitsevat videosta huolimatta yksilöllisen ohjauksen ja videota paremmin leikkaukseen valmistautumisessa toimii jokaiselle potilaalle soitettava pre-haastattelu. Videolla ei juurikaan puhuta leikkaukseen valmistautumisesta, vaan se keskittyy eniten leikkauksen postoperatiiviseen hoitoon.

”Pääosin se (video) on mun mielestä toiminu hyvin. Tavallaan helpottaa mejjän työtä.”

”Mutta siin tulee ne oleelliset asiat ja se tukee sitä kirjallista ohjetta ja puhuttua kotihoito-ohjausta”

”...niin monet sanoo et se oli tosi selkee ja hyvä se video.”

”... Ja monet kokee sen hyvänä. Minun työhistoriani aikana ei oo kukaan sanonu, että se ei olis ollu palveleva se video.”

”Mut tää ei poissulje minun mielestä sitä, etteikö hoitajan täydy antaa vielä erikseen yksilölliset ohjeet.”

”... mun mielestä siinä ei nyt ehkä siitä valmistautumisesta kauheesti puhuta.”

Haastatteluista kävi ilmi, että video on joidenkin sairaanhoitajien mielestä hieman vanhanainen eikä se herätä katsojassa kiinnostusta. Toiveena on siis, että videon saisi napakammaksi ja päivitettyä tähän päivään. Videota voisi syventää niin, että se olisi muutakin kuin luettua tekstiä. Videoon voisi siis esimerkiksi lisätä grafiikkaa tai musiikkia. Vaikka yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että video tukee hyvin osastolta annettavaa kirjallista ohjetta, toisen haastateltavan mielestä taas asia on päinvastoin eli nielurisaohje ja video eivät kulje enää käsikädessä. Ohjauksen todettiin myös olevan riittävää ilmankin videota, koska potilaille soitetaan pre-haastattelu ennen leikkaukseen tuloa. Erään hoitajan mukaan myös potilaalta oli saatu aikoinaan kyselyn myötä konkreettinen toive videolle: videoon olisi haluttu ”klippejä” ennen ja jälkeen tilanteista. Videota toivottaisiin löytyvän eri kielillä, sillä osastolla hoidetaan myös paljon potilaita, joiden äidinkieli ei ole suomi. Tonsillektomiapotilaille suunnattua ohjausvideota kuitenkin ole vielä tutkittu ja analysoitu tarpeeksi, vaikka se olisi hyvä asia. Ennen kuin video voitaisiin tehdä uudestaan, pitäisi saada dataa siitä, miten potilaat ovat todellisuudessa sen itse kokeneet. Osalla haastateltavista ei ollut antaa mitään kehitysehdotuksia videolle, koska he kokivat, että video toimii hyvin. Yksi haastateltavista ei voinut antaa kehitysehdotuksia siksi, että hän oli nähnyt ohjausvideon viimeksi kauan sitten eikä näin ollen enää täysin muistanut sen sisältöä.

”Mutta se on mun mielestä vähän tylsä. Se ei oo kauheen niinku ehkä semmonen kiinnostusta herättävä.”

”Mutta napakoittaisin, päivittäisin sen ja ennen kaikkea haluaisin, ennen ku se tehtäisiin uudestaan, että siitä olisi jotain dataa, miten potilaat ihan oikeasti ovat sen kokeneet.”

”Niin nythän nielurisaohjekin on myöskin päivitetty sen jälkeen. Ne ei nyt sit niinku ihan kulje käsi kädessä.”

”Kun olis muilla kielillä.”

Haastatteluiden perusteella saatiin siis vastaukseksi, että hyvä tonsillektomiapotilaan ohjaus on selkeää ja ymmärrettävää sekä pituudeltaan tarpeeksi lyhyt, jotta leikkauksen jälkeen nukutettu potilas jaksaa sen kuunnella. Päiväkirurgisen toiminnan nopeassa tahdissa etukäteisohjaus on tärkeää ja tonsillektomiasta seuraavien ongelmien, kivun ja mahdollisen jälkiverenvuodon, vuoksi myös jälkiohjaus nousee merkittävään osaan ohjauksessa. Ohjauksen tulee olla informatiivista ja sen tulee varmistaa hoidon jatkuvuus. Koska ihmiset ovat erilaisia oppijoita, ohjauksen tulee muodostua puhutusta ohjauksesta, kirjallisesta ohjauksesta sekä grafiikasta eli esimerkiksi kuvista.

Hyvä tonsillektomiapotilaan ohjaus ei kuitenkaan teoreettiseen viitekehykseen verraten täysin toteudu päiväkirurgisessa yksikössä käytössä olevassa ohjausvideolla, koska se ei haastateltavien mukaan juurikaan käsittele nielurisaleikkaukseen valmistautumista. Video ei siis yksin ole riittävän informatiivinen antamaan tonsillektomiapotilaalle hyvää ohjauskokonaisuutta, vaan videon lisäksi potilaat tarvitsevat myös yksilöllistä ohjausta ja pre-haastattelusoiton. Pääasiassa sairaanhoitajat ovat kuitenkin kokeneet videon hyväksi, ja heidän mukaansa myös potilaat ovat ilmaisseet videon olevan palveleva ja selkeä. Vaikka ohjausvideon informatiivisuus nielurisaleikkauspotilaan leikkaukseen valmistautumisesta ei ole vastausten mukaan riittävää, jälkihoidosta koetaan olevan videolla riittävästi tietoa. Potilaat soittavat osastolle kysyäkseen neuvoa entistä vähemmän ja videon on koettu helpottavan hoitajien työtä. Videolla tulevat ilmi tonsillektomiapotilaan toipumisen kulmakivet ja siinä on käsitelty yleisimpiä ongelmia nielurisaleikkauksen jälkeen, kuten kipua ja mahdollista jälkiverenvuotoa.

6.1 Tulosten tarkastelu ja vertailu aikaisempiin tutkimuksiin

Aineistonkeruun ja tulosten analysoinnin jälkeen tuloksista tehtiin johtopäätöksiä. Johtopäätöksillä ja pohdinnalla pyrittiin antamaan päiväkirurgian osastolle kehittämisehdotuksia videomuodossa annettavasta potilasohjauksesta. Kehittämisehdotukset koostuivat sekä tässä opinnäytetyössä tehdyistä johtopäätöksistä ja tulosten analysoinnissa saaduista tuloksista, että myös suoraan haastateltavilta saaduista kehitysehdotuksista.

