



# **DREENIN KANSSA KOTIIN - POTILASOHJE**

Kaisa Hakala

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihto-  
ehto

**TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HAKALA, KAISA:  
Dreenin kanssa kotiin -potilasohje

Opinnäytetyö 43 sivua, joista liitteitä 6 sivua  
Maaliskuu 2013

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallinen potilasohje dreenin kanssa kotiutuville potilaille eräälle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon osastolle. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää mikä on dreeni, mitä on potilasohjaus ja millainen on hyvä potilasohje. Opinnäytetyö toteutettiin tuotokseen painottuvan opinnäytetyön kaavaa noudattaen. Keskeiset käsitteet olivat dreeni ja ohjaus, joiden alakäsitteinä olivat postoperatiivinen hoito ja kotihoito, sekä kirjallinen potilasohje.

Opinnäytetyö koostui yksiosaisesta raportista sekä raportin liitteenä olevasta tuotoksesta, eli kirjallisesta potilasohjeesta. Tuotoksena syntyi kaksisivuinen, A4-kokoinen kirjallinen potilasohje, joka on tulostettavissa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin intranetistä. Kirjallinen potilasohje sisältää tiivistetysti tietoa, joka koottiin ohjeeseen yhdessä opinnäytetyön tekijän ja työelämäyhteyden kanssa. Ohje kirjoitettiin kohderyhmä, eli potilaat huomioiden ja siinä käytiin läpi potilaan näkökulmasta tärkeimmät dreenin kanssa kotiutuessa huomioitavat asiat. Esimerkiksi dreenin kotihoito-ohjeet, siitä tarkkailtavat asiat ja sen seuranta ja poistatusajankohdan arviointi sekä dreeniin liittyvän haavaimun käyttö.

Valmiin tuotoksen ulkoasua määritteli pitkälti se, että sen pohjana toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin oma paperipohja logoineen ja asetuksineen. Tämä seikka määritteli myös ohjeen värimaailman, joka oli mustavalkoinen lukuun ottamatta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sinisävyistä logoa. Potilasohjeessa käytettiin kuvitusta selkeyttämään asiasisältöä ja helpottamaan asiasisällön ymmärtämistä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kirjallisen potilasohjeen avulla edistää dreenin kanssa kotiutuvan potilaan itsehoidon sujuvuutta ja turvallisuutta, sekä helpottaa potilaan itsenäistä selviytymistä kotona. Osaston henkilökunta voi hyödyntää kirjallista potilasohjetta ohjatessaan osastolta kotiutuvia potilaita. Jatkossa voisi tutkia kirjallisen potilasohjeen hyödyllisyyttä potilaille ja hoitajille sekä sen käyttöastetta osastolla. Tutkimuksesta saadun tiedon mukaan potilasohjetta voisi kehittää enemmän potilaita tai hoitajia palvelevaksi.

---

Asiasanat: dreeni, kirjallinen potilasohje, potilasohjaus

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing  
Option of Public Health Nursing

**HAKALA, KAISA:**

Information guide for patients who discharged with wound drainage

Bachelor's thesis 43 pages, appendices 6 pages  
March 2013

---

The purpose of this thesis was to create a written information guide for patients who are discharged with wound drainage. Thesis was made for Pirkanmaa health district and the subject was selected by taking into account the needs of working life. The objective was to clarify what wound drainage and patient counseling are and to find out what makes a good written information guide. The theoretical basis of this thesis lay on the following concepts: wound drainage and counseling, postoperative care of wound drainage at the hospital and at the home and written information guide. The overall goal was to advance patients' coping with wound drainage at home.

This thesis consists of a report and a written information guide. The information guide is two A4 pages long and it can be printed out from the intranet of Pirkanmaa health district. The guide contains information and instructions for patients so that they can cope with wound drainage at home independently and safely. The information in the guide was gathered co-operation with a representative of the working life. The target group was taken into account in the process.

The guide deals with the most important things that patients should notice when discharged with wound drainage. For example home care instructions, how to use wound suction and most importantly hospital contact information. The guide is also aimed for nurses. They can use it as aid in patient counseling.

The appearance of the finished written information guide was kept as simple as possible. There is the blue-white logo of Pirkanmaa health district, which determined the other colors of the information guide. One picture is used to clarify the content.

---

Key words: drainage, patient information guide, counseling

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
3.1	DREENI.....	9
3.1.1	Dreenin tehtävät ja komplikaatiot .....	9
3.1.2	Dreenin tarkkailu ja hoito osastolla.....	10
3.1.3	Dreenin tarkkailu ja hoito kotona.....	11
3.1.4	Haavaimu .....	12
3.1.5	Dreenin poistattaminen .....	14
3.2	OHJAUS .....	15
3.2.1	Ohjaus hoitotyössä .....	15
3.2.2	Dreenin kanssa kotiutuvan potilaan ohjaus.....	16
3.2.3	Kirjallinen potilasohje.....	18
3.2.4	Kirjallisen potilasohjeen sisältö ja ulkoasu .....	19
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	23
4.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö .....	23
4.2	Kirjallisen potilasohjeen sisältö ja ulkoasu.....	24
4.3	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	27
5	PÄÄTÄNTÄ .....	29
5.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	29
5.2	Kehittämisehdotukset.....	31
5.3	Pohdinta .....	32
	LÄHTEET .....	35
	LIITTEET .....	38
	Liite 1. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset .....	38
	Liite 2. Dreenin kanssa kotiin -potilasohje.....	41

## 1 JOHDANTO

Potilaan tiedonsaantioikeutta säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). Lain mukaan potilaan tulee saada selvitys terveydentilastaan, saamansa hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista, hoidon vaikutuksista, sekä muista hoitoa koskevista asioista, joilla on vaikutusta niihin päätöksiin, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon. Terveystieteiden ammattilaisten vastuulla on antaa tämä selvitys potilaalle niin, että tämä riittävästi ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Potilaan ohjaaminen on olennainen osa hoitotyötä ja se on aina kuulunut sairaanhoitajan työnkuvaan (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors 2007, 25; Torkkola, Heikkinen, Tiainen 2002, 7). Sairaalan henkilökunnasta juuri hoitajat ovat eniten tekemisissä potilaiden kanssa, joten heillä on paras mahdollisuus ja myös velvollisuus huolehtia potilaiden ohjaamisesta (Torkkola ym. 2002, 7, 26; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Hoitoajat ovat kuitenkin viime aikoina lyhentyneet, ja siten myös ohjaukselle jäävä aika on lyhentynyt. Tämän myötä ohjauksessa käytettävän kirjallisen materiaalin merkitys on korostunut. (Kyngäs & Hentinen 2009, 115; Torkkola ym. 2002, 7, 26.)

Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan hoitajat omaavat hyvät tiedot ja taidot ohjata potilasta ja sen mukaan myös vuorovaikutus niin potilaiden kuin omaistenkin kanssa on hyvää. Kuitenkin tutkimuksesta selvisi, että potilaista vain kolmannes oli saanut kirjallista ohjausmateriaalia eivätkä hoitajat olleet huomioineet ohjausta antaessaan potilaan elämäntilannetta, eivätkä olleet antaneet mahdollisuutta keskustella ongelmista. Näin ollen potilaat eivät siis olleet saaneet riittävästi ohjausta. (Kääriäinen 2007, 119-122.)

Dreenit, eli laskuputket ovat jo vanha keksintö. Niitä on käytetty leikatun alueen kanavoinnissa jo Hippokrateen ajoilta asti. Aikanaan dreenit olivat tehokas hoitokeino märkäpesäkkeisiin ja nykypäivänä niiden avulla pyritään pääasiassa ehkäisemään veren ja kudoksen kertymistä leikkausalueelle. (Rantala 2008;124(19):2144-2145.)

