

Hanna Saarinen

Kia Kamppuri

Potilasohje kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitajakoulutus

2021



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkintonimike	Aika
Hanna Saarinen ja Kia Kamppuri	Sairaanhoitaja (AMK)	Huhtikuu 2021
Opinnäytetyön nimi		60 sivua
Potilasohje kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle		11 liitesivua
Toimeksiantaja		
Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosteri		
Ohjaaja		
Tarja Turtiainen ja Jaana Dillström		
Tiivistelmä		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää potilasohje Savonlinnan keskussairaalan kirurgian poliklinikan yksikköön kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle. Tavoitteena oli tukea potilasta leikkaukseen valmistautumisessa ja leikkauksen jälkeisessä toipumisessa sekä kuntoutumisessa.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin tuotekehitysprosessimenetelmän avulla. Tuotekehitysprosessi eteni ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistamisesta ideointivaiheeseen, luonnosteluvaiheeseen, tuotteen kehittelyvaiheeseen sekä tuotteen viimeistelyvaiheeseen. Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistamisessa todettiin, että potilasohje on täysin uusi. Ideointivaiheessa käytettiin benchmarking-tyyliä työskentelyssä, ja sen avulla vertailtiin eri sairaanhoitopiirien potilasohjeita. Luonnosteluvaiheessa tehtiin tiedonhakua ja koottiin teoriapohjan. Luonnostelun lopputuloksena syntyi raakaversio tuotteesta. Kehittelyvaiheessa tuotteen raakaversioon pohjalta haastateltiin sidosryhmiin kuuluvia henkilöitä. Haastattelu toteutettiin teemahaastattelulla ja haastattelun litteroinnin jälkeen tehtiin tarvittavat muutokset raakaversioon. Tuotteen viimeistelyvaiheessa kerättiin palautetta valmiista potilasohjeesta Webropol-kyselyn avulla. Saatujen vastauksien perusteella syntyi valmis versio potilasohjeesta.</p> <p>Potilasohje sisältää tietoa leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauspäivän kulusta ja leikkauksen jälkeisestä hoidosta sekä kuntoutumisesta. Asiasisältö pohjautuu koottuun teoreettiseen viitekehykseen sekä sidosryhmien teemahaastatteluun. Tuotekehitysprosessin päätteeksi potilasohje luovutettiin toimeksiantajalle tekijänoikeuksineen sähköisessä muodossa. Jatkokehitysideana nähdään opinnäytetyö, jossa fysioterapeuttipiskelija kehittäisi tuotekehitysprosessina kyynärhermopinnepotilaalle kuntoutusohjeen tai ohjeita konservatiiviseen hoitoon.</p>		
Asiasanat		
Kyynärhermopinne, potilasohjaus, potilasohje, kyynärhermon vapautusleikkaus, käsikirurgia		

Author (authors)	Degree	Time
Hanna Saarinen and Kia Kamppuri	Bachelor of Health Care	April 2021
Thesis title		60 pages
A patient guide for patient upcoming for ulnar nerve entrapment surgery		11 pages of appendices
Commissioned by		
Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosteri		
Supervisor		
Tarja Turtiainen ja Jaana Dillström		
Abstract		
<p>The objective of this thesis was to develop a patient guide for a patient coming to the unit of the surgical clinic of Savonlinna Central Hospital for ulnar nerve release surgery. The aim was to support the patient in preparation for surgery and post-surgery recovery and the rehabilitation process.</p>		
<p>This thesis was carried out as product development process. The product development process proceeded from identifying problems and development needs, to the ideation phase, the drafting phase, the development phase and last the finishing phase. In identifying the problems and developmental needs, it became clear that there was a need for a patient guide about the ulnar nerve entrapment surgery. In the ideation phase, benchmarking was used to compare patient guidelines from different hospital districts. In the drafting phase, an information search was performed in order to create a theoretical framework. The result of the drafting was a raw version of the product. During the development phase thematic interviews were carried out with stakeholders based on the raw version of the product.</p>		
<p>In the finishing phase the feedback on the completed patient guide was collected using a Webropol survey. Based on the received answers the final version of the patient guide was created.</p>		
<p>The patient guide contains information on preparation for surgery, events on the day of surgery, post-operative treatment and rehabilitation. The subject matter is based on the theoretical framework and on the theme interview of the stakeholders. At the end of the product development process the patient guide was handed over to the commissioner in electronic form with its copyrights. As a further development idea it is suggested that a physiotherapy student develops rehabilitation instructions or instructions for conservative treatment.</p>		
Keywords		
Ulnar nerve entrapment, patient guidance, patient guide, ulnar nerve release, hand surgery		

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	6
2. TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	7
3. KYYNÄRPÄÄN ANATOMIA JA KYYNÄRPÄÄN ALUEEN HERMOT	8
4. KYYNÄRHERMON VAPAUTUSLEIKKAUS	12
4.1. Kyynärhermopinne.....	12
4.2. Kliininen tutkiminen.....	14
4.3. Konservatiivinen hoito.....	15
4.4. Leikkaus	16
4.5. Anestesia ja yleisanestesia.....	17
5. PÄIVÄKIRURGINEN HOITOTYÖ	17
5.1. Preoperatiivinen hoitotyö	18
5.2. Intraoperatiivinen hoitotyö.....	21
5.3. Postoperatiivinen hoitotyö.....	23
6. HYVÄ POTILASOHJE	27
7. SAIRAAHOITAJAN OHJAUSOSAAMINEN	30
8. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	31
9. TUOTEKEHITYSPROSESSI.....	32
9.1. Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen	32
9.2. Ideavaihe	33
9.3. Luonnosteluvaihe.....	34
9.4. Tuotteen kehittäminen	37
9.5. Tuotteen viimeistely	43
10. POTILASOHJE	46
11. POHDINTA	47
11.1. Potilasohjeen tarkastelu.....	47
11.2. Potilasohjeen käytettävyys	47

11.3. Menetelmien tarkastelu.....	48
11.4. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	49
11.5. Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	52
11.6. Oman prosessin tarkastelu	53
LÄHTEET.....	55

LIITTEET

- Liite 1. Kirjallisuuskatsaus
- Liite 2. Tiedonhakutaulukko
- Liite 3. Suostumuslomake
- Liite 4. Saatekirje haastatteluun
- Liite 5. Teemahaastattelun runko
- Liite 6. Saatekirje kyselyyn
- Liite 7. Webropol- kysely
- Liite 8. Potilasohje

1. JOHDANTO

Yläraajan rasitussairauksien ilmaantuvuus on kasvanut. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksien mukaan Suomessa rannekanavaoireyhtymän esiintyvyys miehillä oli 2,1 %, kun taas naisilla 5,3 %. Suomalaisessa aineistossa tenniskyynärpään esiintyvyys oli yhtä yleistä miehillä sekä naisilla. Toistotyö on lisääntynyt viime vuosien aikana. Vuonna 2009 33 % työssäkävivistä suomalaisista teki 1–2 tunnin ajan työpäivässä useita kertoja minuutissa samaa toistuvaa liikettä. Rasitussairauksien lisäksi paikalliset kiputilat yläraajoissa lisäävät runsaasti lääkärikäyntejä avohoidon puolella. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Kyynärhermopinne on toiseksi yleisin yläraajan hermoston pinnetila (Elhassan ym. 2007). Sosterin alueella vuonna 2019 kyynärhermon vapautusleikkauksia tehtiin 13 kappaletta ja tammikuusta syyskuuhun vuonna 2020 leikkauksia tehtiin kuusi kappaletta (Tolin 2020).

Potilasohjaus on merkittävä osa hoitotyötä, ja se on tärkeässä roolissa kokonaisvaltaisessa hoidossa. Potilasohjauksella tuetaan potilasta löytämään omia voimavaroja, kannustetaan ottamaan vastuu omasta terveydestä sekä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Kun potilas saa hyvää ohjausta, hän voi elää tasapainoisempaa elämää. Leikkaukseen valmistautuvien potilaiden kohdalla potilasohjaus vähentää ennen leikkausta esiintyvää pelkoa ja jännitystä. (Saarela 2013.) Kuntoutuksen ohjaaminen on tärkeä osa leikkauksen jälkeistä hoitoa. Hyvällä kuntoutuksen ohjaamisella varmistetaan leikkauksen tuloksien pysyvyys. Kuntoutukseen potilasta tulee motivoida hoitosuhteen alusta alkaen. (Göransson ym. 2016.)

Opinnäytetyönä tehtiin potilasohje kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle. Toimeksiantajana toimii Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä Sosteri, jonka kirurgian poliklinikalle potilasohje tuotettiin. Kiinnostus opinnäytetyön aiheesta kohtaan syntyi, kun olimme molemmat Sosterin kirurgian poliklinikalla työharjoittelussa. Opinnäytetyössä haluttiin tähdätä konkreettiseen hyötyyn, ja potilasohjeen kehittämisellä voidaan edistää hoitotyötä.

Opiskelijoina opimme tuottamaan potilasohjeen sekä syvennymme kyseiseen aiheeseen ja kirurgiseen hoitotyöhön.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohje kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle. Tavoitteena on tukea potilaan valmistautumista leikkaukseen ja leikkauksen jälkeiseen toipumiseen sekä kuntoutumiseen.

2. TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä Sosteri. Sosteri toimii edelläkävijänä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon yhdistämisessä, ja se työllistää noin 1600 alan ammattilaista. Sosteri tarjoaa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja ympäristöterveydenhuollon palveluita. Sosteri on aloittanut toimintansa nykyisessä muodossaan vuonna 2007, ja jäsenkuntia ovat Savonlinna, Enonkoski, Sulkava sekä Rantasalmi. Sosterin arvoja ovat ”asiakas ensin”, ”hyvinvointi”, ”uudistuva osaaminen” sekä ”vaikuttavuus”, ja sen missiona on pitää alueen väestö hyvinvoivana sekä toimintakykyisenä. Visiona on tarjota omalta alueelta viiveettömästi toimintakykyä sekä hyvinvointia edistävän hoidon saaminen. (Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2020c.)

Keskussairaalan poliklinikoilla on erikoislääkäreiden vastaanottoja, ja niihin saavutaan joko Sosterin tai yksityisen terveysaseman lääkärin läheteellä. Myös kirurgian poliklinikalle potilaat tulevat läheteellä työterveydenhuollosta, terveyskeskuksesta tai yksityiseltä lääkäriltä. Kun lähete on saapunut, erikoislääkäri tekee arvion hoidon kiireellisyydestä ja määrää potilaalle ennen poliklinikkakäyntiä tehtävät tutkimukset. Vastaanotto toiminnan ohella poliklinikalla tehdään pienkirurgisia toimenpiteitä sekä virtsateiden ja ruuansulatuskanavan tähyystyksiä. Kirurgian poliklinikalla toimii myös haavapoliklinikka ja lääkehoitoyksikkö. (Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2020a.)

Sosterissa toimiva päiväkirurgian osasto tarjoaa potilaille leikkaus- ja anestesiaeikoissairaanhoidoa. Osastolla on kymmenen leikkaussalia sekä heräämöt aikuisille ja lapsille. Kotoaan leikkaukseen tulevien potilaiden vastaanotto sekä

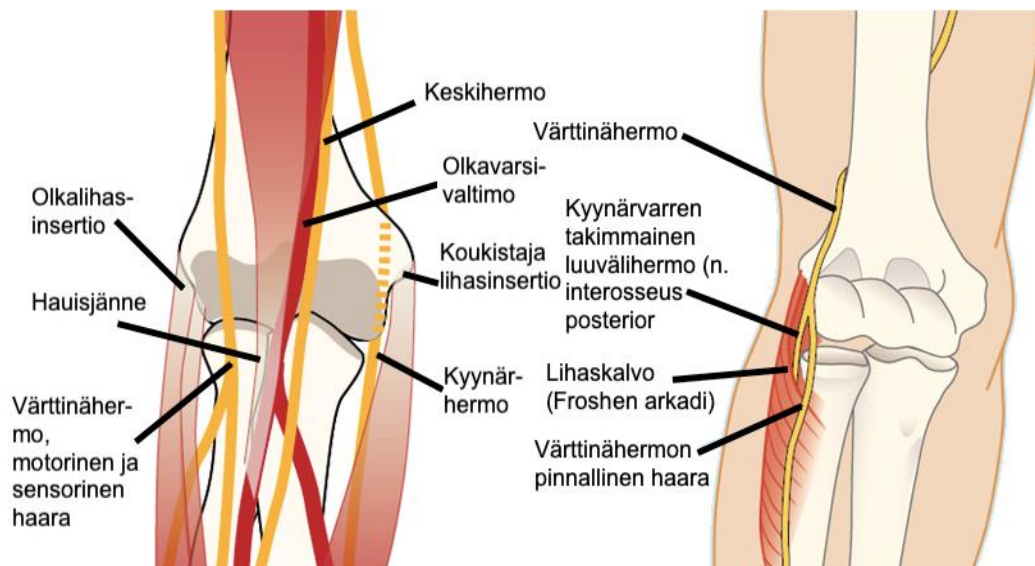
anestesiapoliklinikan toiminta tapahtuu päiväkirurgian tiloissa. Tarvittaessa anestesiapalveluita viedään myös osaston ulkopuolelle. (Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2020b.)

Savonlinnan keskussairaalassa toimii fysioterapian yksikkö, joka palvelee erikoisalojen asiakkaita. Fysioterapian pääpaino on ohjauksessa ja neuvonnassa. Asiakkaan toimintakyvyn sekä omatoimisuuden tukeminen, kotona selviytyminen, apuvälinetarpeen arviointi sekä jatkokuntoutuksen suunnittelu ovat fysioterapiassa keskeisiä tekijöitä. Sitä toteutetaan yksilö- tai ryhmätoimintana, ja se toteutuu keskussairaalan osastoilla sovitusti toimintakykyä tukevan työteen mukaisesti. Fysioterapiaa tarjotaan myös polikliinisesti keskussairaalan tiloissa tai muissa Sosterin toimipisteissä. Asiakkaalle tarjotaan myös polikliinistä fysioterapiaa hänen omassa toimintaympäristössään. (Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2018a.)

Keskussairaalassa toimii apuvälinekeskus, ja sen palveluihin kuuluu toimintaterapeutin palvelut. Apuvälinekeskuksessa toimintaterapeutin palveluihin kuuluu muun muassa pienapuvälinetarpeen arviointi, lainaaminen sekä välineiden käytön ohjaus, yksilöllisten yläraajaortoosien valmistus, tukihihojen sekä painetekstiilien yksilöllinen mittaus, hankinta sekä käytön ohjaus sekä kommunikointilaitteiden hankinta. Ortoosit ja apuvälineet tukevat, ylläpitävät ja parantavat toimintakykyä sekä selviytymistä asiakkaan arjessa. Niillä myös ehkäistään toimintakyvyn heikkenemistä sekä edistetään kuntoutumista. (Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2018b.)

3. KYYNÄRPÄÄN ANATOMIA JA KYYNÄRPÄÄN ALUEEN HERMOT

Kyynärpää koostuu kyynärnivelistä, kyynärniveltä tukevista nivelsiteistä, luista, lihaksista sekä alueen verisuonistosta. Kyynärpää sijaitsee ihmisen yläraajassa.



Kuva 1. Kyynärpään alueen anatomia (Juntura ym. 2016) & (Ikonen & Karjalainen 2018.)

Anterbrachium eli kyynärvarsi muodostuu värttinäluusta (radius) sekä kyynärluusta (ulna). Värttinäluu ja kyynärluu kiinnittyvät toisiinsa luuvälikalvon avulla. Kyynärlisäke (olecranon) on kyynärluun yläosassa. Kyynärnivelen liikkeessa kyynärlisäke kiertyy olkaluun telaa pitkin. (Kettunen ym. 2017, 82.)

Kyynärniveli (a. cubiti) on sarananiveli, ja se sijaitsee olkavarren sekä kyynärvarren välissä. Nivel koostuu kolmen luun välisistä nivelistä. Olkaluu niveltyy värttinäluuhun ja kyynärluuhun. Myös kyynärluu ja värttinäluu niveltyvät toisiinsa. Kyynärnivelen liikkeitä ovat ojennus (ekstensio), koukistus (fleksio). Mahdollisia liikeratoja ovat myös kyynärvarren sisäkierto (pronaatio) ja ulkokierto (supinaatio). (Saarinen 2019, 3.)

Kyynärnivelen yli kulkeva haislihas (m. biceps brachii) on lihaksista pinnallisin ja se vaikuttaa yhdessä kolmipäisen olkalihaksen (m. triceps brachii) kanssa kyynärnivelen liikkeisiin. Ne ovat myös toistensa vastavaikuttajia eli antagonisteja. Haislihaksen tehtävänä ovat koukistus sekä ulkokierto, ja kolmipäisen olkalihaksen tehtävänä ovat ojennus sekä lähennys. (Kettunen ym. 2017, 113, 120.) Haislihaksen lähtökohtina (origo) ovat lapaluun olkanivelkuopan yläreuna sekä korppilisäke (processus coracoideus). Lihaksen päät kiinnittyvät (insertio) värttinäluun kyhmyyn sekä kyynärvarren peitinkalvoon. (Kettunen ym. 2017, 120.)

Kyynärpään ojennuksesta on vastuussa kolmipäinen olkalihas (m. triceps brachii). Kolmipäisen olkalihasen lähtökohtana ovat lapaluun nivelkuopan alaosa sekä olkaluun takapinta. Se kiinnittyy kyynärlisäkkeeseen (olecranon). Kyynärnivellihas (m. anconeus) osallistuu myös ojennukseen. Sen lähtökohta on olkaluun ulkosivunastasta ja päättyy kyynärluun takapinnalle. Olkalihas (m. brachialis) osallistuu myös kyynärnivelen koukistukseen. Sen lähtökohtana on olkaluun alaosan ulompi reuna ja kiinnityskohtana kyynärluun puikkolisäke. (Saarinen 2019, 4–5.)

Kyynärpään alueelta on useita lihaksia, joista monet ovat sormia sekä rannetta liikuttavia. Rannetta sekä sormia ojentavat lihakset sijaitsevat kämmenselän puolella ja niitä koukistavat lihakset sijaitsevat kämmenen puolella. Joidenkin lihaksien jänteet ulottuvat sormiluihin saakka. Nämä ovat pitkiä ojentajia sekä koukistajia. Kyynärvarressa sormia sekä rannetta liikuttavat lihakset, muuttuvat jänteiksi. Jännetupet ovat vahvat, ja niiden tehtävänä on mahdollistaa jänteille parempi liikkuvuus sekä suojaus rasitusta vastaan. Koukistajien pidäkeside (retinaculum flexorum) toimii sormien koukistajien suojana sekä ojentajien pidäkeside (retinaculum extensorum) toimii ojentajien suojana. Rannekanava eli karpaalikanava on poikkisiteen alla oleva tila. (Kettunen ym. 2017, 121–122.)

Ranteen koukistukseen osallistuvat varttinäluun puoleinen koukistajalihas (m. flexor carpi radialis) sekä ranteen kyynärluun puoleinen koukistajalihas (m. flexor carpi ulnaris). Sormien koukistukseen osallistuu sormien pinnallinen koukistajalihas (m. flexor digitorum superficialis). Rannetta ojentavien lihaksien (m. extensor carpi radialis ja brevis) lähtöpisteenä on lateraalinen luunsivunasta (epicondylus). Samasta lähtökohdasta lähtevät myös sormien ojentajalihakset ja pikkusormen ojentajalihas (m. extensor digitorum ja m. extensor digiti minimi). Lateraalisesta luunsivunastasta lähtee myös ulkokiertoon osallistuva kiertäjälilihas (m. supinator). (Saarinen 2019, 5.)

