

COLONOSKOPIAPOTILAAN OHJAUS

Potilaiden kokemuksia ohjauksesta ja tiedonsaannista JYTE-alueella

Sari Lappi
Sari Louhivuori
Tiina Saarinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) LAPPI, Sari LOUHIVUORI, Sari SAARINEN, Tiina	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 14.03.2012
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Colonoskopiapotilaan ohjaus Potilaiden kokemuksia ohjauksesta ja tiedonsaannista JYTE-alueella		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja		
Työn ohjaaja(t) PERTTUNEN, Jaana & TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata colonoskopiapotilaiden toiveita ja tarpeita ohjauksesta ja tiedonsaannista ennen ja jälkeen tähtystyksen sekä kuvata seikkoja, jotka auttoivat potilaita kivun kokemisessa tutkimuksen aikana. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat colonoskopian Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen (JYTE) toimenpideyksiköissä suunnitellusti läpikäyneet potilaat. Opinnäytetyön tavoitteena oli colonoskopiapotilaiden hoitotyön kehittäminen ja potilasohjauksen laadun parantaminen JYTE-alueella.</p> <p>Aineisto kerättiin tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella 25:ltä colonoskopiapotilaalta. Tarkastelun kohteena olivat ohjauksen riittävyys, potilaiden tiedon tarpeet tutkimusprosessin aikana, tutkimuksessa koettu kipu ja potilaiden kokemukset hoitotyön auttamismenetelmistä kivun hoidossa tähtystyksen aikana. Lomake sisälsi pääasiassa avoimia kysymyksiä, jotka analysoitiin käyttäen laadullista sisällönanalyysiä.</p> <p>Vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä ohjauksen määrään koko tutkimusprosessin aikana. Tutkimukseen osallistujat halusivat tietoa itse tähtystystoimenpiteestä ja siihen valmistautumisesta edeltävästi ja toimenpiteen jälkeen haluttiin tietoa tutkimustuloksista ja jatkohoidosta. Valtaosa tutkimukseen vastanneista koki tähtystyksen aikana kovaa kipua. Eniten apua kipuun vastanneet saivat hoitajan kanssa keskustelun, hoitajan läsnäolon, empatian ja vatsan painelun avulla. Myös luottamus hoitotiimin ammattitaitoon auttoi potilaita kivun kokemisessa.</p> <p>Polikliiniseen toimenpiteeseen tuleva potilas tarvitsee monenlaista tietoa tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimustulosten mukaan ohjauksen sisältöalueita ja –menetelmiä tarkentamalla ja ohjauksen yksilöllisyyteen panostamalla voitaisiin tutkimuksen onnistuminen turvata entistä paremmin. Huomiota tulisi edelleen kiinnittää colonoskopiapotilaiden kivunhoitoon ja lääkkeettömien kivunhoidon auttamismenetelmien tehokkaiseen käyttöön.</p>		
Avainsanat (asiasanat) potilasohjaus, colonoskopia		
Muut tiedot		



Author(s) LAPPI, Sari LOUHIVUORI, Sari SAARINEN, Tiina	Type of publication Bachelor`s Thesis	Date 14.03.2012
	Pages 48	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	Permission for web publication <input checked="" type="checkbox"/>
Title Counseling of a colonoscopy patient. Patients` experiences concerning patient counseling and receiving information in the JYTE-district.		
Degree Programme Bachelor of Health Care, Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) PERTTUNEN, Jaana & TYRVÄINEN, Hannele		
Assigned by Jyväskylä Centre For Social and Health Services		
Abstract The purpose of this study was to illustrate colonoscopy patients` needs and wishes concerning patient counseling and receiving information both before and after the procedure and to describe what kind of pain management was the most effective for the patients. The target group of the study was the patients who had undergone a planned colonoscopy in the Jyväskylä Centre For Social and Health Services district (JYTE). The goal of this study was to improve the care of colonoscopy patients and the quality of patient counseling in the JYTE district. The materials for the study were collected from 25 colonoscopy patients with a questionnaire designed specifically for the study. The questions concerned the adequacy of patient counseling, the patients` needs for information during the procedure, the pain experienced during colonoscopy and the patients` opinions on the pain management methods used during the procedure. The form mainly included open questions. The answers were analyzed by using qualitative content analysis. The patients were mostly satisfied with the amount of counseling throughout the whole procedure. They wanted information about the procedure itself and about how to prepare for it beforehand. After the procedure they wanted to know about the test results and follow-up treatment. The vast majority of the patients experienced a great deal of pain during colonoscopy. They found that talking to the staff, the presence of a nurse, empathy and pressing the abdomen repeatedly helped most in managing the pain. Patients coming to a procedure at the polyclinic require a great deal of information in its different stages. According to the results of this study, the success of the procedure could be even better guaranteed by narrowing down the topics and methods of counseling and by focusing on the individuality of patient counseling. Further attention should be paid to pain management during colonoscopy and the efficient use of non-medicinal pain management.		
Keywords patient counseling, colonoscopy		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	POTILASOHJAUS.....	4
2.1	Potilasohjauksen lähtökohdat	5
2.2	Potilasohjaukseen vaikuttavat taustatekijät.....	7
2.3	Potilaslähtöinen ohjausprosessi	9
2.4	Yleisimpiä potilasohjausmenetelmiä.....	11
3	COLONOSKOPIAPOTILAAN HOITO- JA OHJAUSPROSESSI.....	13
3.1	Colonoskopia.....	13
3.2	Colonoskopiapotilaan ohjaus- ja hoitoprosessi	15
3.3	Colonoskopiaan liittyvä kipu ja sen hoito	17
3.4	Scopiatoiminta JYTE-alueen terveyskeskuksissa	19
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	21
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
5.1	Kohderyhmä ja aineiston keruu.....	22
5.2	Tutkimusmenetelmien valinta	23
5.3	Aineiston analysointi	24
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	25
6.1	Ohjauksen riittävyys ja ohjausmenetelmät	25
6.2	Toimenpiteen aikaisen kivun kokeminen.....	25
6.3	Tiedonsaanti	28
7	POHDINTA	30
7.1	Tutkimuksen eettisyys.....	30
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	31
7.3	Tutkimustulosten pohdintaa.....	33
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	38
7.5	Opinnäytetyöprosessin pohdintaa	39
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET.....	45

LIITE 1. Kyselylomakkeen saatekirje.....	45
LIITE 2. Kyselylomake	46
LIITE 3. Tutkimustulosten yhteenveto 1/2.....	47
LIITE 4. Tutkimustulosten yhteenveto 2/2.....	48
TAULUKKO 1. Tähytyksen aikainen kipu	26
TAULUKKO 2. Hoitotyön auttamismenetelmät colonoskopian aikana	27

1 JOHDANTO

Ohjaus on yksi keskeinen osa-alue hoitotyössä. Se on tavoitteellista ja suunnitelmallista toimintaa edellyttävä tilanne oppimisen edistämiseksi. Ohjauksella tuetaan, opastetaan ja autetaan asiakasta käyttämään hänen omia voimavarojaan ja ottamaan vastuuta omasta terveydestä, hoidosta ja toipumisesta. Jotta potilas voi osallistua riittävästi oman sairautensa hoitoon liittyvään päätöksentekoon, on hänen saatava mahdollisimman paljon ja laajasti tietoa ja ohjausta sairauteensa liittyen. Potilaslähtöisen ohjauksen lähtökohtana ovat asiakkaan omat tarpeet, tiedot ja kokemukset. Jotta ohjaus voi olla myös potilaslähtöistä, on potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät taustatekijät otettava huomioon. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 1; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 12; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 10.)

Elomäki (2008, 33, 49, 57.) on tutkinut potilaiden kokemuksia colonoskopia-tutkimuksesta ja siinä aito läsnäolo ja vuorovaikutus nousivat keskeisiksi auttamismenetelmiksi ja turvallisuudentunteen lisääjiksi tutkimuksen aikana. Tämän tutkimuksen tuloksista ilmeni myös tarve sille, että colonoskopia-tutkimuksessa olisi mukana kaksi hoitajaa, joista toinen voi tukea potilasta koko tähytyksen ajan ja näin luoda potilaalle turvallisuuden tunteen.

Yleisin syy tehdä colonoskopia eli paksusuolen tähytys, on pitkään jatkunut ripuli tai epäily suolistoperäisestä verenvuodosta tai kasvaimesta. Tähytysseuranta on tarpeen myös seurantatutkimuksena adenooman poiston tai

leikatun paksusuolisyövän jälkeen, sekä suvussa todetun perinnöllisen paksusuolisyövän yhteydessä. Colonoskoppioita tehdään yhä enenevästi perusterveydenhuollossa ja yleislääkäreiden toimesta. (Kunnamo 2009.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata colonoskopiapotilaiden kokemuksia annetun ohjauksen ja tiedonsaannin riittävydestä sekä potilaiden toiveita ja tarpeita ohjauksen ja tiedonsaannin suhteen ennen ja jälkeen tähystyksen. Lisäksi opinnäytetyössä on tarkoitus kuvata seikkoja, jotka helpottivat potilaiden kivun kokemista colonoskopian aikana.

Opinnäytetyön taustalla on JYTE-alueen toimenpideyksiköiden halu kehittää tähystyspotilaiden hoitotyötä ja parantaa samalla potilasohjauksen laatua. Elomäen (2008, 60.) tutkimuksen mukaan colonoskopiapotilaan ohjausta olisi jokaisen hoitajan kohdalla mahdollista kehittää mm. lisäämällä hoitajien täsmäkoulutusta colonoskopiaan liittyvästä potilaan tiedontarpeesta. Myös kivunhoitoon voidaan panostaa enemmän omia vanhoja käytäntöjä muuttamalla ja hankkimalla lisätietoa potilasohjauksesta. (Elomäki 2008, 60.)

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää colonoskopiapotilaan hoitotyötä ja parantaa potilasohjauksen laatua JYTE-alueen toimenpideyksiköissä ja sitä kautta parantaa myös potilastyytyväisyyttä.

2 POTILASOHJAUS

Hoitotyössä ohjaus-käsitettä käytetään paljon, mutta sen monien rinnakkais-termien vuoksi sitä on käytännön ilmiönä vaikea hahmottaa. Ohjauksesta

käytetään eri asiayhteyksissä rinnakkain käsitteitä, kuten neuvonta, opetus ja tiedon antaminen, sekä opastus, kasvatus ja valmennus. Nämä eri käsitteet eroavat toisistaan muun muassa vuorovaikutuksen asteen, asiantuntijuuden jakautumisen ja toiminnan jatkuvuuden suhteen. Hoitotyössä ohjaus määritellään usein tiedon antamiseksi, potilaan hoitoon liittyväksi vuorovaikutukseksi, potilaan ohjaamiseksi valinnoissa tai hoitotyön toiminnoksi. (Kääriäinen 2007, 27–29.) Monet termit viittaavat potilaan passiiviseen toimintaan, vaikka hoitotyön ohjauksessa onkin kyse potilaan aktiivisesta roolista pulman ratkaisijana ja tasa-arvoisena toimijana vuorovaikutussuhteessa. Hoitaja ja ammattilainen ainoastaan tukee ja kannustaa potilasta päätöksenteossa, eikä suinkaan tarjoa hänelle valmiita ratkaisuja tai toimintamalleja. (Kyngäs ym. 2007, 5, 25.)