Preoperatiivisen vaiheen ohjaus nähdään merkittävänä sekä haastateltujen sairaanhoitajien näkökulmasta että teoriaan perustuen. Haastatteluissa esille nousseet aiheet; potilaan ymmärrys toimenpiteestä, sen syistä ja hoitomuodoista ovat preoperatiivisen ohjauksen merkittävimpiä aiheita, koska esimerkiksi laki ohjaa terveydenhuollon henkilökuntaa antamaan potilaalle riittävästi informaatiota hänen terveydentilastaan ja eri hoitomuodoista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Haastatteluissa ilmi tulleella lauseella ”Tonsillektomiapotilaan ohjaus on... oikea-aikaista...yksilöllistä... informatiivista... perustuu faktoihin” vastattiin ohjauksen keskeisiin periaatteisiin. Ohjauksen keskiössä pidetään potilaskeskeisiä toimintatapoja. Erilaisten ohjausmuotojen soveltamisella ja kokonaisuuksilla turvataan yksilöllisyys, sillä kuten haastatteluissakin mainittiin, ihmiset ovat erilaisia oppijoita. Erilaisilla ohjausmenetelmillä voidaan varmistaa myös ohjauksen kertaaminen ja ymmärrys. Haastatteluista ei käynyt ilmi ovatko sairaanhoitajat huomanneet iällä tai sukupuolella olevan merkitystä annetun ohjauksen määrän tarpeeseen tai vaikuttavuuteen. (Miettinen 2016, 4-5, 9.)

Leikkauksen jälkihoito-ohjaus tuli haastatteluissa useammin esille, kuin nielurisaleikkaukseen valmistautumisen ohjaus. Haastatteluista nousivat esiin hoidon tärkeyden ymmärrys ja kivunhoito sekä niistä kertominen jo preoperatiivisessa hoidon vaiheessa. Kivun konkreettisista hoitomuodoista kerrottiin enemmän kuin leikkaukseen valmistautumiseen liittyvästä ohjauksesta. Esimerkiksi liikunnan ja ravitsemuksen merkityksestä, paastosta, sairastamisen välttämisestä ennen toimenpidettä tai tupakoimattomuudesta ei mainittu haastatteluissa. Useampi kuin

kaksi viidestä haastateltavasta oli sitä mieltä, että leikkaukseen valmistautuminen jäi ohjausvideolla hyvin pieneen osaan. Teoriaan pohjautuvan tiedon mukaan leikkaukseen valmistutumisella on kuitenkin hyvin merkittävä vaikutus esimerkiksi päiväkirurgiseen leikkaukseen pääsemiselle ja leikkauksesta toipumiselle. (Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015; Käypä hoito 2014.) Tästä voidaan siis päätellä, ettei videolla annettu ohjaus ole tarpeeksi informatiivista turvaamaan potilaan pre- ja postoperatiivinen selviytyminen kotona. Leikkauksen jälkihoidosta koettiin haastatteluvastausten perusteella kuitenkin olevan riittävästi tietoa ohjausvideolla, joten siltä osin ohjausvideon voidaan päätellä olevan laadukas.

Digitalisaation sanotaan olevan hyödyksi ihmisille ja terveydenhuoltojärjestelmälle. Audiovisuaalisilla menetelmillä voidaan vähentää ohjauksen kuormittavuutta terveydenhuollossa. (Miettinen 2016, 7.) Tälle toteamukselle saatiin vahvistusta myös aineistonkeruuhaastatteluisissa: ”Pääosin se (video) on mun mielestä toiminu hyvin. Tavallaan helpottaa mejän työtä.” Henkilökunta kokee siis ohjausvideon olevan heille avuksi potilasohjauksessa. Haastateltavat eivät kuitenkaan olleet täysin sitä mieltä, että yksin tietokonevälitteisen potilasohjauksen olisi todettu toimivan heillä yhtä hyvin, kuin kasvokkain tapahtuvan ohjauksen: ”Eli ne tarvitsee sen yksilöllisen ohjauksen siitä huolimatta, että video on mukana.” Miettinen (2016) sanookin potilasohjauksen koostuvan hoitohenkilökunnan ja potilaan välisestä vuorovaikutteisesta ohjaussuhteesta. Se, että osastolla annetaan potilaille video-ohjauksen lisäksi myös yksilöllistä ohjausta kasvokkain, noudattaa teoriaa ohjauksen kertaamisesta. Ohjauksen kertaamisella vahvistetaan potilaan tiedon omaksumista. (Miettinen 2016, 4-5 & 9.)

Teoreettista viitekehystä ja haastatteluvastauksia verrattaessa huomattiin yhteneväinen fakta siinä, että ohjausvideo ei ole liian pitkä, jolloin katsojan mielenkiinto ei laske. Videolla on puhetta ja lukijan kasvot ovat näkyvillä. Lukijoita on videolla kaksi. Erikoislääkärin puhuminen videolla antaa haastateltavan mielestä vahvuutta videon uskottavuuteen. Videon hyötynä nähdään se, että ”se on katsottavissa myöhemmin” eli teoriaan viitaten video on aikaan ja paikkaan riippumaton. Ohjausvideo täyttää siis muutamia hyvälle ohjausvideolle teoriassa määriteltyjä vaatimuksia. Kaliforniassa tehtyjen vuonna 2010 ja 2011 tutkimusten mukaisesti myös tämän tutkimuksen haastatteluista ilmeni, että video-ohjausta voidaan hyödyntää aikuispotilailla ja se on ohjausmenetelmänä tehokasta. Ohjausvideon tehokkuus on huomattu osastolla muun muassa osastolle potilailta tulevien puheluiden määrän huomattavassa vähenemisessä: ”Et ku meil on tää video, niin hyvin vähän meille tulee näitä soittoja. Et ilmeisesti se palvelee tosi hyvin sitä ...”. Toisin kuin Kalifornian yliopiston tutkimuksissa, tässä tutkimuksessa kaikki haastateltavat eivät kuitenkaan kokeneet ohjausvideon olevan mielenkiintoinen ja kiinnostusta herättävä: ”Mutta se on mun mielestä vähän tylsä. Se ei oo kauheen niinku ehkä semmonen kiinnostusta herättävä.” (Armstrong, Alikhan, Chen, Schupp, Kurlinkus & Elsen 2010; Armstrong, Kim, Idriss, Larsen & Lio 2011.)

Kaksi haastateltavista oli täysin tyytyväisiä ohjausvideoon ja sen sisältöön kokonaisuudessaan, eivätkä näin ollen antaneet videolle kehitysehdotuksia. Kehitysehdotuksia tuotiin kuitenkin esille muiden haastateltavien toimesta liittyen sen sisältöön ja ulkoasuun. Videota toivottaisiin olevan eri kielillä, sillä päiväkirurgisella osastolla hoidetaan myös paljon potilaita, joiden äidinkieli ei ole Suomi. Videon sisältö tulisi päivittää tähän päivään, sillä videon julkaisemisen jälkeen osastolta potilaille annettava kirjallinen nielurisaleikkausohje on päivittynyt. Videoon voisi tuoda lisää mielenkiintoa esimerkiksi yhden haastateltavan mainitsemalla grafiikalla, eli kuvilla ja musiikilla. Ennen kuin videota kuitenkaan voitaisiin tehdä uudestaan, tulisi saada dataa suoraan potilailta siitä, millaiseksi he ovat ohjausvideon kokeneet.