Yläraajoissa sijaitsee kaksi pinnallista laskimorunkoa, joiden välillä on yhdys-suonia. Alueen verenkierrosta vastaa olkavaltimo (a. brachialis), käsivarren sisempi iholaskimo (v. basilica) ja käsivarren ulompi iholaskimo (v. cephalica).

Näitä yhdistää kyynärtaipeen keskilaskimo (v. mediana cubiti). Olkavarren syviä rakenteita suonittaa olkavarren syvä valtimo (a. profunda brachii). Se jakautuu kyynärnivelen taka-alueita suonittaviin sivuhaaroihin a. collateralis mediaan ja a. collateralis radialikseen. (Saarinen 2019, 6.)

Kyynärvarren hermoja ovat keskihermo (n. medianus), värttinähermo (n. radialis) sekä kyynärhermo (n. ulnaris) (Saarinen 2019, 7). Keskihermon tehtävä on hermottaa kyynärvarren koukistajalihaksia sekä kyynärvarren sisäkiertoa tukevia lihaksia. Lisäksi se hermottaa sormien pikkulihaksia. Se kulkee olkavaltimon viertä kyynärtaipeeseen ja kyynärvarresta rannekanavan kautta käteen. Värttinähermon tehtävä on hermottaa kolmipäistä olkalihasta sekä yläraajan nivelien ojentajia. Se vastaa myös yläraajan peukalonpuolen (lateraali) tuntohermotuksesta. (Kettunen ym. 2017, 408.) Lihas-ihohermo (n. musculocutaneus) vastaa koukistajalihaksen hermotuksesta (hauislihas ja peukalon puoleinen iho) (Saarinen 2019, 7). Lihas-ihohermo kulkee olkavarren etuosassa (Kettunen ym. 2017, 410).

Kyynärhermo kulkee olkavarren sisäpuolta. Se vastaa pikkusormen ja nimetömän tuntohermotuksesta sekä hermottaa useita kämmenen pikkulihaksia. (Kettunen ym. 2017, 408–409.) Mitä lähemmäs kyynärniveltä edetään, sitä pinnallisemmaksi kyynärhermo kohoaa. Kyynärpäässä se hermottaa ranteen sisempää koukistajalihasta sekä sormien syvää koukistajalihasta (ulnaaripuolelta) (Saarinen 2019, 7).

Kyynärhermo kulkee ahtaassa tilassa ja on melko huonosti suojassa, joten se on altis traumaalle. Hermon uran (sulcus) ollessa synnynnäisesti ahdas kulumamuutokset tai murtumat voivat aiheuttaa hermoon pinnnetilan. (Ahonen ym. 2001, 308.) Kyynärhermon tunnelimaisen tilan muodostavat olkaluun koukistajalisäke sekä kyynärliisäkkeen ja ranteen pikkusormenpuoleisen koukistajalihaksen kyynärluuhun sekä olkaluuhun kiinnittyvät päät (Ikonen & Karjalainen 2018).

4. KYYNÄRHERMON VAPAUTUSLEIKKAUS

4.1. Kyynärhermopinne

Sana hermopinne (entrapmentneuropatia) tarkoittaa puristustilaa, jossa ääreishermon toiminta on häiriintynyt biomekaanisten tai anatomisten tekijöiden vaikutuksesta. (Ikonen & Karjalainen 2018.)

Kyynärhermopinne tarkoittaa kyynärhermon pinnetilaa kyynärpään alueella. Pinnekohdan tarkka sijainti ei ole aina sama, ja sijainnin määrittämiseen käytetään ENMG-diagnostiikkaa. (Göransson ym. 2016, 244, 88.) Yleisesti yläraajan hermopinne on usean tekijän summa. Kyynärhermopinteiden vaikeusasteet sekä oireistot ovat vaihtelevia. On todettu, että pinnetilan syntyyn vaikuttavat geneettiset, hormonaaliset, verenkierrolliset sekä kudokselliseen ikääntymiseen liittyvät tekijät. (Ikonen & Karjalainen 2018.)

Joissain tapauksissa tunnelimainen tila, jossa kyynärhermo kulkee (sulcus ulnaris), voi olla synnynnäisesti ahdas. Syntymekanismina voi myös olla vamma tai kulumamuutos. (Ahonen ym. 2001, 308.) Syntymekanismissa hermokudoksen hapenpuutoksella on olennainen merkitys, ja vaivan pitkittyessä hermon ympärille muodostuu arpikudosta. Arpikudoksen muodostuminen alentaa paranemismahdollisuuksia. (Göransson ym. 2000, 209).

Ikosen ja Karjalaisen (2018) mukaan “kyynärpääpinne voi kehittyä kyynärnivelen toistuvan koukistusliikkeen ja kyynärhermon venymisen, sen anteriorisen osittaisen sijoiltaanmenon, pehmytkudosturvotuksen tai -poikkeamien (esimerkiksi lihaskalvojen paksuuntumat, gangliot, osteofyytit) seurauksena”.

Eräänä yleisenä syynä kyynärhermopinteen synnylle voi olla ranteen kyynärluun puoleisen koukistajalihaksen (m. flexor carpi ulnaris) jänteinen takareuna (osbornin ligamentti). Se sijaitsee kyynärpään mediaalipuolella ja olkaluun ulnaarisulkuksen distaalipuolella. Tila voi myös olla ahtautunut kyynärnivelen artroosin (nivelrikon) tai murtuman jälkitilan takia. (Göransson ym. 2000, 213.)

Patofysiologia tarkoittaa oppia sairaan elimistön häiriöiden ja toiminnan synnystä (Duodecim 2020). Hermon iskemia käynnistää hermopinteen patofysiologian. Tämä liittyy ulkoiseen rasitukseen sekä verisuonen seinämän toimintaan. Lopulta iskemia johtaa verihermoesteen pettämiseen ja endoneuraaliseen turvotukseen sekä aksonin välittäjäaineiden kuljetus hermon soomasta distaaliseen synapsiin on häiriintynyt. (Ikonen & Karjalainen 2018.)

Iskemian kroonistuminen aiheuttaa hermonsisäistä fibroosia sekä myeliinitupen vaurioita ja iskemian pitkittyessä aksoni katkeaa. Tämän seurauksena pinteen distaaliosalla puolella oleva solun osa kuolee ja magrofagit hävittävät sen. Hermon iskemiasta aiheutuvat oireet ovat yleisiä hermopinnetilalle ja toimivat diagnostiikan lähtökohtana. (Ikonen & Karjalainen 2018.)

Oireet. Hermopinteen oireet alkavat ilmaantua vähitellen. Alkuvaiheessa ne ovat rasitukseen sidonnaisia sekä iltaan ja yöhön ajoittuvia. Ensioireita ovat kihelmöinti, pistely sekä tunnottomuus. Tätä seuraa aristus sekä särky, etenkin ulnaarisulkuksen seudulla. Oireiden alkaminen äkillisesti on myös mahdollista. (Göransson ym. 2000, 213.)

Kyynärhermon vamma aiheuttaa kädessä motorisia sekä aistinvaraisia puutoksia. Vamma voi johtaa parestesiaan eli spontaanin tai ärsykkeen aiheuttamaan poikkeavaan tuntemukseen, lihasheikkouteen sekä dysestesiaan, mikä tarkoittaa spontaania tai ärsykkeen aiheuttamaa epämiellyttävää outoa tuntemusta. (Woo ym. 2015). Joissain tapauksissa oireet voivat olla pelkästään motorisia, eikä tällöin sensorisia oireita ilmene. (Ikonen & Karjalainen 2018.) Sensorisina oireina esiintyy puutumista, särkyä sekä parestesiaa. Oireet ilmaantuvat nimettömässä, pikkusormessa sekä käden ulnaarisyrjällä ja kyynärvarren sisäosilla. (Havulinna ym. 2010.) Samanlaisia sensorisia oireita voi tuntea kädessään ilman varsinaista pinnetilaa hermon venytyksen aiheuttamana tai kyynärpään kolhaisulla. Tätä kutsutaan hermokontuusioksi. (Göransson ym. 2000, 213.)

Motoriset oireet ilmenevät käden toiminnan heikkoutena erityisesti kyynärluunpuoleisten sormien vaikeutena saada niitä ristii, avainotteen heikkoutena,

kämmenlihasatrofiana (surkastumisena) sekä lopulta raatelukäsi-asentona. (Ikonen & Karjalainen 2018.)

Yleensä ensimmäiseksi potilaat havaitsevat motorisen heikkouden avainotteen heikkoutena, jolloin esineet eivät pysy käsissä. Jos hermopinteen tila pääsee vielä etenemään, on nimettömän ja pikkusormen suoraksi ojentaminen hankalaa. Näin sormiin kehittyy asento, jossa rystysnivel on yliojennuksessa ja sorminivelet ovat koukussa eli raatelukäsi-asennossa. Raatelukäsi-asentoon kuuluu myös etusormen ja peukalon välisten lihasten halvaus ja näin peukaloetusormi hankaan tulee kuoppa. Asiaan liittyen myös interosseuslihakset kädenselässä surkastuvat ja pikkusormen lähentäminen vaikeutuu. (Göransson ym. 2016, 244–245.) Ulnaari alueella voi ilmaantua myös tuntopuutoksia sekä kyynärseudulla hermon kulkualueella kosketusarkuutta sekä koputussähköisyyttä. Koputussähköisyys säteilee aina pikkusormen kärkeen saakka. (Göransson ym. 2000, 214.)

4.2. Kliininen tutkiminen

Kliininen tutkimus tarkoittaa lääkärin suorittamaa tarkastusta, jossa selvitetään potilaalta anamneesi eli esitiedot ja nykyhetken tila. Anamneesilla pyritään selvittämään kivun tai oireiston alkamisajankohta, sijainti ja mahdollinen muuttuminen ajan kuluessa. Käden vaivoihin ja vammoihin liittyy usein korvausvastuullisia tai tuottamuksellisia ongelmia, minkä takia tarkka anamneesi on erityisen tärkeä. (Göransson ym. 2016, 51.)

Hermo- lihassähkötutkimus (ENMG) koostuu kahdesta osasta, hermorata-tutkimus ENG eli johtumisnopeuden, ja lihassähkötutkimus EMG eli lihaksen sähköisen aktiivisuuden mittaamisesta. (Ikonen & Karjalainen 2018, 28.)

Tutkimuksella voidaan selvittää ääreishermoston vaurioita ja toimintahäiriöitä, kuten hermopinteitä, lihassairauksia ja hermojuuren vaurioita. Yleisimpiä syitä tutkimukseen lähettämiseksi ovat kiputilat, tunnonalennus, puutumisoireet ja lihasheikkous. (HUS s.a.)

Ensin tutkimuksessa mitataan ääreishermoston johtokykyä, siinä annetaan sähköä ihon pintaan tutkittavan hermon kohdalle. Tämän vaiheen jälkeen tutkitaan lihaksen toimintaa ohuen neulan avulla, joka pistetään tutkittavaan lihakseen. (TAYS 2020.)

ENMG-tutkimuksella pyritään ottamaan kantaa pinnnetilan voimakkuuteen eli onko kyseessä lievä johtumishäiriö vai onko mukana jo merkittävää käynnissä olevaa hermosäieauriota. Löydöksiä vertaillaan oireettomaan puoleen, mikäli se on mahdollista. (Göransson ym. 2016, 88–89.)

Tinelin koe. Yksinään Tinelin koe on epäherkkä, mutta sitä voi käyttää vahvistamaan tai heikentämään diagnoosia. Kokeessa pyydetään potilasta koukistamaan kyynärniveltä ja samaan aikaan aiheutetaan ulkoista painetta kyynärhermon kulkureitille peukalolla painaen. Koputus kyynärhermon kulkureitille saa aikaan kipusäteilyä pikkusormeen ja nimettömään. (Ikonen & Karjalainen 2018, 31.)

Diagnoosi. Tärkeintä hoidon kannalta on varhainen oireiden tunnistaminen, onneksi potilaat yleensä hakeutuvat vastaanotolle hyvissä ajoin oireiden alettua (Göransson ym. 2000, 214). Kyynärhermopinteen diagnoosi on kliininen. ENMG-tutkimuksella varmistetaan kyynärhermopinteen taso. ENMG-tutkimuksen tarkoituksena on todeta, että kyseessä on kyynärhermon vaurio ja paikallistaa vaurio kyynärpään alueelle (Göransson ym. 2016, 88).

4.3. Konservatiivinen hoito

Konservatiivinen hoito tarkoittaa ei-operatiivista hoitoa (Ahonen ym. 2001, 16). Potilas hyötyy konservatiivisesta hoidosta, jos hermon pinnnetila on lievä tai korkeintaan kohtalainen (Elhassan ym. 2007). Konservatiivisesta hoidosta on hyötyä, jos potilas hakeutuu vastaanotolle tarpeeksi ajoissa oireiden alettua. Jos lääkäriin hakeudutaan vasta, kun oireet sekä löydökset ovat täysin selkeät, ei konservatiiviselle hoidolle ole enää sijaa. Tällöin hermo on vapautettava leikkauksella (Göransson ym. 2000, 214).

Konservatiivinen hoito aloitetaan kliinisen kuvan pohjalta. Tällöin oirekuvaan ei kuulu lihasheikkoutta tai atrofiaa. Ensisijaisesti potilaan tulee välttää toistuvaa rasitusta, joka aiheuttaa hermopinnoireita. Rasituksen välttämiseen yhdistettynä lääkehoito sekä mahdollinen sairasloma ja fysioterapia ovat hyviä keinoja konservatiivisessa hoidossa. (Ikonen & Karjalainen. 2019.) Käteen voidaan pistää myös glukokortikoidia (kortisonivalmiste). Kyynärhermopinteelle on tyypillistä, että se provosoituu yö aikaan. Tämä johtuu siitä, että kyynärnivelen on jäänyt koukistuneeseen asentoon. Tällöin kyynärnivelen lastoittaminen yön ajaksi suoraan asentoon saattaa helpottaa oireilua. (Göransson ym. 2000, 214).

4.4. Leikkaus

Kirurgiseen kyynärhermonvapautukseen päädytään, jos konservatiivisesta hoidosta ei ole apua. Leikkauksen tarkoituksena on poistaa kyynärhermoon kohdistuva paine, joka esiintyy levossa. Kaikki hermon puristuskohdat tulee poistaa, jotta hermo vapautuu ja voi taas liikkua uomassaan. (Elhassan ym. 2007.)

Yksinkertaisimmat sekä yleisimmät hermopinteet hoitaa kirurgi- tai ortopedierikoislääkäri. Vaativammissa tapauksissa potilas tulee ohjata käsikirurgille. Ulnaarihermon sulcus-oireyhtymän kohdalla hermon vapautus on paras hoitokeino. Leikkauksessa osa hermoa suojaavasta ligamentista jätetään paikalleen. Tämä estää hermon luksaation. (Vastamäki & Vastamäki 2009.)

Käsikirurgisissa leikkaustoimenpiteissä käytetään verityhjiötä. Verityhjiö on apuväline, jonka avulla leikkausalueelle saadaan aikaan hyvä näkyvyys. Ennen verityhjiömansetin asettamista raaja laitetaan kohoasentoon ja veri tyhjenetään raajasta erillisen puristavan siteen avulla. Verityhjiö mansetti asetetaan koholla olevaan raajaan keskelle olkavartta, jonka jälkeen mansettiin asetetaan haluttu paine. Jotta vältetään kudonvaurioita, tulee verityhjiön mansetti tyhjentää korkeintaan kahden tunnin päästä sen asettamisen jälkeen. (Göransson ym. 2016, 106.)

4.5. Anestesia ja yleisanestesia

Anestesia muoto valitaan aina leikkaus kohtaisesti, ja potilaan omaa mielipidettä kuunnellen. Tärkeää anestesian valinnassa on se, ettei siitä aiheudu postoperatiivisesti sivuvaikutuksia ja se, että potilas pääsee kotiutumaan mahdollisimman nopeasti. (Hautakangas ym. 2003, 19–20.) Anestesian tulisi myös olla homeostaasia ylläpitävä, eikä se saisi vahingoittaa potilasta leikkauksen aikana (Alahuhta ym. 2014, 350).

Päiväkirurgiassa tavoitellaan mahdollisimman tasaista ja nopeaa induktiota. Tavoitteena on myös saavuttaa riittävän syvä sekä nopeasti säädeltävä anestesian ylläpitotaso ja hyvät olosuhteet leikkauksen ajaksi. Nopea herääminen sekä toipuminen anestesiasta ovat myös tärkeitä tekijöitä päiväkirurgisessa yleisanestesiassa. (Alahuhta ym. 2014, 416.)

Potilaan tajunnan ollessa kirurgisen leikkaustoimenpiteen takia lamautettu, puhutaan yleisanestesiasta. Kohde-elimenä yleisanestesiassa on keskushermosto. Yleisanestesiassa estetään selkäytimessä sekä aivoissa tapahtuvat kivun, tietoisuuden sekä tajunnan neuraaliset tapahtumat. (Alahuhta ym. 2014, 184.) Yleisanestesian eri muotoja ovat balansoitu tai kombinoitu yleisanestesia, jossa potilaalle saadaan uni, kivuttomuus ja liikkumattomuus opioidien ja lihasrelaksanttien avulla, inhalaatioanestesia ja suonensisäinen yleisanestesia. (Heikkinen ym. 2013, 80.) Sosterilla käytetään anestesiamuotona yleisanestesiaa kyynärhermopinteen vapautusleikkauksessa (Saastamoinen 2020). Yleisanestesian eri toimintavaiheita ovat ennen anestesiaa tapahtuva valmisteluvaihe, aloitusvaihe eli induktio vaihe, ylläpitovaihe sekä herätysvaihe. Yleisanestesiassa ilmatie turvataan, joko intubaatiolla tai kurkunpäänaamarilla. (Heikkinen ym. 2013, 80.)

5. PÄIVÄKIRURGINEN HOITOTYÖ

Päiväkirurginen leikkaus tarkoittaa hoitajaksoa, jossa potilaalle tehdään suunniteltu leikkaus, ja hän on sairaalassa korkeintaan 12 tuntia leikkauksen ja siihen liittyvän hoidon takia (Ahonen ym. 2001, 388). Leikkauolosuhteissa päiväkirurginen leikkaus edellyttää yleisanestesiaa, laskimosedaatiota tai laajaa

puudutusta. Potilasta tulee leikkauksen jälkeen valvoa päiväkirurgisen yksikön heräämössä tai osastolla turvallisen kotiuttamisen takaamiseksi. (Alahuhta ym. 2014, 412.)

Jotta päiväkirurgia olisi sujuvaa, tulee potilaat sekä tehtävät leikkaukset valita oikein. Potilasohjauksen selkeys ennen ja jälkeen leikkauksen on tärkeää, sillä se sitouttaa potilaan hoitoon. Yleisesti päiväkirurgiseksi potilaaksi sopii henkilö, jonka sairaudet ovat hyvässä hoitotasapainossa ja turvallinen kotiutuminen on mahdollista kotiolot huomioon ottaen. Jokaisen potilaan soveltuvuutta päiväkirurgiaan arvioidaan leikkaukspäätöstä tehtäessä tapauskohtaisesti. Päiväkirurgiaan ei sovellu henkilö, joka kieltäytyy päiväkirurgiasta, ei kykene noudattamaan ohjeita tai ei halua noudattaa niitä, on epävakaana ASA-luokassa 3 tai 4, tarvitsee leikkauksen jälkeistä nestehoitoa tai verensiirtoa tai ei kykene itsenäisesti liikkumaan leikkauksesta johtuen. (Alahuhta ym. 2014, 412–413.) ASA-luokituksella kuvataan leikkaukseen tulevan potilaan sairastavuutta, luokitus on jaettu asteikolle 1–5. (Konttinen & Hynynen 2003.)