2.1 Potilasohjauksen lähtökohdat

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää potilaan tiedonsaantioikeutta ja velvoittaa hoitohenkilöstöä antamaan selvityksen potilaan terveydentilasta, hoitovaihtoehtoista, hoidon vaikutuksista ja muista seikoista niin, että potilas riittävästi ymmärtää annetun tiedon sisällön. Useat muut lait viittaavat myös hoitohenkilöstöä koskeviin ammattieettisiin velvollisuuksiin, joilla pyritään lisäämään potilaalle koituvaa hyötyä ja jonka saavuttamista potilaan osallistuminen ohjaukseen, sekä oikein annettu ja toteutettu ohjaus, sekä seuranta ja vaikuttavuuden arviointi edistävät. (Kyngäs ym. 2007, 17.)

Potilaan ohjausta ja potilasohjaustilannetta määrittävät myös terveydenhuollon eettiset periaatteet. Näiden avulla hoitohenkilökunta määrittää työhönsä yhteiset arvot, joiden mukaan jäsenet toimivat. Ohjeiden avulla pyritään suojelemaan haavoittuvassa asemassa olevaa potilasta ja samalla henkilökunnalle

annetaan ohjeita siitä, kuinka eri hoitotilanteissa ja – suhteissa tulisi toimia. Eettiset ohjeet tukevat hoitajan ammatillisuutta ja luovat siten pohjaa laadukkaalle hoitotyölle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 148–149.) Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa korostetaan hoitajan taitoa luoda yksilöllinen ja potilaan arvot, vakaumuksen ja tavat huomioiva hoitokulttuuri. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, sekä avoin vuorovaikutus, ovat tärkeitä asioita myös potilaan ohjaustilanteissa. Eettisissä ohjeissa korostetaan myös sairaanhoidajan velvollisuutta ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan ja sitä kautta parantaa hoitotyön laatua, jonka toteutumista edistää myös laadukas potilaan ohjaus. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.)

Teoreettisesta lähtökohdasta tarkasteltuna potilaan ohjaaminen on potilaaseen ja terveydenhuollon ammattilaiseen liittyviin taustatekijöihin sidoksissa olevaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa toimitaan vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. (Kääriäinen ym. 2005, 11.) Tässä prosessissa korostuu potilaan kyky suunnitella, toteuttaa ja arvioida omaa toimintaansa yhdessä ammattilaisen kanssa. Potilaslähtöisen ohjauksen tarkoituksena on yhdessä potilaan kanssa suunnitella ja toteuttaa ohjausprosessi, sekä edistää potilaan omaa osuutta toiminnassa. Ohjauksen tavoitteet tulee määritellä potilaan tarpeista ja kartoittaa ensin, mitä potilas jo tietää, mitä hänen tulee tietää, mitä hän haluaa tietää ja miten hän parhaiten omaksuu tietoa. (Kääriäinen ym. 2005, 28.) Lähtökohtana onnistuneelle potilasohjaukselle ovat myös hoitajan riittävät tiedot ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista ja eri ohjausmenetelmistä. Ohjaustilanteeseen tulisi olla käytettävissä myös häiriöttömät ja asialliset tilat. (Kyngäs 2003.) Potilaslähtöinen ohjausprosessi edellyttää myös potilaalta aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta. Tämä aktiivisuus tarkoittaa vastuullisuutta

omasta toiminnasta ja varsinkin hoidon alkuvaiheessa ulkoinen tuki ja seuranta ovat usein tarpeen. Hoitajan tehtävä onkin tukea ja rohkaista potilasta ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Ilman motivaatiota ei voi myöskään toimia aktiivisessa ohjausprosessissa. Hoitaja voikin herätellä potilaan motivaatiota soveltamalla ohjauksessa esiin tulleita asioita potilaan henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen esimerkiksi esittämällä avoimia kysymyksiä potilaan tuntemuksista ja tekijöistä, jotka voisivat auttaa hoitoon motivoitumisessa. (Kääriäinen ym. 2005, 29.)

Viime vuosina myös voimaantuminen ja voimavarakeskeisyys on tunnistettu yhdeksi potilasohjauksen keskeiseksi tavoitteeksi. Tällainen voimavarakeskeinen potilasohjaus rakentuu potilaan aikaisempien tietojen ja kokemusten pohjalle samalla auttaen häntä löytämään voimavarojaan, jotta hän voi ottaa enemmän vastuuta omasta terveydestään ja sairautensa itsehoidosta. Keskeisinä asioina voimavarakeskeisessä ohjauksessa ovat potilaan arkipäivän tarpeet ja selviytyminen, hänen piilevät voimavaransa, toimintatavat, sekä tukiverkot. (Kettunen 2001, 78–79.; Liimatainen, Hautala & Perko 2005, 12–13.)

2.2 Potilasohjaukseen vaikuttavat taustatekijät

Potilaslähtöisen ohjauksen perustana on, että se toteutetaan yksilöllisyyttä kunnioittaen ja potilaan taustatekijät huomioiden. Lisäksi ohjaustavoitteisiin pääseminen edellyttää myös hoitajalta omien ohjaukseen vaikuttavien taustatekijöiden tunnistamista ja huomioimista. Ohjaukseen vaikuttavat potilaan ja hoitajan taustatekijät jaetaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. (Kynäs ym. 2007, 27–28.)

Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairaus ja sen tyyppi, sekä terveydentila. Nämä taustatekijät vaikuttavat siihen, kuinka potilas kykenee ja haluaa ottaa ohjausta vastaan. Sairaus ja sen tyyppi sanelevat myös paljon minkälaiset ohjaustarpeet kulloinkin vallitsevat ja tämä asettaa hoitajalle haasteen kohdentaa ohjaus niihin asioihin, jotka potilas on valmis oppimaan. (Kyngäs ym. 2007, 29–31.)

Ohjauksen kannalta keskeisiä psyykkisiä taustatekijöitä ovat vastaavasti motivaatio, tarpeet, odotukset, terveysuskomukset ja oppimisvalmiudet. Myös ohjaajan motivaatiolla ja asenteella on vaikutusta ohjaustilanteeseen sekä ohjauksen onnistumiseen. Hoitajalle ohjausvalmiuksista olennaisia ovat tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä. Myös vuorovaikutus- ja johtamistaidot nousevat keskeiseen asemaan ohjaustilanteessa, kun hoitajan roolina on toimia ohjauksen käynnistämisen ja etenemisen asiantuntijana. (Kyngäs ym. 2007, 32–34.) Ohjaustilanteessa voivat sisäiset ärsykkeet, kuten pelko, jännittyneisyys, ahdistus ja levottomuus kuitenkin häiritä asiakkaan keskittymistä ja siten estää tiedon omaksumisen sekä muistamisen, jolloin annettu ohjaus ei tuota toivottua tulosta. (Heino 2005, 37.)

Ihminen on osa omaa ympäristöään ja maailmankuvaansa ja ymmärtääksemme potilaan käytöstä tulee meidän hoitajina ottaa nämä seikat huomioon. Ohjaukseen vaikuttavat sosiaaliset taustatekijät muodostuvat sosiaalisista, kulttuurisista, etnistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä. Nämä arvot ovat osa hoitajan ja potilaan maailmankatsomusta ja vaikuttavat osaltaan siihen, miten he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. (Kyngäs ym. 2007, 35.) Perhe ja tukiverkosto ovat useimmille potilaille ensiarvoisen tärkeitä ja

omaisen ottaminen mukaan ohjaukseen auttaa sekä potilasta, että perheenjäsentä selviytymään paremmin hoidosta ja löytämään samalla omat selviytymiskeinonsa. Perheenjäsenen tukeminen onkin oleellinen osa hoitotyötä ja perheenjäsenellä on varsin tärkeä rooli potilaan emotionaalisessa tukemisessa. (Kyngäs ym. 2007, 35. & Heino 2005, 27, 34.)

Ohjaustilanteeseen vaikuttavat myös ympäristössä olevat tekijät, joko tuemalla tai heikentämällä sitä. Näitä tekijöitä hoitoympäristössä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhteet. Ympäristössä olevista tekijöistä merkittävin vaikutus ohjaustilanteeseen on kuitenkin huoneella tai tilalla, jossa ohjausta toteutetaan. (Kyngäs ym. 2007, 36.) Potilasohjaukseen tulee varata myös riittävästi aikaa, jotta potilaan tarpeellisiksi kokemat asiat ehditään käydä läpi. Potilaalla tulee ohjaustilanteessa olla myös mahdollisuus kysymysten esittämiseen ja omista tunteistaan puhumiseen. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 10.)

Kääriäinen ym. (2005, 12–14.) ovat tutkimuksessaan todenneet potilaiden ohjauksen olevan pääasiassa potilaan kontekstin huomioivaa ja hoitajien tiedolliset ja taidolliset ohjausvalmiudet hyväksi. Henkilökunnan asennoituminen ohjaukseen ja eri ohjausmenetelmien käytön hallinta oli vielä puutteellista.

2.3 Potilaslähtöinen ohjausprosessi

Potilaslähtöinen ohjausprosessi jakaantuu kolmeen eri vaiheeseen: suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Kyngäs 2003.) Potilaslähtöisen ohjauksen

lähtökohtana ja edellytyksenä on, että potilaan taustatekijät on huomioitu ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Kääriäinen ym. 2005, 28.)

Ohjauksen toteutus edellyttää myös henkilökunnalta aktiivista, tavoitteellista ja johdonmukaista toimintaa, jonka tavoitteena on turvata potilaalle riittävä ja vaikuttava ohjaus, sekä antaa henkilökunnalle mahdollisuus ohjauksen kehittämiseen. (Kääriäinen 2007, 41.) Itse ohjaustapahtuma etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla ja eri ohjaustapoja ja – menetelmiä hyödyntäen. (Kyngäs ym. 2007, 38–43.)

Ohjauksen onnistumista mietittäessä on tärkeää, että ohjausta arvioidaan jatkuvasti. Tavoitteiden suuntaisen arvioinnin edellytyksenä on, että ohjaukselle on asetettu selkeät ja arvioitavissa olevat tavoitteet ja näiden tavoitteiden saavuttamista voidaan sitten arvioida lyhyellä tai pitkällä aikavälillä. (Kyngäs ym. 2007, 45.) Myös itse toiminnan arviointi kuuluu potilaslähtöiseen ohjausprosessiin ja siinä verrataan potilaan ja hoitajan toiminnan edellytyksiä ja vaikutuksia. Hoitaja voi palautetta antamalla tukea potilaan arviointia ja samalla rohkaista potilasta pohtimaan ohjauksen vaikuttavuuteen tai vaikuttamattomuuteen johtaneita syitä. (Kääriäinen ym. 2005, 29.) Myös ohjauksen antajan on säännöllisesti arvioitava omia ohjaustaitojaan ja ohjauksen toteutumisen vaikuttavuutta, jotta voisi kehittyä edelleen ohjaajana. Arvioinnin kohteena tulisi olla ohjauksen riittävyys, yksilöllisyys, sekä potilaslähtöisyys. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

Avaimena uudenaikaiseen hoidon vaikuttavuuteen pidetään potilaan valmentamista omahoitoon ja hänen elämänhallintansa tukemista. Potilaslähtöisessä omahoidossa ammattihenkilö antaa osaamisensa käyttöön potilaan hoidon

suunnittelussa ja sovittaa tietonsa ja osaamisensa potilaan tietoihin, odotuksiin, toiveisiin ja arkielämän tilanteisiin ja elämäntilanteeseen. Ammattihenkilön roolina on tukea, kannustaa ja rohkaista potilasta. (Routasalo & Pitkälä 2009.)