Haavadreeni on haavaonkalossa noin yhdestä kuuteen vuorokautta riippuen erityksen määrästä ja lääkärin määräyksestä (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 110). Potilas voikin kotiutua dreenin kanssa, jos hän muuten on kotikuntoinen ja kykenevä itse huolehtimaan dreenistä ja sen hoidosta (Iivanainen & Hietanen 2007). Kotiutuvan potilaan ohjauksen tulee olla aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jonka aikana ohjaajan ja ohjattavan, tässä hoitajan ja potilaan, välille syntyy vuorovaikutteinen ohjussuhde (Kääriäinen & Kyngäs 2005).

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kirjallinen potilasohje dreenin kanssa kotiutuville potilaille eräälle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon osastolle. Toive opinnäytetyön aiheelle tuli kyseiseltä osastolta, jossa on jo pidempään ollut tarvetta kirjalliselle ohjeelle, joka ohjaisi kotiutunutta potilasta hyvään itsehoitoon. Opinnäytetyö ja siihen liittyvä kirjallinen potilasohje toteutetaan tuotokseen painottuvan opinnäytetyön kaavaa noudattaen, joka on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimuksellisille opinnäytetöille (Vilka & Airaksinen 2003, 9).

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä potilasohje dreenin kanssa kotiutuvalle potilaalle eräälle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon osastolle.

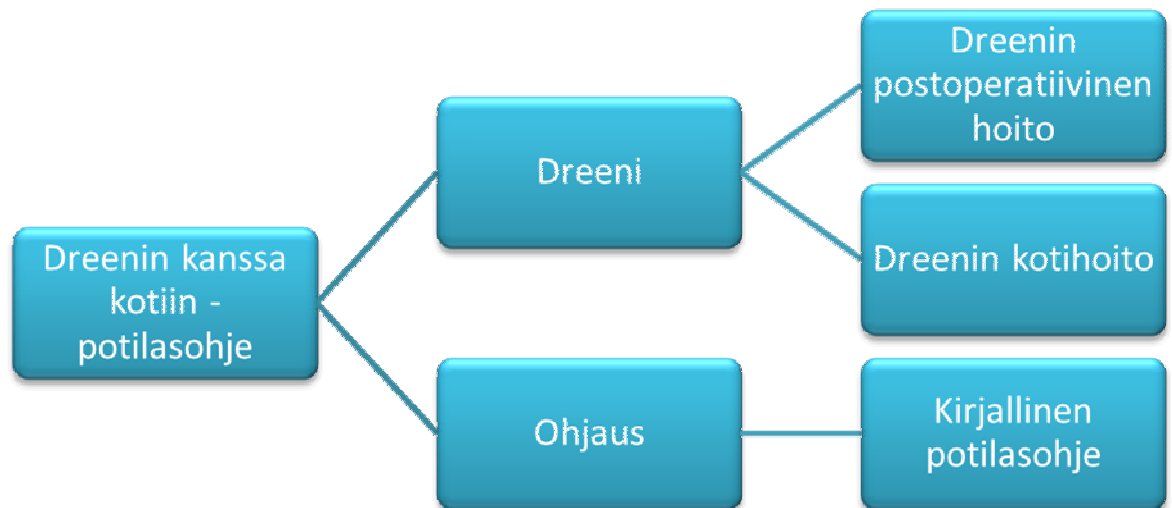
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mikä on dreeni?
2. Mitä on potilasohjaus?
3. Millainen on hyvä potilasohje?

Opinnäytetyön tavoitteena on potilasohjeen avulla edistää dreenin kanssa kotiutuvan potilaan itsehoidon turvallisuutta ja sujuvuutta ja sitä kautta helpottaa potilaan selviytymistä kotona.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tuotoksena syntyy kirjallinen potilasohje dreenin kanssa kotiutuville potilaille. Keskeisiksi käsitteiksi aiheesta nousivat dreeni ja ohjaus. Ohjauksen alakäsitteiksi nousivat kirjallinen potilasohje ja sen sisältö ja ulkoasu. Dreenin alakäsitteiksi nousivat sen tehtävät ja siitä mahdollisesti aiheutuvat komplikaatiot, sen tarkkailu ja hoito ja siihen liittyvä alipaineimu sekä dreenin poistattaminen, eli dreenin postoperatiivinen hoito osastolla ja kotona. (Kuvio 1.) Nämä käsitteet valikoituivat opinnäytetyöhön työelämäpalaverin ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Työelämäyhteyden toiveesta potilasohje ei käsittele mitään tiettyä operaatiota, jonka yhteydessä potilas kotiutuu haavadreenin kanssa, vaan tarkoituksena on käsitellä yleisesti kaikkia kyseiseltä osastolta haavadreenin kanssa kotiutuvia potilaita. Pleuradreeni, T-dreeni sekä askiteksen poistossa käytettävä dreeni eivät kuulu tässä opinnäytetyössä käsiteltäviin dreeneihin.



## 3.1 DREENI

### 3.1.1 Dreenin tehtävät ja komplikaatiot

Dreenillä tarkoitetaan leikkaussalissa tai polikliinisesti potilaalle laitettua silikonista laskuputkea, jossa on reikiä, joiden kautta erite pääsee haavaonkalosta pois (Iivanainen & Syväoja 2012, 348). Se voi olla potilaan raajoissa, kehossa tai kasvoissa ja sen tarkoituksena on poistaa elimistöstä haitallinen veri tai neste (Iivanainen & Hietanen, 2007; Nobel 2003; Walker 2007). Tässä opinnäytetyössä dreenillä tarkoitetaan leikkaussalissa asetettua haavadreeniä, jonka tehtävänä on poistaa leikkausalueelta veri ja kudosteneste sekä estää infektioiden syntyä ja edistää haavan paranemista ja potilaan toipumista (Walker 2007). Se on leikkauksen yhteydessä asetettu haavaonkaloon ja kiinnitetty ihoon ompeleella. Haavadreenien lisäksi on olemassa myös esimerkiksi pleuradreenejä, joita käytetään ilmarinnan hoidossa, sekä T-dreenejä, joita käytetään pitämään auki sappitiehyyt. Dreeniä voidaan käyttää myös liiallisen vatsaonteloon kerntyneen nesteen poistamiseen. (Iivanainen & Hietanen, 2007; Walker 2007.)

Dreenien käytön yhteydessä esiintyy myös komplikaatioita, ja joidenkin leikkausten yhteydessä on jopa mietitty, onko dreenien käyttö turhaa tai ehkä jopa haitallista potilaalle (Rantala, 2008; Salo 2004). Kellosalo (2003) onkin Rantalan (2008) kanssa samaa mieltä, että dreenin käytön tulee perustua tutkittuun tietoon, koska sen aiheuttamat komplikaatiot lisäävät hoidontarvetta. Yleisimpiä komplikaatioita ovat dreenin tukkeutuminen, esimerkiksi verisen hyytymän tai laskuputken lyttyyn menemisen vuoksi. Jonkin verran esiintyy myös dreenien aiheuttamaa paikallista kudosaärsytystä, joka voi pahimmillaan johtaa jopa painehaavan syntyyn dreenin ulostuloaukon seudulle, sekä infektiota. Dreeni on vierasesine, joka toimii infektioporttina mikrobeille. Riskinä on, että paikallinen infektio pääsee leviämään iholta ja leikkaushaavalta muualle elimistöön. (Iivanainen & Hietanen 2007; Rantala 2008; Walker 2007.) Harvinaisempia komplikaatioita ovat dreeniaukon tyrät, dreenin tai sen osan jääminen leikkaushaavaan sekä keuhkokomplikaatiot (Kellosalo 2003). Komplikaatioita esiintyy sitä todennäköisemmin, mitä kauemmin dreeni on haavaonkalossa paikallaan (Walker 2007).