Päiväkirurgisella osastolla on erikseen leikkaussalit, valvontahuone (heräämö, ensimmäisen vaiheen valvontahuone heti leikkauksen jälkeen) sekä toinen valvontahuone, joka on seurantahuone omatoimisille liikkuville potilaille, jotka odottavat kotiin lähtöä (Alahuhta ym. 2014, 416).

5.1. Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivinen hoitotyö tarkoittaa leikkausta ennen tapahtuvaa hoitotyötä. Sen tavoitteena on varmistaa potilasturvallisuutta sekä optimoida potilaan terveydentila ennen leikkausta. (Alahuhta ym. 2014, 414.)

Soveltuvuutta leikkaukseen arvioidaan yleisten leikkauksekelpoisuuden periaatteiden mukaisesti. Tärkeää on huomioida anestesiaamuodon ja leikkauksen laajuuden vaikutus potilaan yleistilaan sekä turvalliseen kotiutumiseen. Preoperatiivisesti tehtävät tutkimukset määräytyvät potilaskohtaisesti, ja potilaat arvioidaan aina yksilöllisesti suunnitellun leikkauksen mukaisesti. (Alahuhta ym. 2014, 414.)

Hoidon alusta alkaen potilasta motivoidaan sitoutumaan leikkauksen jälkeiseen hoitoon, sillä käden vamma ja sen hoito rajoittavat elämää. Käsikirurgiset potilaat ovat usein omatoimisia, joten opetus ja ohjaus on ensiarvoisen tärkeää. Käsikirurgisen potilaan moniammatilliseen hoitotiimiin kuuluvat sairaanhoitaja, lääkäri, fysioterapeutti sekä toimintaterapeutti. (Göransson ym. 2000, 99.) Kun leikkausta edeltävä arviointi on ajoitettu oikein, ovat potilaat hoitomyönteisempiä sekä leikkauksia perutaan vähemmän (Alahuhta ym. 2014, 414).

Preoperatiivisesti selvitetään potilaan anamneesi. Anamneesista tulee ilmetä käytössä oleva kotilääkitys, aikaisemmat merkittävät krooniset sairaudet, kuten keuhkosairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes tai munuaissairaudet, yliherkkyydet ja lääkeaineallergiat, aiemmat anestesia- ja niissä ilmaantuneet mahdolliset ongelmat (pahoinvointi, vaikea intubaatio, hidas herääminen, anestesian aikainen herääminen tai spinaalipuudutuksen jälkeinen päänsärky). Hoitohenkilökunnan tulee myös tietää potilaan päihteiden käytöstä, onko potilaalla verenvuototaipumusta tai raskauden mahdollisuutta, käyttääkö tämä apuvälineitä (kuulolaitteet tai proteesit), onko lähisukulaisilla ilmennyt yllättäviä reagoitteja anestesiaan, minkälainen on potilaan oma käsitys fyysisestä kunnostaan sekä onko potilaalla ilmaantunut rajoitteita viime aikoina esimerkiksi rintakipua. (Karma ym. 2016, 54.)

Potilasturvallisuuden sekä onnistuneen anestesia turvaamiseksi päiväkirurgisten potilaiden kohdalla on otettu käyttöön preanestesiapoliklinikka toiminta. Anestesia- ja lääkäri tapaa potilaan paria viikkoa ennen leikkausta ja tällöin sovi-taan tarkemmin anestesiaan liittyvistä asioista. Anestesia- ja lääkäri haastattelee potilasta ja tarkastaa leikkauksen sekä anestesian varalta keskeiset asiat. Näitä asioita ovat keuhkojen sekä sydämen kuuntelu, potilaan suorituskyvyn arviointi arkisissa käytännön tilanteissa, kasvojen anatomian sekä ilmasteiden arviointi mahdollisen vaikean intubaation takia, leikkausalueen ihon kunto, kaularangan liikkuvuus sekä muut liikerajoitukset. Polikliinisellä käynnillä tehdään myös anestesiaan liittyvät suunnitelmat yhdessä, valitaan anestesia- muoto sekä sovitaan leikkauksen ajoitus. Potilaalle määritellään ASA-luokka sekä lisäksi lääkäri voi käyttää NYHA-luokitusta sydän- ja verisuonitautien

sekä kokonaissuorituskyvyn arvioinnissa. Ennen leikkausta potilas käy myös laboratoriotutkimuksissa, tarvittaessa myös röntgentutkimuksissa. Tutkimukset auttavat selvittämään potilaan sairauksien hoitotasapainoa sekä piilevien sairauksien löytäminen on niiden avulla todennäköisempää. (Karma ym. 2016, 54–55.) Preoperatiiviset tutkimukset määräytyvät potilaan esitietojen, suunnitellun leikkauksen, kliinisen löydöksen sekä leikkaukseen liittyvien riskitekijöiden mukaan. Anestesiaalääkärin tapaaminen rauhoittaa potilaita sekä lisää leikkaustyytyväisyyttä. (Käypähoito -suositus 2014, 5.)

Sairaanhoitaja haastattelee potilaan käyttäen erillistä strukturoitua haastattelulomaketta (Alahuhta ym. 2014, 414). Tarkoituksena on selvittää leikkauksen jälkeinen tilanne kotona (asumismuoto) ja sosiaaliset olot, kerrotaan saattajan tarpeellisuudesta kotimatkalta sekä selvitetään, onko potilaalla mahdollista olla toisen aikuisen seurassa leikkauksen jälkeisen yön yli. Samassa myös ohjeistetaan potilaalle leikkaukseen valmistautuminen kotoa käsin, leikkauspäivän aikataulu, leikkauspäivän aamuna otettavat säännölliset lääkkeet käydään läpi ja lopuksi kerrotaan paastoajat ennen leikkausta. Potilaalle myös kerrataan, että leikkaukseen tullessa tulee olla täysin terve ja potilas saa samat ohjeet myös kirjallisena mukaansa. (Karma ym. 2016, 54–56.) Potilaan tulee käydä suihkussa edellisenä iltana tai viimeistään leikkaus aamuna. (Alahuhta ym. 2014, 414–415.) Paastoaika kiinteälle ruoalle on kuusi tuntia sekä kirkkaille nesteille kaksi tuntia. Aikuinen potilas saa esilääkityksen kanssa noin 150ml vettä. Anestesiaa edeltävän paastoamisen tavoitteena on vähentää leikkauksen aikaista aspiraation riskiä. (Heikkinen ym. 2013, 16.)

Tauotettava kotilääkitys on tärkeää käydä potilaan kanssa läpi leikkausta edeltävässä arvioinnissa potilasturvallisuuden takia. Käypähoito suosituksessa (2014) mainitaan eräitä keskeisiä lääkkeitä, joiden tauotus tulee huomioida preoperatiivisesti. Tauotettavia lääkkeitä ovat mm. antitromboottiset lääkkeet. Niiden tauotus arvioidaan tapauskohtaisesti ja se tulee huomioida siksi, että lääkeaine voi lisätä leikkauksen aikaista vuotoriskiä sekä vaikuttaa anestesiamuodon valintaan. Varfariini tulee tauottaa viisi vuorokautta ennen leikkausta (suuren vuotoriskin leikkauksissa), jotta haluttu INR-taso (< 1,5)

saavutettaisiin. Pienellä annoksella asetyylisalisyylihappo (ASA) voi lisätä leikkauksen aikaista vuotoa, mutta ASA:n ollessa määrätty uhkaavaan verenkiertohäiriön estoon, on sen antitromboottinen vaikutus tärkeämpi kuin vähäinen leikkauksen aikainen verenvuoto. Jos ASA on kuitenkin määrätty muuhun, kuin valtimotapahtuman uusimisen estoon, tulee se tauottaa viikkoa ennen leikkausta, jos siihen liittyy verenvuodon riski. Erityisesti Omega-3 rasvahappovalmisteet tulee tauottaa lisääntyneen vuotoriskin takia. Kaikki muutkin luontaistuotteet suositellaan tauotettavan seitsemän vuorokautta enne leikkausta. (Käypähoito -suositus 2014, 21–28.)

5.2. Intraoperatiivinen hoitotyö

Intraoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas saapuu leikkaavaan yksikköön ja päättyy siihen, kun potilas siirtyy leikkaussalista eteenpäin heräämään. Intraoperatiivinen vaihe kattaa siis kaiken leikkauksen aikana tapahtuvan hoidon. (Widgren 2013, 16.)

Jokaisella tiimin hoitajalla on oma vastuualue. Instrumentoiva sairaanhoitaja varaa valmiiksi kaikki steriilit välineet ja valmistelesteriilin instrumenttipöydän. Valvova sairaanhoitaja huolehtii potilaan turvallisuudesta sekä leikkaustiimin avustamisesta ja tapahtumien koordinoimisesta koko leikkauksen ajan. Kirjaaminen on valvovan sairaanhoitajan vastuulla. (Karma ym. 2016, 103.) Anestesiahoitaja vastaa potilaan monitoroinnista, anestesian valmistelusta, sen ylläpidosta sekä saadun koulutuksen rajoissa sen päättämisestä. Anestesiahoitaja tarkkailee hengitystä, lämpötasapainoa, verenkiertoa, nestehoitoa sekä verenvuotoa, kipua, unen syvyyttä ja lihasrelaksaatiota. (Karma ym. 2016, 12, 57, 103 & 120–134.)

Leikkauspäivän aamuna potilas saapuu sovittuun aikaan leikkaavaan yksikköön. Ennen leikkausta potilas tapaa hoitajan, joka tekee potilaalle perusmittaukset (verenpaine, verensokeri ja lämpö) sekä tarkistaa ihon kunnon. Potilas tapaa myös leikkaavan lääkärin, joka tarkistaa leikattavan raajan puolen sekä leikkauskohdan. Potilaalla on myös mahdollisuus viimeisiin kysymyksiin ja keskusteluun ennen leikkausta. (Göransson ym. 2016, 104.)

Tarvittaessa potilaalle voidaan antaa pieni annos rauhoittavaa lääkettä esilääkityksenä, parasetamolia tai tulehduskipulääkettä (Heikkinen ym. 2013, 324). Ennen leikkausta potilaalta itseltään varmistetaan tehtävä leikkaus, leikattava puoli sekä ihon kunto merkintöineen. Leikkaussalissa potilas kytketään valvontalaitteisiin, joita ovat sydänsähkökäyrä (EKG), noninvasiivinen verenpaine (NIBP) sekä pulssioksimetri. (Karma ym. 2016, 69–74.)

Aikuisella leikkauspotilaalla nestehoito aloitetaan yleensä 0,9% NaCl-liuoksella tai Plasmalyte -liuoksella. Nesteiden tarkoitus on kuljettaa lääkkeitä, korvata leikkausvuotoja sekä potilaasta haistuvia nesteitä. Nestehoidon kokonais-tarve määräytyy päivittäisestä perustarpeesta, sairauden aiheuttamasta lisätarpeesta ja ylimääräisen menetyksen korvaamisesta. (Karma ym. 2016, 64.) Anestesia- ja leikkauksen lääkäri nukuttaa potilaan ja anestesiahoitaja huolehtii potilaan esihapetuksesta. Tämän jälkeen potilaan tajunnan menetystä sekä vitaelintoimintoja seurataan. Intubaation tilalla voidaan käyttää myös kurkunpäänaamaria (larynx-maski). Naamarin kanssa ei käytetä yleensä lihasrelaksantteja. (Heikkinen ym. 2013, 81–82.)

Ennen anestesian induktiota leikkaustiimi käy yhdessä läpi tarkistuslistan mukaisen alkutarkistuksen eli "sign in" osion. Alkutarkistuksessa käydään läpi potilaan henkilöllisyys, leikkaus, joka tehdään, leikkausalue, potilaan suostumus leikkaukseen, pulssioksimetri on asennettu oikein, onko potilaalla vuotoriski, allergioita, hengitysongelmia tai anestesia- ja leikkauksen riskejä, että laskimokanyyli on asennettu ja nestehoito aloitettu suunnitelman mukaan. Ennen leikkausviillon tekemistä tarkistuslistasta käydään läpi aikalisä osio eli "time out" osio. Aikalisä osiossa tarkistetaan ääneen, että jokainen tiimin jäsen on esittäytynyt, jokainen kertoo tehtävänsä leikkauksessa, tiimi käy läpi leikkauksen kriittiset vaiheet, mahdollinen antibioottiprofylaksia on annettu 60 minuutin aikana sekä, että radiologiset kuvat ovat esillä. Ennen kuin potilas siirtyy heräämöönsä, käy leikkaustiimi läpi tarkistuslistan uloskirjautumis osion eli "sign out" osion. Uloskirjautumis osiossa leikkauksen diagnoosi sekä tehty leikkaus on dokumentoitu, instrumenttien, neulojen, taitosten tarkistuslaskennat on tehty ja ne on todettu oikeiksi, kudoksenäytteet on otettu sekä käsitelty oikein, todetaan käytet-

tyjen laitteiden oikein toimivuus ja mahdollisesti korjataan niissä ilmenneet ongelmat. Lopuksi käydään läpi postoperatiivisen hoidon pääkohdat. (Karma ym. 2016, 20–21.)

Kaikin puolin toimivin sekä yleisin leikkausasento käsikirurgiselle potilaalle on selkäasento. Leikkausasennon valinnassa on tärkeää huomioida, etteivät hermot puristu sekä, ettei infuusiokädessä mikään pääse painamaan ulnaarisul-kusta. Optimaalinen hartian ja lapaluun asento tulee myös varmistaa. On myös huomioitava, että raaja ei saa olla yli 90 asteen kulmassa ylöspäin väännettynä. Potilaan selän kipeytymisen varalta leikkaussaliin tulee varata erilaisia tyynyjä. Niitä voi asettaa potilaan ristiselän, kantapäiden tai polvien alle. (Göransson ym. 2016, 106.)

Lähtökohtaisesti tavoitteena käsikirurgisessa leikkauksessa on käden työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen sekä invaliditeetin minimalisointi. Bipolaarinen diatermia on käsikirurgisessa leikkauksessa mahdollisimman vähäisten kudosa-vaurioiden kannalta hyvä valinta, sillä sen vaikutus kohdistetaan tarkasti vain yhdelle alueelle. (Göransson ym. 2016, 105–106.)

Anestesia lääkäri on aina läsnä, kun anesteetin annostelu lopetetaan. (Heikkinen ym. 2013, 82–83.) Kun leikkauksen jälkeen potilas hengittää itse ja hapet-tuminen on toteutunut, voidaan potilas siirtää heräämööseen. Ennen siirtoa poti-laalta tulee vielä mitata verenpaine sekä tarkistaa sydämen rytmi. Tämän jäl-keen potilas voidaan turvallisesti irrottaa monitoreista. (Karma ym. 2016, 174.)

5.3. Postoperatiivinen hoitotyö

Leikkauksen postoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan heräämööseen ja päättyy, kun potilas ei enää tarvitse hoitoa leikkauksen jälkeen. (Jurkkala 2010, 4). Anestesiahoitaja saattaa potilaan heräämööseen, ja raportoi leikkauksen kulusta ISBAR-raportointiohjeiden mukaisesti. Tavoitteena pos-toperatiivisessa hoidossa on anestesioidun potilaan hyvinvointi. Potilaan siis tulee toipua anestesiasta sitä edeltäneelle tasolle. Toipumista seurataan tark-kailemalla potilaan elintoimintoja sekä mahdollisia komplikaatioita. (Karma 2016, 178–180.)

Tärkeää on potilaan tilan jatkuva tarkkailu sekä arviointi. Koko sen ajan, kun potilas on heräämössä, mittaustuloksia sekä havaintoja kirjataan anestesiologi- makkeeseen vähintään 15 minuutin välein. Vitaalielintoimintojen ollessa epä- vakaat mittauksia tehdään vielä tiheämmin. Vitaalielintoiminnoista tarkkaillaan hengitystä, verenkiertoa, tajunnan tasoa, kipua, pahoinvointia, lihasvoimaa, lämpötasapainoa, nestetasapainoa sekä leikkausalueita. (Karma 2016, 181– 182.)

Jotta päiväkirurginen potilas voidaan heräämöstä kotiuttaa, tulee hänen toipua halutulla tavalla anestesiasta. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas on tajuissa ol- lessaan orientoitunut aikaan ja paikkaan, verenpaine ja syke ovat normaalilla tasolla, happisaturaatio on huoneilmalla vähintään 92 %, pahoinvointi sekä kipu ovat vähäistä ja istuessa potilas tuntee enintään lievää huimausta. Poti- laan tulee kyetä kävelemään tuetta sekä pukeutumaan itse ennen kotiutta- mista. (Alahuhta ym. 2014, 419–420.)

Yleensä ennen kotiuttamista potilas saa kevyttä ruokaa, juomaa ja hänen tulisi virtsata. Potilas tarvitsee myös kotimatkalleen saattajan sekä hänen tulee olla vastuullisen aikuisen seurassa ensimmäisen yön ajan. (Alahuhta ym. 2014, 420.) Ennen kotiuttamista potilaan kanssa on suullisesti käytävä läpi jälkihoito- ohjeet. Jälkihoito-ohjeet potilas saa myös kirjallisena. Myös mahdolliset komp- likaatiot, mitä leikkaus voi aiheuttaa pitää käydä potilaan kanssa suullisesti läpi. Leikkauksen jälkeisenä päivänä sairaanhoitaja soittaa potilaalle kotiin ja varmistaa, onko kaikki hyvin. Osa potilaista käy jälkitarkastuksessa. (Jurkkala, 2010, 9–10.)

Kuntoutus on tärkeä osa leikkauksen jälkeistä hoitoa ja se tulee ottaa huomi- oon jo leikkauksen päätöstä tehdessä. Kuntoutusohjeen ovat moniammatillisen tii- min yhdessä laatimia. Leikkauksen jälkeinen kuntoutus tulee ottaa huomioon alusta alkaen, jotta saadaan potilas sitoutumaan kuntoutukseen paremmin. Omatoimisuuden korostaminen on tärkeää. Jokaisen potilaan kohdalla kun-

toutukselle tulee asettaa realistiset tavoitteet, aikataulu sekä ennuste. On tärkeää, että potilas on tietoinen omasta ennusteestaan. (Göransson ym. 2016, 109.)

Käsikirurgiassa turvotus ja arpikudoksen liiallinen muodostuminen sekä niistä aiheutuvat nivelten liikkeiden ongelmat ovat tarpeettoman mobilisoinnin sekä riittämättömän kivunhoidon kanssa yleisimpiä kuntoutusta uhkaavia tekijöitä. Kuntoutuksen edistymistä tulee seurata, etenkin heti leikkauksen jälkeen. Uhkana kuntoutukselle on potilaiden kokema kipu. Kontrollikäynnit ovat hyvä tapa seurata edistymistä. Potilaalla tulee olla sairaalasta poistuessaan kirjalliset kotihoito-ohjeet sekä leikkaavan tahon yhteystiedot. (Göransson ym. 2016, 109.)

Ennen leikkausta potilaalle ohjataan nivelten liikuttelu sekä lihassupistukset. Nivelten jäykistymistä ehkäistään passiivisilla sekä aktiivisilla liikeharjoitteilla. Jännevammojen leikkauksien jälkeen nivelten aktiivinen liikuttaminen ei ole sallittua, jolloin passiivinen mobilisointi on tarpeen. Käteen valmistetaan lasta, jos nivelten aktiivinen liikuttelu ei ole sallittua kaikissa nivelissä. Tällöin aktiivinen mobilisointi tapahtuu lastan niin salliessa. Ompeleet eivät estä kuntoutusta. (Göransson ym. 2016, 110.)