2.4 Yleisimpiä potilasohjausmenetelmiä

Ohjausmenetelmien valinta edellyttää tietoa siitä, miten potilas omaksuu tietoa ja mikä on ohjauksen tavoite ja päämäärä. Eri yhteyksissä on arvioitu, että 75 % potilaista muistaa näkemänsä ja vain 10 % muistaa kuulemansa. Näiden aistien kautta tulevan informaation yhdistämisellä saadaankin potilaat muistamaan 90 % siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi. Tämä tulos osoittaa sen, miten ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulisikin käyttää useita eri ohjausmenetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Potilasohjausta annetaan useimmiten suullisesti ja se toteutetaan joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Yksilöohjauksen etuna on sen potilaslähtöisyys ja tarpeista lähtävä ohjaus, sekä vapaamuotoisuus. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Suullisen ohjauksen tueksi voidaan yksilöohjauksessa valita materiaalia potilaan vahvuuksien mukaan ja oppimistyyliä huomioiden. Esimerkiksi kuvamateriaalin käyttö hyödyttää visuaalisesti oppivan kohdalla ja rytmin ja äänen avulla oppivan on helpompi omaksua asioita, vaikka rytmittämällä asiat erilaisiksi kokonaisuuksiksi. (Kääriäinen ym. 2005, 28.) Ryhmäohjauksen etuna vastaavasti on sen voimaannuttava kokemus, jonka se voi parhaimmillaan ryhmäläisille tarjota. Tällainen ohjaus toimii hyvin kuntoutuksen tai terveyden edistämisen käynnistäjänä ja lisäksi se on varsin taloudellinen ohjausmuoto. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Kirjallinen ohjausmateriaali tukee suullista ohjausta ja sen merkitys on käynyt entistä tärkeämmäksi lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi. Kirjallisilla ohjeilla annetaan pääasiassa ennakkoon tietoa tulevista hoitoon vaikuttavista asioista ja kotiutusohjeet. (Kyngäs 2007, 124.) Salanterä ym. (2005) ovat todenneet yliopistosairaalan kirjallisia ohjeita tutkiessaan niiden olevan ulkoasultaan, kieleltään ja rakenteeltaan hyviä. Puutteita löytyi kuitenkin ohjeiden sisällöissä, opetuksellisuudessa ja luettavuudessa. Potilas ei myöskään saanut ohjeissa riittävästi tietoa sairauteensa liittyvistä toiminnallisista seikoista, oireista ja tunteista tai eettisiin, taloudellisiin ja sosiaalisiin seikkoihin liittyvistä asioista.

Kirjallinen ohjausmateriaali on tärkeä osa potilaan tiedonsaantia, mutta ongelmana varsin usein on se, ettei materiaalin sisältö perustu potilaan näkökulmaan asiasta ja teksti on kirjoitettu liian vaikeasti. Kirjallinen materiaali tukee kuitenkin suullista ohjausta tehokkaasti ja taloudellisesti. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.)

Audiovisuaalinen potilasohjaus toteutetaan erilaisten teknisten laitteiden välityksellä, mutta tietokoneavusteisesti potilaita ohjataan vielä vähän. Tietokoneavusteisen tai puhelimesta annettua ohjauksen on todettu lisäävän potilaiden tietoa ja edistävän toivottua hoitokäyttäytymistä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.)

Heikkinen on tutkimuksessaan (2011) todennut, että Internet-perustaisen potilasohjauksen avulla päiväkirurgisilla potilailla on hyvät mahdollisuudet mavarautua tiedollisesti. Organisaation kustannuksista voitiin sairaanhoitajan ohjaukseen käyttämä aika puolittaa Internet-ohjauksen myötä ja potilaiden

tiedon taso ja kokemus tiedon riittävydestä lisääntyivät ohjauksen jälkeen enemmän, kuin sairaanhoitajan välittämän tiedon jälkeen.

3 COLONOSKOPIAPOTILAAN HOITO- JA OHJAUSPRO- SESSI

Toimenpidepotilaan hoitotyössä korostuu tiedon saannin merkitys. Keskeisinä asioina potilaat odottavat tietoja sairaudesta ja sen hoidosta ja menettelyta-voista, sekä toimenpiteestä. Toimenpiteeseen liittyvään tiedonsaantiin sisältyy tilannekohtaisten tapahtumien ja asioiden selvittäminen, kuten potilaan tie-donsaanti toimenpidettä edeltävistä valmisteluista, tutkimuksen kulusta ja hoitoympäristöstä, sekä toimenpiteen ajankohdasta. Potilaan ohjauksessa keskeistä on myös kokemukseen vaikuttava aistitieto ja potilaan rooliin liittyvä tieto. Potilaan saama tieto ei kuitenkaan aina vastaa hänen tarpeitaan ja toivei-taan vaan tieto perustuu henkilökunnan tärkeänä pitämiin asioihin. (Heino 2005, 23–24.)

3.1 Colonoskopia

Colonoskopia eli paksusuolentähystys on tärkein ja jatkuvasti yleistyvä mene-telmä, tutkittaessa paksusuolen sairauksia. (Ristikankare 2006.) Tähystys on aiheellinen, jos potilaalla on verenvuotoa peräaukosta, epäselvä raudanpuu-teanemia, krooninen ripuli tai suolen toiminnan muutos. Seurantatutkimuk-sena colonoskopia tehdään syöpäleikkausten jälkeen ja perinnöllisen

paksusuolen syövän seulonnassa sekä kroonisten suolistosairauksien aktiivisuuden selvittämiseksi. (Kunnamo 2009.)

Toimenpiteeseen valmistautuminen alkaa jo viikkoa ennen tähystystä, jolloin tutkittava jättää ruokavaliostaan pois siemeniä sisältävät marjat ja hedelmät, sekä pellavansiemenet. Tutkimuksen ajankohdasta riippuen potilas tyhjentää suolensa tyhjennysnesteellä (Colonsteril), joko edellisenä iltana tai tutkimuspäivän aamuna. Tyhjennys on onnistunut, kun suolesta tyhjenevä neste on kirkasta tai lähes kirkasta. Potilas on tähystystä edeltävästä illasta ravinnotta ja saa juoda ainoastaan kirkkaita nesteitä. (Kunnamo 2009.)

Colonoskopia käsittää koko paksusuolen tähystyksen, umpisuoleen tai ohutsuolen loppuosaan saakka. Tähystys suoritetaan 120–180 cm:n pituisella, taipuisalla colonoskoopilla. Tutkimuksen aikana suoleen joudutaan päästämään ilmaa tai hiilidioksidia, jotta tähystin etenisi paremmin. Tämä voi aiheuttaa potilaalle turvotusta ja joillekin kipua. (Holmia ym. 2003, 455.) Tähystin vietään ensin maksimiulottuvuuteensa ja sitten aloitetaan varsinainen tähystys vetämällä tähystintä hitaasti takaisin päin niin, että limakalvo saadaan näkyviin kauttaaltaan. Limakalvolta otetaan tarvittaessa koepaloja ja tulehduksellisissa suolistosairauksissa koepalat otetaan yleensä aina. (Kunnamo 2009.)

Tutkimus on potilaalle turvallinen, mutta hänen tulee kuitenkin kertoa tuntemuksistaan hoitajalle tai tähystävälle lääkärille. Tutkimuksen suorittamisen kannalta on tärkeää, että potilaan suolisto on tyhjentynyt ulosteesta kokonaan. (Holmia ym. 2003, 455.) Joillekin potilaille tutkimus voi olla teknisesti vaikea, johtuen anatomiasta. Mutkainen tai kiinnikkeinen suoli voi aiheuttaa kipua ja vaikeuttaa tutkimuksen suorittamista. Tähystimen etenemistä voidaan joskus helpottaa kehottamalla potilasta kääntymään selälleen niin, että jalat ovat

lievästi koukussa. Hoitaja tai potilas itse voi samalla painaa vatsan päältä käsillään ja näin suolen mutkat saattavat oieta. Tämä toimenpide helpottaa usein myös potilaan kokemaa kipua. (Kunnamo 2009; Elomäki 2008, 39.)

3.2 Colonoskopiapotilaan ohjaus- ja hoitoprosessi

Polikliinisen hoitotyön jatkuva kehittäminen on toimenpideyksiköissä tärkeää, koska uudet hoitomuodot, hoitoaikojen lyhentymisen, toiminnan tehokkuusvaatimukset ja erilaiset toiminnan organisointiin liittyvät asiat ovat nyt ajankohtaisia. (Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006, 6-7.) Laadukkaan hoitotyön keskeinen osa-alue on potilaan tarpeista lähtevä yksilöllinen tiedonsaanti. Potilaan tulee saada tietoa kaikissa hoidon eri vaiheissa, jotta hän pystyy sitoutumaan hoitoonsa ja kykenee tunnistamaan omat voimavaransa. Ohjauksen ja tiedonsaannin merkitys korostuu erityisesti polikliinisessä työskentelyssä, jossa hoitosuhde kestää varsin lyhyen aikaa. Tämän lyhyen ajan aikana tulee potilaan saada kaikki oleellinen ja tarvittava tieto, jotta hän pystyy selviytymään kotona tai hakeutumaan jatkohoitoon toiseen hoitoyksikköön. (Elomäki 2008, 9.)

Colonoskopia tehdään terveysaseman toimenpideyksikössä pääasiassa polikliinisena toimenpiteenä. Tämä poliklinikkakäynti, johon keskeisenä liittyy siis lääkärin tapaaminen ja tutkiminen, voi muodostua useista eri vaiheista, sekä vastaanottokäynneistä. Lääkärin vastaanotolle tai toimenpiteeseen tullaan terveysasemalle yleensä ajanvarausajalla, jota edeltävästi potilasta on lähestytty kirjeitse. Kirjeessä potilasta on ohjattu käymään myös tarvittavissa laboratorio- tai röntgentutkimuksissa, sekä valmistautumaan tutkimukseen kirjeen mukana tulevien ohjeiden mukaisesti. (Hiidenhovi 2001, 20.)

Kirjallisten ohjeiden tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja kirjeen lisäksi potilaan tulee voida tarvittaessa soittaa toimenpideyksikköön ennen tutkimusta ja täsmentää hänelle mahdollisesti epäselviksi jääneitä asioita. (Elomäki 2008, 9.) Suolen tyhjennysohjeet tulevat yleensä myös kirjeen mukana ja ne ovat hoitolaitoskohtaisia. (Tiusanen 2010.)