7 Pohdinta

Pohdinta tarkoittaa työn onnistumisen tarkastelemista. Pohdinnassa kiinnitetään huomiota yleisosaan, luotettavuustarkasteluun, feedback-teorioihin ja jatkotutkimusaiheisiin. Yleisosa voi sisällyttää onnistumiset ja epäonnistumiset. Epäonnistuminen on tärkeää tiedostaa ja nostaa rohkeasti esille, jotta kirjoittaja osoittaa tietävänsä kuinka asiat olisi pitänyt tehdä epäonnistumisten välttämiseksi. Luotettavuustarkastelu sisällyttää tulosten luotettavuuden. Tulosten luotettavuudessa eli validiteetissa ja reliabiliteetissa on huomioitava, onko kyseessä laadullinen vai määrällinen tutkimusote. Feedback-teoria tarkoittaa, että saatuja tutkimustuloksia peilataan teoriaosassa käsiteltyihin teorioihin, malleihin ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Pohdinnan lopussa jatkotutkimusehdotuksia esittämällä tarjoutuu uusia tutkimusaiheita ja tiedettä edistetään. Lukijalle voi tutkimusta lukiessa herätä ajatuksia jatkotutkimusaiheista tai tutkimusaukoista. (Kananen 2019, 47-48.)

Aihe tähän opinnäytetyöhön ideoitiin keskustelemalla ja pohtimalla vapaasti opinnäytetyön toteuttajien kesken aihealueista, joista voitaisiin tarvita lisää tutkimustietoa. Kun aiheesta keskusteltiin opinnäytetyön yhteistyökumppanin kanssa, kävi ilmi, että aihe oli heille ajankohtainen ja tarpeellinen. Päiväkirurgian osastolla ei vielä ollut riittävästi tietoa tai palautetta potilaille annettavan video-ohjauksen laadusta tai sisällöstä. Ennen opinnäytetyön toteuttamista ei osattu ennakoida, minkälaisia näkemyksiä hoitajilla on ja miten he kokivat videon tarpeellisuuden ohjauksessa. Opinnäytetyön toteuttamisprosessin ja tulosten uskottiin kuitenkin olevan varsin arvokkaita ja hyödyllisiä yhteistyökumppanille sekä yksikön toiminnan kehittämiseksi.

Tutkijoina tämän opinnäytetyön tekijöille oli tärkeää, että tiedon etsiminen opinnäytetyöprosessissa oli mielekästä ja että aihe oli molempia tutkijoita kiinnostava. Opinnäytetyön suunnitelmaa työstettäessä tekijät tarkastelivat mielenkiinnolla ohjausta laajasta näkökulmasta. Opinnäytetyönprosessin aikana tutkijat oppivat väistämättä nielurisaleikatun potilaan hoidosta ja perustelluiden hoito-ohjeiden tärkeydestä paljon, koska ne kuuluivat olennaisena osana työn teoreettiseen viitekehykseen. Sairaanhoitajan näkökulma potilasohjauksessa on

tärkeä opinnäytetyön tekijöiden tulevan ammatin ja ammatillisen kasvun kannalta. Sairaanhoidajan näkökulman tarkastelu opinnäytetyöprosessissa kehitti ammatillista osaamista ja opetti uutta teoreettisesti. Tutkijoiden henkilökohtaisina tavoitteina oli lisätä tietämystä neulurisaleikatun potilaan ohjauksesta ja kehittyä ammatillisesti potilasohjauksessa. Opinnäytetyöprosessin päätyttyä tutkijat omasivat itsearviointin perusteella paremmat tietotaidot potilasohjauksesta kuin aiemmin. Opinnäytetyön tekeminen opetti tutkijoille myös paljon itse opinnäytetyöprosessista ja erilaisista tutkimusmenetelmistä. Vaikka tutkijat olivat sairaanhoitajakoulutusta käydessään jo aiemmin olleet osana pienempiä projekteja ja tutkimuksia, opinnäytetyöprosessi opetti täysin uudella tavalla muun muassa aineiston analysoinnista. Opinnäytetyötä tehdessään tutkijat pääsivät syventämään ja soveltamaan sairaanhoitajakoulutuksessa opittuja tietoja tutkimus- ja kehittämismenetelmistä.

Kyseessä olleesta tonsillektomiapotilaan video-ohjauksesta ei oltu tehty aikaisempaa tutkimusta. Tämän opinnäytetyön tutkimustyössä saadut tulokset ovat siis mahdollisuuksien mukaan hyödynnettävissä potilaan hoidon laadun kehittämisessä. Kehittämisehdotuksena opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että video-ohjauksesta tulisi saada tietoa suoraan päiväkirurgisen osaston potilaiden kokemuksista ja selvittää millaiseksi he ovat todellisuudessa ohjausvideon kokeneet. Videon uudelleen suunnittelu ja toteuttaminen antavat myös mahdollisuuden uudelle tutkimukselle aiheesta. Uuden videon suunnittelussa olisi tärkeää tarkastella videon informatiivisuutta ja työstää videota katsojan näkökulmasta. Lisäksi olisi potilaille hyödyllistä, että video käännettäisiin myös muille kielille. Mikäli täysin erikielisten videoiden tekemiseen ei ryhdytä, erikielisten video-ohjaus voitaisiin mahdollistaa tekstityksellä. Koska video toimii tällä hetkellä hyvin muun ohjauksen tukena ja vähentää takaisinsoittoja, videon katsomiseen voitaisiin ohjata suullisen ja kirjallisen ohjeen lisäksi hyperlinkkinä esimerkiksi sähköpostilla tai tekstiviestillä älypuhelimien. Vaikka tällä tutkimuksella ei yritetty hakea tai ei saatu tietoa videota katsovien potilaiden määrästä, yhden napautuksen päässä oleva video voisi lisätä sitä katsovien potilaiden määrää.

7.1 Luotettavuus ja etiikka

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) on määrittänyt, että potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan on saatava tarpeeksi tietoa hoitovaihtoehdoista ja hänen on saatava olla mukana itseään koskevassa päätöksenteossa. Päätöksentekoon kuuluu myös mahdollisuus kieltäytyä itseään koskevasta hoidosta ja siihen liittyvistä asioista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Tieteellisen toiminnan ytimenä pidetään tutkimuksen eettisyyttä ja tutkimusetiikan kehittämistä. Käsite tutkimusetiikka on lähtöisin kysymyksistä, joita lääketiede on luonut, sillä kuten lääketieteessä myös hoitotieteessä on kyse ihmisten osallistamisesta tutkimukseen. Tutkimusetiikka käsittää oikeiden sääntöjen noudattamisen ja täten luokitellaan normatiiviseksi etii-

kaksi. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2010) ovat tuoneet teoksessaan esille listan kahdeksasta eettisestä vaatimuksesta, jota voidaan pitää tutkijan pohdintaperustana. Ensimmäisenä kohtana esitetään ”älyllisen kiinnostuksen vaatimus”, jolla käsitetään tutkijan aito kiinnostus etsiä uutta tietoa. Tunnollisuuden vaatimuksella tarkoitetaan tutkijan perehtyneisyyttä tutkimusta käsittävään alaan, jonka tulisi olla tiedollisesti mahdollisimman luotettavaa. Kolmantena esitetään ”rehellisyyden vaatimus” ja neljäntenä ”vaaran eliminoiminen”. Tutkijan esiin tuoman tiedon tulee olla rehellistä eikä tutkimus saa tuottaa vahinkoa. Viidentenä esitetään, ettei ihmisarvoa ja ihmisryhmän tai ihmisen moraalista arvoa saa loukata tutkimuksen tekemisen aikana. Viimeisimpinä kerrotaan sosiaalisen vastuun vaatimuksesta eli tutkijan vastuusta käyttää tieteellistä tutkimusta eettisten vaatimusten perusteella ja ammatinharjoituksen edistämiseksi, eli vastuusta toimia tutkimusta edistävästi. Lisäksi pidetään tärkeänä tutkijoiden kollegiaalisuutta ja arvostavaa toimintaa toisiaan kohtaan. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 172.)