Leikkauksen jälkeistä turvotusta pyritään hallitsemaan pitämällä raajaa kohoasennossa. Raajan kohoasento on olennaisinta ensimmäisen vuorokauden ajan leikkauksen jälkeen. Normaalisti turvotus kestää leikkauksen jälkeen seitsemästä kymmeneen vuorokautta. Nivelten aktivointi vähentää kiinnikkeiden syntymistä, vähentää turvotusta sekä auttaa kudosten paranemisessa. (Göransson ym. 2016, 109.)

Haavan hoito-ohjeet annetaan potilaalle myös postoperatiivisesti. Ohjeita on syytä noudattaa haavan optimaalisen parantumisen kannalta. Leikkaustoi-
menpiteessä syntyneen haavan reunat pyritään ompelemaan yhteen, jotta haava parantuisi reunojen kasvaessa suoraan yhteen. Haava voi olla suljettu

hakasilla, tikeillä tai jatkuvalla ompeleella. Tärkeimmät huomioitavat uhat haavan parantumiselle ovat bakteeri-infektiot sekä vaurioituneesta kudoksesta tuleva verenvuoto. (Tunturi 2020.)

Potilaalle tulee kirjallisten ohjeiden lisäksi käydä vielä suullisesti läpi ommellun haavan hoito kotona. Ommellun haavan hoidossa tulee kiinnittää huomiota moniin asioihin, jotta haava parantuu mahdollisimman hyvin. Potilaalla tulee olla haavasidostarvikkeet kotona. Haavasidostarvikkeita on saatavilla apteekissa. Haava on pidettävä koko ajan puhtaana. Kuivaa haavaa ei tarvitse peittää sidoksella. Ennen sidoksien vaihtoa tai haavan koskemista kädet tulee pestä huolellisesti. Leikkauksen jälkeen haavalle laitetaan pehmustettu lappu, ja se tulee pitää paikoillaan 4–5 vuorokautta. Jos sidoksen alla on haavalla oleva ihoteippi, se pidetään paikallaan ompeleiden poistoon asti. Jos ihoteippi tai sidos likaantuu, tulee likaiset poistaa ja vaihtaa puhtaisiin. Yhden vuorokauden kuluttua ompelusta haavasidos tulee poistaa ja haavan voi huuhdella suihkussa vedellä. Tämän jälkeen haava-alue tulee kuivata huolellisesti puhtaalla pyyhkeellä taputellen. Jos haavan päällä on muovikalvo, tulee se säilyttää, mutta haavaa ei tarvitse muuten peittää uudelleen. Haavaa ei saa hängata, venyttää tai siihen ei saa kohdistaa painetta. Fyysistä ponnistelua, kumartelua tai nostelua tulee välttää ensimmäisinä päivinä, jotta haava-alueelle ei aiheudu verenvuotoa. Jos haava vuotaa, vuotoaluetta painetaan 10–20 minuuttia harsotaitoksella. Jos vuoto tyrehtyy, ei muita toimia tarvita. Jos raaja turpoaa, siirretään se kohoasentoon. Antibioottipitoisia salvoja ei saa laittaa haavalle. Haavakipuun määrättyjen lääkkeiden annostelu ohjataan leikkaustoitimenpidekohtaisesti. (Tunturi 2020.)

Potilas tulee ohjeistaa myös ottamaan yhteyttä leikkaavaan osastoon, jos hän epäilee haavan infektiota tai jos jokin muu epänormaali oire ilmenee. Näitä oireita ovat haavakivun voimistuminen yhden tai kahden vuorokauden jälkeen ompelusta, runsas verenvuoto, joka ei tyrehdy 10–20 minuutin harsotaitoksella painamisen jälkeen. Haava voi olla infektoitunut, jos haavalta erittyy keltaista tai valkoista, märkäistä ja sameaa eritettä tai, jos haavaa sekä sen ympäröivää ihoa kuumottaa. Infektoituneen haavan ympäryksessä iho voi punoittaa

usean senttimetrin matkalta tai haava alueen turvotus voi lisääntyä merkittävästi (tulehduksen oire ei ole haavan reunojen hento punoitus ensimmäisten leikkauspäivien jälkeen). Potilaalla voi esiintyä vilunväristyksiä sekä nousevaa kuumetta. Haava voi myös aueta. (Tunturi 2020).

Leikkaustoimenpiteen jälkeen haavainfektiota epäiltäessä tulee aina ottaa yhteys leikkaavaan yksikköön tai omaan terveyskeskukseen. Infektioiden ehkäisemiseksi leikkauksessa käytetään tekniikoita, joiden avulla pystytään minimoimaan bakteerien pääsy leikkausalueelle. Potilaalle voidaan myös antaa ennaltaehkäisevästi antibioottihoitoa. (Saarelma 2020.) Ompeleiden poistamiseen saakka tulee välttää uimista, ammekylpyä sekä saunomista (Saarelma 2020). Ompeleiden poisto tapahtuu normaalisti omassa terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa, ja se tapahtuu 10–14 vuorokautta haavan sulkemisen jälkeen. (Tunturi 2020.)

6. HYVÄ POTILASOHJE

Potilasohjeet luovat kuvan ohjetta jakavan organisaation johtamistavoista ja hoitoidologioista sekä antavat ohjausta ja neuvontaa. Hyvä potilasohje palvelee hoitohenkilökuntaa kuin myös potilaita. Potilasohjeiden tekemiseen ei ole olemassa yksiselitteistä hyvää reseptiä, mutta valmis ohjepohja helpottaa yksittäisen potilasohjeen kirjoittamista. (Heikkinen ym. 2002, 34.)

Potilasohjeessa on tärkeintä, että se on kirjoitettu juuri potilaalle tai hänen omaiselleen (Hyvärinen 2005). Heikkisen ym. (2002) mukaan lähtökohtia potilasohjeen kirjoittamiseen on kaksi: laitoksen tarpeet ohjata potilasta toimimaan ”oikein”, eli järjestelmän hyvinä ja tarkoituksenmukaisina pitämien mallien mukaisesti, ja potilaiden tarpeet saada olennaista tietoa.

Yksikön on hyvä sopia ohjeen puhuttelutavasta, teititelläänkö vai sinutellaanko potilaita. On parempi teititellä kuin sinutella, jos on epävarma siitä, kuinka ohjeen lukijat suhtautuvat sinutteluun. Suositeltavaa olisi kirjoittaa Te-sana isolla, mutta sääntö ei ole ehdoton. (Heikkinen ym. 2002, 37.)

Ohjeiden tärkeyttä ja perillemenoaa voidaan edistää suorien määräysten sijaan perustelemalla ja selittämällä, miksi tietyt menettelytavat ovat suositeltavia ja mitä haittaa toisella tavalla toimimisesta voi olla. Suositeltavaa onkin perustella käsiteltävät asiat potilasohjeisiin kuin niin sanotusti ”ladella käskyjä”, vaikka perustelujen kirjoittaminen on paljon vaativampaa ja työläämpää. Perustelut tietäessään potilas myös itse tietää, miksi niin kannattaa tehdä, ja näin potilas ei voi vedota ongelman ilmaantuessa tietämättömyytensä. (Heikkinen ym. 2002, 38.)

Ohjeen ymmärrettävyyteen vaikuttaa asioiden esittämisjärjestys, yleensä aloitetaan merkityksellisimmistä asioista ja lopuksi kerrotaan vähäpätöisemmät. (Hyvärinen 2005.) Tärkeimmästä kohti vähemmän tärkeää -kirjoitustapaa käyttäessä myös vain alun lukeneet saavat tietoonsa kaikkein olennaisimman. Leikkaustoimenpiteiden valmistautumisohjeissa asiat kerrotaan tapahtumajärjestyksessä. (Heikkinen ym. 39–43.)

Lukijan pitää ymmärtää ensi vilkaisulla, että ohjeen teksti on tarkoitettu hänelle. Potilasohjeen pääotsikon tulee kuvata ohjeen sisältöä, ja ensimmäisestä virkkeestä tulee ilmetä, mistä ohjeessa on kysymys. Potilaan toivottaminen tervetulleeksi leikkaustoimenpiteeseen on hyvä aloitus ohjeelle. (Heikkinen ym. 2002, 36.) Väliotsikointi potilasohjeissa on tärkeää, väliotsikot keventävät ja selkeyttävät ohjetta jakamalla tekstit sopiviin osiin. (Heikkinen ym. 2002, 39; Hyvärinen 2005.) Väliotsikot kertovat kappaleen olennaisimman asian. Väliotsikkona toimii yksittäinen sana tai sanapari. (Hyvärinen 2005; Heikkinen ym. 2002, 40.)

Kuvat ovat tärkeä osa ohjetta. Ne herättävät parhaimmillaan mielenkiintoa ja auttavat ymmärtämään. Potilasohjeissa kuvia käytetään tukemassa ja täydentämässä tekstin asiaa. Hyviä kuvituksia ovat esimerkiksi leikkaustoimenpidettä selventävät kuvat ja piirrookset. Kuvia ei tulisi jättää tekstittämättä, sillä hyvä kuvateksti kertoo kuvasta jotain sellaista, mitä kuvasta ei voi suoraan nähdä. (Heikkinen ym. 2002, 41.)

Ohjeessa tulee välttää termien ja termimäisten lyhenteiden käyttöä, koska lukijana on tyypillisesti maallikko. Termien käyttöä voi välttää miettimällä, miten asian kertoisi kasvotusten potilaalle. Mikäli asiasta on mahdoton puhua ilman lääketieteen termejä tai lyhenteitä, tulisi hankalat ilmaukset selittää ohjeessa. (Hyvärinen 2005; Heikkinen ym. 2002, 42.)

Virkkeiden ja lauseitten tulisi olla ymmärrettäviä kertalukemalla. Virkkeet eivät saa olla liian pitkiä. Oikeinkirjoitusnormeja on noudatettava ohjeissa. Huolimattomasti kirjoitettu teksti herättää epäilyjä ohjeen pätevyyttä kohtaan. (Hyvärinen 2005.) Ohjeen ymmärrettävyyttä lisää selkeä kappalejako: yhdessä kappaleessa kerrotaan yksi asiakokonaisuus. (Heikkinen ym. 2002, 43.) Tekstin luettavuutta lisäävät miellyttävä ulkoasu ja tekstin asianmukainen asettelu. Suosituspituutta potilasohjeille ei ole, mutta tekstin lyhyys ilahduttaa useimpia. (Hyvärinen 2005.)

Viimeisenä ohjeessa ovat yhteystiedot, tiedot ohjeen tekijöistä sekä viitteet lisätietoihin. Tärkeimpiä tietoja ovat yhteystiedot, joiden avulla potilas voi ottaa yhteyttä kysymyksiensä herätessä tai poikkeavien jälkioireiden ilmaantuessa. Yhteystiedot erotellaan omaksi osakseen väliotsikolla. Yhdessä potilasohjeessa ei pystytä vastaamaan kaikkiin kysymyksiin, siksi ohjeessa voi olla mukana potilaan ohjaaminen tuoreille tietolähteille. (Heikkinen ym. 2002, 44.)

Hyvän ohjeen lähtökohtia ovat tekstin ja kuvien asettelu paperille eli taitto. Hyvin taitettu ohje parantaa ymmärrettävyyttä ja houkuttelee lukemaan. Ilmava taitto lisää ohjeen ymmärrettävyyttä, siksi ohjeessa ei tarvitse karttaa tyhjää tilaa. Ohjeen taiton suunnittelussa on hyödyllistä käyttää asettelumallia. Asettelumallin avulla ohjeen elementit, otsikot, tekstit ja kuvat asetetaan paikoilleen. Asettelumalli helpottaa yksittäisen ohjeen tekemistä, sillä ohjeen tekijä voi keskittyä ohjeen asiasisällön muotoilemiseen eikä aikaa kulu muodon pohtimiseen. Mitä suurempia rivivälejä ohjeessa käytetään, sitä ilmavampaa ja luettavaampaa teksti on. Tavallisesti ohje kirjoitetaan 12 pisteen fontilla ja tekstin riviväliksi riittää puolitoista. Pelkällä sisennyksellä kappaleita ei eroteta toisistaan, sillä se tekee ohjeesta ahtaan näköisen. Toisistaan kappaleet erotetaan joko

tyhjällä tilalla tai sisennyksellä ja tyhjällä tilalla. Tekstissä korostuskeinona paras on lihavoitu, sillä alleviivaus saa helposti näyttämään ahtaalta. (Heikkinen ym. 2002, 55–59.)

7. SAIRAANHOITAJAN OHJAUSOSAAMINEN

Potilasohjaus on osa potilaiden kokonaisuhoitoa, ja se onkin merkittävä osa hoitotyötä. Hyvällä potilasohjauksella voidaan vähentää tarpeettomia yhteydenottoja terveydenhuoltoon. Suullisen potilasohjauksen lisäksi voidaan käyttää kirjallista materiaalia. Potilaalla on oikeus Suomen lain mukaan saada selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. (Hupli ym. 2014, 60.) Hoitajilla on velvollisuus ohjata potilaita huomioiden lait, asetukset, ohjeet, suositukset, hyvät ammattikäytänteet ja terveyden edistämisen näkökulmat. (Kylliäinen 2012.) Potilasohjausta pidetään nykyään yhtenä keskeisimmistä hoitotyön toiminnoista ja olennaisena osana potilaan asianmukaista ja laadukasta hoitoa. (Saarela 2013.)

Ohjaus on potilaiden ja hoitohenkilökunnan välistä tavoitteellista toimintaa. Ohjauksen tavoitteena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta aktiiviseksi, itsenäiseksi ja selviytyväksi. Potilasta tuetaan ohjauksella löytämään omia voimavarojaan, kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjauksen tarkoituksena on antaa potilaalle valmiuksia ja rohkeutta tehdä ratkaisuja ja päätöksiä omasta hoidostaan sekä hallita omaa terveyttään. Potilaan motivaatiota voidaan vahvistaa ohjauksella, jotta hän kiinnittää huomiota ohjattaviin asioihin ja sitoutuu toimimaan tavoitteiden mukaisesti. (Saarela 2013.) Potilas toimii potilasohjauksessa oman elämänsä asiantuntijana taustatekijöineen, ja hoitohenkilökunta toimii potilasohjauksen asiantuntijana. (Miettinen 2016.)

Hoitohenkilökunnalta potilasohjaus edellyttää ammatillista vastuuta ylläpitää ja kehittää ohjausvalmiuksiaan, edistää potilaan terveyteen liittyviä valintoja ja turvata potilaalle riittävä ohjauksen saanti. Potilasohjaus on aina potilaan tarpeista lähtevää. Hyvä potilasohjaus rakentuu potilaan esille ottamille tärkeille asioille sekä huomioi hänen taustatekijänsä. (Lipponen 2014.) Käytettävä tieto

potilasohjauksessa pääosin perustuu koulutuksen ja työkokemuksen tuomaan tietoon. (Miettinen 2016.)

Potilasohjaustilanteen toteutumisen tulee rakentua suunnitteluun, valmistautumiseen sekä ajantasaiseen tietoon. (Miettinen 2016.) Hyvä ohjaaja huomioi potilaiden tunteita ja voimavaroja sekä herättää potilaan motivaation ja halun oppia. Potilaat kokevat, että motivoiva ilmapiiri syntyy, kun hoitaja osoittaa kunnioittavansa heitä ja heidän mielipiteitään. Jokainen potilas tulee kohdata yksilöllisesti. (Hyytiäinen 2010.) Hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot ovat potilasohjauksen keskeisimpiä osa-alueita. (Miettinen 2016.) Tilanteen tulee olla kiireetön ja rauhallinen (Hyytiäinen 2010), usein kiire on haasteena potilasohjauksen toteutumiselle. Keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen lopussa tukee potilaan tiedon omaksumista. Ohjauksen tulee sisältää jatko- ja kotihoidon varmistamisen ja niihin liittyvän ohjauksen toteutuksen. Ohjaustilanteen ei tarvitse aina olla omana erillisenä tilanteenaan, sitä voi toteuttaa myös sisällytettynä muun toiminnan tai keskustelun yhteyteen. Potilasohjaus on silloin onnistunut, kun potilas on ymmärtänyt hoitoonsa liittyvät tiedot siten, että voi soveltaa niitä omassa elämässään. (Miettinen 2016.)

Potilasohjaus leikkaukseen valmistautuville potilaille vähentää ennen leikkausta esiintyvää pelkoa ja jännitystä. Potilasohjaus edistää kuntotumista ja toipumista leikkauksesta sekä lisää potilaan itseohjautuvuutta ja osallistumista hoitoonsa. Potilaat itse kokevat olevansa paremmin valmistautuneita kirurgisiin leikkaustoimenpiteisiin, kun he ovat saaneet osallistua ohjaukseen ennen leikkausta. Kirjallisen ohjausmateriaalin on todettu parantavan potilasohjeiden muistamista, siksi onkin suositeltavaa, että ohjaus annetaan kirjallisesti suullisen ohjauksen lisänä. (Saarela 2013.)

8. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohje kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea potilaan valmistautumista leikkaukseen ja leikkauksen jälkeiseen toipumiseen sekä kuntoutumiseen. Kirurgian poliklinikan hoitajille potilasohje on tukena yhdenmukaisessa ohjauksessa.

9. TUOTEKEHITYSPROSESSI

Opinnäytetyö toteutetaan tuotekehitysprosessina. Tuotekehityksellä tarkoitetaan määrätietoista toimintaa uusien tuotteiden tai palveluiden kehittämiseksi tai jo ennestään olemassa olevien tuotteiden tai palveluiden oleellista parantamista. Tuotekehityksen suunnittelu ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla jäsentyy tuotekehityksen perusvaiheiden mukaan. Tuotekehitysprosessissa voidaan erottaa viisi vaihetta, ja Jämsän ja Mannisen (2000) mukaan nämä viisi tuotekehitysprosessin vaihetta ovat ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäminen ja tuotteen viimeistely.

9.1. Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen

Tuotekehitysprosessi alkaa ongelman ja kehittämistarpeen tunnistamisella. Ongelmalähtöisten lähestymistapojen tavoitteena on jo käytössä olevan palvelumuodon parantaminen ja tuotteen kehittäminen edelleen. Keskeisintä ongelmien ja kehittämistarpeen täsmentämisessä on selvittää ongelman laajuus eli keitä asiakasryhmiä ongelma koskettaa ja kuinka yleinen se on. (Jämsä & Manninen 2000, 29–31.)

Kiinnostus aihetta kohtaan kehittyi kirurgian poliklinikan työharjoittelun jälkeen syksyllä 2019. Kyynärhermopinteen vapautusleikkaus aihe valittiin koulun opinnäytetyöaihepankista. Aiheen valintaan vaikuttivat harjoittelusta saatu ammattitaitoinen ohjaus sekä poliklinikan kannustava ilmapiiri. Vanhaa potilasohjetta kyynärhermopinteen vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle ei Sosterissa ole, joten tuotekehitysprosessin avulla luodaan kokonaan uusi potilasohje.

9.2. Ideavaihe

Ongelman ja kehittämistarpeen tunnistamista seuraa ideavaihe. Ideavaiheessa käynnistyy ideointiprosessi eri vaihtoehtojen löytämiseksi, kun varmuus kehittämistarpeesta on saatu, mutta päätöstä ratkaisukeinoista ei ole tehty. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Benchmarkingissa tavoitteena on kriittisten menestys- tai laatutekijöiden tunnistaminen, analysointi ja hyödyntäminen. Benchmarking perustuu suoritteiden tai toimintatapojen vertaamiseen toisten organisaatioiden suoritteisiin. (Jämsä & Manninen 2000, 37.)