Ennen colonoskopiaan tuloa potilaan kanssa keskustellaan vastaanotolla mahdollisista aiemmista colonoskopiaturkimuksista ja niiden kokemuksista. Hoitohenkilökunnan on mahdollista huomioida keskustelun aikana potilaan jännitys, joka voimakkaana voi vaikeuttaa tutkimuksen kulkua. Tällöin lääkityksen tarve olisi hyvä ennakoida. Jännittävälle potilaalle riittää yleensä pienempi määrä rauhoittavaa tai kipulääkettä ennakoidusti annettuna, kuin jo kivuliaalle potilaalle tutkimuksen aikana annettu lääkeannos. Myös potilaan aiempi kivulias kokemus tutkimuksesta viestii lääkityksen tarpeesta. (Ristikankare 2006.)

Tutkimukseen tullessa potilaan henkilöllisyys vielä tarkistetaan, varmistetaan valmistautumisen onnistuminen ja ohjataan potilas ilmoittautumaan ja odottamaan. (Hiidenhovi 2001, 20.) Colonoskopian aikana potilaan, tähyttävän lääkärin ja hoitajan yhteistyö on tärkeää tutkimuksen onnistumisen kannalta. Hoitaja on potilaan lähellä, ohjaamassa ja tukemassa koko tutkimuksen ajan. Hoitaja kyselee potilaan tuntemuksista ja voinnista, sekä huolehtii tutkittavan hyvästä asennosta ja tarkkailee potilasta. (Holmia ym. 2003, 455.)

Osa potilaista kokee paksusuolen tähytyksen hankalaksi ja erityisesti naiset kokevat tutkimuksen kivuliaaksi ja epämiellyttäväksi. Korkea ahdistuneisuuden taso ja hermostuneisuus ovatkin erityisesti kivuliaan colonoskopian

riskitekijöitä. Hoitajien käyttämät lääkkeettömän kivunhoidon menetelmät auttavat kaikkia potilaita tutkimuksen aikana ja aiempien kipukokemusten ja ahdistuneisuuden ottaminen huomioon helpottavat tutkimuksen aikaisen kivun kokemisessa. Yksilöllisellä ohjauksella ja tiedostamalla lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien positiiviset vaikutukset, voidaankin colonoskopia potilaan hoitoa toimenpideyksiköissä edelleen parantaa ja kehittää. (Ylinen 2010.)

Tähystyksen jälkeen potilasta ohjataan seuraamaan omaa vointiaan ja ottamaan tarvittaessa yhteyttä hoitopaikkaan, mikäli hänelle ilmaantuu poikkeuksellisen kovaa vatsakipua, runsasta verenvuotoa tai nousee äkillinen kuume. Ohjaukseen kuuluu myös liikkumiseen ohjaaminen suolistoon kertyneen ilman poistamiseksi. Mahdolliset jatkotutkimukset ja kontrollit sovitaan myös potilaan kanssa ennen kotiutumista. (Tiusanen 2010.)

3.3 Colonoskopiaan liittyvä kipu ja sen hoito

Kipu on fysiologinen tila, johon liittyy tunne- ja aistikokemus. Kipukokemus on henkilökohtainen ja ihmiset kokevat sen yksilöllisesti ja jokainen on oman kipunsa asiantuntija. Kipukokemukseen vaikuttavat hyvin monet yksilölliset ja ympäristöstä johtuvat seikat. Henkilökohtainen kipukynnys ja kivunsietokyky vaihtelevat eri ajan ja tilanteiden mukaan. Näihin vaikuttavat potilaan monet ominaisuudet, kuten perimä, sukupuoli, ikä ja aiemmat kipukokemukset. (Salanterä ym. 2006, 7-9.)

Toimenpiteeseen sisältyvään kipuun on usein nähtävissä selkeä syy. Kipu aiheuttaa erilaisia fysiologisia haittoja potilaan elinjärjestelmässä. Haittavaikutuksia voi esiintyä hengitys- ja verenkiertoelimistön toiminnassa ja lihaksistossa. Riittävän varhainen kivun hoito ehkäisee näitä komplikaatioita. Ennakointi onkin oleellinen osa toimenpiteeseen liittyvää kivunhoitoa. (Salanterä ym. 2006, 176.)

Hoitohenkilöstön eräs haasteellinen perustehtävä on kivun tunnistaminen ja tässä lähtökohtana tulisi olla potilaan omakohtainen näkemys. On myös potilaita, joiden kipua täytyy pystyä tunnistamaan muilla menetelmillä. Heidän käyttäytymisensä perusteella voidaan arvioida kipua jos kommunikatio ei onnistu. Potilaan ilmeitä, kehon ja raajojen liikkeitä seuraamalla voi saada tietoa kipukokemuksesta. Kivun arviointi on osa kivunhoitoa ja sen tulee tapahtua säännöllisesti. (Salanterä ym. 2006, 11, 75–76.)

Kivun hoitotyön helpottamiseksi voidaan käyttää kipumittareita, joista yleisemmin käytettyjä ovat VAS-mittari (Visual Analogue Scale), numeerinen NRS-mittari (Numeric Rating Scale) ja VRS-kipumittari (Verbal Rating Scale). VAS-mittarilla kivun voimakkuutta kuvataan kipujanalla ja NRS-mittarilla numeraalisesti asteikolla 0-5, 0-10 tai 0-100. Kivun sanallisessa arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia kipua kuvaavia adjektiiveja tai kivun voimakkuutta kuvaavia sanoja kuten ei kipua, lievää kipua, kovaa kipua jne. (Elomäki 2008, 14–15.)

Ylisen (2010) tutkimuksen mukaan hoitajilla näyttäisi olevan tietoa, joka perustuu käytäntöön potilaan kivusta tutkimuksen aikana, mutta kipumittareita käytetään vähäisesti. Potilaan kivunsietokyky alenee tilanteen ahdistuessa,

jolloin kivuliaisuuden mahdollisuus nousee. Hoitajien tulisi myös paremmin tiedostaa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien myönteiset vaikutukset ja käyttää niitä aktiivisesti colonoskopian aikana. (Ylinen 2010.) Lääkkeettömät hoitotyön auttamismenetelmät voidaan jakaa fyysisen, sosiaalisen ja henkisen tuen menetelmiin. Fyysisiin auttamismenetelmiin kuuluvat mm. asentohoito, hengitystekniikka, hieronta, kosketus ja vatsan alueen painaminen. Potilasohjaus ja keskustelu sekä kuunteleminen ovat vastaavasti sosiaalisen tuen tärkeimmät menetelmät colonoskopian aikana. Emotionaalisella tasolla hoitaja voi tukea potilasta tähytysten aikana aidon läsnäolon avulla. Potilaan kokema tunne, että hänestä välitetään yksilönä, saa hänet rentoutumaan ja samalla tähytyksestä selvitään vähemmällä kivuilla. (Elomäki 2008, 26, 31–36.)

Tutkimuksen kulku on tärkeää käydä lävitse potilaan kanssa. Keskustelun aikana potilaan voimakas jännitys on mahdollista tunnistaa. Myös vaikea tutkimus ja siitä johtuva lääkityksen tarve tulisi ennakoida. Hyvässä ajoin annettu rauhoittava tai kipulääkitys alentaa lääkemannoksen määrää verrattuna kivuliaaseen ja kiihtyneeseen potilaaseen. Suomessa käytetään rauhoittavaa ja kipua alentavaa lääkitystä colonoskopian yhteydessä vähän. (Ristikankare 2006.)

3.4 Scopiatoiminta JYTE-alueen terveystieteissä

JYTE eli Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskus on syntynyt 1.1.2011 Jyväskylän, Muuramen, Hankasalmen ja Uuraisten kunnan alueelle. Vuoden 2011 alusta Jyväskylän kaupunki on järjestänyt yhteistoimintasopimuksen mukaisesti terveystieteiden palvelut JYTE:n alueella.

JYTE- alueen skopiatoiminta kuuluu alueen keskitettyihin palveluihin. Skopiatoiminta käsittää mahalaukun (gastroskopia) ja paksusuolen (colonoskopia) tähystystutkimukset. Tutkimukset suoritetaan kahdella JYTE-alueen terveysasemalla. Kuukausittain colonoskoppioita tehdään yhteensä n. 170 ja gastroskoppioita n. 100. Terveysasemalla skopiatoiminnassa tähystävinä lääkäreinä toimivat terveyskeskuslääkärit, lisäksi ostopalvelusopimuksella, Keski-Suomen keskussairaalaan gastrokirurgeja, sekä gastroenterologeja. Tähystävän lääkärin lisäksi skopiayksiköissä työskentelevät sairaanhoitaja ja perustai lähihoitaja työparina. (Niittylahti 2011.)

JYTE-alueen scopiatoiminnassa potilas saa kirjeitse kotiin ilmoituksen tähystysajasta. Kirje sisältää potilasohjeet, jossa selvitetään lyhyesti tutkimus ja sen kulku ja kesto, sekä tyhjennysohjeet. Tutkimuksen jälkeisestä suolistoon jäävästä ilmasta ja sen aiheuttamasta mahdollisesta vatsakivusta on mainittu myös kutsussa. Myös colonoskopian mahdollisista komplikaatioista eli runsas verenvuoto tai kova kipu vatsassa, on kutsukirjeessä ohjeistus hoitoon hakeutumisesta päivystyksellisesti. (Niittylahti 2011.)

Colonoskopiassa on mukana koko toimenpiteen ajan kaksi hoitajaa. Potilaan saapuessa tutkimukseen kutsuu toinen hoitaja potilaan tutkimushuoneeseen valmistautumaan tähystykseen ja kertoo vielä lyhyesti tutkimuksen kulun. Tässä yhteydessä potilaalla on mahdollisuus kysyä vielä epäselviksi jääneitä asioita ja ilmaista toiveitaan tutkimuksen suhteen. Toinen hoitajista on lähinnä potilaan vieressä tukemassa ja tarkkailemassa potilasta koko tutkimuksen ajan. Toinen hoitaja toimii vastaavasti lääkärin avustajana mahdollisissa tähystykseen liittyvissä toimenpiteissä ja limakalvonäytteiden otossa. (Niittylahti 2011.)

JYTE- alueella on oma ohjeistus lääkkeellisestä kivunhoidosta colonoskopian aikana. Suosituksen mukaan, ensisijaisesti käytetään suun kautta otettavia lääkkeitä. Tarvittaessa käytetään Parasetamoli 1 g x 1 tai Dormicum 7,5 mg x 1 30 minuuttia ennen toimenpidettä. Jos potilas tarvitsee vahvempaa kivunlievitystä, olisi ohjeen mukaan tutkimus turvallisempi tehdä KSKS:ssa gastroenterologian poliklinikalla. Käytännössä, toimenpiteestä ja tilanteesta riippuen, tähyistävä lääkäri päättää lääkityksestä tilannekohtaisesti. Mikäli potilas on saanut lääkitystä tähyistyksen aikana, hän jää terveyskeskukseen tarkkailtavaksi parin tunnin ajaksi. (Niittyalahti 2011.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata colonoskopiapotilaiden saaman ohjauksen riittävyttä ja toiveita sekä tarpeita ohjauksen ja tiedonsaannin suhteen tutkimuksen eri vaiheissa. Lisäksi kuvataan seikkoja, jotka helpottivat potilaiden kivun kokemisessa tutkimuksen aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää colonoskopiapotilaan hoitotyötä ja parantaa potilasohjauksen laatua.