### 3.1.2 Dreenin tarkkailu ja hoito osastolla

Dreenin huolellinen tarkkailu on tärkeää aloittaa heti leikkauksen jälkeen, jotta sen laitto leikkauksessa ei olisi ollut turhaa (Walker 2007). Osastolla dreeneistä tarkkaillaan niiden paikallaan pysymistä ja toimivuutta sekä dreenistä tulevan eritteen määrää, laatua, ulkonäköä ja mahdollista hajua (Kuurne & Erämies 2010). Hoitajan tulee kiinnittää huomiota myös dreenin ympärillä olevaan ihoon ja sen kuntoon (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 108; Iivanainen & Hietanen 2007). Osastolla dreenin tarkkailuun vaikuttavat sen laitton syy, eritteen määrä sekä potilaan kunto. Jos potilas on hyvä kuntoinen, eikä dreenistä tulevassa eritteen määrässä, laadussa tai ulkonäössä ole poikkeavaa, riittää eritteen mittaukseen kaksi kertaa vuorokaudessa ja keräyspussin vaihto tarvittaessa. (Iivanainen & Hietanen 2007.) Dreenistä tehdyt huomiot ja havainnot, kuten eritteen määrä ja laatu tulee kirjata potilasasiakirjoihin (Ahonen ym. 2012, 108).

Leikkauksen jälkeen dreenin juuri on suojattu haavatyynyllä, joka saa olla paikallaan, kunnes eritettä on tullut siitä läpi (Iivanainen & Hietanen, 2007). Dreenin juuri ei tarvitse erityistä hoitoa, jos se pysyy kuivana, eikä erite pääse vuotamaan juuresta. Verinen erite tulee aina puhdistaa esimerkiksi keittosuolaliuoksella kostutetulla sideharsotaitoksella. Kosteaa dreenin juurta tulee hoitaa, jotta mahdolliselta infektiolta välttyttäisiin. Hoitona on juuren puhdistus kostealla taitoksella useita kertoja päivässä. Jos dreenin juuri on ärtynyt, voidaan sitä hoitaa suojaavalla voiteella. (Iivanainen & Hietanen 2007; Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 110.) Potilas voi osastolla ollessaan käydä suihkussa dreenistä huolimatta. Dreenin juurta suojaava sidos tulee kuitenkin poistaa suihkun ajaksi ja suihkun jälkeen tilalle vaihdetaan puhtaat sidokset. (Ahonen ym. 2012, 113.) Poikkeuksena ovat ortopediset leikkaukset, joissa dreeni ylettyy luuhun tai nivelonteloon. Suihkussa käynti suurentaa tällöin infektioriskiä. (Iivanainen & Hietanen 2007). Näissä leikkauksissa dreeni poistetaan kuitenkin jo yleensä ensimmäisenä post-operatiivisena päivänä (Hietanen ym. 2002, 110).

### 3.1.3 Dreenin tarkkailu ja hoito kotona

Potilaan, joka kotiutuu dreenin kanssa, tulisi saada kotiin lähtiessä ohjeita dreenin tarkkailuun. Kotona potilaan tulisi kiinnittää huomiota päivittäin eritteen määrään ja ulkonäköön. Lisäksi eritteen määrä tulee mitata kerran vuorokaudessa, mieluiten keräyspus-sin tyhjennyksen yhteydessä. Potilasta tulisi ohjata tarkkailemaan myös leikkausalueen mahdollisia turvotuksia, jotka voivat kertoa nesteen kertymisestä leikkausalueelle, ja näin ollen ne kertovat myös dreenin toiminnasta. (Iivanainen & Hietanen 2007.) Tarkkailla tulee myös tavallisia infektion merkkejä, kuten punoitusta ja kuumoitusta leikkausalueella, sekä mahdollista yli 38°C:n kuumetta (Juutilainen 2009; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 115), koska kirurgisen toiminnan yhtenä riskinä ovat leikkausalueen infektiot (Saarelma 2012). Dreenistä tuleva tai dreeniaukosta vuotava märkäinen erite on myös merkki infektiosta (Hedman, Heikkinen, Huovinen, Järvinen, Meri & Vaara 2011, 651). Kotona dreenin juurta suojataan puhtailla haavataitoksilla sairaalasta saatujen ohjeiden mukaisesti (Iivanainen & Hietanen 2007). Kotona toteutettava dreenin juuren hoito ei eroa osastolla toteutetusta hoidosta (Iivanainen & Hietanen 2007). Potilaan tai hänen läheisensä, joka osallistuu hänen hoitoonsa, tulisi saada kotiin lähtiessä tarkat ohjeet dreenin hoidosta (Carroll 2005, 31).

Kun potilas kotiutuu dreenin kanssa, hän tarvitsee tietoa sairaudestaan ja siitä, miten hän toimii dreenin kanssa kotona. Lisäksi potilas tarvitsee tietoa siitä, miten dreeni vaikuttaa hänen arkielämänsä toimintoihin, kuten esimerkiksi liikkumiseen, nukkumiseen ja peseytymiseen. Nämä jokapäiväiset toiminnot ovat ihmisille niin arkipäiväisiä, että hoitaja ei välttämättä muista antaa näistä asioista tietoa potilaalle tämän kotiutuksen yhteydessä. Ne ovat kuitenkin kotona pärjäämisen kannalta olennaisia asioita, jotka tulisi löytyä myös potilaalle mukaan annettavasta potilasohjeesta. Kyngäs ym. (2007, 126) toteavatkin, että jos kirjallisessa ohjeessa käsitellään vain fyysistä ongelmaa ja sen hoitoa, ei potilasohje tällöin ole riittävä.

Dreenin kanssa kotiutuva potilas saa liikkua normaalisti oman kunnon ja jaksamisen mukaan. Huomiota tulee kuitenkin kiinnittää siihen, että dreeni ei liikkeessa irtoa, tartu vaatteisiin eikä nappeihin tai joudu kiristyksiin eikä pääse taittumaan kasaan. Dreenin saa vaatteiden alle piiloon, ja keräyspussille saa sairaalasta mukaan oman suoja-pussin, jotta dreenin kanssa olisi mahdollisimman miellyttävä liikkua myös kodin ulkopuolella.

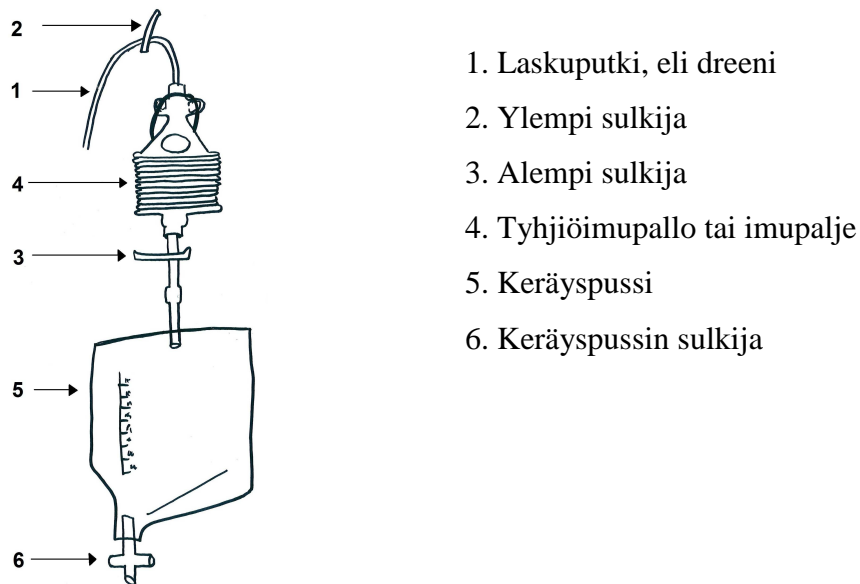
(Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri/potilasohje PTC-katetrin kotihoito-ohje.) Nukkumiseen pätevät samat ohjeet kuin liikkumiseenkin; potilaan täytyy varoa, että dreeni ei irtoa paikaltaan, eikä se tartu mihinkään. Myös nukkuma-asentoon tulee kiinnittää huomiota, että dreeni ei pääse menemään mutkalle tai painumaan kasaan. (Väisänen 2013.)