Ideointivaiheen aikana käytettiin benchmarkingia. Eri sairaanhoitopiirien sivuilta etsittiin aiheeseen liittyviä potilasohjeita ja niitä vertailtiin keskenään. Vertailuun valittiin neljä eri ohjetta (taulukko 1) kolmesta eri sairaanhoitopiiristä: Kyynärhermopinteen vapautusleikkauksen jälkeinen kuntoutus (nervus ulnaris) (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri s.a.), Leikkauksen jälkeinen kotihoito-ohje kyynärpään tapaturmapotilaalle (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2018), Potilasohje toimenpide/tutkimusaamuna (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2015) sekä Ommellun haavan kotihoito-ohjeet (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2018). Asetimme itsemme potilaan asemaan, kun vertailimme potilasohjeita. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin (2018), Keski-Suomen sairaanhoitopiirin (2018), Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin (2015) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (s.a.) potilasohjeissa vertailtiin fonttia, värimaailmaa ja kuvien käyttöä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin (2015; 2018) potilasohjeet olivat visuaalisesti tylsiä, koska potilasohjeissa ei ollut käytetty värejä ja kuvia lainkaan. Sen sijaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin (2018) potilasohje oli visuaalisesti houkutteleva värien ansiosta. Sopivan kokoisella fonttikoolla, rivivälillä ja värimaailmalla on suuri merkitys potilasohjeen luettavuudessa.

Taulukko 1. Benchmarkingissa vertailut lähteet

Opinnäytetyön/potilasohjeen nimi sekä tekijät	Tehdyt huomiot
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, 2018. Ommellun haavan kotihoito-ohjeet.	Potilasohje on hyvin erilainen kuin Sosterilla olevat ohjeet. Teoriassa saimme ohjeesta hyvää tietoa ja vertasimme sitä suunnitelman teorian tietoon. Ohje on mielestämme graafisesti tylsän näköinen, ja haluamme, että lopullinen tuotteemme on ilmeeltään miellyttävämmän näköinen.
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2018. Leikkauksen jälkeinen kotihoito-ohje kyynärpäähän tapaturmapotilaalle.	Potilasohjeesta saimme tietoa kyynärpäähän leikkauksen kotihoito-ohjeista. Kuvat ovat havainnollistavia ja selkeitä.
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2015. Toimenpide aamuna/tutkimus aamuna –potilasohje.	Teimme saman huomion, kuin edellisestä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ohjeesta, ohje on graafisesti latteaa, koska ulkoasu on tylsän näköinen. Ohje on teoreettisesti kuitenkin kattava, potilas saa siitä kaiken tarvitsemansa tiedon haavanhoitoon. Kyynärhermovapautus toimenpiteessä käytetään myös ompelaita, joten tämä potilasohje toi ymmärrettävästi esille ommellun haavan kotihoito-ohjeet.
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri s.a. Kyynärhermopinteen vapautusleikkauksen jälkeinen kuntoutus (nervus ulnaris).	Potilasohjeen sisältämät kuvat tekevät potilasohjeesta houkuttelevan näköisen. Potilasohje sisältää selkeät leikkauksen jälkeiset kuntoutusohjeet.

Benchmarking -vertailu korosti kuvien tärkeyttä. Kuvat konkretisoivat kirjallisesti annettuja ohjeita. Benchmarkingissa käytetyt potilasohjeet olivat väri- ja maailmaltaan laimeita. Benchmarkingin avulla ymmärrettiin visuaalisen ilmeen tärkeys. Potilasohjeessa haluttiin käyttää värejä ja kuvia keventämään sekä selkeyttämään tekstin sisältöä.

9.3. Luonnosteluvaihe

Kun on tehty päätös siitä, millainen tuote on aikomus suunnitella ja valmistaa, käynnistyy tuotteen luonnostelu. Ominaista luonnostelulle on analyysi siitä, mitkä eri tekijät ja näkökohdat ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistamista. Tavoitteena on täsmentää suunniteltavan tuotteen ensisijaiset hyödynsaajat ja

se, millaisia he ovat palvelun tai tuotteen käyttäjinä. (Jämsä & Manninen 2000, 43–52.)

Tuote, jossa on otettu huomioon käyttäjäryhmän tarpeet ja muut ominaisuudet, palvelee asiakkaita tehokkaimmin. Tuotteiden suunnittelussa ja valmistamisessa tarvitaan tuotekohtaista asiantuntemusta ja osaamista sekä niille ominaisia suunnittelu- ja valmistusmenetelmiä ja -välineitä. (Jämsä & Manninen 2000, 43–52.)

Luonnosteluvaiheessa on tavoitteena täsmentää, ketkä ovat suunniteltavan tuotteen ensisijaiset hyödynsaajat ja millaisia he ovat tuotteen käyttäjinä. Tuotteen luonnostelu perustuu Jämsä ja Mannisen (2000) mukaan asiakasanalyysiin ja asiakasprofiiliin laadintaan, jossa selvitetään asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tarpeet ja odotukset. Asiakkaita palvelee tehokkaimmin tuote, joka on suunniteltu käyttäjäryhmän tarpeet, kyvyt ja muut ominaisuudet huomioon ottaen. Asiakkaat eivät ole aina ensisijaisia tuotteen käyttäjiä ja hyödynsaajia, vaan hyöty asiakkaalle tulee välillisesti palvelujen tuottajien esimerkiksi henkilökunnan kautta. Palvelujen tuottajien tarpeet ja näkemykset on selvitettävä, mutta myös asiakkaiden tarpeet, ongelmat ja ominaisuudet on selvitettävä, koska asiakkaat ovat lopullisia hyödynsaajia. (Jämsä & Manninen 2000, 44.) Ensisijaisina hyödynsaajina tuotteelle ovat kirurgian poliklinikan sairaanhoitajat ja toissijaisina ovat potilaat. Sidosryhmiin lukeutuvat fysioterapeutit ja päiväkirurgian sairaanhoitajat.

Luonnosteluvaiheessa tiedonhaun perusteella koottiin opinnäytetyön teoriapohjan. Tiedonhaku tehtiin suomenkielisillä sekä englanninkielisillä hakusanoilla. Opinnäytetyöhön käytettävät tietokannat valittiin niiden selkeyden ja helppokäyttöisyyden takia ja, koska ne olivat aikaisemmilta kursseilta tuttuja. Käytettyjä tietokantoja olivat Medic, Finna.fi, Google Scholar, Kaakkuri, Journal.fi, Ebsco sekä Terveysportti. Hakusanoja pyrittiin käyttämään monipuolisesti (liite 2). Hakusanoina käytettiin muun muassa ”käsikirurgia”, ”kynärhermon vapautus”, ”kynärhermo”, ”potilasohje”, ”potilasohjaus”, ”hermopinne”, ”hermoratutkimus”, ”preoperatiivinen”, ”hoitotyö”, ”päiväkirurgia”, ”anestesia” ja ”fysioterapia”. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin muun muassa

”handsurgery”, ”nervus ulnaris”, ”postoperative”, ”preoperativ” ja ”intraoperative”. Lisäksi tiedonhaussa hyödynnettiin Savonlinnan ja Varkauden kaupunginkirjastoja sekä Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun Savonlinnan kampuksen aineistoa. Aineistohaussa pyrittiin aineistoa rajaamaan niin, että hakutulokset olisivat enintään 10 vuotta vanhoja. Sähköiset lähteet olivat alle 10 vuotta vanhoja, kun taas fyysisen aineiston kanssa jouduttiin tekemään kompromisseja ja käyttöön hyväksyttiin vanhempia lähteitä. Englannin kielistä aineistoa löytyi paljon, mutta osa hylättiin, koska teksti oli haasteellista suomen-
taa luotettavasti.

Tutkimustietoa etsittiin potilasohjauksesta, ja sen pohjalta koottiin kirjallisuuskatsaustaulukko (liite 1). Tutkimuksista käsiteltiin sairaanhoitajan ohjausosamisesta. Kyynärhermon vapautusleikkauksesta löydetyt tutkimukset olivat suurimmaksi osaksi kirjoitettu Saksan kielellä ja kielitaidottomuuden takia ne hylättiin.

Luonnosteluvaiheessa syntyi opinnäytetyön teoriapohja sekä potilasohjeen raakaversio. Raakaversio luonnosteltiin Sosterin Powerpoint-pohjalle. Raakaversioita syntyi kolme erilaista versiota, ja jokainen niistä sisälsi kootun keskeisen tiedon kyynärhermopinteen vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle. Raakaversiot sisälsivät tietoa kyynärhermopinteestä, leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauspäivän tapahtumista sekä leikkauksen jälkeisestä hoidosta ja kuntoutuksesta. Versiot erosivat toisistaan sivutaitossa. Tavoitteena oli luoda potilasohje, joka mukailee mahdollisimman hyvin Sosterin tarpeita sekä tyyliä. Tarpeena Sosterilla oli saada mahdollisimman laadukas ja potilasta hyvin palveleva potilasohje. Tyyliä oli tarkoituksena mukailla Sosterin sinistä värimaailmaa sekä ilmettä. Raakaversion pohjalta koottiin teemahaastattelun runko (liite 5). Haastattelun teemat olivat ”toimenpide”, ”potilasohjeen runko” ja ”potilasohje”. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta valittiin teoriasta nousseista teemoista haastattelun kannalta merkittävimmät ja niistä muodostettiin teemarunko. Teemarungon muodostumisen jälkeen mietittiin tarkentavat kysymykset liittyen teemoihin.

9.4. Tuotteen kehittäminen

Luonnosteluvaiheen jälkeen tuotekehitysprosessi etenee tuotteen kehittelyyn. Tässä kohdassa edetään luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden, rajausten ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti. (Jämsä & Manninen 2000, 54.)

Useat sosiaali- ja terveysalan tuotteet on tarkoitettu informaation välitykseen asiakkaille, organisaation henkilökunnalle tai yhteistyötahoille. Tavallisimpia informaation välittämisen muotoja ovat painotuotteet, kuten ohjelehtiset ja esitteet. Asiasisällön valinta riippuu siitä, kenelle ja missä tarkoituksessa ja laajuudessa tietoa välitetään. Painotuotteissa tekstin on ensilukemalta auettava lukijalla ja tekstin ydinajatuksen tulee olla selkeä. (Jämsä & Manninen 2000, 56.)

Teemahaastattelussa on ideana kohdentaa haastattelu tiettyihin teemoihin. Se lähtee olettamuksesta, että kaikkia yksilön ajatuksia, uskomuksia, kokemuksia sekä tunteita voidaan tulkita tämän menetelmän avulla. Teemahaastattelussa ei ole väliä, miten syväälle haastattelun aiheessa mennään. Olennaisinta teemahaastattelussa on se, miten keskustelu etenee keskeisten teemojen varassa. Näin tutkittavien ääni saadaan kuuluviin. Teemahaastattelu muistuttaa enemmän strukturoimatonta haastattelua ja se luokitellaankin puolistrukturoiduksi haastatteluksi, sillä haastattelussa on kaikille samat aihepiirit, teema-alueet ja aspektit. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 47–48.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2008) mukaan teemahaastattelu edellyttää hyvää kontaktia haastateltavaan ja haastattelupaikan tulee sen takia olla rauhallinen sekä hiljainen. Teemahaastattelu olisi myös sopivaa lopettaa, kun sille asetetut tavoitteet on saavutettu. Tavoitteena on ylläpitää kommunikaation luontevuutta. Haastattelussa olennaista on sen tallentaminen. Tallentamalla haastattelu voidaan varmistua siitä, ettei haastattelussa tule katkoja. Haastattelijan puolelta luontevuutta keskusteluun toisi teema-alueiden ulkoa muistaminen sekä toimiminen ilman kynää ja paperia. Näin papereiden selailu tai kirjoittaminen ei hidastaisi haastattelua. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 74–75, 92.)

Raakaversion pohjalta haastateltiin ensisijaisia hyödynsaajia ja sidosryhmiin kuuluvia henkilöitä. Haastattelu toteutettiin teemahaastattelulla. Teemojen valintaan ja teemahaastattelun rungon luomiseen vaikuttaneita näkökulmia on avattu alempana (taulukko 2).

Taulukko 2. Näkökulmat haastattelun teemojen valinnassa

<p>Leikkaus ja siihen liittyvät kysymykset</p>	<p>Käsikirurgisessa leikkaustoimenpiteessä käytetään verityhjiötä (Göranson ym.2016, 106.) Käytetäänkö Sosterissa kyynärhermonvapautus leikkauksessa verityhjiötä?</p> <p>Ikosen & Karjalaisen (2019) mukaan läkehoidon yhdistäminen rasituksen välttämiseen sekä mahdolliseen sairauslomaan ja fysioterapiaan ovat hyviä keinoja konservatiivisessa hoidossa. Kuinka pitkä mahdollinen sairausloma on ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat?</p> <p>Pinnetilan syntyyn vaikuttavat hormonaaliset, geneettiset, verenkierrolliset sekä kudokselliset tekijät. (Ikonen & Karjalainen 2018.) Voiko näiden tekijöiden pohjalta korjattu pinnetila uusiutua?</p>
<p>Laadukkaan potilasohjeen laatiminen ja potilasohjeen ulkoasu</p>	<p>Heikkinen ym. (2022) mukaan yksikön on hyvä sopia ohjeen puhuttelutavasta, teitittäänkö vai sinutellaanko potilaita. Kummin Sosterin ohjeissa on?</p> <p>Ohjeen ymmärrettävyyteen vaikuttaa asioiden esittämisjärjestys, yleensä aloitetaan merkityksellisimmistä asioista ja lopuksi kerrotaan vähäpätöisemmät. (Hyvärinen 2005.) Mitkä asiat ovat tärkeimpiä tuoda etusivulla esille?</p> <p>Taitto eli tekstin ja kuvien asettelu paperille ovat hyvän ohjeen lähtökohtia. (Heikkinen</p>

	<p>ym. 2002.) Käytetäänkö Sosterissa kaikissa potilasohjeissa samaa taittoa?</p> <p>Kuvat ovat tärkeä osa ohjetta. (Heikkinen ym. 2002.) Kuinka tärkeinä Sosterissa kuvia pidetään ohjeissa?</p>
--	--

Teemahaastattelussa kerättyä aineistoa kertyy yleensä runsaasti. Kaikkea materiaalia ei ole kuitenkaan tarpeellista analysoida, eikä kaikkea kerättyä materiaalia välttämättä pystytä hyödyntämään. Tämän takia materiaalin analysointitapa on päätettävä ennen haastattelua sekä haastattelun aikana. Kun analysointitapa on mietitty ennalta valmiiksi, voi sitä hyödyntää ohjenuorana haastattelussa sekä sen purkamista (litterointia) suunnitellessa. Analysointi on tärkeää tehdä mahdollisimman pian keruun jälkeen, sillä silloin aineisto on vielä tuore ja näin analysointi on mielekkäämpää sekä helpompaa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 135.)

Litterointi tarkoittaa haastatteluaineiston muuttamista tekstiksi (Vilkka 2015). Kerätty aineisto siis kirjoitetaan keräilyn jälkeen sen analysoimista helpottavaan muotoon. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.) Peruslitteroinnissa aineiston purkaminen tapahtuu litteroimalla puhekieli sanatarkasti. Tästä jätetään pois puheessa kuultavat toistot, kesken jääneet tavut, yksittäiset äännähdykset sekä täytesanat esimerkiksi ”niinku” tai ”tota”. Tunneilmaisut, jotka ovat haastattelun kannalta merkityksellisiä, voidaan myös litteroida esimerkiksi naurut tai liikkumiset. (Tietoarkisto s.a.)

Teemoittelua pidetään luontevana tapana haastatteluaineiston analysoimisessa. Teemat etsitään tekstiaineistosta, ne voivat olla esimerkiksi haastattelun puhuttuja teemoja tai haastattelussa kuultuja vastauksia yhdistäviä tai erottavia seikkoja. Löydetyt teemat voivat muistuttaa aineistonkeruussa käytettyä teemahaastattelurunkoa, mutta teemoittelu vaiheessa aineistosta voi löytyä täysin uusia teemoja. Haastattelussa käsitellyt aiheet eivät välttämättä noudata haastatteluun laadittua alkuperäistä runkoa. Tämän takia puheesta litteroitua tekstiä tulee käsitellä ennakkoluulottomasti. Litteroinnin jälkeen ai-

neisto voidaan jakaa teemoihin eli se teemoitellaan. Siinä vaiheessa, kun litteroitu aineisto järjestellään teemoihin, jokaisen teeman alle kerätään esimerkiksi ne haastatteluiden kohdat, joissa puhutaan valitusta teemasta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.)

Haastatteluun kutsuttiin toimeksiantajan edustaja, kirurgian poliklinikalta sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Ennen haastattelua haastateltaville lähetettiin sähköpostitse kutsu pari- ja yksilöhaastatteluun. Sähköpostiin liitettiin tiedostot ”tietoinen suostumus osallistumisesta opinnäytetyöhön” (liite 3), ”saatekirje” (liite 4) sekä ”teemahaastattelun runko” (liite 5).

Haastattelu toteutettiin joulukuussa 2020. Parihaastatteluun osallistui toimeksiantajan edustaja sekä kirurgian poliklinikan sairaanhoitaja ja haastattelu kesti 1,5 tuntia. Yksilöhaastatteluun osallistui fysioterapeutti ja haastattelu kesti 30 minuuttia. Vallitsevan koronaepidemian vuoksi haastattelut pidettiin etäyhteyksin Teams-palvelun kautta. Haastattelut taltioitiin Teams-palvelun omaa nauhoitusohjelmaa käyttäen.

Haastattelu analysoitiin peruslitteroimalla, eli puhe litteroitiin sanatarkasti puhekieltä noudattaen. Parihaastattelun litteroinnista tuli viisi sivua pitkä, fonttikokona oli 12 ja riviväli oli 1,5. Yksihaastattelusta tuli kolme sivua pitkä, fonttikokona käytettiin 12 ja riviväli oli 1,5. Litteroinnissa jätettiin pois täytesanat, toistot sekä kesken jääneet tavut ja yksittäiset äännähdykset. Litteroinnin jälkeen aineistot järjesteltiin teemoittain (taulukko 3).

Taulukko 3. Haastattelun aineiston teemoittelu esimerkki

Suora lainaus	Pelkistys	Alateema	Yläteema
<p>“Ympäröivää kudosta/ligamenttiä hermon ympäriltä avataan. Samalla viisiin, kuin rannekanava ahtaumassa... Toimenpide kestää puolesta tunnista tuntiin hänen osaltaan... Kirurgi sanoi, että plexus puudutuksessa tulee hermon venytystä ja se ois parempi, kun siitä ei jää kudoksiin muistijälkeä, nukutuksessa se etumenee. Plexuksessa hermoärsytys ja hermokipu jäävät pois.”</p>	<p>Hermosta ympäröivää kudosta avataan.</p> <p>Toimenpiteen kesto 30min-1h.</p> <p>Plexus puudutus vähentää kudoksiin jäävää muistijälkeä ja on näin ollen toimimisen kannalta suotuisampi vaihtoehto.</p>	<p>Toimenpide</p> <p>Puudutuksen valinta.</p>	<p>Kyynärhermon vapautusleikkaus.</p>

Taulukko on jaettu neljään eri sarakkeeseen, näitä ovat “suora lainaus”, “pelkistys”, “alateema” sekä “yläteema”. Haastattelun vastaukset koottiin suoran lainauksen sarakkeisiin. Tämän jälkeen vastauksia pelkistettiin ja valittiin pelkistystä kuvaava alateema. Samankaltaisista alateemoista muodostettiin yläteema, kuten esimerkissä (taulukko 3) yläteemaksi valikoitui “kyynärhermon vapautusleikkaus”.