Yleisinä kvalitatiivisen tutkimusraportin kriteereinä pidetään vahvistettavuutta, riippuvuutta, uskottavuutta ja siirrettävyyttä. Lisäksi tutkijoiden tueksi on esitetty erillisiä suosituksia ja omia lähtökohtia systemaattiseen luotettavuuden arviointiin. Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten kuvailua selkeästi. Luotettavuuden edellytyksenä on analyysin kuvaaminen mahdollisimman tarkasti alkuperäistekstistä alkaen, esimerkiksi taulukkona tai liitteenä. Lukijan tulee ymmärtää tuloksia lukiessaan analyysiprosessi eli ”miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset”. Täten tarkastellaan toisaalta myös tulosten validiteettia eli saatiinko tutkimuksella vastaus siihen mihin haluttiin. Uskottavuus kuvaa tutkijan käsitteellisen ajattelun ja empiirisen aineiston kiinnittymistä luokituksiksi tai kategorioihin ja sitä miten hyvin nämä kattavat aineiston. Uskottavuudella tarkoitetaan myös tutkijan noudattavaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Siirrettävyyden varmistaminen on tärkeää, jotta toisella tutkijalla on mahdollisuus seurata tutkimusprosessia. Siirrettävyyden varmistamiseksi osallistujat valitaan, aineiston keruu, analyysin seikkaperäisyys ja tutkimuskonteksti kuvataan. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistetaan tutkimusraportissa esitettävillä suorilla lainauksilla. Lainaus-ten määrä, pituus ja lukumäärä on tutkimuskohtaista. Tutkittava ei saa olla tunnistettavissa eettisen näkökulman vuoksi esimerkiksi puhekielisestä murreilmauksesta. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010, 152 & 159-160; Tuomi & Sarajärvi 2013, 125-133)

Etiikan näkökulmasta tutkimuksessa on tärkeää osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen, luottamuksellisuus, nimettömyys, vastuuntunnollisuus ja rehellisyys kaikkien osapuolien puolelta sekä avoimuus. Jotta tutkimusta voidaan sanoa eettiseksi tai luotettavaksi, siitä pitää tulla ilmi muun muassa tutkimuksen kohde ja tarkoitus, miten aineisto kerättiin, miten tiedonantajat valittiin ja tutkimuksen kesto. Eettisyys ja luotettavuus yhdessä tarkoittavat kaikkien osapuolten uskottavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 125-133.) Etiikka ohjaa itsensä määräämisoikeuden rinnalla tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tutkittavalla

tulee olla mahdollisuus kieltäytyä, esittää kysymyksiä tai keskeyttää tutkimus eli tutkimuksen tulee pohjautua aitoon vapaaehtoisuuteen. Osallistunutta ei saa palkita eikä osallistumattomuudesta saa aiheutua uhkaa. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2010,177.) Opinnäytetyön haastattelutilanteissa haastateltavien annettiin lukea haastateltavan tiedote ja haastattelukysymykset ennen haastattelun aloittamista. Näin mahdollistettiin vapaamuotoiset kysymykset opinnäytetyöhön ja haastatteluihin liittyen. Tällä varmistettiin myös, että haastateltavat olivat ymmärtäneet mitä tiedotteessa oli lukenut ja että he vapaaehtoisesti halusivat osallistua tutkimukseen.

Toimintatapojen on oltava rehellisiä, huolellisia, perusteltuja, tarkkoja, soveliaita, huomioonottavia, suunniteltuja, toteutettuja, raportoituja, määriteltyjä, kirjattuja ja noudatettuja. Tutkimuksen tekijän lisäksi opettajalla, tutkimusryhmällä sekä tutkimusyksikön johtajalla on vastuu tutkimuksessa tehdyistä ratkaisuista liittyen eettisiin kysymyksiin. Eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin ja tutkimuksen tulokset eettisiin ratkaisuihin. Tiedon rajoittamatonta tuottamista ympäröivästä maailmasta pidetään yhteiskunnallisesti arvokkaana tietona, mutta ajatus luo ristiriidan, sillä tiede yhteiskunnallisena hyödykkeenä voi olla haitallista. Etiikka tulee huomioida siinä, mitä keinoja tutkija käyttää tiedon saamiseksi, miten tutkimusaiheet valitaan ja mitä pidetään tärkeänä. Tutkijalla on vastuu etiikasta harkitessaan tutkimuksen aiheita. Tutkimusaihetta harkitessa on huomioitava, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimus aloitetaan. Olennaista on myös se, katsotaanko tutkimusta esimerkiksi lääkärin vai potilaan näkökulmasta. On valittava näkökanta ja pitäydyttävä siinä, jotta ei luoda eettistä ristiriitaa. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 125-133.)

Tutkimuksen luotettavuus pyrittiin tässä opinnäytetyössä varmistamaan ennakoivasti muun muassa valitsemalla opinnäytetyön aihe huomioiden mahdollisimman hyvä tutkimusmenetelmä. Opinnäytetyön kirjallisessa raportissa on pitäydytty sairaanhoitajan näkökulmassa alusta loppuun, jotta vältettäisiin eettistä ristiriitaa. Haastateltujen sairaanhoitajien henkilöllisyys pysyi koko opinnäytetyöprosessin ajan salassa, sillä tutkimuksessa ei käytetty tai kerätty haastateltavien henkilötietoja. Tämän vuoksi henkilörekisteriä ei myöskään muodostunut. Anonymiteetin säilyttämiseksi haastateltavilta ei pyydetty kirjallista lupaa, jolloin tutkijat eivät saaneet haltuunsa haastateltavien henkilötietoja. Haastateltavien henkilötiedot pysyivät vain esimiehen tiedossa esimiesroolin mukaisesti. Haastateltavat antoivat suostumuksensa käyttää haastattelussa tuotettua materiaalia osallistumalla haastatteluun. Aineisto taltioitiin nauhoittamalla haastattelut, jotta mitään ei jäisi aineistosta pois. Saatuja tutkimustietoja ei etiikkaa noudattaen luovutettu ulkopuolisille ja aineisto säilytettiin lukitussa paikassa. Opinnäytetyöprosessin päätyttyä nauhoitetut haastattelut poistettiin ääninauhureilta opinnäytetyön toteuttajien toimesta eettisyyden varmistamiseksi.