Tässä tutkimuksessa haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Miten potilaat arvioivat colonoskopia tutkimuksesta saamaansa tietoa?
- Mikä helpottaa kivun kokemisessa tähyistyksen aikana?
- Mitä tietoja potilaat haluavat ennen ja jälkeen tähyistyksen?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä oli JYTE-alueen toimenpideyksiköissä colonoskopiassa käyneet potilaat. Tutkimukseen valikoitumiskriteerinä oli, että potilas kykenee vastaamaan itsenäisesti kyselyyn ja palauttamaan sen palautuskuoressa ohjeen mukaisesti. (Elomäki 2008, 21; Vilkka 2007, 51.)

Tutkimukseen tarvittavan aineiston keräämiseen valittiin menetelmäksi kysely. Tämä survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä soveltuu hyvin sellaisen tutkimuksen toteuttamiseen, jossa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen perusjoukosta. Kyselytutkimus on tehokas ja tutkijan aikaa ja vaivannäköä säästävä tutkimusmenetelmä, jonka haittoina voidaan kuitenkin pitää esim. väärinymmärrykset kysymyksissä, korkea vastaamattomuus eli kato tai vastaajien rehellisyys ja huolellisuus suhtautumisessaan tutkimukseen; eli ovatko vastaukset todenmukaisia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 182,184.)

Kysely toteutettiin 14.11.2011- 9.12.2011 välisenä aikana. Tutkimukseen osallistuneet potilaat ohjattiin täyttämään kyselylomake ja lähettämään se palautuskuoressa toimenpiteen suorittaneeseen yksikköön viikon kuluessa toimenpiteestä. Lomakkeita jaettiin yhteensä 35 kappaletta. Kyselylomakkeet jaettiin järjestyksessä kaikille tutkimukseen tuleville, eikä valintaa eri syiden vuoksi tähyystykseen tulevien kesken siis edeltävästi tehty. Tutkimuslomakkeen mukana olevassa saatekirjeessä (Liite 1) tutkittaville selvitettiin tutkimuksen

tarkoitus, tutkimusaineiston käyttö, vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus ja tutkittavien henkilöllisyyden pysyminen salassa koko tutkimusprosessin ajan. (Heino 2005, 53.) Kyselylomake ohjeistettiin palauttamaan palautuskuoressa toimenpideyksikköön viikon kuluessa colonoskopiasta. Palautettuja kyselylomakkeita saapui määräaikaan mennessä 25 kpl, eli vastausprosentiksi muodostui 71,4 %.

5.2 Tutkimusmenetelmien valinta

Tutkimusaineisto kerättiin standardoidulla kyselylomakkeella (Liite 2) marras-joulukuun vaihteessa 2011. Kyselylomakkeessa oli yksi monivalintakysymys ja muut kysymykset olivat avoimia kysymyksiä, eli laadullisia kysymyksiä. Kysymysten laadinnassa otettiin ensisijaisesti huomioon JYTE-alueen toimenpideyksiköiden henkilökunnan asettamat toiveet ja tarpeet, sekä tutkimustehtävät. Toimenpideyksiköiden hoitajat saivat ohjauksen lomakkeiden jakamisesta ja potilaiden informoinnista lomakkeen täyttämässä.

Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena ja tutkimusaineistona oli vastaajien tuottama tekstimateriaali, joka sisälsi heidän käsityksiä, kokemuksia ja toiveita colonoskopia-tutkimukseen liittyen. (Vilka 2009, 122.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, jossa suositaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina. Tutkimusaineiston lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan

aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu. (Hirsjärvi ym. 2004, 155.)

Avoimien kysymysten tulkintaan valittiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi, jonka avulla voitiin kuvailla sanallisen tekstin sisältöä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineisto pelkistetään, tiivistetään ja pilkotaan osiin. Tämän tiivistämisen jälkeen tutkimusaineisto ryhmitellään ja järjestellään uudeksi johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Analyysiyksikköinä käytettiin tässä tutkimuksessa yksittäisiä lauseita ja sanoja. (Vilka 2009, 140.)

5.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi aloitettiin lomakkeiden numeroinnilla ja tarkistuksella. Tarkistuksessa lomakkeiden tiedot, vastausten laatu, puuttuvat tiedot ja virheet arvioitiin. (Vilka 2007, 106.)

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysin avulla. Kysymysten analysointi aloitettiin lukemalla vastaukset useaan kertaan ja vastauksien yhtäläisyyksiä ja eroja etsien, sekä tiivistäen. Aineistosta pyrittiin nostamaan esiin tutkimusongelmien kannalta tärkeimmät asiat ja analyysiyksikköinä käytettiin kysymyksiin vastattuja sanoja ja lauseita. Nämä lauseet ja sanat järjestettiin sitten sisällön samankaltaisuuden mukaisesti ja niistä muodostettiin luokkia, joiden esiintymistiheyttä sitten tutkittiin ja tutkittavat ilmiöt saatiin esitetyä tiivistetyssä muodossa. (Heino 2005, 58; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Ohjauksen riittävyys ja ohjausmenetelmät

Vastaajista suurin osa koki saaneensa riittävästi tietoa colonoskopia tutkimuksesta. Muutama tähystyksessä käyneistä oli sitä mieltä, että tietoa ei tullut riittävästi ja yhden vastaajan mielestä tietoa tuli kyllä riittävästi tutkimuksen alussa, muttei ennakkoon. Vaikka itse tutkimuksesta olikin saatu riittävästi tietoa, oli lähinnä tyhjennysliuoksista toivottu enemmän tietoa ja tietoa vaihtoehtoista, mitä voi käyttää.

Colonoskopiaa koskevan tiedon jakamiseen käytetyistä menetelmistä kutsukirje oli vastaajien mielestä paras tapa antaa tietoa tutkimuksesta. Myös lääkärin vastaanotolla haluttiin saada tietoa tulevasta toimenpiteestä ja siihen valmistautumisesta. Moni vastaaja toivoi saavansa tietoa useammalla kuin yhdellä tavalla. Toiset halusivat saada tietoa, sekä kutsukirjeessä, että lääkärin vastaanotolla. Myös kutsukirjeessä ja puhelimesta saatu tiedottaminen koettiin melko hyväksi tavaksi saada tietoa. Yksistään puhelimen välityksellä halusi tietoa vastaajista ainoastaan yksi.

6.2 Toimenpiteen aikaisen kivun kokeminen

Colonoskopia tutkimuksen aikaista kipua kartoitettiin kyselyssä numeerisella asteikolla 0-10. Vastaajista peräti 16 koki tähystyksen aikana kovaa kipua (NRS 7-10) ja viiden potilaan mielestä kipu oli tähystyksen aikana kohtalaista

(NRS 4-6). Yhden vastaajan kohdalla tähytys jouduttiin keskeyttämään sie-
tämättömän kivun takia. Ainoastaan neljän potilaan mielestä tutkimuksen
aikainen kipu oli lievää tai sitä ei ollut lainkaan. Eräs vastaaja koki tähytys
toimenpiteen kivuttomana, mutta suolen tyhjennysvaiheen kivun numerolla
8. (Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Tähytyksen aikainen kipu

Numeerinen asteikko 0-10	Vastaajan kipuarvio (n=25 vastaajaa)
0 (ei kipua)	2
1-3 (lievä kipu)	2
4-6 (kohtalainen kipu)	5
7-10 (kova kipu)	16

Potilailta myös kysyttiin, millaiset seikat helpottivat heidän kokemaansa ki-
pua colonoskopian aikana. Vastausten perusteella hoitotyön auttamismene-
telmät saatiin luokiteltua sisällönanalyysillä kolmeen yläluokkaan ja alaluok-
kiin seuraavan taulukon mukaisesti. (Taulukko 2)

TAULUKKO 2. Hoitotyön auttamismenetelmät colonoskopian aikana

ALKUPERÄISET ILMAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p>”asennon muutos, ilman tulo pois ”</p> <p>”asennon vaihdot sekä tauot”</p> <p>”hengityksen pidättäminen”</p> <p>”sairaanhoidtaja painoi vatsaa ja myös itse sai painaa”</p> <p>”hoitajan hieronta”</p>	<p>-Asennon huomiointi</p> <p>-Hengitysrytmi</p> <p>-Fyysinen kosketus</p>	Fyysinen tuki
<p>”hoitaja oli mukava kun rauhoitteli puheella”</p> <p>”hoitajan selostus hoitotoimenpiteestä”</p> <p>”puhuminen siitä että, nyt sattuu, mutta pian pitäisi helpottaa”</p>	<p>-Vuorovaikutus ja ohjaus</p>	Sosiaalinen tuki
<p>”ystävällinen ja empaattinen hoitaja ja hänen puhuminen”</p> <p>”sairaanhoidtajan läsnäolo”</p> <p>”lääkäri oli erittäin taitava, luotin häneen”</p> <p>”luottaminen siihen, että toimenpide pysäytettiin, kun kipu meni sietämättömäksi”</p> <p>”hyvä lääkäri ja hyvät hoitajat”</p>	<p>-Läsnäolo ja empatia</p> <p>- Turvallisuus</p> <p>-Luottamus</p>	Henkinen tuki

6.3 Tiedonsaanti

Tutkimuksessa kartoitettiin potilaiden kokemuksia ja toiveita tiedonsaannista ennen ja jälkeen tähystyksen. Colonoskopiaa edeltävästi halusi suurin osa vastaajista saada tietoa colonoskopian kulusta ja kestosta sekä toimenpiteen tarkoituksesta. Jollekin potilaalle oli jopa epäselvää, miksi tutkimus ylipäätään tehdään hänelle. Ennen tähystystä potilaat kokivat tarvitsevansa tietoa tutkimukseen valmistautumisesta ja moni kirjoitti haluavansa tietoa erityisesti suolen tyhjennykseen liittyvistä asioista. Myös edeltävien päivien ruokavaliosta ja valmistavista toimenpiteistä haluttiin tietoa. Colonoskopian kivuliaisuus mietitytti vastaajia myös jo etukäteen ja osa vastaajista halusikin tietää kipu- ja esilääkityksen mahdollisuudesta ennen tutkimusta. Erästä potilasta mietitytti myös, onko syytä huoleen hänen oireidensa perusteella. (Liite 3)

Colonoskopian jälkeen eniten haluttiin tietoa paksusuolen kunnosta, tutkimustuloksista ja mahdollisista jatkohoidoista sekä lääkityksistä. Ohjausta ja tietoa toivottiin myös tähystyksen jälkeisen ruokailun aloittamiseen ja mahdollisen ruokavalion opastukseen. Eriasteisista tähystyksen jälkeisistä komplikaatioista, oireista sekä hoitoon hakeutumisesta koettiin myös tarvittavan tietoa. Myös jatkohoitopaikasta ja tähystyksen jälkeisistä rajoituksista toivoivat vastaajat saavansa tietoa. Muutamia potilaita vaivasi vatsan turvotus toimenpiteen jälkeen ja sen syystä sekä hoidosta olisi toivottu enemmän ohjausta. Joku vastaajista toivoi myös ohjeita ja tukea omahoitoon sekä kuntoutusajalle ja joku olisi halunnut saada ohjausta myös itsenäiseen tiedonhakuun. (Liite 4)

Moni tutkittavista oli vastauksessaan maininnut harminsa siitä, että tutkimuksen tulokset kestävät niin kauan ja epäselvyyttä oli myös siinä, kuinka tiedon tuloksista sitten saa. Osa toivoi tuloksia kotiin kirjallisena ja osa lääkärin soittavan tuloksista heille automaattisesti.