Haastattelun analysoinnin pohjalta syntyi haastattelun teemat, joita olivat kyynärhermon vapautusleikkaus, postoperatiivinen hoito ja visuaalinen ulkoasu. Parihaastattelussa isoimpana teemana nousi esiin kyynärhermon vapautusleikkaus, jossa erityisesti kiinnitettiin huomiota leikkauksen pituuteen ja anestesian valintaan. Haastattelun tuloksena todettiin, että potilasohjeessa ei ole syytä mainita leikkauksen kestoa. Potilaalle saattaa syntyä väärä mielikuva leikkauksen päivän kulusta, jos leikkauksen kesto mainitaan etukäteen. Hoitajat olivat sitä mieltä, että potilasohjeessa tulisi mainita molemmat anestesia-aiheet (nukutus tai puudutus).

Haastattelussa käytiin läpi postoperatiivista hoitoa. Haastateltavien mukaan potilasohjeessa olisi hyvä mainita lyhyesti haavanhoidosta, vaikka potilas saa

sairaalasta kotiuduttuaan mukaansa erillisen haavanhoito-potilasohjeen. Kuntoutuksessa tulee noudattaa fysioterapeutin antamia ohjeita, tämän vuoksi erillisiä kuntoutusohjeita potilasohjeeseen ei laitettu.

Haastateltavat toivoivat värejä ja kuvia potilasohjeeseen, jotta visuaalinen ulkoasu oli miellyttävä. Värejä ja kuvia pidettiin merkityksellisenä, ja esimerkiksi yläotsikoita voisi korostaa Sosterin sinisellä värillä. Miellyttävä visuaalinen ulkoasu motivoi potilasta käymään potilasohjeen huolella läpi.

Haastattelun tulosten perusteella tehtiin muutokset potilasohjeen raakaversioon. Raakaversio oli kaksi sivuinen. Molempien sivujen tekstit oli jaettu viiteen eri kappaleeseen ja jokainen kappale käsitteli eri aihealueita. Teoriatiedon ohkeen oli lisätty hoitavan tahon yhteystiedot sekä havainnollistavia kuvia. Kuvat oli lainattu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Etusivun kuvan alle oli linkitetty WWW-linkit, joista potilas saa halutessaan etsiä lisätietoa. Ensimmäisen sivun alussa kerrottiin potilaalle, mitä asioita potilasohje pitää sisällään ja tämän jälkeen oli kuvattu yleisesti, mitä kyynärhermopinne tarkoittaa. Seuraavat neljä kappaletta sisälsivät tietoa leikkausta edeltävistä tapahtumista, kotona valmistautumisesta, leikkauspäivän tapahtumista sekä sairausloman pituudesta. Potilasohjeen alakulmassa oli myös tietolaatikko, josta potilas sai tietoonsa mitä muita potilasohjeita hän saa leikkaukseen liittyen. Toisella sivulla kerrottiin leikkauksen jälkeisestä toipumisesta. Kappaleet oli eritelty haavanhoidon, ompeleiden poiston sekä kuntoutuksen mukaan. Ohessa oli myös kuva kuntoutukseen liittyen. Fonttikokona tekstissä oli 14 ja tärkeitä sanoja korostamaan käytettiin Sosterin omaa sinistä väriä.

Ohjaavien opettajien kanssa sovittiin vielä ohjausaika, ja heiltä saadun palautteen pohjalta raakaversio viimeisteltiin. Raakaversion pohjalta saatu palaute liittyi oikeinkirjoitukseen sekä kieliasuun. Ohjaavat opettajat myös vaativat lähteitä käytettyjen kuvien alle lähdeviiteohjeiden mukaisesti. Saatu palaute hyödynnettiin korjaamalla äidinkielellisiä virheitä sekä varaamalla aika äidinkielen ohjaukseen.

9.5. Tuotteen viimeistely

Palautetta ja arviointia tarvitaan kaikkien tuotemuotojen kehittelyn eri vaiheissa. Parhaita keinoja on koekäyttää tuotetta sen valmisteluvaiheessa. Kun tuote mahdollisten eri vaiheissa tehtyjen versioiden jälkeen valmistuu, käynnistyy sen viimeistely saatujen palautteiden tai koekäytöstä saatujen kokemusten pohjalta. Viimeistely sisältää yksityiskohtien hiomista, käyttö- tai toteutusohjeiden laadintaa ja huoltotoimenpiteiden tai päivittämisen suunnittelua. Tuotteen viimeistelyssä saadaan aikaan käyttövalmis tuote. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81.)

Potilasohjeesta kerättiin palautetta Webropol-kyselyn avulla Sosterin kirurgian poliklinikan ja päiväkirurgian osaston sairaanhoitajilta sekä fysioterapeutilta. Heille lähetettiin sähköpostitse saatekirje (liite 6) sekä linkki Webropol-kyselyyn (liite 7). Kysely oli avoinna kahden viikon ajan 20.1.2021–7.2.2021. Suljettujen kysymysten vastausvaihtoehdot olivat Likertin asteikollisia (asteikko 1–5). Arviointi 1 tarkoitti täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 en osaa sanoa, 4 jokseenkin samaa mieltä ja 5 täysin samaa mieltä. Kysymyksiä oli yhteensä kuusi kappaletta, joista yksi oli avoin kysymys. Webropol-kyselyn tulokset analysoitiin käyttäen Webropolin valmista raportti pohjaa. Kyselyyn vastasi neljä ihmistä.

Puolessavälissä suunniteltua kyselyn aukioloaikaa tuli ilmi, ettei vastauksia ollut lainkaan. Havainnon perusteella oltiin yhteydessä toimeksiantajan edustajaan, ja häntä pyydettiin välittämään kannustusviestiä kyselyyn osallistujille. Kyselyajan loppuun mennessä vastauksia oli tullut neljä kappaletta, jolloin kyselyn aukioloajan jatkamista harkittiin. Lopulta päädyttiin kuitenkin sulkemaan kysely. Kyselyn sulkemiseen päädyttiin, sillä osallistujia oli jo aiemmin muistutettu sähköpostitse kyselyn aukioloajasta.

Pääsääntöisesti kysymyksistä tuli hyvää palautetta (taulukko 4). Kysymyksiin vastanneet olivat pääsääntöisesti samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Vastaajien mielestä potilasohjeen asiasisältö oli riittävä. Vastaajat pitivät potilasohjeen graafista ulkoasua selkeänä. Potilasohjeen etenemisestä loogisessa järjestyksessä oli vastaajien kesken hajontaa. Vastaajien mielestä potilasohje

auttaa potilasta preoperatiivisessa valmistautumisessa. Vastaajat kokivat, että potilasohje on tehty Sosterin tyylin, ohjeiden ja arvojen mukaisesti.

Taulukko 4. Palautekyselyn tulokset.

Kysymykset	1 (täysin eri mieltä)	2 (jokseenkin eri mieltä)	3 (en osaa sanoa)	4 (jokseenkin samaa mieltä)	5 (täysin samaa mieltä)
Onko potilasohjeen asiasisältö mielestänne riittävä?	0	0	0	3	1
Onko potilasohjeen graafinen ulkoasu mielestänne selkeä? Esim. Fontti, värit, kuvat, kieli?	0	0	0	2	2
Etenikö potilasohje mielestänne loogisessa järjestyksessä?	0	1	0	1	2
Pystyykö potilas valmistautumaan ohjeen avulla toimenpiteeseen preoperatiivisesti?	0	0	0	2	2
Onko potilasohje tehty Sosterin tyyliin, ohjeiden sekä arvojen mukaan?	0	0	0	2	2

Avoin kysymys analysoitiin teemoittelemalla (taulukko 5). Avoimeen kysymykseen vastauksia tuli neljä kappaletta. Saadut vastaukset olivat keskenään erilaisia. Yksi vastaajista toivoi muutoksia lauserakenteissa, kun taas toinen vastaaja toivoi lisää teoriatietoa potilasohjeen sisältöön. Palautetta potilasohjeesta saatiin myös käsikirurgilta. Kirurgin palautteen välitti toimeksiantajan edustaja. Kirurgin palaute oli pääpiirteittäin samanlainen, kuin muut avoimen kysymyksen vastaukset.

Taulukko 5. Esimerkki avoimen kysymyksen teemoittelusta

Suora lainaus	Pelkistys	Alateema	Yläteema
“Yleisilme hyvä, pientä hienosääntöä; ennen leikkausta käytävä siis koko suihkussa, myös hiukset on pestävä ei VAIN hiukset. Leikkauksen jälkeen suihkussa käydessä sidos on suojattava (ei saa poistaa ennen kuin 4-5 vrk leikkauksen jälkeen). Kuva tekstistä pois Varsinais-Suomi.”	Pientä hienosääntöä, mutta yleisilmeeltään potilasohje on hyvä. Varsinais-Suomi viittaus pois.	Hyvä yleisilme.	Yleisilme.
“Kaipasin ohjeeseen enemmän tietoa hermopinteestä, toisaalta netti-osoitteesta sitä varmaan löytyy. Anestesiamuoto; nukutus vai puudutus kannattaa laittaa ainakin. Yhteystietoihin myös Päivystyksen numero: 116117”	Enemmän tietoa hermopinteestä. Molemmat anestesiamuodot hyvä mainita.	Tietojen lisäys.	Lisätietoja.

Kyselyn tulosten pohjalta tehtiin viimeisimmät muokkaukset potilasohjeeseen. Haasteita viimeisessä muokkaamisessa toi haastattelun sekä Webropol-kyselyn tuloksien ja ohjaavien opettajien antamien ohjeiden väliset ristiriidat. Anestesiamuodon kertominen potilasohjeessa tuotti vaikeuksia, siksi tarkasteltiin erityisesti anestesiamuodon mainitsemista potilaan näkökulmasta. Luuleeko potilas, että hän saa itse valita anestesiamuodon, jos ohjeessa on anestesiamuodoiksi määritelty “puudutus tai nukutus”? Webropol- kyselyn palautteessa kuitenkin toivottiin molemmat anestesiamuodot mainittavan. Tämän takia päätettiin potilasohjeessa muotoon “Toivutte nukutuksesta tai puudutuksesta”. Käytettyjen kuvien kohdalla oli myös ristiriitoja. Toimeksiantajan puolelta tuli palautetta, ettei Sosterin ohjeessa voi olla Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lähdeviitettä. Opettajat kuitenkin ohjeistivat laittamaan kuvan oheen lähdeviitteen, sillä koulun lähdemerkintäohjeen mukaan kuvissa tulee olla lähdeviittaus. Lopulta kuvat otettiin itse ja näin voitiin luopua toisen sairaanhoitopiirin kuvien käytöstä.

Kun lopullinen versio potilasohjeesta on valmis ja opinnäytetyöprosessi tulee päätökseen, luovutetaan valmiin potilasohjeen tekijänoikeudet sekä oikeus potilasohjeen muokkaamiseen toimeksiantajalle.

10. POTILASOHJE

Potilasohje on kaksisivuinen, ja se on tehty Sosterin PowerPoint-mallipohjalle. Fontin värinä käytettiin mustaa sekä sinisestä väristä. Värillä korostettiin tärkeitä asioita tekstissä, ja värit tekevät tekstistä elävämmän. (liite 8.)

Ensimmäisellä sivulla lukija saa tietoa kyynärhermopinteestä, leikkaukseen valmistautumisesta sekä leikkauspäivän tapahtumista. Ensimmäisessä kappaleessa määritellään kyynärhermopinne ja kerrotaan sen yleisyydestä. (liite 8.)

Ensimmäisellä sivulla teksti on jaettu "leikkauspäivänä"-yläotsikon alle. Tekstissä lukijalle kerrotaan systemaattisesti edeten ohjeita leikkauspäivän tapahtumista. Lukija saa tietoa, miten hänen tulee toimia ja mitä hänen pitää tehdä ennen leikkausosastolle saapumista. Viimeisessä kappaleessa lukijalle kerrotaan leikkauksen jälkeisistä toimista eli heräämössä toipumisesta sekä kotona aikuisen seuralaisen kanssa oleskelusta. Sivuuun on liitetty itse otettu kuva kyynärhermon sijainnista ja lisätietoja kyynärvarren rasitussairauksista sekä leikkaukseen valmistautumisesta. Lisätiedot löytyvät WWW-linkeistä. Ensimmäisen sivun alalaidassa on muiden potilasohjeiden nimet, jotka potilas saa itselleen ennen leikkausta. (liite 8.)

Toisella sivulla on yläotsikkona leikkauksen jälkeinen toipuminen. Ensimmäisessä kappaleessa ohjeistetaan leikkauksen jälkeisessä hoidossa. Tämän jälkeen on mainittu haavainfektion oireista. Kolmannessa tekstikappaleessa kerrotaan leikkauksen jälkeisestä turvotuksesta sekä sen hoidosta. Lopuksi potilasohjeessa mainitaan lyhyin virkkein leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta, ompeleiden poistosta sekä sairauslomasta. Sivun ylälaitaan on liitetty havainnollistamaan itse otettu kuva käden kohoasennosta. Oikeassa alalaidassa on päiväkirurgian osaston sekä päivystysavun yhteystiedot. (liite 8.)

11. POHDINTA

11.1. Potilasohjeen tarkastelu

Tarkoituksena oli tuottaa potilasohje kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle. Potilasohjeen sisältö perustuu teoreettiseen tietoon sekä haastatteluista saatuihin aineistoihin. Potilasohjeen tarkoituksena on tukea sairaanhoitajan suullista potilasohjausta (Hupli ym. 2014, 60). Ohjeen ymmärrettävyyden vuoksi potilasohjeeseen on koottu aikajärjestyksessä potilaan hoidon vaiheet. (Hyvärinen 2005). Potilasohje on kirjoitettu potilaalle, tämän takia ohjeessa on vältetty lääketieteen termejä. (Hyvärinen 2005; Heikkinen ym. 2002, 42.) Luvussa 6. kuvatut hyvän potilasohjeen kriteerit olivat potilasohjeen kirjoittamisen tukena.

Potilasohjaus on keskeisimpiä hoitotyön toimintoja ja olennainen osa potilaan asianmukaista sekä laadukasta hoitoa. Potilasohjaus leikkaukseen valmistautuville potilaille vähentää ennen leikkausta esiintyvää pelkoa ja jännitystä. Potilasohjaus edistää kuntotumista ja toipumista leikkauksesta sekä lisää potilaan itseohjautuvuutta ja osallistumista hoitoonsa. Kirjallisen ohjausmateriaalin on todettu parantavan potilasohjeiden muistamista. (Saarela 2013.) Potilasohje tukee potilasta itseohjautuvuuteen, potilas pystyy selkeiden ohjeiden avulla paremmin valmistautumaan tulevaan leikkaukseen. Tämän kautta pystytään myös vaikuttamaan positiivisesti leikkauksen tulokseen.

11.2. Potilasohjeen käytettävyys

Opinnäytetyössä toteutettiin potilasohje kyynärhermopinteen vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle. Potilasohje tukee potilasta leikkausprosessin jokaisessa vaiheessa, ja se toimii nimensä mukaan hoitohenkilökunnan apuna potilaan ohjaamisessa.

Tarkoituksena oli tehdä Sosterin kirurgian poliklinikalle potilasohje kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle. Potilasohje sopii poliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien työkaluksi, sillä siinä on selkeästi käyty läpi toimiminen ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeiset tapahtumat. Potilasohje täydentää hoitohenkilökunnan suullista potilasohjausta. Potilaalla on

suullisen ohjauksen aikana mahdollisuus kysyä tarkemmin leikkauspäivän tapahtumista. Potilasohjeen tavoitteena on tukea potilasta suoriutumaan itsenäisesti läpi leikkausprosessin, ja sen takia on tärkeää, että potilasohje tukee aiempaa suullista ohjausta.

Potilaan näkökulmasta potilasohjeessa on kerrottu vain olennaiset asiat leikkauspäivää ajatellen. Potilasohjeen molemmille sivuille asetetut havainnollistavat kuvat auttavat herättämään potilaan mielenkiintoa ohjetta kohtaan. Toinen kuvista myös ohjaa potilasta leikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa. Helppolukuisuutta on lisätty korostettujen fonttivärien sekä selkeiden yläotsikoiden avulla. Ohjeessa olevien WWW-linkkien avulla kannustetaan potilasta itseohjautuvuuteen rasitusvamman hoidossa. Ohjeessa on mainittu myös, mitkä kaikki muut kirjalliset ohjeet potilas saa. Tämän avulla varmistetaan, että potilas vastaanottaa kaiken tarvitsemansa tiedon. Ohjeessa on mainittu hoitavien tahojen yhteystiedot.

Potilasohje on tuotettu täysin Sosterin ohjeiden mukaisesti, joten käytettävyydeltään se sopii hoitohenkilökunnalle moitteettomasti. Käytettävyyttä lisää tekstin selkeys. Teksti on helposti ymmärrettävää, jolloin lukija myös muistaa paremmin lukemansa. Potilasohjeen lukemiseen kokonaan ei kulu paljoa aikaa. Potilasohjeeseen koottu teoreettinen viitekehys sekä teemahaastattelujen pohjalta saatu tieto täydentävät toisiaan, näin voidaan vähentää virheiden mahdollisuutta. Virheiden vähyys lisää potilasohjeen käytettävyyttä.

11.3. Menetelmien tarkastelu

Opinnäytetyöprosessissa käytetty menetelmä oli tuotekehitysprosessi. Koko tuotekehitysprosessin aikana toimittiin Jämsä ja Mannisen (2000) tuotekehitysprosessin ohjeiden mukaisesti. Tuotekehitysprosessin ideavaiheessa käytettiin benchmarking-menetelmää, teemahaastattelua kehittelyvaiheessa ja Webropol-kyselyä viimeistelyvaiheessa.

Käytetyt menetelmät auttoivat meitä etenemään tuotekehitysprosessissa ja kehittivät myös tuotetta lopullista versiota kohti. Benchmarking oli apuna potilasohjeen suunnittelussa, sillä aiempaa kokemusta tämänkaltaisen tuotteen

kehittelystä meillä kummallakaan ei ollut. Benchmarking auttoi hahmottamaan, mitkä asiat ovat tärkeitä potilasohjeen houkuttelevuuden kannalta. Menetelmän kautta ymmärsimme, että potilasohjeen ulkoasulla on vaikutusta hoidon lopulliseen tulokseen. Mielenkiintoisen potilasohjeen potilas jaksaa lukea, kun taas "tylsän" näköisen ohjeen potilas voi lukea huolettomasti.

Kehittelyvaiheessa käytetty teemahaastattelu toteutettiin kahdessa osassa. Ensimmäinen oli yksilöhaastattelu, jossa haastattelimme fysioterapeuttia. Toinen haastattelu oli parihaastattelu, johon osallistui kaksi kirurgian poliklinikan sairaanhoitajaa. Toinen heistä oli toimeksiantajan edustaja. Kokonaisuudessaan haastattelut sujuivat hyvin, ja vastausten perusteella pääsimme etenevämmään tuotteen kehittämissä. Parihaastattelussa hoitajilta saadut vastaukset olivat kuitenkin välillä ympäröivä. Haastattelun jälkeen mietimme, olisiko kysymykset pitänyt esittää eri tavalla, jotta vastaukset olisivat olleet tarkempia. Loppujen lopuksi tehdyt teemahaastattelut olivat merkityksellisiä tuotteen kehittelyn kannalta.