Dreenin kanssa saa käydä suihkussa, paitsi ortopedisten leikkausten jälkeen, jolloin dreeni ulottuu luuhun tai nivelonteloon, koska silloin infektioiden riski on suurempi kuin tavallisesti (Iivanainen & Hietanen 2007). Suihkussa ollessa dreenin juuri joko suojataan vettä läpäisemättömällä kalvolla, tai suojateippi otetaan pois, jotta dreenin juurta voidaan suihkuttaa. Potilas saa kotiutuessaan ohjeet, joiden mukaan hän toimii suihkussa käydessään. Jos dreenin juurta suihkutetaan, tulee se kuivata huolellisesti ja laskuputkea varoen suihkun jälkeen. Saunominen, kylpeminen ja uiminen eivät ole sallittuja dreenin kanssa. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri/potilasohje PTC-katetrin kotihoito-ohje.) Kaikessa tekemisessä kotona ollessa, kuten pukeutumisessa ja vessassa käymisessä tulee potilaan huomioida, että hänellä on dreeni. Samaa varovaisuutta täytyy noudattaa kaikissa toimissa kuin edellä mainittiin liikkumisen ja nukkumisen suhteen. (Väisänen 2013.)

### **3.1.4 Haavaimu**

Dreneeraus voi olla aktiivista tai passiivista. Passiivisessa dreneerauksessa ei ole imua vaan haavaerite pääsee valumaan haavasta pois painovoiman vaikutuksesta. Kun laskuputkeen, eli dreeniin liitetään alipaineimu tai haavaimu, saadaan aikaan aktiivinen dreeni. (Iivanainen & Syväoja 2012, 204; Noble 2003.) Esimerkki passiivisesta dreneerauksesta on penrosedreeni, joka on steriili kumiliuska, jonka avulla erite johdetaan haavasta pois passiivisesti. Myös penrosedreeni kiinnitetään haavaan ompeleella, jotta se ei pääse liukumaan haavan sisään. (Hietanen ym 2002, 110; Noble 2003.)

Haavaimu on suljettu järjestelmä joka koostuu laskuputkesta, imuletkusta ja sen ylemmästä ja alemmasta sulkijasta, tyhjiöimupallosta tai imupalkeesta sekä keräyspussista, jossa on takaiskuventtiili (Iivanainen & Hietanen 2007) (Kuva 1). Suljettu imujärjestelmä vähentää haavaimua pitkin leviäviä infektioita (Ahonen ym. 2012, 113).



KUVA 1. Dreeni ja siihen liittyvä haavaimujärjestelmä.

Haavaimun toiminta perustuu alipaineeseen. Alipaine saadaan aikaiseksi kun puristetaan järjestelmässä oleva imupalje (4) kasaan. Kun imupalkeessa vallitsee alipaine, poistuu haavasta laskuputkea (1) pitkin eritettä imupalkeeseen (4). Ylemmän ja alemman sulkijan (2,3) ansiosta haavaimu pystytään tyhjentämään aseptisesti. Kun erite on valunut laskuputkea (1) pitkin imupalkeeseen (4), on alipaine purkautunut. Seuraavaksi tulee sulkea ylempi sulkija (2) ja avata alempi sulkija (3). Jälleen puristetaan imupalje (4) kasaan ja erite valuu nyt imupalkeesta (4) keräyspussiin (5). Kun imupalje (4) on tyhjä eritteestä, suljetaan alempi sulkija (3) ja avataan ylempi sulkija (2), näin haavaimu on taas toimintakunnossa seuraavaa kertaa varten. Keräyspussi (5) tyhjennetään tarvittaessa avaamalla keräyspussin sulkija (6). (Iivanainen & Hietanen 2007; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri/Plastiikkakirurgia 2012.)

### 3.1.5 Dreenin poistaminen

Haavadreeni pyritään poistamaan mahdollisimman nopeasti haavaonkalosta, koska se lisää aina infektioriskiä. Poistamisajankohtaan vaikuttavat eritteen määrä ja lääkärin määräys. (Hietanen ym. 2002, 110.) Osastolta kotiutuessaan potilas saa yksilölliset ohjeet, milloin juuri hänen tulee poistattaa oma dreeninsä. Jos dreeni tukkeutuu tai lähtee pois paikaltaan, ei sitä enää uudelleen aseteta haavaonkaloon, vaan tällöin erite saa vapaasti valua dreeniaukosta pois. Jollei erite näin poistu haavaonkalosta, täytyy turvautua punktion, jolloin potilaan tulee käydä poistattamassa haavaerite lääkärin vastaanotolla. (Iivanainen & Hietanen 2007; Hietanen ym. 2002, 110.)

Dreenin poistaa joko lääkäri tai sairaanhoitaja, riippuen siitä, mikä dreeni on kyseessä. Esimerkiksi haavadreenin voi poistaa sairaanhoitaja, kun taas pleuradreenin poistaa aina lääkäri. (Iivanainen & Hietanen 2007.) Potilas saa kotiutuessaan tarkat ohjeet koskien myös dreenin poistattamista. Tässä opinnäytetyössä puhutaan pääasiassa dreeneistä, jotka voidaan poistattaa sairaanhoitajan vastaanotoilla, ellei potilasta ole toisin ohjeistettu tekemään.

Dreenin poistaminen on yksinkertainen toimenpide, jossa tulee kuitenkin huomioida muutama tärkeä seikka. Potilaan ohjaus tässäkin toimenpiteessä on ensiarvoisen tärkeää, ja hänelle tulee selvittää tarkasti mitä tehdään. Jos potilas vaikuttaa kivuliaalta jo ennen dreenin poistoa, tai jos hän pelkää siitä mahdollisesti aiheutuvaa kipua, voidaan potilaalle antaa kipulääkettä jo etukäteen. (Walker 2007.) Dreenin poistamista helpottaa, niin hoitajan kuin potilaankin kannalta, se, että potilas on asettunut mukavaan asentoon. Ennen dreenin ulosvetoa tulee tarkastaa, että laskuputken ylempi sulkija on auki. Tämän jälkeen katkaistaan ommel ja tuetaan haavaa samalla kun vedetään rauhallisesti ja tasaisesti laskuputki ulos haavasta. (Iivanainen & Hietanen 2007; Walker 2007.) Dreenin aukko tulee vielä suojata poistamisen jälkeen huolellisesti steriilillä haavatyynyllä tai haavakalvolla (Hietanen ym. 2002, 110; Walker 2007). Haavadreenin poistaneen hoitajan tulee arvioida haavan siihenastista paranemista ja tarvittaessa antaa potilaalle uudet haavanhoito-ohjeet ja ohjata potilasta olemaan tarvittaessa yhteydessä uudelleen hoitajaan tai lääkäriin. (Virpikari 2007, 15.)