Kyselyn lopuksi tutkittavia pyydettiin vapaasti kommentoimaan tehtyä pakusuolen täyhystystutkimusta. Vastaajista muutamat olivat varsin tyytyväisiä ja kuvasivat **kokemustaan** seuraavasti:

"tutkimus meni erittäin hyvin, henkilökunta, lääkäri ja hoitajat erittäin miellyttäviä ja osaavia"

Moni kuvasi myös **kivun** kokemista ja siihen vaikuttaneita tekijöitä ja kommentoi niitä seuraavasti:

"ilman erittäin asiantuntevaa ja ystävällistä auttamista hoitajan ja lääkärin taholta, en olisi kestänyt kipua ja tutkimus olisi pitänyt keskeyttää. Myös jatkuva selittäminen, miten toimittiin ja missä mennään, auttoi huomattavasti. Tunsi olevani varmoissa käsissä"

Muutamat antoivat myös **kehittämisehdotuksia** kommentoissaan tai kuvasivat kokemiaan **epäkohtia** tutkimusprosessin aikana seuraavin lausein:

"milloin kaikkiin täyhystyslaitteisiin saadaan hiilidioksidi ilman tilalle"

"Colonsteril oli kyllä törkeän kallista!!"

"voisiko tehdä huumattuna tai nukutuksessa?"

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata colonoskopiapotilaiden saaman ohjauksen riittävyttä sekä toiveita ja tarpeita ohjauksen ja tiedonsaannin suhteen ennen ja jälkeen tähystyksen. Lisäksi opinnäytetyössä kuvattiin seikkoja, jotka helpottivat potilaiden kivun kokemisessa tähystyksen aikana. Tuloksista kävi ilmi, että colonoskopiapotilaat pitivät yleensä saamaansa ohjausta riittävänä. Ennen tähystystä haluttiin tietoa tutkimukseen valmistautumisesta ja tutkimuksen jälkeen tutkimustuloksista. Kivun kokemiseen colonoskopiapotilaat saivat helpotusta hoitajan kanssa keskustelun, hoitajan läsnäolon, empatian ja ystävällisyyden avulla ja vatsan painelulla.

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Hyvän tutkimuksen tekeminen edellyttää tekijältään hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Tämä pitää sisällään koko tieteellisen prosessin toteuttamista niin, ettei se loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä toimintatapaa. (Vilka 2007, 90.) Ydinasiiana ihmisiä tutkittaessa voidaan pitää myös tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden perehtyneesti annettua suostumusta (informed consent). Tämä tarkoittaa sitä, että tutkittava tietää tarkalleen mitä tutkimuksessa tapahtuu, hän on kykenevä ymmärtämään annetun informaation ja hän pystyy tekemään arviointeja ja ymmärtää osallistumisen vapaaehtoisuuden. (Hirsjärvi ym. 2004, 26–27.)

Opinnäytetyön toteuttamiseen haettiin tutkimuslupaa JYTE – keskitetyiltä palveluilta ja tutkimusta tehtäessä pidettiin mielessä tiedon hankintaan ja

julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset yleisesti hyväksytyt periaatteet. (Hirsjärvi ym. 2004, 25.)

Tutkittavien yksityisyyttä koskevat normit ja lainsäädäntö sitovat kaikkia tutkimuksen tekijöitä ja niiden noudattaminen on tutkijan velvollisuus. Tietosuojan huomioiminen tutkimusprosessin aikana edellyttää tutkijalta tämän yksityisyyden kunnioittamista ja aineiston anonymisointia. (Vilka 2007, 95.)

Tässä raportissa tutkittavien tausta- tai henkilötietoja ei kysytty missään vaiheessa ja tutkimuslomakkeen mukana olleessa saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, luotettavuudesta ja vastaajan anonymiteetin säilymisestä koko tutkimusprosessin ajan. Varsinaista suostumusta tutkimukseen osallistumisesta ei kysytty, mutta vastaaminen tulkittiin suostumukseksi tutkimukseen osallistumiseen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös tutkimustulosten avoin julkaiseminen. (Vilka 2007, 91.) Tämä raportti tulee elektroniseen muotoon ja toimeksiantaja saa sen tutkimusluvan mukaisesti käyttöönsä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on luotettava, kun tutkimuksen kohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia, eikä teorianmuodotukseen ole vaikuttaneet satunnaiset tai epäoleelliset tekijät. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tutkimuksen toteuttaminen on kiinteästi yhteydessä tutkimuksen luotettavuuden kanssa. Tutkija itse on laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen luotettavuuden kriteeri,

koska arvioinnin kohteena ovat tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. (Vilkkä 2009, 158–159.)

Lähtökohtana tutkimukselle oli ohjaajien avustuksella muodostettu asiaongelma, jonka pohjalta tutkimusasetelma muotoutui tarkaksi ja riittävästi rajatuksi. Tutkimusaineiston keräämistä varten suunnitellun kyselylomakkeen luotettavuutta pyrittiin parantamaan erityisesti kysymysten valintaan, yhdessä toimeksiantajan kanssa, panostamalla. Kyselylomake oli potilaalle nopea täyttää, koska kysymyksiä oli melko vähän. Tutkimuslomakkeen kysymykset olivat lisäksi selkeitä ja aihepiiri koski tutkimukseen osallistuneita, jolloin heillä itsellään oli asiaa koskeva tieto ja kokemus olemassa.

Lopullisen tutkimusaineiston suppea sisältö vaikutti kuitenkin tutkimuksen luotettavuuteen heikentävästi. Kysely ajoittui lähelle toimenpideyksiköiden sulkuviikkoja, jonka vuoksi aineistonkeruulle jäi vähän aikaa ja aineiston kokonaisuus jäi heikoksi. Aineistoa olisi ollut syytä täydentää esimerkiksi tutkimushaastattelun avulla.

Tutkimuksen tuloksia suhteutetaan pohdintaosuudessa tutkimuksen taustakirjallisuuteen ja sen pohjalta laadittuihin tutkimustehtäviin sekä arvioidaan tulosten merkitystä, luotettavuutta ja käytettävyyttä. (Hirsjärvi ym. 2004, 245.) Tämän raportin pohdinnassa vertaamme saatuja tuloksia aiempiin tutkimuksiin ja vertailussa on erityisesti kiinnitetty huomiota tulosten samankaltaisuuteen.

7.3 Tutkimustulosten pohdintaa

Tutkimuksessamme vastaajat kokivat saaneensa riittävästi tietoa paksusuolen tähystyksestä. Tutkimuslomakkeessa ei tiedon riittävyyttä kysyttäessä eroteltu tutkimuksen eri vaiheita ja ohjauksen sisältöalueita, vaan kysymys koski koko tähystysprosessia. Ohjauksen eri sisältöalueet olisi ehkä kannattanut erotella kyselylomakkeeseen, koska ohjauksen riittävyys koostuu nimenomaan näiden kaikkien eri sisältöalueiden huomioimisesta ohjaustilanteissa. Kääriäinen & Kyngäs (2005) ovat tutkimuksessaan todenneet, että potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, kun he saivat riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta ja tyytymättömyyttä vastaavasti aiheutti sisällöltään niukka ohjaus. Elomäen tutkimuksen (2008, 51.) mukaan pääosa colonoskopiapotilaista sai riittävästi ohjausta hoitoon valmistautumiseen, itse sairaudesta ja sen hoidosta, toimenpiteestä, lääkkeiden käytöstä, kivun hoidosta ja omasta hoidosta kotona. Valtaosa tiesi myös, mihin ottaa yhteyttä, jos kotona ilmenee ongelmia toipumisessa. Riittämättömintä oli Elomäen tutkimuksen (2005, 51.) mukaan sosiaaliseen tukeen liittyvä ohjaus. Kääriäinen ym. tutkimuksen (2005) mukaan potilaat eivät saaneet riittävästi ohjausta ennen hoitoon tuloa ja ennalta annettavaan ohjaukseen tulisikin heidän mukaansa kiinnittää enemmän huomiota. Tällöin potilaan on helpompi harkita eri hoitovaihtoehtoja ja selvittää omaa tilannettaan. Tutkimuksemme tulos ohjauksen riittävyydestä vastaa aiempien tutkimusten tuloksia, vaikka tulos ei kerro eri ohjauksen sisältöalueiden välisiä eroja, kuten monissa muissa tutkimuksissa on tehty. Tuloksen luotettavuutta heikentää näiden ohjauksen eri sisältöalueiden jättäminen huomioidatta.

Tutkimuksemme mukaan potilaat halusivat tietoa colonoskopiasta edeltävästi yleensä kutsukirjeen välityksellä. JYTE-alueella potilaat saavatkin kutsukirjeen mukana kirjalliset ohjeet tutkimukseen valmistautumisesta ja samalla kuvauksen itse toimenpiteestä. Kirjallista potilasohjausmateriaalia koskevassa tutkimuksessa ovat Salanterä ym. (2005, 225.) löytäneet eniten puutteita kirjallisten ohjeiden sisällöistä ja etenkin ohjauksen kokemuksellisia osa-alueita, eli potilaan tunteita ja kokemuksia, käsitellään näissä ohjeissa vähän, vaikka tiedetään, että hyvillä potilasohjeilla voidaan vähentää potilaiden pelkoja. Myös eettisesti hankalia asioita ei ohjeissa käsitelty juuri lainkaan.

Kutsukirjeen perusteella potilaan tulee vielä voida soittaa tutkimusyksikköön tarkistaakseen epäselviä asioita. (Elomäki 2008, 9.) Tällainen mahdollisuus on myös JYTE-alueen toimenpideyksiköissä. Kääriäinen & Kyngäs ovat tutkimuksessaan (2005, 213.) todenneet kirjallisen ohjausmateriaalin tuottamisen ja päivittämisen olevan haaste hoitohenkilökunnalle ja suurimmaksi haasteeksi he totesivat kirjallisen ohjausmateriaalin yksilöllisyyden. Heidän mukaan tietotekniikan hyödyntäminen mahdollistaa yksilöllisen ohjausmateriaalin teon entistä helpommin ja sähköistä ohjausmateriaalia muokkaamalla saadaan ohjaus enemmän potilaan tarpeiden mukaiseksi. Kirjallinen potilasohje on hyvä menetelmä tiedon välittämiseen ennen paksusuolen tähystystä. Ohjeen sisältöä vielä tarkentamalla ja muokkaamalla sitä potilaan tarpeiden mukaan, voidaan tähystyksen onnistumiseen vaikuttaa oleellisesti. Erityisesti kokemuksellisen osa-alueen, eli potilaan kokemusten ja tunteiden käsittely potilasohjeissa auttaisi mielestämme vähentämään potilaan pelkoa ja sitä kautta kivun kokemista tähystyksen aikana. Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei kuitenkaan ollut colonoskopiapotilaan kirjallisen ohjeen sisällön arvioiminen, vaan ainoastaan kirjallisen ohjeen toimivuuden arvioiminen ohjausmenetelmänä.