Webropol-kysely lähetimme kahdelle eri Savonlinnan keskussairaalan osastolle, ja siitä huolimatta vastauksia tuli vain neljä. Kyselyn aukiolon aikana yritimme sähköpostiviestin avulla motivoida hoitajia vastaamaan kyselyyn. Kyselyn sulkemisen jälkeen huomasimme, että vastauksia oli tullut erittäin vähän. Mietimme, olisiko motivointia pitänyt tehdä jollain toisella tavalla tai uudestaan, jotta vastauksia olisi tullut enemmän. Onneksenne saadut neljä vastausta olivat kattavia ja hyödyllisiä. Vastausten perusteella saimme tehtyä viimeiset muutokset potilasohjeeseen.

11.4. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Etiikassa peruskysymyksinä ovat kysymykset oikeasta ja väärästä, hyvästä sekä pahasta. Monet eettiset kysymykset liittyvät myös tutkimuksien tekoon. Tutkimuksia tehdessä tutkijoiden on huomioitava eri tilanteissa eettiset näkökulmat. Tiedon julkaisemiseen sekä tiedon hankintaan liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Niiden perusteella toimiminen on jokaisen omalla vastuulla. Jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä, tulee sen noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi & Hurme 2007, 23.)

Eettisten näkökulmien huomiointi oli tärkeässä roolissa koko tuotekehitysprosessin ajan ja noudatimme tutkimuseettisiä periaatteita opinnäytetyössämme. Potilasohjeen lopullisen version kuvien muokkauksen aikana punnitsimme kysymyksiä oikeasta ja väärästä. Toimeksiantaja ei hyväksynyt toisen sairaanhoitopiirin kuvien käyttöä. Lähdemerkintäohjeiden mukaisesti kuvaan tulee kuitenkin merkitä käytetty lähde. Pyrimme tilanteessa toimimaan rehellisesti, olisi ollut eettisesti väärin käyttää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuvaa ilman lähdeviitettä. Tämän takia otimme valmiiseen versioon kuvat itse, jotta pysyimme toimimaan eettisten periaatteiden mukaisesti.

Koko tutkimusprosessin ajan tulee noudattaa huolellisuutta, rehellisyyttä sekä tarkkuutta. Tutkimuksessa sovelletaan kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimusluvasta tulee hankkia asianmukaisesti. Muiden tekijöiden työt sekä saavutukset tulee ottaa asianmukaisella tavalla huomioon ja niille tulee antaa ansaittu arvo sekä merkitys omassa tutkimuksessa sekä sen tuloksien julkaisussa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Vältimme työssä plagiointia. Pyrimme tuomaan löydetyt tiedot julki omin sanoin, ilman että asiasisältö muuttuisi. Käytetyt lähteet merkitsimme lähdemerkintäohjeiden mukaisesti ja käytimme suomalaisia sekä kansainvälisiä lähteitä. Valitut lähteet täydensivät toinen toisiaan. Aineistoa kerättiin monesta eri lähteestä. Aineistoa löytyi paljon ja sitä rajattiin luotettavuuden turvaamisen takia, sillä emme voineet olla varmoja, oliko kyseessä asiateksti. Osa löydetyistä internetlähteistä vaikuttivat epäluotettavilta, vaikka tekstin sisältö oli verrattavissa muihin löydettyihin lähteisiin. Epäluotettavuuteen vaikuttivat sivujen ulkoasu ja sivuilla olleet oudot mainokset.

Opinnäytetyössä laatu on sidoksissa tutkimustulosten luotettavuuteen, jonka takia tutkimustulosten tulee olla luotettavia. Virheet, joita tutkimusprosessissa tapahtuu, voivat olla tietoisia tai tiedostamattomia. Luotettavuustarkkailun

avulla pyritään poistamaan osa näistä virheistä. Työn alusta asti on varauduttava tutkimuksen laadun varmistamiseen. On syytä pohtia, miten työn luotettavuus voidaan varmistaa jo ennakkoon. (Kananen 2015, 337–343.)

Tuotekehitysprosessissa varmistettiin työn luotettavuus ja asianmukaisuus noudattamalla erityistä huolellisuutta sekä tarkkuutta prosessin jokaisessa vaiheessa. Koko tuotekehitysprosessin aikana toimittiin Jämsä ja Mannisen (2000) tuotekehitysprosessin ohjeiden mukaisesti. Tuotekehitysprosessin riskienhallintaa kartoitettiin huomioimalla luotettavuuskysymykset lähteiden valinnassa. Aineistoon on valittu vain ajan tasalla olevia lähteitä. Jotkut lähteet ovat yli 10 vuotta vanhoja, mutta niiden valintaan päädyttiin, koska uudempaa versiota ei ollut. Aineiston valinnasta alkaen karsimme pois lähteet, joita ei voitu tulkita luotettavasti. Näin vältettiin tulkintavirheet.

Luotettavuutta lisää asiantuntijoiden näkemykset sekä tuotteen muokkaaminen niiden pohjalta. Haastattelun luotettavuutta lisää haastattelun nauhoitus. Nauhoittamalla vältettiin unohtamasta haastattelussa esiinnoitettuja tärkeitä teemoja ja aiheita. Tehty haastattelu vahvisti löydettyä teoriatietoa, ne täydensivät toisiaan ja todistivat toisensa tosiksi.

Raakaversion pohjalta toteutettuun Webropol- kyselyyn vastattiin nimettömästi. Palautekysely lähetettiin kirurgian poliklinikalle sekä päiväkirurgian osastolle. Arviolta palautekysely on tavoittanut useita kymmeniä eri sairaanhoitajia, heistä neljä vastasi kyselyyn. Pieni vastausprosentti vaikuttaa palautekyselyn luotettavuuteen. Jos vastausprosentti olisi ollut suurempi, olisi palautekysely antanut luotettavamman kuvan potilasohjeen sisällöstä sekä sen toimivuudesta. Kirurgilta erikseen saatu palaute vahvisti palautekyselystä saatuja nimettömiä vastauksia.

Kyselystä saadut vastaukset käsiteltiin sekä säilytettiin asianmukaisella tavalla. Säilytimme opinnäytetyötä asianmukaisesti salasanojen takana, omilla tietokoneilla. Haastattelun aineiston ja kysymysten tulokset säilytimme työskentelyn ajan asianmukaisesti. Aineistot hävitämme poistamalla ne tietokoneen muistista ja siirtämällä roskakoriin. (Tietosuojavaltuutetun toimisto s.a.)

11.5. Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Valmis potilasohje palvelee Sosterin tarpeita ja on onnistunut. Potilasohjeessa on huomioitu potilaan koko hoitopolku ennen leikkausta, leikkauksen aikana sekä leikkauksen jälkeen. Potilasohje tukee potilasta leikkausprosessin läpi ja on myös tukena sairaanhoitajan ohjaustyössä. Hyvärisen (2005) ja Heikkisen ym. (2002) mukaan lukijana on usein maallikko, joten ohjeessa tulee välttää termien käyttöä. Nämä seikat on huomioitu potilasohjeessa, ja kielellisesti se on suunnattu maallikoille. Tämän avulla varmistetaan, että jokainen lukija ymmärtää potilasohjeen keskeisen sisällön.

Mielestämme olisi mielenkiintoista tutkia potilasohjeen käytettävyyttä sekä hyödyllisyyttä. Ensisijaisesti meitä kiinnostavat hoitohenkilökunnan kokemukset, sillä he ovat ensisijaisia hyödynsääjiä. Jatkotutkimusaiheena esitämme kyselytutkimuksen kirurgian poliklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille sekä kynnärhermon vapautusleikkaukseen tuleville potilaille. Haluaisimme tietää, onko opinnäytetyön tavoite täyttynyt. Kyselytutkimuksessa potilaiden mielipide olisi merkityksellisempi, sillä potilaat valmistautuvat potilasohjeen avulla leikkaukseen. Palautteen kautta saisimme todellisuudessa tietää, tukeeko tehty potilasohje potilasta läpi leikkausprosessin.

Jatkotutkimusaiheena esittäisimme myös suomalaisen tutkimuksen tekemistä aiheesta. Tätä ehdotamme, koska tutkimustietoa etsiessä kävi ilmi, ettei kotimaisia tutkimuksia aiheesta ollut. Riskitekijöistä ja asiakasryhmistä emme löytäneet minkäänlaista tutkimustietoa. Niitä olisi tärkeää tutkia ennaltaehkäisyyn sekä hoidettavuuden kannalta. Toimivana jatkokehitysideana näkisimme myös opinnäytetyön, jossa fysioterapeuttiopiskelija kehittäisi tuotekehitysprosessina kynnärhermopinnepotilaille kuntoutusohjeen tai ohjeita konservatiiviseen hoitoon. Tämänkaltainen opinnäytetyö täydentäisi Sosterin potilasohjeita ja olisi hyödyksi potilaalle.

11.6. Oman prosessin tarkastelu

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen ideoinnilla sekä aiheen valinnalla huhtikuussa 2020. Ideapaperin hyväksymisen jälkeen siirryimme kokoamaan teoriapohjaa opinnäytetyön suunnitelmalle. Suunnitelmaa aloitimme työstämään toukokuussa 2020, ja työstäminen jatkui marraskuuhun 2020 saakka. Suunnitelman tekeminen oli aikaa vievin vaihe opinnäytetyöprosessissa. Suunnitelman seminaariesitys oli marraskuussa 2020.

Tiedonhaku osoittautui haastavaksi, koska tutkimustietoa aiheesta ei löytynyt. Tiedonhaun ohjauksessa rajasimme tutkimustiedon etsimisen vain potilasohjaukseen. Tutkimustiedon rajaamisen jälkeen löysimme tutkimustietoa aiheeseemme, jonka perusteella teimme kirjallisuuskatsaustaulukon. Teoreettinen viitekehys muodostui lopulta vaivattomasti, sillä teoretietoa löytyi kattavasti.

Suunnitelmaseminaariesityksen jälkeen luonnostelimme ensimmäiset raakaversiot potilasohjeesta. Toimeksiantajalta saimme kolme erilaista PowerPoint-mallipohjaa, joiden pohjalta raakaversioita lähdettiin hahmottelemaan. Jokaiseen mallipohjaan tehtiin raakaversio. Raakaversioiden tekemisen jälkeen sovimme ohjaavien opettajien kanssa ajan opinnäytetyön ohjaukseen. Ohjauksessa hahmottui, mitä raakaversiota lähdemme työstämään eteenpäin. Potilasohjeen työstäminen oli mielekäs osa opinnäytetyöprosessia. Kun raakaversio saatiin muokattua, pidimme teemahaastattelun toimeksiantajan edustajan ja sidosryhmiin kuuluvien henkilöiden kanssa. Teemahaastattelun pohjalta muokattiin lopullinen versio potilasohjeesta. Onnistuimme hyvin tuottamaan potilasohjeesta toimeksiantajan toiveiden mukaisen.

Seurasimme Webropolin analysointityökalun avulla palautekyselyyn vastaaamista. Palautekyselyn aukaisi 11 henkilöä, mutta heistä vain neljä teki kyselyyn loppuun saakka. Mielestämme palautekysely oli nopea täyttää sekä selkoluokainen. Vastaamatta jättämiseen saattoi vaikuttaa hoitajien mielenkiinnon puute, kiire ja kyselyn unohtaminen.

Kaikissa opinnäytetyöprosessin vaiheissa emme pysyneet täysin suunnitellussa aikataulussa. Suunnitelman kirjoittaminen oli työläin vaihe, ja sen valmistuminen viivästyi muutamalla kuukaudella. Viivästymisestä huolimatta opinnäytetyöprosessi on edennyt sujuvasti, ja olemme sen jälkeen pysyneet sovitussa aikataulussa.

Opinnäytetyölle asetettu tarkoitus täyttyi, sillä valmistimme Sosterille potilasohjeen kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle. Tavoitteiden täyttymistä emme voi vielä konkreettisesti arvioida, se on mahdollista vasta, kun potilasohje on ollut käytössä jonkin aikaa. Uskomme kuitenkin tavoitteiden täyttyvän.

Opinnäytetyöprosessi oli opettavainen, mutta ajoittain työläs sekä haastava kokemus. Näin laajan projektin työstämisestä meillä ei aiempaa kokemusta ollut. Opinnäytetyöprosessin aikana opimme paljon tietoteknisestä sekä tieteellisestä työskentelystä. Koemme, että näitä opittuja taitoja voimme hyödyntää myöhemmin. Opinnäytetyöprosessin loppuun saaminen oli meille merkittävä saavutus.

LÄHTEET

Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T., Suominen, S. & Ukkola, V. 2001. Kirurgia. 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., Rosenberg, P., & Ruukonen, E. V.2014. Anestesiologia ja tehohoito. 3. uudistettu painos. Painopaikka: Oy Duodecim.

Duodecim, terveyskirjasto. 2020. Lääketieteen sanasto, patofysiologia. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt02519 [Viitattu 19.05.2020].

Elhassan, B. & Steinmann, S. 2007. Entrapment neuropathy of the ulnar nerve. Journal of the American academy of orthopaedic surgeons15(11). WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://journals.lww.com/jaaos/Fulltext/2007/11000/Entrapment Neuropathy of the Ulnar Nerve.6.aspx](https://journals.lww.com/jaaos/Fulltext/2007/11000/Entrapment_Neuropathy_of_the_Ulnar_Nerve.6.aspx) [Viitattu 16.01.2021].

Göransson, H., Havulinna, J., Kotkansalo, T., Nietosvaara, Y., Ryhänen, J., Vastamäki, M. & Vilkki, S. 2016. Käsikirurgia. 2. uudistettu painos. Kustantaja: Otavan kirjapaino Oy.

Göransson, H., Jaroma, H., Jokiranta, J., Raatikainen, T., Vastamäki, M., & Vilkki, S. 2000. Käsikirurgia. 1. painos. Kustantaja: Oy Duodecim.

Hautakangas, A.-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. V.2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. 1. painos. Kustantaja: WS Bookwell Oy

Havulinna, J., Mäntyselkä, P. & Viikari-Juntura, E. 2010. Kipeä kyynärpää. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo99008> [Viitattu 19.05.2020].

Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R., Ilola, T. & Katomaa, J. V. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. 1. painos. Kustantaja: Oy Duodecim.

Heikkinen, S., Tiainen, S. & Torkkola, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS. S.a. Ääreishermostutkimus ENMG. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hus.fi/sairaanhoito/kuvan-taminen-ja-fysiologia/tietoa-tutkimuksista/aareishermostotutkimus-ENMG/Sivut/default.aspx> [Viitattu 19.05.2020].

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uudistettu painos. Painopaikka: Otavan Kirjapaino, Oy, Keuruu 2007.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Painopaikka Yliopistopaine, Helsinki 2008.

Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turun yliopisto.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim terveyskirjasto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf> [viitattu 11.10.2020].

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

Ikonen, J. & Karjalainen, T. 2018. Yläraajan yleisimmät hermopinteet. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14108> [viitattu 19.05.2020].

Itä-Savon sairaanhoitopiiri. 2018a. Fysioterapia. WWW-dokumentti. Päivitetty 09.05.2018. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/fysioterapia-kuntoutus-ja-apuvalinepalvelut/fysioterapia/> [Viitattu 19.10.2020].

Itä-Savon sairaanhoitopiiri. 2018b. Toimintaterapian apuvälinepalvelut. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.04.2018. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/fysioterapia-kuntoutus-ja-apuvälinepalvelut/toimintaterapia/toimintaterapian-apuvälinepalvelut/> [Viitattu 19.10.2020].

Itä-Savon sairaanhoitopiiri. 2020a. Kirurgian poliklinikka ja lääkehoitoyksikkö. WWW-dokumentti. Päivitetty 20.01.2020. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/keskussairaalan-palvelut/poliklinikat/kirurgian-poliklinikka-ja-laakehoitoyksikko/> [Viitattu 19.10.2020].

Itä-Savon sairaanhoitopiiri. 2020b. Leikkaus- ja anestesiaosasto, päiväkirurgia. WWW-dokumentti. Päivitetty 28.02.2020. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/keskussairaalan-palvelut/osastot/leikkaus-ja-anestesiaosasto-paivakirurgia/> [Viitattu 19.10.2020].

Itä-Savon sairaanhoitopiiri. 2020c. Organisaatio. WWW-dokumentti. Päivitetty 15.9.2020. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/sosteri/organisaatio/> [viitattu 15.9.2020].

Jurkkala, E-M. 2010. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/81978/gradu04600.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Viitattu 10.10.2020].

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Kustantaja: Sanoma Pro oy.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2018. Leikkauksen jälkeinen kotihoito-ohje kyynärpään tapaturmapotilaalle. WWW-dokumentti. Päivitetty 27.7.2020. Saatavissa: [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Potilasohjeet/Kyynarpaan_tapaturmapotilaan_leikkauksen\(57186\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Potilasohjeet/Kyynarpaan_tapaturmapotilaan_leikkauksen(57186)) [viitattu 20.10.2020].

Kettunen, R., Leppäluoto, J., Lätti, S., Rintamäki, H., Vakkuri, O. & Vierimaa, H. 2017. Anatomia ja fysiologia. 7. uudistettu painos. Kustantaja: Sanoma Pro oy.

Konttinen, V. & Hynynen M. 2003. Mitä ASA-luokka kertoo leikkausriskistä? *Finnanest* 36 (4), 340–344. PDF-tiedosto. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/1a_kontinen.pdf [viitattu 17.3.2021].

Kylliäinen, K. 2012. Kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen- kyselytutkimus vuosina 2008 ja 2010. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121145/urn_nbn_fi_uef-20121145.pdf [viitattu 7.10.2020].

Käypä hoito -suositus. 2013. Käden ja kyynärvarren rasisussairaudet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50055#K1> [Viitattu 03.11.2020].

Käypä hoito -suositus. 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. WWW-dokumentti. Päivitetty 23.06.2014. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50066.pdf> [Viitattu 17.10.2020].

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf> [viitattu 8.10.2020].

Miettinen, T. 2016. Potilasohjauskoulutus hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistajan Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotie-

teen laitos. Pro gradu- työ. PDF- dokumentti. Saatavissa: https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20160590/urn_nbn_fi_uef-20160590.pdf [viitattu 8.10.2020].

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. 2015. Toimenpideaamuna/tutkimusaamuna - potilasohje. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://ohjeet.kuh.fi/wwwOhjeet.asp?service=Kirurgia> [Viitattu 20.10.2020].

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. 2018. Ommellun haavan kotihoito-ohjeet. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://ohjeet.kuh.fi/wwwOhjeet.asp?service=Kirurgia> [Viitattu 20.10.2020].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html [Viitattu 23.10.2020].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html [Viitattu 21.10.2020].

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokeamana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu- työ. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1> [viitattu 8.10.2020].

Saarelma, O. 2020. Leikkaushaavan tulehdus. WWW-dokumentti. Päivitetty 07.05.2020. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00293 [Viitattu 17.10.2020].

Saarinen, I. 2019. Kyynärpään alueen anatomia: lääketieteellinen opetusvideo. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/146693/Saarinen_Ilmari_opinnayte_PDFa.pdf;jsessionid=9C0AA535606BE511AF80EA9A96030F6F?sequence=1 [Viitattu 09.09.2020].

Saastamoinen, P. 2020. Anestesia­lääkäri. 04.11.2020. Itä-Savon sairaanhoi­topiiriin ky.

Tampereen yliopistollinen sairaala, TAYS. 2020. Hermoratatutkimus. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.05.2020. Saatavissa: https://www.tays.fi/fi-fi/palvelut/kuvantamispalvelut/Kliininen_neurofysiologia/Hermoratatutkimus [viitattu 19.5.2020].