Jotta haastattelusta ei olisi tullut liian muodollista tilannetta, haastateltavan ja haastattelijan väliin ei asetettu työpöytää, eikä papereita pidetty järjestelmällisesti pöydällä. Haastattelijoiden asettaminen pöydän taakse olisi voinut luoda vääränlaisen arvojärjestyksellisen kuvan. Haastatteluasetelmalla pyrittiin luomaan rentoutuneempi ilmapiiri ja helpottamaan vuorovaikutuksellista haastattelua. Haastattelu tilanteet olivat avoimia ja luottamuksellisia. Haastattelukysymykset pyrittiin muodostamaan siten, että ne vastaisivat mahdollisimman hyvin tutkimuksen tavoitteita.

Tätä opinnäytetyötä tehdessä ja toteuttaessa pyrittiin välttämään eettisiä ongelmia ja ristiriitoja. Eettisiä ongelmia ja ristiriitoja olisi voinut tuottaa esimerkiksi kielimuuri. Haastateltavan huono Suomen kielen taito olisi luonut haasteita kommunikointiin ja olisi voinut vaikuttaa haastattelun laatuun. Ongelman välttämiseksi haastattelijat valmistautuivat haastattelun toteuttamiseen englanniksi haastattelun kannalta tärkeän käsitteistön läpikäymisellä. Kaikki haastattelut tapahtuivat kuitenkin suomen kielellä, eikä kommunikaation tai kielitaidon ongelmia ollut. Haastattelun aikana toinen tutkijoista kysyi valmiiksi suunnitellut haastattelukysymykset ja toinen haastattelihoista käytti ääninauhureita. Mikäli jokin haastattelijan kertoma lause tarvitsi avaamista, toinen haastattelihoista pyysi avaamaan haastattelussa ilmi tullutta aihetta. Haastattelut sujuivat rakenteellisesti selkeästi, haastattelijat eivät puhuneet päällekkäin ja haastateltavat saivat vasta niin pitkästi kuin heillä vastattavaa oli. Etiikan ja luotettavuuden varmistamiseksi haastattelut tapahtuivat päiväkirurgisella osastolla. Haastatteluita äänittäessä äänihäiriöt oli tarkoitus pyrkiä minimoimaan rauhallisella ympäristöllä ja niin etteivät ulkopuoliset kuule haastatteluita. Yhteistyökumppanin vastuulla oli suunnitelman mukaan järjestää haastatteluita varten rauhallinen ja hiljainen tila.

Kahta viikkoa ennen tehdyn haastatteluajankohdan siirtämisen vuoksi haastatteluita ei pystytty järjestämään suunnitelman mukaisesti hoidonvaraajan huoneessa ja haastattelutilan järjestämiseen aiheutui haasteita. Suunnitelmasta poiketen haastattelut pidettiin osastonhoitajan huoneessa. Haastatteluiden aikana akuutin viemäri vahingon vuoksi korjaustöiden äänet kuuluivat viereisestä huoneesta haastatteluhuoneeseen. Remontointi oli haastatteluiden aloitushetkellä tauolla ja tilassa oli sopivan rauhallista haastatteluiden toteuttamiseksi. Haastatteluiden puolesta välissä haastattelutilan seinän takaa alkoi kuitenkin kuulua remontin ääniä, jotka häiritsivät hieman muutaman kysymyksen esittämistä ja vastauksien nauhoittamista. Haastatteluita pystyttiin jatkamaan, sillä vastaukset ja kysymykset kuultiin ja saatiin kuitenkin nauhoitettua suunnitellusti. Vaikka korjaustöiden äänet eivät olleet estettävissä olisi tilanteeseen voitu varautua paremmin järjestämällä haastattelutilaksi huone, joka olisi ollut korjaustöistä kauempana. Vaikka remonttiäänet eivät suuresti vaikuttaneet haastattelun kulkuun, emme voi täysin luotettavasti todeta, ettei sillä olisi ollut vaikutusta vastausten laajuuteen. Äänihäiriöt eivät vaikuttaneet tutkimuksen validiteettiin. Haastatteluista saatiin melusta huolimatta hyvät ja laadukkaat vastaukset haluttuihin kysymyksiin.

Opinnäytetyötä tehtiin koko tutkimusprosessin ajan tiiviissä yhteistyössä opinnäytetyön ohjaajan ja yhteistyötahon kanssa. Tutkimuksen toteuttamiseen haettiin lupa sähköisesti HUS:lta ja lupahakemukseen liitettiin opinnäytetyön tutkimussuunnitelma sekä tutkijoiden salassapitosopimus. Kirjallista tutkimuslupaa ei lisätty opinnäytetyön loppuraporttiin liitteeksi, koska näin varmistettiin päiväkirurgisen osaston toive esiintyä tutkimuksessa nimettömänä. Tutkimus mahdollistettiin yhteistyötahon henkilökunta- ja aikaresurssien puitteissa. Tutkimuksen toteuttamistapa oli yhteistyötaholla hyväksytetty ja yhteistyötahon toiveesta lähtöisin. Myös opinnäytetyön loppuraportti hyväksyttiin ja siihen tehtiin yhteistyötahon toivomia muutoksia ennen sen julkaisua. (HUS c 2019.)

Lähteet

Painetut

Hyytiäinen, S. 2010. Terveyttä edistävä dialogi potilasohjauksessa. Itä-Suomen yliopisto: Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Iivainen, A., Jauhiainen, M., Syväoja, P., 2010. Sairauksien hoitaminen. Keuruu: Tammi

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

Kananen, J. 2019. Opinnäytetyön ja pro gradun pikaopas. 2019. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY

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

Lukkari, L., Kinnunen, T., Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

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

Pulkkinen, M., Junttila, K. 2017. Uusi perioperatiivisen hoitotyön toimintamalli. Pinsetti 3/2017. Helsinki: Forna ry, 18-19.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2019. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 6., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, tekijät.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Sähköiset

Armstrong, A., Alikhan, A., Chen, L., Schupp, C., Kurlinkus, C., Elsen D. 2010. Portable video media for presenting informed consent and wound care instructions for skin biopsies: a randomized controlled trial. S. 1014-1019. British Association of Dermatologists. Viitattu 3.7.2019.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20977443>

Armstrong, A., Kim, R., Idriss, N., Larsen, L. & Lio, P. 2011. Online video improves clinical outcomes in adult with atopic dermatitis: A randomized controlled trial. S. 502-507. Journal of the American Academy of dermatology. Viitattu 3.7.2019

[https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(10\)00137-4/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(10)00137-4/fulltext)

Arpola, T. 2018. eHealth Game Jams provide prototypes for health care. FinJeHeW. Viitattu 22.7.2019.

<file:///C:/Users/35845/Downloads/74428-Article%20Text-108472-1-10-20181204.pdf>

Guo, P., Kim, J. & Rubin, R. 2014. How video production affects student engagement: An empirical study of MOOC videos. Viitattu 25.8.2019.

https://www.researchgate.net/publication/262393281_How_video_production_affects_student_engagement_An_empirical_study_of_MOOC_videos

Helsingin yliopisto. 2019. Tutkimusetiikka. Viitattu 27.5.2019.