## 3.2 OHJAUS

### 3.2.1 Ohjaus hoitotyössä

Ohjaaminen on olennainen osa hoitotyötä, kuitenkin sen tunnistaminen ja toteuttaminen tiedostaen on ongelmallista. Tämä siksi, että hoitotyössä ohjauksesta käytetään useita eri käsitteitä useissa eri konteksteissa rinnakkain. Tällaisia käsitteitä ovat esimerkiksi neuvonta, opetus ja tiedon antaminen. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Sen vuoksi onkin tärkeää määritellä, mitä ohjauksella hoitotyössä tarkoitetaan. Kyngäs ja Hentinen (2009, 75-80) määrittelevät ohjauksen osaksi hoitotyön ammatillista toimintaa ja potilaan hoitoprosessia, jossa pyrkimyksenä on potilaan tukeminen. He nostavat ohjauksen lähtökohdiksi asiakaslähtöisyyden, ohjaajan ja ohjattavan jaetun asiantuntijuuden sekä ohjaajan ja ohjattavan vastuullisuuden. Jaetulla asiantuntijuudella Kyngäs ja Hentinen (2009, 75-80) tarkoittavat sitä, että potilas on itse oman itsensä ja elämänsä asiantuntija, kun taas ohjaaja on oman alansa, siis asiasisällön, asiantuntija. Yhteisellä vastuulla he tarkoittavat potilaan vastuuta omasta oppimisesta ja omista valinnoistaan, siis aktiivista oppimista ja hoitoon sitoutumista. Ohjaajan vastuulle jää auttaa potilasta omaksumaan uusi, annettu tieto ja tukea tätä tiedon käsittelyssä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 75-80.)

Tässä työssä ohjaus määritellään potilaan ja hoitajan välisenä, tasa-arvoisena, suunnitelmallisena ja tavoitteellisena toimintana, jolloin hoitaja tukee potilasta tiedollisesti, emotionaalisesti tai konkreettisesti. (Kyngäs & Hentinen. 2009, 77.) Ohjauksen ei siis tule olla pelkkää tiedon antamista, vaan sen lisäksi hoitajan tulee olla potilaan tukena ja auttaa tätä uuden tiedon vastaanottamisessa. Hoitajalla tarkoitetaan tässä työssä terveydenhuollon ammattilaisia, laillistettuja ammattihenkilöitä, siis sairaanhoitajia (Valvira).

Laadukkaan potilasohjauksen tulee aina olla yksilöllistä ja riittävää, jotta sen avulla saataisiin vähennettyä sairausmenoja, sairauspäiviä, hoitokäyntejä sekä lääkkeiden käyttöä, eikä ohjaus saisi poiketa laadultaan muusta annettavasta lääketieteellisestä tai hoidollisesta hoidosta, vaan se tulisi olla niiden kanssa tasalaatuista. Laadukkaan ohjauksen määrittelyyn vaikuttavat sekä potilaiden, että hoitajien näkökulmien huomioiminen. (Kaila & Kuivalainen 2007, 21; Kyngäs ym. 2007, 20-21; Kääriäinen 2007, 22.) Kääriäisen (2007, 133-134) mukaan laadukas ohjaus vaatii kunnollisia resursseja. Näitä ovat esimerkiksi hoitajan tiedot ja taidot ohjata potilasta, sekä se, että ohjaustilanteelle

on riittävästi aikaa. Hän määrittelee laadukkaan ohjauksen kriteereiksi myös potilaslähtöisyyden, vuorovaikutteisuuden, ohjauksen vaikuttavuuden sekä sen, että potilaan tulee saada ohjausta riittävästi. (Kääriäinen 2007, 133-134.) Lipponen (2005, 52, 55) on tutkimuksellaan osoittanut, että kokonaisuudessaan hoitohenkilökunnalla on hyvät potilasohjausvalmiudet. Hoitohenkilöstö koki, että heillä oli käytettävissään ohjausmateriaalia sekä mahdollisuus kehittää potilaan ohjausta. Kuitenkin tutkimus osoitti, että ohjaukseen ei ollut riittävästi käytettävissä aikaa, välineitä tai tiloja. (Lipponen 2005, 52, 55.)

### **3.2.2 Dreenin kanssa kotiutuvan potilaan ohjaus**

Haavadreeni on haavaonkalossa noin yhdestä kuuteen vuorokautta riippuen erityksen määrästä ja lääkärin määräyksestä (Hietanen ym. 2002, 110). Potilas voi kotiutua dreenin kanssa, jos hän muuten on kotikuntoinen ja kykenevä itse huolehtimaan dreenistä ja sen hoidosta. Tällöin kotiutuvan potilaan ohjauksen tulee olla hyvin suunniteltua ja tavoitteellista toimintaa, jotta potilas pärjää kotona omatoimisesti (Kyngäs & Hentinen 2009, 77). Kotiutuvan potilaan ohjauksen lähtökohtana tulisi olla potilaan elämän tilanne sekä taustatekijät, jotta kotiutuvan potilaan osalta voidaan taata hoidon jatkuvuus myös kotona. Tämän takaamiseksi tulee selvittää potilaan voimavarat ja ohjauksen tarve. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola, Torppa 2006, 11.)

Sayinin ja Kananin (2010) tekemän tutkimuksen mukaan kirurgisessa toimenpiteessä olleista potilaista ensimmäisen kuuden viikon aikana kotiuttamisesta puhelimitse hoitopaikkaan oli yhteydessä 79,2%. Näistä potilaista 18,8%:lla oli ongelmia dreenin kanssa. Tutkimus osoittaa, että potilaat tarvitsevat kotiutuessaan hyvää ohjausta ja riittävästi tietoa tilastaan. Näiden lisäksi potilailla tulee olla mahdollisuus olla yhteydessä hoitopaikkaan tarvittaessa. (Sayin & Kanan 2010, 91-93.) Ohjausta tukee hyvin myös kirjallinen potilasohje. Laihon (2003, 12) mukaan niissä oleva tieto on pysyvää ja potilas voi tarvittaessa kerrata ohjattuja asioita potilasohjeesta. (Laiho 2003, 12.)

Jotta potilaan ohjaus onnistuisi mahdollisimman hyvin ja tavoitteet saataisiin saavutettua, tulee hoitajan hallita ohjattava asiasisältö ja lisäksi selvittää mitä potilas jo tietää, mitä hänen tulisi vielä tietää ja mitä potilas itse haluaisi vielä tietää lisää aiheesta. (Kyngäs ym. 2007, 47.) Hoitajan tulee ohjatessaan potilasta huomioida myös tämän äidinkieli, kulttuuri sekä yksilölliset tarpeet. Lisäksi on tärkeää, että hoitaja ohjaa potilasta siten,



että tämä riittävästi ymmärtää ohjauksen sisällön. Tarvittaessa hoitajan tulee käyttää ohjaustilanteessa tulkkia. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Hoitajan tulee varmistaa, että potilas on tietoinen hoidostaan ja siihen liittyvistä yksityiskohdista. Hoitaja ei saa ohjatessaan pitää mitään asiaa itsestäänselvyytenä, sillä potilas on tilanteessa yleensä ensimmäistä kertaa ja hänelle asiat eivät ole itsestään selviä. Hoitaja voi ohjaustilanteessa varmistaa, että ohjattu asia on ymmärretty esittämällä kysymyksiä ja antamalla potilaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 144-145.)