Tietoarkisto. S.a. Litterointi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/kvalitatiivisen-datan-kasittely/> [viitattu 21.10.2020].

Tietosuojavaltuutetun toimisto. S.a. Aineiston hävittäminen, anonymisointi tai arkistointi tutkimuksen päättyessä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://tietosuoja.fi/aineiston-havittaminen-anonymisointi-tai-arkistointi-tutkimuksen-paattyessa> [viitattu 19.3.2021].

Tolin, M. 2020. Osastonhoitaja. Sähköpostiviesti. 25.9.2020. Itä-Savon sairaanhoitopiiriin ky.

Tunturi, S. 2020. Ommellun haavan hoito kotona. WWW-dokumentti. Päivitetty 29.06.2020. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01126 [Viitattu 17.10.2020].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 21.10.2020].

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. S.a. Kyynärhermopinteen vapautusleikkauksen jälkeinen kuntoutus (nervus ulnaris). PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSH/Kyyn%C3%A4rhermopinteen%20vapautusleikkauksen%20j%C3%A4lkeinen%20kuntoutus.pdf> [viitattu 20.10.2020].

Vastamäki, M. & Vastamäki, H. 2009. Yleisimpien hermopinteen nykyiset leikkausaiheet. Suomen lääkirilehti33(64). PDF-dokumentti. Saatavissa:

<https://bulevardinklinikka.fi/wp-content/uploads/2013/04/Hermopinteet.pdf> [Viitattu 21.10.2020].

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Kustantaja: PS-kustannus.

Widgren, P. 2013. Leikkaussairaanhoidajan työn allokointi leikkauksen intraoperatiivisessa vaiheessa ja siihen liittyvä päätöksenteko. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201310111787.pdf> [Viitattu 09.10.2020].

Woo, A., Bakri, K., Steven, L. & Moran, MD. 2015. Management of ulnar nerve injuries. Elsevier, Inc. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.jhandsurg.org/article/S0363-5023\(14\)00534-6/pdf](https://www.jhandsurg.org/article/S0363-5023(14)00534-6/pdf) [Viitattu 16.01.2021].

Tutkimuksen tiedot – Tekijä ja vuosi	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset
Hyytiäinen, S. 2010. Terveyttä edistävä dialogi potilasohjauksessa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveyttä edistävää ohjausta.	Aineisto kerättiin vuoden 2009 aikana kahdessa vaiheessa. Siihen osallistui kymmenen potilasta ja kymmenen hoitajaa. Ensimmäinen vaihe oli ohjaustilanteiden videointi ja toinen vaihe potilaiden haastattelu. Aineistot analysoitiin sisällönanalyysinä.	Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella ohjauksessa on kehitettävä potilaan yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisuuden huomioimisessa, voimavarojen tunnistamisessa ja tukemisessa. Tärkeinä vuorovaikutuksessa potilaat pitivät rehellisyyttä, luottamusta ja toisen kunnioittamista. Hoitajat toimivat videoituissa ohjaustilanteissa potilaslähtöisesti ja asiantuntijakeskeisesti.
Kylliäinen, K. 2012. Kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen- kyselytutkimus vuosina 2008 ja 2010. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- työ. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121145/urn_nbn_fi_uef-20121145.pdf [viitattu 7.10.2020]	Tutkimuksessa on kuvattu kirurgisilla vuodeosastoilla ja poliklinikoilla hoidettujen potilaiden arviointeja tiedon saannista ja mahdollisuudesta osallistua hoitoonsa. Tutkimuksessa verrattiin vuosina 2008 ja 2010 Ihmisläheinen hoito- mittarilla saatuja tutkimustuloksia.	Tutkimus on kvantitatiivinen, jonka aineisto on kerätty kyselyllä. Tutkimukseen osallistui potilaita neljästä suomalaisesta sairaalasta. Kysely annettiin kirurgian vuodeosastojen ja poliklinikoiden potilaille.	Potilaat arvioivat tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen hyväksi molempina vuosina. Parannusta oli tapahtunut vuodesta 2008 vuoteen 2010. Tiedonsaantiin ja hoitoon osallistumiseen potilaat eivät olleet kaikilta osin tyytyväisiä. Molempina vuosina todettiin puutteelliseksi tavoitteiden asettaminen yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa ja hoitoon osallistumisen mahdollisuus sekä omaisten huomioiminen.
Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja. PDF- dokumentti. Saatavissa: http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf [viitattu 8.10.2020]	Tutkimuksessa kuvataan potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä. Sen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä potilasohjauksen kehittämisestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstön yhteistyönä.	Tutkimus koostui kolmesta osatutkimuksesta. Ensimmäisessä osatutkimuksessa kuvailtiin, millaista oli potilaan ohjaus erikoissairaanhoidossa kirurgisen hoitohenkilöstön arvioimana. Toisessa osatutkimuksessa kuvailtiin, millaista potilaan ohjaus oli perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön arvioimana. Kirurgiselta hoitohenkilöstöltä aineisto kerättiin kyselylomakkeella vuonna 2003 ja perusterveydenhuollon 2006. Kolmannessa osatutkimuksessa kuvailtiin hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämistyöstä. Siihen aineisto kerättiin vuonna 2007 haastattelemalla kehittämistyöhön osallistunutta hoitohenkilöstöä.	Hoitohenkilöstön asenteet potilasohjausta kohtaan olivat myönteiset ja tiedot ja taidot olivat pääosin hyvää tasoa. Hoitohenkilöstö arvioi toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti, mutta ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Kehittämistarpeita oli myös ohjauksen käytettävissä olevassa ajassa, välineistössä ja ohjaustiloissa.

<p>Miettinen, T. 2016. Potilasohjauskoulutus hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistajan Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- työ. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20160590/urn_nbn_fi_uef-20160590.pdf [viitattu 8.10.2020]</p>	<p>Tutkimuksessa tarkoituksena kuvata syventävää potilasohjauskoulutusta hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistajana Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää potilasohjauskoulutuksen edelleen kehittämisessä KYSissä.</p>	<p>Tutkimuksen osallistajat olivat KYSin syventävään potilasohjauskoulutukseen osallistunut hoitohenkilökunta, joita oli 42. Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista menetelmää. Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla reflektioryhmissä hoitohenkilökunnalta, ketkä osallistuivat syventävään potilasohjauskoulutukseen. Teemahaastattelun aihepiirit olivat toiveet ja odotukset kurssista, kurssin tavoitteet ja kokonaisuus, verkkokurssin osuus, kurssinaikainen ohjaus ja sen merkitys sekä kehittämistehtävä. Haastateltavat keskustelivat teemoista omin sanoin, sillä vastausvaihtoehtoja ei ollut.</p>	<p>Tutkimuksesta saatujen tietojen mukaan erikoissairaanhoidossa potilasohjaus toteutui kiinteänä osana päivittäistä hoitohenkilökunnan toimintaa. Yksittäinen suuri vaikuttava tekijä potilasohjaukseen oli käytettävissä olevat resurssit, kuten aika, ohjauksessa käytettävät tilat ja materiaali. Syventävä potilasohjauskoulutus vahvisti hoitohenkilökunnan potilasohjaamista lisäten ammatillisia valmiuksia toteuttaa potilasohjausta ja kehittää potilasohjaustoimintaa. Potilasohjausprosessissa vahvistui laadun merkitys ja potilaslähtöisyys, asenteet potilasohjausmenetelmiä kohtaan muuttuivat myönteisemmiksi ja ammatillisen kehittymisen mahdollisuudet vahvistuivat.</p>
<p>Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu- työ. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1 [viitattu 8.10.2020]</p>	<p>Tutkimus käsittelee kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoitajan näkökulmasta. Asiantuntijasairaanhoitaja on lisäkoulutettu sairaanhoitaja, jonka toimenkuva on erikseen määritelty- siihen liittyy sairaanhoitajavetoista vastaanottotoimintaa sekä tehostettua potilasohjausta. Tutkimuksen tavoitteena on tuotetun tiedon pohjalta suunnitella ja kehittää kirurgisen potilaan ohjausta.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkimukseen osallistui yhden yliopistolisen sairaalan erityisvastuualueella kirurgisen potilaan ohjaustyössä ja itsenäisillä vastaanottoillaan toimiva asiantuntijasairaanhoitajia, heitä oli 16. Asiantuntijasairaanhoitajia pyydettiin laatimaan esseekirjoitelma tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman kattavasti.</p>	<p>Asiantuntijasairaanhoitajien kokemukset potilaan ohjauksesta tiivistyi potilaan kokonaisvoimavaraistamiseen ohjauksella. Kokonaisvoimavaraistaminen koostui potilaan konkreettisten, henkisten, sosiaalisten ja tiedollisten voimavarojen turvaamisesta. Kirurgisen potilaan ohjaamiseksi tarvitaan riittävän pitkää työkokemusta kyetäkseen laadukkaaseen potilaan ohjaamiseen, ilmeni asiantuntijasairaanhoitajien kuvauksista.</p>

Liite 2. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusana	Tulokset	Alustavasti Hyväksytyt	Lopullisesti hyväksytyt
Medic	Potilasohj* AND sairaanhoit*	51	12	3
	Päiväkir* OR käsikir* OR potilasohj*	667	0	0
Finna.fi	Potilasohje AND potilasohjaus AND päiväkirurgia	17	0	0
	Kyynärherm* OR pinn* OR leikkau* OR käsikirg*	27 850	0	0
Kaakkuri	Potilasohjaus	21	1	1
	Preoperatiiv* OR intraoperativ* OR postoperatiiv* OR hoitotyö OR päiväkir* OR anestesia*	3240	5	2
Google Scholar	Potilasohj* AND sairaanhoit* AND kirurg*	1	1	1
	kyynärherm* OR herm* OR hermopinn* OR hermo* OR hermorat* OR hermoratatutk*	2590	7	4
Terveysportti	kyynärherm* OR kirurg* hermopinn* OR hermo* OR käsikirur*	1999	2	0
Ebsco	Patient instruction OR patient teaching AND preoperative AND intraoperative AND postoperative AND day surgery AND hand surgery	2,710	0	0

Tietoinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta

Opinnäytetyön nimi: Potilasohje kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle

Opinnäytetyön tekijät: Hanna Saarinen ja Kia Kamppuri

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu Xamkista, Savonlinnasta. Nimmemme ovat Hanna Saarinen ja Kia Kamppuri. Teemme opinnäytetyön tuotekehitysprosessina Sosterille kirurgian poliklinikalle ja opinnäytetyömme aiheena on potilasohje kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle.

Pyydämme teitä osallistumaan ryhmähaastatteluun, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa laajasti kyynärhermo vapautusleikkaus prosessista sekä Sosterin potilasohjeiden kehittämistä. Ohessa haastattelun runko.

Allekirjoituksellani suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelu nauhoitetaan sekä antamani tietoja käytetään kyseisen opinnäytetyön kehittämiseen. Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän haastattelun tai peruutan suostumuksen, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana opinnäytetyön aineistoa.

__Päiväys ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus

Haastateltavan nimenselvennös

Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot:

Hanna Saarinen, sairaanhoitajaopiskelija

ohasa025@edu.xamk.fi

Kia Kamppuri, sairaanhoitajaopiskelija

okika026@edu.xamk.fi

Saatekirje

Opinnäytetyö: Kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle

Opinnäytetyön tekijät

Hanna Saarinen, sairaanhoitajaopiskelija
ohasa025@edu.xamk.fi

Kia Kamppuri, sairaanhoitajaopiskelija
okika026@edu.xamk.fi

Xamk - Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Savonlinnan kampus, Savonniemenkatu 6,
57100 Savonlinna

Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa potilasohje kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle sekä tavoitteena on tukea potilaan valmistautumista leikkaukseen ja leikkauksen jälkeiseen toipumiseen sekä kuntoutumiseen.

Pyyntö osallistua ryhmähaastatteluun

Pyydämme sinua osallistumaan tähän ryhmähaastatteluun. Sinulla on mahdollisuus tehdä kysymyksiä ryhmähaastattelusta, kun olet perehtynyt tähän tiedotteeseen. Tämän jälkeen sinulta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Vapaaehtoisuus

Ryhmähaastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voit keskeyttää haastattelun koska tahansa. Mikäli keskeytät haastattelun tai peruutat suostumuksen, keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana opinnäytetyön kehittämiseen.

Teemahaastattelun runko

Teema	Kysymykset
Toimenpide	<p data-bbox="815 324 1254 353">Mitä toimenpiteessä tapahtuu?</p> <p data-bbox="815 396 1299 425">Kuinka kauan toimenpide kestää?</p> <p data-bbox="815 468 1299 497">Sairasloma toimenpiteen jälkeen?</p> <p data-bbox="815 539 1238 568">Asiakasryhmä, ikä/sukupuoli?</p>
Potilasohjeen ulkoasu	<p data-bbox="815 620 1310 649">Onko raakaversio helppolukuinen?</p> <p data-bbox="815 692 1182 721">Teitittely potilasohjeessa?</p> <p data-bbox="815 763 1394 831">Kuinka laaja johdannon tulee olla ohjeen alussa?</p> <p data-bbox="815 873 1094 902">Fontin koko ja väri?</p> <p data-bbox="815 945 999 974">Kuvien rooli?</p>
Potilasohje	<p data-bbox="815 1023 1318 1090">Tukeeko potilasohje potilaan valmistautumista toimenpiteeseen?</p> <p data-bbox="815 1133 1190 1162">Onko teoretieto kattavaa?</p> <p data-bbox="815 1205 1342 1234">Mitä muita potilasohjeita potilas saa?</p> <p data-bbox="815 1276 1214 1305">Mistä potilas saa lisätietoja?</p>

Saatekirje

Hyvä Sosterin hoitohenkilökunnan työntekijä!

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta, Savonlinnan kampukselta. Olemme tekemässä Sosterille potilasohjetta kyynärhermon vapautusleikkaukseen tulevalle potilaalle. Potilasohjeen tavoitteena on tukea potilaan valmistautumista leikkaukseen ja leikkauksen jälkeiseen toipumiseen sekä kuntoutumiseen.

Haluamme saada teiltä palautetta potilasohjeesta, jotta voimme kehittää sitä eteenpäin. Liitämme oheen arvioitavan potilasohjeen sekä linkin Webropol-kyselyyn. Arviointi vie teiltä aikaa muutaman minuutin. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Vastaaminen tapahtuu anonymisti ja vastaukset käsitellään asianmukaisella tavalla. Pehdythän potilasohjeeseen ennen kyselyyn vastaamista. Vastaamalla tähän kyselyyn teillä on mahdollisuus vaikuttaa potilasohjeen sisältöön ja ulkoasuun.

Toivomme, että vastaatte rehellisesti kyselyyn, jotta voimme tuottaa teille mahdollisimman toimivan potilasohjeen.

Toivomme vastausta kyselyyn aikavälillä 20.1.2021 – 7.2.2021

Linkki Webropol-kyselyyn xx

Ystävällisin terveisin

Hanna Saarinen
Sairaanhoitajaopiskelija
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Savonlinnan kampus
ohasa025@edu.xamk.fi

Kia Kamppuri
Sairaanhoitajaopiskelija
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Savonlinnan kampus
okika026@edu.xamk.fi

Ohjaavat opettajat:
Tarja Turtiainen
tarja.turtiainen@xamk.fi

Jaana Dillström
jaana.dillstrom@xamk.fi

PALAUTEKYSELYLOMAKE

Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonymisti ja vastauslomakkeet käsitellään asianmukaisella tavalla!

Kyselyyn on aikaa vastata 20.1.2021 - 7.2.2021

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

1. Onko potilasohjeen asiasisältö mielestänne riittävä? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Onko potilasohjeen graafinen ulkoasu mielestänne selkeä? esim. fontti, värit, kuvat, kieli? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Etenikö potilasohje mielestänne loogisessa järjestyksessä? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Pystyykö potilas valmistautumaan ohjeen avulla toimenpiteeseen preoperatiivisesti? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Onko potilasohje tehty Sosterin tyylin, ohjeiden sekä arvojen mukaan? *

1

2

3

4

5

6. Avoin palaute

Kyynärhermopinteen vapautusleikkaus

Tästä potilasohjeesta löydätte tarvitsemanne tiedot kyynärhermopinteestä, leikkaukseen valmistautumisesta sekä kotihoito-ohjeista

Kyynärhermopinne on toiseksi yleisin käden hermopinne. Hermopinne tarkoittaa kyynärhermon puristustilaa, jossa ääreishermon toiminta on häiriintynyt.

Leikkauspäivänä

Leikkaukseen tullessa teillä **ei saa olla** tulehduksia kuten esimerkiksi flunssaa, virtsatietulehdusta sekä ihorikkoja tai tulehtuneita ihottumia. Käykää suihkussa ja peskää hiukset leikkausta edeltävänä iltana. Leikkauspäivänä ottakaa lääkkeet alkuperäispakkauksessa mukaan sairaalaan, **älkää ottako itse aamulääkkeitänne kotona.**

Leikkaus on päiväkirurginen toimenpide. Tulette leikkauspäivän aamuna sairaalaan päiväkirurgian osastolle ja **pääsette samana päivänä klo 18 mennessä kotiin.** Ennen kotiutusta teidän kanssa käydään jatkohoito-ohjeet suullisesti läpi, saatte ne mukanne myös kirjallisena. Mukaan saatte myös haavan hoito-ohjeet.

Toivutte nukumuksesta tai puudutuksesta heräämössä. Kotiutusmatkalla on oltava aikuinen saattaja mukana ja leikkauksen jälkeisenä yönä kotona tulee olla aikuisen seurassa.



Lisätietoja kyynärvarren rasisussairaudesta:
<https://www.kaypahoito.fi/khp00065>

Leikkaukseen valmistautuminen:
<https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen>

Saatte erillisen ohjeen seuraavista asioista

- Ravitsemus ennen leikkausta
- Leikkaukseen valmistautuminen
- Käsitöimenpidepotilaan kotihoito-ohje

Leikkauksen jälkeinen toipuminen

Leikkauksen jälkeen käteen laitetaan pehmustettu side, jota **ei saa poistaa ensimmäiseen 4-5 vuorokauteen**. Suihkussa saatte käydä leikkauksesta seuraavana päivänä. Suihkussa käsi tulee suojata. Siteestä huolimatta liikeharjoitteet on tärkeä aloittaa aina ohjeistuksen mukaan. Siteen voitte poistaa itse erikseen saamienne ohjeiden mukaisesti.

Jos haavan alueella esiintyy infektion oireita (punoitus, turvotus, kuumeitus, samea/kellertävä erite, kuumeilu tai epänormaali kipu) ottakaa yhteys terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon.

Turvotus on normaalia leikkauksen jälkeen. Turvotus voi kestää useita viikkoja leikkauksen jälkeen. Vähentääksenne turvotusta pitäkää kättä liikkeessä rennosti vartalon vierellä. Istuessa ja makuulla tukekaa leikattu käsi tyynyillä kohoasentoon (kuva 2).

Saatte kotiuttavalta hoitajalta mukanne **ohjeet leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon** sekä reseptit kipulääkitykseen.

Ompeleet poistetaan 10-14 vuorokauden kuluttua leikkauksesta terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa. Saunaan saatte mennä vuorokauden kuluttua ompeleiden poistosta.

Sairasloma leikkauksen jälkeen kestää kuudesta kahdeksaan viikkoa, riippuen työstä.



Kuva 2.

Valmistautuminen leikkaukseen ohjeiden mukaisesti edistää leikkausta ja kuntoutumista.

Yhteystiedot:

Päiväkirurgian osasto
p. 044 417 3491

Päivystysapu
p. 116 117