<https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkimusymparisto/tutkimusetiikka#section-117>

HUS a. 2019. Korva-, nenä- ja kurkkutautien päiväkirurgia. Viitattu 22.5.2019.

<https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kirurginen-sairaala/knk/paivakirurgia/Sivut/default.aspx>

HUS b. 2019. Korva-, nenä ja kurkkutautien potilasvideot. Viitattu 22.7.2019.

https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kirurginen-sairaala/knk/knk_potilasvideot/Sivut/default.aspx

HUS c. 2019. Opinnäytetyön tutkimusluvan hakeminen. Viitattu 8.8.2019.

<https://www.hus.fi/tutkijalle/tutkimuslupa/opinnayte/Sivut/default.aspx>

Koivusipilä, A., Tarnanen, K., Jalonen J. & Mattila V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen - lisätieto potilaalle. Duodecim. Viitattu 29.8.2019

https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=khp00089

Korhonen, H. 2013. Opiskelijoiden ja opiskelijapienryhmien oppimistehtävien tavoiteorientaation ja opiskelijapienryhmien tavoiteorientaatioiden yhteys oppimistehtävien suoritustasoon. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Viitattu 29.8.2019.

<http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201312051997.pdf>

Koskenkorva, T., Koivunen, P., Alho, O-P., 2016. Nielurisaleikkauksen vaikutus aikuisen toistuvien nielutulehduksiin. Lääkärilehti 45/2016 vsk 71, 2882-2884. Viitattu 12.5.2019.

<https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/nielurisaleikkauksen-vaikutus-aikuisen-toistuvien-nielutulehduksiin/>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 20.3.2019.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Viitattu 3.5.2019.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Liukko, T. 2012. Tonsillektomian indikaatiot aikuisilla. Viitattu 23.4.2019

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak07617>

Lumio, J. 2018. Elimistön vastustuskyky (immunitetti). Viitattu 28.5.2019.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01150

Lumio, J. & Jalanko, H. 2018. Nielurisatulehdus ("angiina"). Viitattu 23.4.2019.

https://www.Vuo.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00309

Mattila, K. & Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 29.8.2019.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/14/duo10383>

Mehtälä, K. 2016. Liikkuvan kuvan ja flippedclassroom- menetelmän hyödyntäminen opetuksessa. Helsingin yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 25.8.2019.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/166875/KarriMehtala_ProGradu.pdf?sequence=1

Miettinen, T. 2016. Potilasohjauskoulutus hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistajana Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Pro gradu tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Viitattu 25.6.2019.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20160590/urn_nbn_fi_uef-20160590.pdf

Mäkinen, I., Pennanen, M., Tanni, M. & Jokiniemi, S. 2011. Ohje kandidaatintutkielman tekemiseen. Tampereen yliopisto. Viitattu 29.8.2019.

<http://www.uta.fi/sis/iti/opinto-opas/kurssisivut/Ohje%20kandidaatintutkielman%20tekemiseen%20%28Infim%202011%29.pdf>

Mäkinen, L. & Nokso-Koivisto, J. 2019. Nielurisaleikkaus. 1/2019. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.3.2019.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo14714>

Pitkänen, J. 2009. Yläkoulujen opettajien kokemuksia seksuaaliopetuksen opetusmenetelmistä. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 26.5.2019.

https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/20048/1/URN_NBN_fi_jyu-200904301527.pdf

Renholm, M. 2015. Continuity of patient care in day surgery. Väitöskirja. Turun Yliopisto. Viitattu 14.10.2019.

<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/117215/AnnalesD1199Renholm.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 26.5.2019.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Satola, H. 2011. Leikkauspotilaan ohjaus: video ja kirjallinen ohje LEIKO-toiminnassa. YAMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.7.2019.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33352/satola_hanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STM. 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7. Helsinki. Viitattu 27.10.2019.

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71627/URN%3aNBN%3afi-fe201504224497.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Viitattu 24.10.2019

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyskirjasto. 2019. Lääketieteellinen sanasto. Viitattu 28.5.2019.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Itt00654

Turunen, E. 2018. Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elektiivisten leikkausten peruuntumisiin. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 23.4.2019.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2838-2/urn_isbn_978-952-61-2838-2.pdf

Vuorio, A., Blomberg, H. & Tarnainen, K. 2012. Nielurisatulehdukset. Viitattu 27.5.2019.

<https://www.kaypahoito.fi/khp00020>

Waenerberg, V. & Koponen, K. 2016. Nielurisaleikatun potilaan hoito. Viitattu 20.3.2019

https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=nielurisaleikatu%20poti-laan%20hoito

Julkaisemattomat

HUS. 2019. Ohje toimenpiteeseen tulevalle. Tuloste. HYKS, Korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka. Helsinki.

Hokkanen, K. 2019. Tapaaminen. S-posti sinja.ahlqvist@student.laurea.fi 15.5.2019.

Salonen, H. 2019a. Korjaukset ja muutosehdotukset. S-posti sini.raiha@student.laurea.fi 21.10.2019.

Salonen, H. 2019b. Tapaaminen 23.5.2019. HYKS, korva-, nenä-, ja kurkkutautien klinikka. Helsinki.

Kuviot

Kuvio 1: Tutkimuskysymykset..... 21

Liitteet

Liite 1: Haastattelukysymykset.....	43
Liite 2: Teemoittelu	44
Liite 3: Tutkittavien tiedottaminen	45
Liite 4: Analyysitaulukko.....	46

Liite 1: Haastattelukysymykset

1. Millaista on hyvä tonsillektomiapotilaan ohjaus?
2. Miten nämä asiat toteutuvat tonsillektomiapotilaille suunnatulla ohjausvideolla?
3. Kuinka riittävää ohjausvideon informaatio on tonsillektomiapotilaan leikkaukseen valmistautumisesta ja jälkihoidosta?
4. Viimeiseksi saatte vapaasti antaa kehitysehdotuksia ohjausvideosta.

Liite 2: Teemoittelu

1. Tonsillektomiapotilaan ohjaus
2. Ohjausvideon informatiivisuus
3. Kehitysehdotukset

Liite 3: Tutkittavien tiedottaminen

Tiedote tutkittaville

Tämä haastattelu kuuluu opinnäytetyöhön, joka on osa Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden Hyvinkäällä suorittamaa amk-tutkintoa. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä HUS:n kanssa ja tutkimuksen toteuttamiseksi haetaan tutkimuslupaa HUS:n tutkimuslupakäytäntöiden mukaisesti. Opinnäytetyön aiheena on sairaanhoitajien näkemykset tonsillektomiatiltaan video-ohjauksesta päiväkirurgisella osastolla. Sairaanhoitajien haastatteluiden avulla pyritään löytämään ohjaukseen parantamiskeinoja ja kehittämiskohtia. Opinnäytetyön tarkoituksena on, että tutkimuksesta on hyötyä päiväkirurgisen osaston potilaiden ohjauksen kehittämisessä.