Dreenin kanssa kotiutuvan potilaan ohjauksen tulee huomioida potilas kokonaisvaltaisesti. Potilasta tulisi ohjauksen ohessa myös tukea tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti (Kyngäs ym. 2009, 76). Tiedollisella tukemisella Kyngäs (2009, 76) tarkoittaa sitä, miten hyvin potilas on saanut tietoa omasta tilastaan ja miten hyvin hän on sisäistänyt saadun tiedon käyttöönsä. Tämä tarkoittaa tässä työssä sitä, että potilas on saanut dreenistä ja sen hoidosta ja tarkkailusta kaiken tarvittavan tiedon sekä saanut harjoitella dreenin kanssa itsenäisesti selviämistä jo osastolla oloaikansa. Emotionaalisen tuen Kyngäs (2009, 76) määrittelee sisältämään kaiken tunteisiin liittyvän asioiden käsittelyn. Tässä se tarkoittaa sitä, että hoitaja huomioi potilaan tunteet, antaa niille tilaa ja kuuntelee potilasta. Potilas on käynyt läpi kirurgisen operaation, esimerkiksi syöpäleikkauksen, josta muistuttamaan on jäänyt leikkaushaavan lisäksi siihen jätetty dreeni. Tämä saattaa herättää potilaassa hyvinkin voimakkaita tunteita. Konkreettisella tuella Kyngäs (2009, 76) tarkoittaa kaikkea välineellistä tukea, jonka avulla potilas edistää omaa hoitoon sitoutumistaan. Dreenin kanssa kotiutuvan potilaan kohdalla tällainen tuki käsittää dreenin hoitoon tarvittavat hoitovälineet, esimerkiksi suojapussin keräyspussille, keräyspusseja ja dreenin juureen laitettavia taitoksia (Iivanainen & Hietanen 2007).

Dreenin kanssa kotiutuvan potilaan tulisi saada ohjausta dreenin kanssa selviämiseen jo osastolla oloaikansa riittävästi, sillä vasta kotiinlähtö-tilanteessa saatu ohjaus saattaa epäonnistua, jos potilas ei tunne ohjaustilanteessa oloaan turvalliseksi, eikä koe tilannetta ja suhdetta ohjaavaan hoitajaan luottamuksellisena (Torkkola ym. 2002, 30).

### 3.2.3 Kirjallinen potilasohje

Ohjauksessa käytettävän kirjallisen materiaalin merkitys on korostunut sen myötä, kun ohjaukselle jäävä aika on lyhentynyt (Kyngäs & Hentinen 2009, 115). Kyngäs ym.(2007, 124) tarkoittavat kirjallisella materiaalilla erilaisia kirjallisia ohjeita ja –oppaita, jotka voivat olla jotain muutaman sivun mittaisista ohjeista aina pieniin kirjasiin. Näiden tarkoituksena on antaa tukea hoitajalle ja potilaalle ohjaustilanteeseen. Kyngäs ja Hentinen (2009, 115) toteavat, että hyvä ja yksilöllistä ohjausta tukeva materiaali saattaa edesauttaa potilaan sitoutumista hoitoon. Kyngäs, ym.(2007, 125) sanovat, että huonosti ymmärrettävät kirjalliset materiaalit saattavat heikentää muuten hyvin onnistunutta ohjausta, koska väärinymmärrysten riski kasvaa. Hyvän potilasohjeen tulee siis olla selkeällä ja ymmärrettävällä kielellä kirjoitettu, ja niiden tulee täyttää kirjallisille ohjeille laaditut vaatimukset (Kyngäs ym. 2007, 125-127). On siis selvää, että kirjallisesta materiaalista ohjauksen tukena on hyötyä hoitajille sekä erityisesti potilaille. Kuitenkin Kääriäisen (2007, 35,133) tutkimuksen ja Torkkolan ym. (2002, 7) mukaan kirjallista ohjausmateriaalia ei anneta kaikille potilaille, vaikka sen on todettu olevan vaikuttava ja taloudellinen menetelmä tukiessaan suullista ohjausta. Kirjallisen potilasohjeen ja suullisen ohjauksen yhdistämisen vaikuttavuudesta kertoo Kyngäksen ym. (2007, 73) arvio siitä, että heidän mukaansa asiakkaat, tässä potilaat, muistavat 75% näkemästään ja ainoastaan 10% kuulemastaan ohjauksesta. Jos potilaan kanssa on käyty ohjattava asia läpi sekä näkö- että kuuloaistia hyödyntämällä, nousee muistettavan asian osuus 90%:een. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Vaikka kirjallisesta potilasohjeesta hyötyy myös hoitaja, on se ennen kaikkea tarkoitettu potilaan hyväksi. Kirjallisen potilasohjeen avulla potilas voi saada tietoa etukäteen esimerkiksi tulevasta toimenpiteestä tai muista hoitoonsa liittyvistä asioista, tai potilasohje voi koostua kotiutukseen liittyvistä seikoista. Ohjeiden ollessa kirjallisessa muodossa, potilas voi tarvittaessa tukeutua niihin ja palata niiden pariin aina tarvittaessa. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Potilaan saamat kirjalliset ohjeet parantavat hänen itsehoitovalmiuksiaan ja auttavat sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen. Kirjallinen ohje saattaa auttaa potilasta myös suunnittelemaan elämäänsä sairauden tai meneillään olevan hoidon aikana. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 66-67; Torkkola ym. 2002, 24, 31.)

### 3.2.4 Kirjallisen potilasohjeen sisältö ja ulkoasu

Potilasohjeen kirjoittamisella on aina kaksi lähtökohtaa, laitoksen tarpeet ja potilaiden tarpeet (Torkkola ym. 2002, 35). Laitoksen tarpeilla Torkkola ym. (2002, 35-36) tarkoittavat laitoksen, tässä tapauksessa sairaalan, tarvetta ohjata potilas toimimaan oikein, omien malliensa mukaisesti. Potilaiden tarpeet he määrittelevät tarpeena saada olennais-ta tietoa. Näin ollen hyvästä potilasohjeesta tulee selvitä lukijalle, kenelle ohje on suunnattu ja mikä sen tarkoitus on. Hyvän potilasohjeen tehtävänä on siis puhutella potilasta. (Kyngäs ym. 2007, 126; Torkkola ym. 2002, 36.)

Kun potilasohjeessa on selkeästi ja konkreettisesti kuvattu se toiminta, jota potilaan halutaan suorittavan, ymmärtäminen helpottuu. Ohjeesta on syytä ilmetä myös miten potilas saa lisätietoja halutessaan ja mihin hän voi tarvittaessa olla yhteydessä. Jotta potilasohjeessa ei olisi liikaa tietoa, tulisi opetettava asia esittää siinä pääkohdittain. Materiaalien asiasisältö vaihtelee ja saattaa olla hyvinkin erilaista riippuen potilaan terveyden-tilasta. Sisällön tulisi kuitenkin olla ajankohtainen ja sen tulisi vastata kysymyksiin mitä, miksi, miten, milloin ja missä. (Kyngäs ym. 2007, 126-127.)

Kyngäs ym. (2007, 126-127) kirjoittavat, että konkreettiset esimerkit edesauttavat potilaan ymmärrystä asiasta. Heidän mukaansa ei riitä, että potilasohjeessa käsitellään vain potilaan fyysinen vaiva ja sen hoito. Jotta ohje olisi riittävän kattava, ja potilaan kannalta miellyttävä, tulisi siinä käsitellä myös se, miten hoito vaikuttaa potilaaseen kokonaisvaltaisesti. Syytä olisi siis huomioida tutkimusten ja hoidon vaikutukset myös potilaan psyykkiseen ja sosiaaliseen puoleen. Tässä opinnäytetyössä, ja käytännössä yleensä, potilasohjeiden koko ja laajuus vaikuttavat siihen, miten paljon niissä voidaan huomioida tutkimusten ja hoidon lisäksi muita asioita. Aina ei esimerkiksi ole tilaa konkreettisille esimerkeille tai psyykkisen ja sosiaalisen puolen huomiointiin. Tällöin nämä asiat tulisi huomioida jo potilaan osastohoidon aikana, ja sisällyttää kotiutustilanteessa ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 126-127.)