Tässä tutkimuksessa potilaat halusivat täyhystystutkimusta edeltävästi eniten tietoa itse tutkimuksesta sekä tutkimukseen valmistautumisesta. Tätä tulosta tukee myös Heikkinen ym. (2006, 127.) tekemä tutkimus, jossa potilaat pitivät ohjauksessa tärkeänä toiminnallisen osa-alueen tietoja ja vastauksissa korostuivat toimenpiteeseen liittyvät toiminnot. Potilaat kokivat tässä tutkimuksessa erityisesti tutkimukseen valmistautumiseen liittyvät kirjalliset ohjeet hie-man epäselvinä ja epätarkkoina. Ohjeiden tulkinnallisuutta tukee myös Salanterän ym. tekemä tutkimus (2005, 226.) kirjallisesta potilasohjausmateriaalista, jonka mukaan potilasohjeet olivat usein puutteellisia opetukseltaan ja luettavuudeltaan. Nämä seikat edesauttavat väärinymmärtämistä ja ovat esteenä potilaan voimavarojen ottamiselle käyttöön. Nykäsen tutkimuksessa (2002, 51.) potilaiden myönteiseen kokemukseen tiedonsaannista liittyivät oleellisena myös tiedonsaannin oikea ajoitus ja toimivat tiedottamisen menetelmät. Myös Heinon (2005, 99.) mukaan potilasohjauksen toteuttaminen liian aikaisin tai liian lähellä toimenpideajankohtaa vaikeuttaa tiedon omaksumista. Nykäsen tutkimuksessa (2002, 51.) potilaat olisivat halunneet keskustella edeltävästi enemmän toimenpiteen suorittavan lääkärin kanssa. Tämä seikka ilmenee myös tässä tutkimuksessa, jossa lähes neljännes potilaista halusi tietoa nimenomaan lääkäriltä ennen paksusuolen täyhystä.

Colonoskopian jälkeen potilaat halusivat ensisijaisesti tietoa tutkimustuloksista ja moni toivoi saavansa tämän tiedon kirjallisena tai suullisesti lääkäriltä ilman erillistä ajanvarausta. Erilaisista jatkohoitoon liittyvistä asioista ja toimenpiteen jälkeisistä komplikaatioista haluttiin myös saada tietoa. Kääriäisen ym. tutkimuksessa (2005, 13.) potilaat saivat ohjausta riittävästi hoidonjälkeisestä voinnista, kuten seurantakäynneistä, mutta hoidonjälkeisistä ongelmista saatu ohjaus oli riittämätöntä, vaikka niiden tunnistaminen ja mahdollinen

uudelleen hoitoon hakeutuminen ovat tärkeitä asioita juuri kotiutumisvaiheessa. Myöskään Nykäsen tutkimuksessa (2002, 41–42.) potilaat eivät saaneet sisällöltään riittävää tietoa toimenpiteen jälkeen ja tutkimustulosten tuleminen postitse kotiin oli potilaiden mielestä sisällöllisesti puutteellista. JYTE- alueella potilaat saavat kuulla näytepalavastaukset soittoajan varattuaan lääkäriltä, joten heillä on hyvä mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa tehdystä toimenpiteestä ja jatkohoidoista. Paksusuolen tähytyksen jälkeen potilaan on mahdollista saada komplikaationa suolistoonsa hoitoa vaativa verenvuoto tai suolen puhkeaminen, joista on JYTE-alueella maininta ja ohje hoitoon hakeutumisesta jo kutsukirjeessä. Tämä ohje käydään läpi myös colonoskopian jälkeen, eli tutkimuksessamme mukana olleissa toimenpideyksiköissä tähytyksen jälkeinen ohjaus on edellisiin tutkimuksiin verrattuna mielestämme laadukasta ja sisällöllisesti riittävää. Tätä tulosta kuvaa ehkä myös erittäin hyvä tutkimustulos kysyttäessä potilailta ohjauksen riittävydestä.

Colonoskopia koettiin varsin kivuliaana toimenpiteenä ja suurin osa kyselyyn vastanneista koki sen aikana kovaa kipua. Vastaavan tuloksen sai myös Elo-mäki (2008, 46.) tutkimuksessaan, jossa haastateltavista 67 % koki colonoskopian aikana kovaa kipua ja 25 % kohtalaista kipua. Ylinen on tutkimuksessaan (2010) saanut aivan päinvastaisen tuloksen kivun kokemisesta colonoskopian aikana. Valtaosa hänen tutkimukseen osallistuneista koki tähytyksen aikaisen kivun lievänä tai sitä ei ollut lainkaan. Tämä eroavaisuus hieman hämmästyttää, mutta yksi selittävä asia voi olla hoitajien lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien tehokas käyttö hänen tutkimuksessaan. Elomäen mukaan (2008, 58.) voimakkaat kivun tunteet muuttuivat myös nopeasti positiivisimmiksi ajatuksiksi tutkimuksen loputtua ja tämä seikka voi myös selittää näin suuren vaihtelun kivun kokemisessa tutkimusten välillä. Tulos on

mielestämme riippuvainen siitä, milloin kipua havainnoidaan, milloin sitä kysytään ja miten. Tämän tutkimuksen tulos kivun osalta osoittaa kuitenkin sen, että colonoskopiapotilaan kivunhoitoon tulee näissä toimenpideyksiköissä edelleen panostaa.

Tutkimustulokset olivat varsin yhteneväisiä lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien osalta potilaiden colonoskopian aikaisen kivun kokemisessa niin tässä tutkimuksessa, kuin Elomäen tutkimuksessakin. (2008, 31–35.) Suurin osa potilaista koki näissä molemmissa tutkimuksissa hoitajan kanssa keskustelun, läsnäolon ja empatian auttaneen heitä kestämään paremmin tutkimuksen aikaista kipua. Elomäki on jakanut nämä auttamismenetelmät tutkimuksessaan (2008, 31–35.) sosiaalisesti tueksi (ohjaus, vuorovaikutus) ja emotionaaliseksi tueksi (läsnäolo). Moni potilas koki myös vatsan painamisen auttaneen heitä toimenpiteen aikana. Myös asennon vaihto helpotti vatsan kiristystä ja ilman päästäminen suolesta helpotti myös useiden potilaiden oloa. Elomäen (2008, 39–41.) mukaan nämä ovat fyysisiä auttamismenetelmiä, joihin kuuluu lisäksi hengityksen rauhoittaminen ja rentoutuminen.

Elomäki on nostanut tutkimuksessaan (2008, 49–52.) potilaan kokemukset turvallisuudentunteesta myös olennaiseksi tekijäksi colonoskopiassa. Hän jakaa turvallisuudentunteen kokemiseen vaikuttavat osa-alueet emotionaaliseen, sosiaaliseen ja fyysiseen turvallisuuteen. Tässä tutkimuksessa varsinkin emotionaalinen turvallisuus nousi vastauksissa esiin, kun potilaat kertoivat luottaneensa henkilökunnan ammattitaitoon, jolloin he samalla kokivat olleensa turvallisissa käsissä. Tämä tutkimus antoi vakuuttavaa näyttöä siitä, että lääkkeettömät hoitotyön auttamismenetelmät ovat tehokkaita ja hyviä

keinoja colonoskopiapotilaan kipua hoidettaessa ja näiden menetelmien avulla voidaan potilaiden oloa tähytyksen aikana helpottaa huomattavasti.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

1) Potilasohjausta on tutkittu varsin paljon eri yhteyksissä, mutta polikliinisen toimenpidepotilaan ohjaus on jäänyt tutkimuksissa vähemmälle. Tämä potilasryhmä on haasteellinen ohjattava lyhyen hoitosuhteen vuoksi, koska potilaan pitäisi kyetä omaksumaan tietoa lyhyen ajan sisällä varsin paljon. Uusien ohjausmenetelmien, kuten Internet-ohjauksen kehittäminen voisi olla hyvä keino parantaa polikliinista hoitoa tarvitsevan potilaan tiedonsaantia ja ohjausta.

2) Tutkimuskyselymme mukaan colonoskopiapotilaat kokivat saaneensa riittävästi ohjausta tutkimusprosessin aikana.

3) Polikliiniseen toimenpiteeseen tulevat potilaat tarvitsevat monenlaisia tietoja sekä ohjausta kaikissa hoidon eri vaiheissa. Tutkimustulosten mukaisesti näihin ohjauksen sisältöalueisiin edelleen panostamalla voidaan colonoskopiapotilaiden ohjausta suunnata entistä paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi.

4) Potilaat kokivat paksusuolen tähytyksen varsin kivuliaana. Kivunhoitoon tuleekin näissä toimenpideyksiköissä kiinnittää jatkossa entistä enemmän huomiota.

5) Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät olivat potilaiden mielestä niitä keskeisiä auttamismenetelmiä, joiden turvin he selvisivät toimenpiteestä. Näiden menetelmien vaikutusten ymmärtäminen ja käyttö ovat osa laadukasta colonoskopiapotilaan hoitotyötä ja niihin panostamalla voidaan tutkimuksesta tehdä potilaalle miellyttävämpi ja turvallinen kokemus.

Jatkossa colonoskopiapotilaiden ohjausta ja tiedonsaantia tulisi edelleen kehittää ja ohjauksen sisältöjä muokata juuri tätä potilasryhmää ajatellen. Kirjallisten ohjeiden muokattavuudella saataisiin myös ohjauksen yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys turvattua entistä paremmin.

Henkilökunnan osaaminen ja ammattitaito ohjauksessa tulisi turvata jatkuvalla koulutuksella ja varmistaa siten ohjauksen laatu ja vaikuttavuus. Jatkossa myös toimenpideyksiköiden henkilökunnan asenteita ohjaukseen sekä kokemuksia ohjauksesta voisi tutkia vertailun vuoksi.