Näkemyksien selvittämiseksi opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla sairaanhoitajia. Sairaanhoitajien henkilöllisyys pysyy koko opinnäytetyöprosessin ajan salassa, sillä tutkimuksessa ei käytetä tai kerätä haastateltavien henkilötietoja. Anonymiteetin säilyttämiseksi haastateltavilta ei pyydetä kirjallista lupaa, jolloin tutkijat eivät saa haltuunsa haastateltavien henkilötietoja. Haastateltavien henkilötiedot pysyvät vain esimiehen tiedossa oman esimiesroolin perusteella. Haastateltavat antavat suostumuksensa käyttäen haastattelusta tuotettua materiaalia osallistumalla haastatteluun. Osallistuvilla on mahdollisuus kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta missä haastattelun vaiheessa vain.

Haastattelu koostuu neljästä ohjausta ja video-ohjausta käsittelevästä kysymyksestä. Kysymyksillä pyritään selvittämään, onko ohjausvideolla annettu potilasohjaus sisällöltään riittävän informatiivista ja laadukasta. Kysymykset on muotoiltu niin, että niihin saataisiin mahdollisimman laajat vastaukset. Haastattelut nauhoitetaan Laura ammattikorkeakoululta lainatulla ääninauhurilla. Nauhoitteet säilytetään nauhoitetulla nauhurilla, eikä niitä siirretä muihin laitteisiin. Nauhuri säilytetään sille hankitussa laatikossa lukkojen takana piilossa näkyviltä, jolloin siihen ei pääse käsiksi sivulliset. Tutkimusaineisto säilytetään aktiivivaiheen jälkeen samassa säilytyspaikassa sen hävittämiseen saakka. Nauhoitteet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön loppuraportin valmistuttua. Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille. Aineisto on vain tutkijoiden käytössä. Haastattelujen jälkeen saatu aineisto analysoidaan ja kootaan yhteen kirjalliseen opinnäytetyön loppuraporttiin.

Opinnäytetyön toteuttajiin saa vapaasti ottaa yhteyttä opinnäytetyöhön liittyvissä kysymyksissä. Yhteystiedot löytyvät alta. Kiitos yhteistyöstänne!

Liite 4: Analyysitaulukko

<i>Teema</i>	<i>Sitaatit</i>	<i>Pelkistäminen</i>
<i>Tonsillektomiapotilaan ohjaus</i>	<p>“... etukäteisohjaus on kyl tosi tärkeä ja hyvin tärkeä osa tätä mejän päiväkirurgista toimintaa, joka on tosi nopeetemposta.”</p> <p>“Mikä on sit tosi tärkeä tonsillektomia potilaan kans, nii on se kipuohjaus, ...”</p> <p>“... hoitajan tehtävä on arvioida et millon se potilas on tarpeeks kyvykäs ottamaan vastaan ohjauksen.”</p> <p>“ No siinä on yleensä se, tavallaan kerrotaan siitä leikkauksesta ja tai mitä siellä on tehty, mistä se on leikattu ja miks ne on poistettu.”</p> <p>“ Ja myös miten se hoito sen toimenpiteen jälkeen. Ja sellasia pieniä neuvoja millä voi niinku helpottaa omaa vointiansa ja syömistä ja sitä toipumista.”</p> <p>“No hyvä tonsillektomiapotilaan ohjaus on mun mielestä, se on oikea-aikaista, se on yksilöllistä, se on informatiivista, se varmistaa sen hoidon jatkuvuuden. Se on... perustuu faktoihin, tutkittuun tietoon.”</p> <p>“Se on tarpeeksi lyhyt, jotta potilas jaksaa, nukutettupotilas jaksaa sen kuunnella. Se on selkee ...”</p> <p>“... ja käytännössä, niin se on mielellään, siihen on liitetty erilaisia aspekteja. Eli siinä on kuvaa, siinä on puhuttua ohjausta ja sit on kirjallinen materiaali, koska ihmiset ovat myöskin erilaisia oppijoita.”</p>	<p>Tonsillektomiapotilaan ohjauksessa etukäteisohjaus on tärkeää päiväkirurgisen toiminnan nopeatempoisuuden vuoksi ja kipuohjaus tulee huomioida. Hoitajan tehtävänä on arvioida, milloin potilas kykenee ottamaan ohjauksen vastaan. Tonsillektomiapotilaan ohjauksessa tulee kertoa nielurisaleikkauksesta sekä siitä, mitä on leikattu ja miksi. Tonsillektomiapotilaan ohjauksessa tulee kertoa myös, miten hoito toteutetaan toimenpiteen jälkeen. Ohjauksen tulee sisältää neuvoja, joilla potilas voi helpottaa omaa vointiaan ja syömistä sekä toimenpiteestä toipumista. Tonsillektomiapotilaan ohjauksen tulee olla selkää, ymmärrettävää, oikea-aikaista, informatiivista, hoidon jatkuvuuden varmistavaa, pituudeltaan tarpeeksi lyhyt ja sen tu-</p>

”No minun mielestä se on ainakin niinku selkeää ja ymmärrettävää, et tietää mitä on tehty.”

”Must semmosta on hyvä ohjaus. Se asia, mitä kerrotaan, tulee niinku ymmärrettävästi ohjattua.”

”No tietysti pre-ohjauksessa et sä tiedät mihin sä oot tulossa, mitä on niinku tiedossa, et mitä tullaan tekemään.”

”Ehkä varmaan lääkärit niinku enemmän antaa sitä pre-ohjausta varmaan, kun ehkä mitä me hoitajat annetaan ehkä niinku tässä vaiheessa ... Sit se on enemmän tosiaan sitä jälkihoitoa mitä me täällä annetaan.”

”No tietenkin käydään niitä asioita läpi, mitä siitä koituu, ongelmia siitä nielurisaleikkauksen jälkeen elikkä kipuhan on semmonen ja mahdollinen verenvuoto.”

”No tottakai vastataan potilaan kysymyksiin, mitä hänellä on mielessä.”

”Varmaan ehkä se tonsillektomiakipu yllättää suurimman osan nielurisaleikatusta.”

lee perustua tutkituun tietoon ja faktoihin.

Käytännössä ohjauksen tulee sisältää erilaisia aspekteja, eli siinä tulee olla kuvia, puhuttua ohjausta ja kirjallista materiaalia.

Etukäteisohjauksessa on tärkeää, että potilas tietää, mihin toimenpiteeseen hän on tulossa, mitä ollaan käytännössä tekemässä ja mitä siitä seuraa.

Lääkärit antavat enemmän etukäteisohjausta kuin hoitajat. Hoitajat taas ohjaavat potilaita enemmän jälkihoitossa.

Ohjauksessa tulee käydä läpi nielurisaleikkauksesta mahdollisesti koituvia ongelmia, kuten kipua ja jälkiverenvuotoa. Ohjauksessa vastataan kysymyksiin, joita potilaalla on mielessä.

Tonsillektomiasta koituva kipu yllättää suurimman osan leikatusta.

*Ohjausvideon in-
formatiivisuus*

”Pääosin se (video) on mun mielestä toiminu hyvin. Tavallaan helpottaa meidän työtä.”

”... elikkä siinä tehdään niinku tietystä järjestyksessä, ohjataan nämä tärkeät seikat ja asiat.”

”Niin potilaat on kyl kokenu että ne on ne videot selkeitä ja hyviä.”