Potilasohjetta tehtäessä sen rakenteessa tulisi huomioida myös ohjeessa käytetty kieli. Sen tulee olla oikeakielistä, hyvää suomea, ja vierasperäisiä sekä lääketieteellisiä termejä tulisi välttää. Jos niitä kuitenkin tarvitsee käyttää, tulee kaikki vieraskieliset termit olla auki kirjoitettuna. Lisäksi olisi hyvä kiinnittää huomiota myös puhuttelutapaan, jota

potilasohjeessa käytetään. Teitittely on aina varmempi valinta kuin sinuttelu ja passiivia tulisi mahdollisuuksien mukaan välttää. Vältettävien asioiden listalla on lisäksi suora käskymuoto. Käskemisen ja suorien määräysten sijaan olisi potilaan kannalta parempi käyttää perusteluja ja selitystä ohjeeseen valituille menettelytavoille. (Hyvärinen 2005, 1769-1773; Torkkola ym. 2002, 36-38, 46.) Tällöin ohje on miellyttävämpää lukea ja potilaan ymmärrys siitä, miksi näin tulee toimia, kasvaa; potilaan ei tarvitse sokeasti seurata ohjeita vain koska niin pitää tehdä, vaan hän saa mahdollisuuden käyttää toiminnassaan omaa ajatteluaan, ja tällöin toteutuu potilaan kokemus itsemääräämisoikeudesta. (Torkkola ym. 2002, 36-38, 46.)

Kirjallisessa potilasohjeessa on siis olennaista siinä kerrottujen tietojen oikeellisuus sekä tapa, jolla ohje on kirjoitettu. Kirjallinen potilasohje ei saa olla liian vaikea lukunainen potilaalle, eikä sen lukijalta, eli potilaalta, tule vaatia aikaisempaa tietämystä ohjeen käsittelemästä aiheesta. Ohjeita päivittäessä tulisi päivittäjän huomioida asiasisällön oikeellisuuden lisäksi myös se, että ohjeesta löytyy aina potilaan kannalta oleellista ja hyödyllistä tietoa. Kirjallisen potilasohjeen laatijan olisi hyvä muistaa, että ymmärrettävästä ja selkeästä potilasohjeesta voidaan puhua vasta silloin, kun potilas on ymmärtänyt ohjeen asiasisällön. (Lipponen ym. 2006, 66-67, 70; Torkkola ym. 2002, 33-34.)

Jotta potilasohje olisi hyvä, tulee sen ulkoasun olla ohjeen sisältöä palveleva. Riittävän suuri kirjasinkoko, helposti luettavissa oleva kirjasintyyppi, sekä selkeä tekstin ja kuvien asettelu ohjeeseen lisäävät lukemisen miellyttävyyttä ja helpottavat asiasisällön ymmärtämistä. Oleellisten asioiden esille nostaminen tekstistä onnistuu erilaisilla korostuskeinoilla, kuten esimerkiksi tekstiä alleviivaten tai lihavoiden. Myös ohjeen värimaailmalla ja tyhjän tilan käytöllä on merkitystä – huonosti suunniteltu ulkoasu ei houkuttele lukijaa. (Kyngäs ym. 2007, 127; Torkkola ym. 2002, 53.) Tekstin asettelussa tärkeintä on selkeys ja helppolukuisuus (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 138).

Tekstin jäsentelyssä auttavat selkeä kappalejako, visuaaliset keinot ja otsikointi. Selkeä tekstin jäsentely ja asiasisällön looginen eteneminen yhdessä helpottavat tekstin lukemista ja tämä taas helpottaa asioiden mieleen painamista. (Niemi ym. 2006, 128-129.) Kappalejako kannattaa miettiä tarkkaan, koska tällöin kirjallisen ohjeen ymmärrettävyys säilyy. Yhdessä kappaleessa tulisi esittää vain yksi asiakokonaisuus, näin ohjetta on helpompi lukea. (Torkkola ym. 2002, 43.)

Tekstiin valitun kirjasintyyppin tulee olla selkeää ja riittävän suurta (Torkkola ym. 2002, 58; Griffin, McKenna, Tooth 2003, 174). Oikean kokoinen kirjasintyyppi helpottaa ohjeen lukemista ja saa lukijan kiinnittämään huomion tekstiin. Liian pieni kirjasintyyppi on vaikealukuista ja liian suuri saattaa sekim vaikeuttaa ja hidastaa lukemista. (Pesonen & Tarvainen 2003, 28.) Kirjasintyyppiä valittaessa koon lisäksi huomioitava asia on kirjasintyyppin selkeys. Kirjainten tulee erottua selkeästi toisistaan, jotta tekstin lukeminen on helppoa. (Torkkola ym. 2002, 58-59; Pesonen & Tarvainen 2003, 28.) Pesosen ja Tarvaisen (2003, 28) mukaan ohjeessa kannattaa käyttää vain yhtä kirjasintyyppiä, koska useamman kirjasintyyppin käyttö samassa ohjeessa saattaa antaa lukijalle hallitsemattoman vaikutelman, sekä estää lukijan luontevan etenemisen ohjeessa. Salanterän ym. mukaan lähes kaikissa potilasohjeissa oli käytetty selkeästi luettavaa kirjasintyyppiä ja ohjeiden kirjasinkoko oli ollut vähintään 12 tai sitä suurempi (Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi 2005, 222). Kirjasinkoolla on vaikutusta myös rivivälin koon valintaan. Hyvä yleisohje on, että mitä suurempi kirjasinkoko, sitä enemmän tulee kiinnittää huomiota riviväliin. Yleensä 12 pisteen fontissa pidetään sopivana rivivälinä puoltatoista. (Pesonen & Tarvainen 2003, 34; Torkkola ym. 2002, 58-59.)

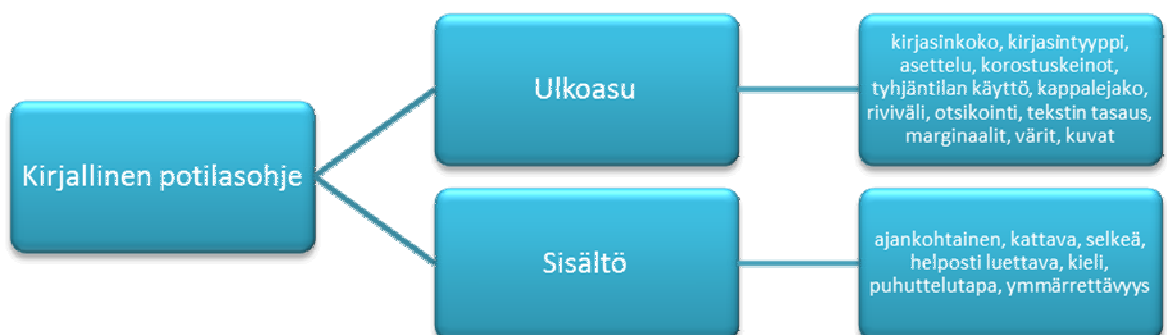
Potilasohjeessa otsikointi on tärkeää, koska lukija muodostaa ensimmäisen käsityksensä asian sisällöstä otsikon tai kuvan muodostaman viestin välityksellä ja tekee näin päätöksen varsinaisen tekstin lukemisesta tai lukematta jättämisestä (Huovila 2006, 157). Otsikointi myös helpottaa lukemista ja keventää ohjetta. Ohjeessa pääotsikot kertovat tekstinsisällön ja väliotsikot puolestaan jäsentävät tekstiä ja auttavat lukijaa hahmottamaan ohjeen asiasisältöä tarkemmin. (Pesonen & Tarvainen 2003, 41-42; Torkkola ym. 2002, 39-40; Hyvärinen 2005, 1770.) Vaikka otsikoita on hyvä olla jäsentämässä tekstiä, niin niiden käytön tulee kuitenkin olla harkittua, jotta niitä ei ole tekstissä liikaa (Hyvärinen 2005, 1770). Otsikoiden tulee olla lyhyitä ja ytimekkäitä, joista selviää olennainen. Lisäksi otsikon tulee erottua leipätekstistä, jotta se on tehokas. (Pesonen & Tarvainen 2003, 41-42.)