7.5 Opinnäytetyöprosessin pohdintaa

Opinnäytetyöstä muodostui suunnitelmista poiketen varsin pitkä ja monia muutoksia sisältävä prosessi. Aihe-seminaari työn tiimoilta käytiin jo marraskuussa 2010, mutta tuolloin esitetty aihe vaihtui vielä aivan toiseen kevään 2011 aikana. Alkuun opinnäytetyömme tarkoituksena oli colonoskopiapotilaiden hoitoon liittyvien ohjeiden päivittäminen JYTE-alueella, lähinnä hoitajien perehdytystä ajatellen, mutta ensimmäisessä ohjauskeskustelussa näkökulma muuttui täysin. Lopulliseksi opinnäytetyön aiheeksi muodostui tuolloin colonoskopiapotilaiden ohjaus ja tiedonsaanti ja näkökulmaksi nimenomaan potilaiden kokemukset ja tarpeet sekä toiveet ohjauksesta hoidon eri

vaiheissa. Halusimme myös kuvata potilaiden kokemuksia kivusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä tähystyksen aikana. Suunnitelma tehtiin siis täysin uudeksi ja se esitettiin seminaarissa joulukuussa 2011. Uusi näkökulma selkiytti ajatuksia ja opinnäytetyö lähti etenemään hyvää vauhtia. Tavoitteenamme oli saada työ valmiiksi alkuvuodesta 2012 ja aikataulu piti tältä osin aika hyvin.

Teoriapohja ja taustatiedot työhön löytyivät melko helposti. Potilasohjausta on tutkittu Suomessa paljon ja tuoreita tutkimuksia aiheesta löytyi hyvin. Varsinaisesti toimenpidepotilaan ohjausta ei juuri ole tutkittu, mutta tietoa soveltamalla oleellinen asia saatiin koottua tähän yhteyteen. Myös colonoskopia on selkeä ja hyvin määritetty toimenpide, johon liittyviä hoitotieteellisiä tuoreita tutkimuksia löytyi käytettäväksi myös ehkä hieman yllättäen.

Tutkimuksen toteuttaminen laitettiin käyntiin vauhdilla syksyllä 2011. Tutkimusmenetelmäksi valittiin kysely ja tutkimuslomake tehtiin kiireellä ennen toimenpideyksiköiden joulusulkuja. Kiire kostautui myöhemmin, kun asiaan tarkemmin perehtyneinä huomasimme kyselylomakkeemme vaillinaisuuden. Halusimme lomakkeeseen avoimia kysymyksiä, mutta tutkimustuloksia analysoidessamme huomasimme monien tärkeiden taustatietojen puutteiden vaikuttavan tutkimustuloksiin ja niiden tulkintaan ja sitä kautta tulosten käytettävyyttä heikentävästi.

Suurin oppimiskokemus tämän prosessin myötä on ollut potilasohjauksen merkityksen ymmärtäminen ja siihen liittyvien taustatekijöiden ja yksilöllisten tarpeiden käsittäminen. Ymmärrämme nyt sen, että potilaan ei tule saada sitä tietoa, mitä hoitaja haluaa antaa, vaan tietoa, mitä hän tarvitsee selviytyäkseen. Myös omat ohjaustaidot ja – tiedot joutuivat puntariin työtä tehdessä ja

niihin kiinnittää varmasti jatkossakin huomiota. Kriittisesti tulee varmasti jatkossa suhtauduttua myös kirjalliseen potilasohjausmateriaaliin, jonka päivittäminen on monissa yksiköissä jäänyt tekemättä ja potilaat saavat käsiinsä osittain vanhentunutta tietoa. Internet-ohjaus on varmasti jatkossa entistä käytetympi menetelmä potilasohjauksessa ja me uudet sairaanhoitajat olemme keskeisessä asemassa kehittämässä tätä menetelmää potilaan parhaaksi.

Oppimiskokemuksena opinnäytetyön tekeminen on kerrassaan mullistava kokemus. Tällaisen tutkimuksen tekeminen on ollut meille ainutkertainen ja arvokas kokemus, jonka myötä opimme paljon tiedon hankinnasta, tutkimusmenetelmistä, tieteellisistä käytännöistä ja tutkitun tiedon soveltamisesta. Erityisesti tutkitun tiedon hakuun olemme saaneet hyvät valmiudet ja innostuksen ja halun ylläpitää oman alan kehityksen seuraamista eri tietolähteistä ja julkaisuista.

LÄHTEET

- Aalto, P., Kaunonen, M., Mattila, E. & Säilä, T. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2006. Viitattu 6.12.2011. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, MEDIC
- Alaloukusa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto.
- Elomäki, M. 2008. Potilaan kokemukset kolonoskopiatutkimuksesta. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto.
- Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering Internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 18.1.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, LINDA
- Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003. *Hoitotiede* 18,3, 121.
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.12.2011 <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, MEDIC
- Hiiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 6.12.2011. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, MEDIC
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H & Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House

Kunnamo, I. 2009. Kolonoskopia ja sigmoidoskopia. Lääkärin käsikirja. Viitattu 17.11.2011. <http://www.terveysportti.fi/>

Kyngäs, H. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 12, 744–751. Viitattu 30.11.2011. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, CINAHL

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 17.11.2011. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3,3, 27–31.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005 Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17,4, 208–214.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3,1, 10–15.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 17.11.2011. <http://www.finlex.fi> lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1. painos. Juva: WS Bookwell Oy

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. (toim) 2005. Potilasohjausta kehittämässä. Innostusta ja innovaatioita. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino

Niittyalahti, E. 2011. Colonosopia potilaan hoito- ja ohjausprosessi. Kyllön terveystasema. Haastattelu 9.12.2011

Nykänen, K. 2002. Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Helsinki: Stakesin monistamo.

Ristikankare, M. 2006. Rauhoittava lääkitys paksusuolen tähytyksen yhteydessä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 16.11.2011. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, MEDIC.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattilaisille. Duodecim. Viitattu 18.1.2012. http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaristo. Viitattu 28.12.2011 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 30.11.2011. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 17,4, 217–227.

Tiusanen, T. 2010. Paksusuolen tähytyks. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 6.12.2011. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Ylinen, E-R. 2010. Patients` pain assesment and Management during Medication-free Colonoscopy. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 6.12.2011. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, MEDIC

LIITTEET

LIITE 1. Kyselylomakkeen saatekirje

Olemme kolme JAMK:n sairaanhoitajaopiskelijaa. Tutkimme opinnäytetyötämme varten kokemuksia kolonoskopia- tutkimuksesta. Tavoitteena on saada kuva kokemuksistasi ja mielipiteistäsi koskien tutkimusta. Tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään toiminnan kehittämisessä. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti. Henkilöllisyydenne ei tule ilmi missään vaiheessa.

Vastaattehan viikon kuluessa tutkimuksesta.

Postimaksu on maksettu puolestanne. Kiitos

Sari Lintusaari

Sari Louhivuori

Tiina Saarinen

LIITE 2. Kyselylomake

1. Mitä tietoja haluaisitte edeltävästi tähystystutkimuksesta?

2. Haluaisitteko tietoa?

Kutsukirjeessä Puhelimessa Vastaanotolla

3. Miten arvioisitte tutkimuksen aikaista kipuaan asteikolla 0-10?

(0= Ei kipua 10= Kivin mahdollinen kipu)

4. Millaiset seikat helpottivat kokemaananne kipua?

5. Mitä tietoja haluaisitte tähystyksen jälkeen?

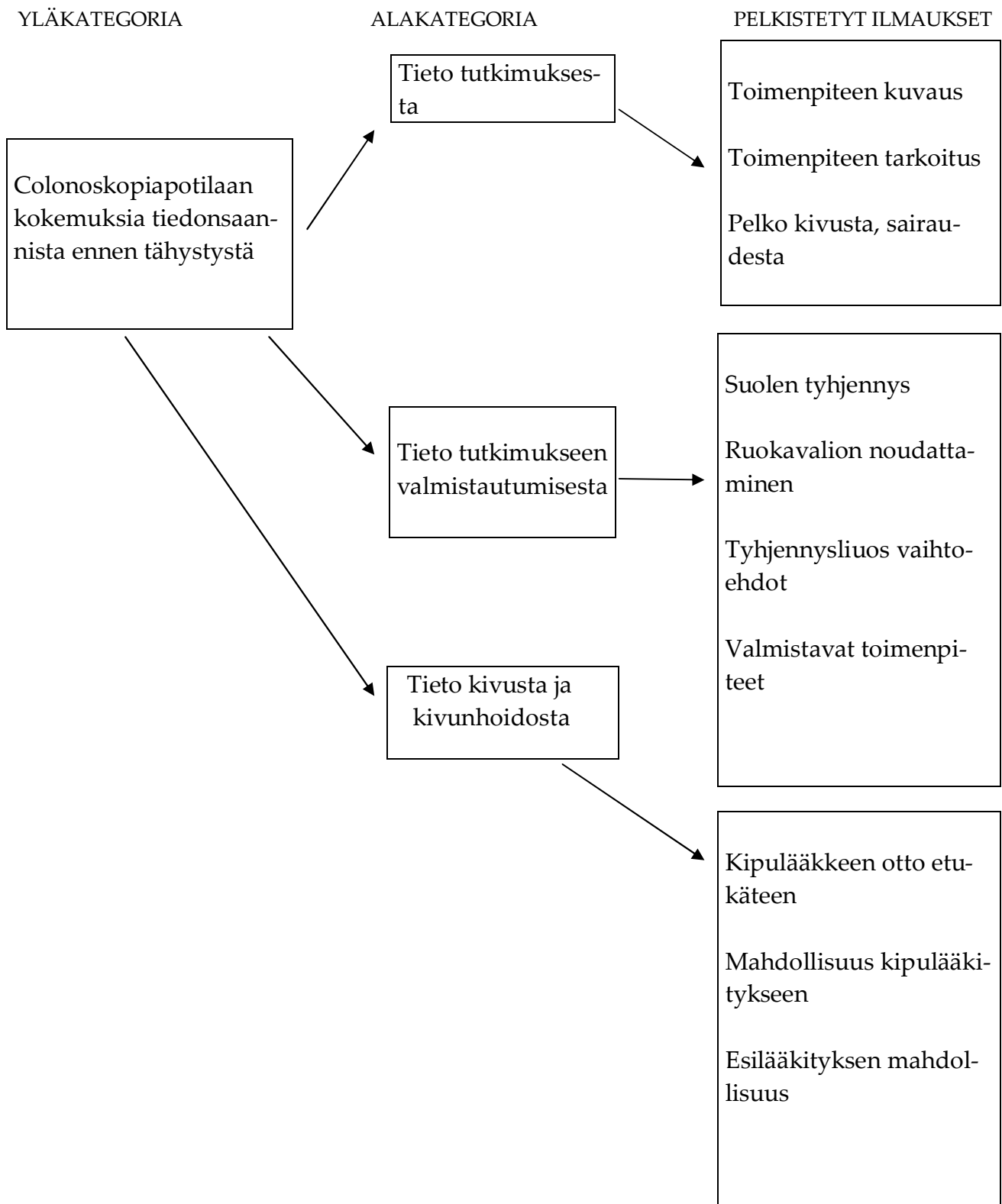
6. Saitteko tästä tutkimuksesta riittävästi tietoa?

Kyllä Ei

7. Mitä muuta haluaisitte kommentoida tutkimuksesta?

KIITOS PALAUTTEESTANNE

LIITE 3. Tutkimustulosten yhteenveto 1/2



LIITE 4. Tutkimustulosten yhteenveto 2/2

YLÄKATEGORIA

ALAKATEGORIA

PELKISTETYT ILMAUKSET