”...niin monet sanoo et se oli tosi selkee ja hyvä se video.”

” Et ku meil on tää video, niin hyvin vähän meille tulee näitä soittoja. Et ilmeisesti se palvelee tosi hyvin sitä ... ”

”Tuntuu et monille se et joku ihminen puhuu sen asian, on parempi, ku se et lukee paperista ... ”

”Mä koen niin, että potilaat, mitä mä oon kyselly heiltä, niin he kokee et se on ihan hyvä.”

”...Se (video) on aika sopivan pitunen kullemma, ja siinä on hyvin selkokieltä. Eli meillä on hyvin paljon potilaita, joilla... suomi ei ole äidinkieli.”

”Mutta siin tulee ne oleelliset asiat ja se tukee sitä kirjallista ohjetta ja puhuttua kotihoito-ohjausta”

”Must siinä videolla kyllä tulee kaikki niinku kerrotaan, että mitä on tehty

Pääosin ohjausvideo toimii hyvin ja sen koetaan helpottavan työtä. Ohjausvideolla ohjataan tärkeät asiat tietystä järjestyksessä. Potilaat ovat kokeneet videon selkeäksi ja hyväksi. Videon koetaan palvelevan asiakkaita hyvin, koska osastolle tulee hyvin vähän soittoja videon ansiosta. Monille ihmisille puhuttu ohjaus on parempi, kuin kirjallinen. Video on sopivan pituinen ja selkokielineen ottaen huomioon myös ne potilaat, joiden äidinkieli ei ole suomi. Videolla tulee ilmi oleellisia asioita ja se tukee kirjallista ja puhuttua ohjausta. Videolla tulee ilmi hyvin, mitä on tehty ja mitkä ovat toimenpiteestä toipumisen kulmakivet. Video ei ole täydellinen, mutta ei ole myöskään käynyt ilmi, etteikö joku kokisi videota palvelevana. Ohjausvideo ei poisulje sitä, että hoitajan tulee antaa jokaiselle potilaalle erik-

ja sitte että, mitkä on ne toipumisen kulmakivet. Mun mielest ne tulee kyllä siellä videolla ihan hyvin.”

”Mut ei se täydellinen oo, mutta että ehkä se ei voi ollakkaan tuon täydellisempi, tai tuon parempi.”

”Mutta se on mun mielestä ihan hyvä, periaatteessa.”

”... Ja monet kokee sen hyvänä. Minun työhistoriani aikana ei oo kukaan sanonu, että se ei olis ollu palveleva se video.”

”Mut tää ei poissulje minun mielestä sitä, etteikö hoitajan täydy antaa vielä erikseen yksilölliset ohjeet.”

” Eli ne tarvitsee sen yksilöllisen ohjauksen siitä huolimatta, että video on mukana.”

”No siis infomaatiohan periaatteessahan se on tutkittu ja sen pitäs riittää ...”

”No toi meidän ohjausvideo varmaan painotuu kaikkein eniten siihen jälkihoitoon”

”Toi meidän leikkaukseen valmistautumiseen, siihen vielä ehkä videotakin paremmin toimii meidän pre-haastattelu.”

”Ja siihen valmistautumisessa on, se on hyvin hyvin pieni osa sitä videota.”

”No ei varmaa sitte (riittävästi informaatiota) ehkä leikkaukseen valmistautumisesta.”

seen yksilölliset ohjeet. Ohjausvideon informaatio on tutkittu ja sen pitäisi periaatteessa riittää. Ohjausvideon sisältö painotuu jälkihoitoon ja leikkaukseen valmistautuminen on hyvin pieni osa videota.

Yhden haastateltavan mielestä ohjausvideo on riittävä, siinä on kerrottu tärkeimmät asiat eikä asiaa ole liikaa.

Kehitysehdotukset

"... mun mielestä siinä ei nyt ehkä siitä valmistautumuksesta kauheesti puhuta."

"Että mun mielestä toi video, niin mun mielestä se on riittävä. Siinä ei oo liian paljon asiaa ja siinä on tärkeimmät asiat."

"No sitä ei oo kauheesti analysoitu sen enempiä ja tutkittu, mikä olis hyvä asia, että tutkittaisiin."

"Mutta se on mun mielestä vähän tylsä. Se ei oo kauheen niinku ehkä semmonen kiinnostusta herättävä."

"Mut et se on mun mielestä vähän vanhanaikainen ja olisin... Muuttaisin sitä toislaiseksi ..."

"Kyl mä enemmän laittaisin siihen sit vaikka jonkinlaista grafiikkaa tai edes nyt sitte vaikka piirrettyjä tai joku musiikkiki voi olla kiva."

"No kyl he tulee toimeen ilmanki sitä videota. Koska me tehään se presoitto."

"Joku oli joskus laittanu johonki kyselyihin tai vastas että hän ois halunnu enemmän jotakin klippejä ikään kuin "tälle tilanne näytti ennen, tälle se näytti jälkeen" ... "

"Kun olis muilla kielillä."

Ohjausvideota ei ole tutkittu tarpeeksi, vaikka se olisi hyvä asia. Video koetaan tylsäksi, eikä se herätä kiinnostusta katsojassa. Video on vanhanaikainen ja siihen voisi lisätä jonkilaista grafiikkaa, kuten piirrettyjä tai musiikkia. Potilaiden koetaan tulevan toimeen ilman ohjausvideota, koska hoitajat soittavat potilaille ennen toimenpidettä. Videota toivotaan päivitetävän tähän päivään, jotta se kulkisi käsi kädessä kirjallisen nielurisaleikkausohjeen kanssa ja olisi muutakin kuin luettua tekstiä. Videota voisi napakoittaa ja ennen videon uudelleen teke-

“Et tota se ois hienoo, jos sen sais päivitetty tähän päivään.”

“Mutta napakoittaisin, päivittäisin sen ja ennen kaikkea haluaisin, ennen ku se tehtäisiin uudestaan, että siitä olisi jotain dataa, miten potilaat ihan oikeasti ovat sen kokeneet.”

“No ehkä se päivittäminen on just sitä, että siellä ei ole semmonen puhuva pää, sen lisäksi, että jonkin verran sitä voisi ehkä sitten syventää, että se on muutakin kuin luetua tekstiä niin sanotusti.”

“Niin nythän nielurisaohjekin on myöskin päivitetty sen jälkeen. Ne ei nyt sit niinku ihan kulje käsi kädessä.”

“Mun mielestä tää on ollu ihan hyvä näin. Eimulla oo antaa mitään kehitysehdotuksia.”

“Musta se on ihan hyvä, sanotaan näin, koska mä en nyt tarkalleen... mun ois pitäny kattoa se nyt ensin.”

mistä tulisi saada dataa siitä, miten potilaat itse ovat videon kokeneet. Videota toivotaan myös muilla kielillä.

Kahdella haastateltavalla ei ollut antaa videolle kehitysehdotuksia. Toisessa tapauksessa videoon oltiin tyytyväisiä ja toisessa videon sisältöä ei muistettu, koska videon katsomisesta oli jo kulunut aikaa.