Tekstin korostaminen on hyvä keino nostaa ohjeesta olennaisia asioita esiin. Korostamisessa hyviä keinoja ovat esimerkiksi tekstin lihavointi tai kursivointi. Alleviivausta ei pidetä kovin hyvänä keinona, sillä se saattaa sotkea tekstiä ja näin heikentää sen luotettavuutta. (Torkkola ym. 2002, 59; Pesonen & Tarvainen 2003, 39.) Otsikoiden korostamisessa voidaan käyttää suurempaa kirjasinkokoa, mutta muussa tekstissä suuremman

kirjasinkoon käyttö ei ole paras korostuskeino (Torkkola ym. 2002, 59). Tekstiä kannattaa korostaa harkiten, jotta se ei menetä merkitystään. Jos korostusta kuitenkin halutaan käyttää, kannattaa ohjeen selkeyden säilymisen vuoksi pitäytyä vain yhdessä korostuskeinossa. (Torkkola ym. 2002, 59; Pesonen & Tarvainen 2003, 39.) Salanterän ym. (2005) mukaan korostusta oli käytetty vain hieman yli puolissa potilasohjeissa.

Ohjeen ulkonäköön vaikuttavat myös tekstin tasaus ja marginaalien käyttö. Ohjeen sivujen tasaaminen tekee siitä ryhdikkään ja helppolukuisen. (Pesonen & Tarvainen 2003, 34.) Marginaalit tuovat ohjeelle ilmavuutta ja ne rytmittävät ohjetta (Pesonen & Tarvainen 2003, 10). Myös marginaalien kokoon kannattaa kiinnittää huomiota, sillä esimerkiksi liian pienet marginaalit tekevät tekstistä tumman ja sivu näyttää liian täydeltä. Marginaalit saavat aikaan raskaan vaikutelman, jos ne kaikki ovat samankokoisia. Raskaasta vaikutelmasta pääsee eroon jättämällä esimerkiksi alamarginaalin ylämarginaalia leveämmäksi. (Torkkola ym. 2002, 58; Pesonen & Tarvainen 2003, 10.)

Tekstin ja asiasisällön lisäksi on tärkeää miettiä ohjeen värejä ja kuvitusta. Värejä valittaessa tulee huomioida ohjeen kokonaisuus. Oikeilla värivalinnoilla voi haluttaessa korostaa, erottaa tai keventää ohjeen ulkoasua. Huonosti valituilla väreillä teksti ei erotu taustastaan ja näin siitä tulee vaikealukuista. Väriä ohjeeseen voi saada myös värillisillä kuvilla. Ohjeeseen värejä valittaessa kannattaa huomioida ohjeeseen tulevien kuvien värit, jotta ohjeesta tulisi yhteneväinen. (Pesonen & Tarvainen 2003, 4, 32, 54-55.)



KUVIO 2. Kirjallisen potilasohjeen ulkoasu ja sisältö

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Tuotoksen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimuksellisille opinnäytetoille. Se on käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista tai toiminnan järjestämistä ja järjeistämistä esimerkiksi ohjeen, perehdyttämisoppaan tai ohjeistuksen avulla. Työn tuloksena voi syntyä esimerkiksi opas, kirja, kansio, vihko, cd-rom, näyttely tai tapahtuma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät siis käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Tutkimusviestinnän keinoja ovat esimerkiksi lähteiden käyttö viitekehyksen rakentamiseksi ja niiden merkintä, termien määrittely, valintojen ja ratkaisujen perustelu tutkimuksiin vedoten, sekä tekstin johdonmukaisuus ja asiatyylisyys. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10, 65-66, 81.)

Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä yhdistyvät teoreettisuus ja tuotoksellisuus. Työn tekeminen koostuu siis tuotoksen suunnittelusta ja toteutuksesta, sekä prosessin dokumentoinnista, eli opinnäytetyön kirjoitusprosessista. (Vilka & Airaksinen 2003, 51, 65; Vilka 2010.) Teoreettisuus tulee esiin tutkimustiedon muodossa, jonka avulla opinnäytetyön tekijä voi perustellusti rajata, täsmentää ja uudistaa tuotosta käyttäjää paremmin palvelevaksi (Vilka 2010).

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön raportista tulee selvittää mitä, miksi ja miten on tehty. Millainen työprosessi on ollut ja millaisiin johtopäätöksiin työn tekijä on päätenyt. Tekstistä tulee myös näkyä työn tekijän omaa arviointia prosessin kulusta, tuotoksesta ja omasta oppimisesta. Näin opinnäytetyön tekstiin saadaan prosessinäkökulma. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.) Tuotokseen painottuvissa opinnäytetoissä itse tuotoksen teksti on yleensä erilaista verrattuna raportin tekstiin. Tuotoksen tekstin tehtävänä on palvella kohderyhmää, jolloin se kirjoitetaan kohderyhmää parhaiten palvelevalla tavalla; tuotoksen teksti saa olla tyyllillisesti vapaampaa kuin raportin teksti. (Vilka & Airaksinen 2003, 65-66.)

Opinnäytetyötä tehdessä työn tekijä joutuu tekemään jatkuvasti valintoja. Aina siihen asti kunnes työ on valmis ja se palautetaan arviointia varten. Työn tekijä joutuu työtä tehdessään valitsemaan ja pohtimaan mitä hän haluaa tutkia, minkälaista aineistoa kerä-

tään ja miten haluttu aineisto kerätään ja mitä lähestymistapaa halutaan käyttää. Kaikki nämä valinnat vaikuttavat siihen, millainen opinnäytetyöstä lopulta tulee. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 123.) Opinnäytetyön aiheen tulisi olla työelämälähtöinen ja tukea koulutusohjelman opintoja syventämällä työn tekijän tietoja ja taitoja valitusta aiheesta. Aiheen tulee siis tukea opinnäytetyön tekijän ammatillista kasvua. (Vilka & Airaksinen 2003, 16-17, 24.)

## 4.2 Kirjallisen potilasohjeen sisältö ja ulkoasu

Kirjallisen potilasohjeen sisältöön vaikutti suuresti työelämätahon toivomukset. Opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeesta saada kirjallinen potilasohje drenin kanssa kotiutuville potilaille. Osaston henkilökunnalla oli jo valmiiksi ehdotuksia, joita he halusivat potilasohjeeseen tulevan. Potilasohjeen sisältö koottiin siis yhdessä opinnäytetyön tekijän ja työelämäyhteyden kanssa.

Kirjallista ohjetta suunniteltaessa on tärkeää miettiä kenelle se kirjoitetaan (Hyvärinen 2005, 1769). Kirjallisen potilasohjeen suunnittelu lähti liikkeelle kohderyhmän määrittämisestä. Potilasohje tehtiin ensisijaisesti potilaille, ei toisille hoitoalan ammattilaisille. Kohderyhmää rajattiin vielä koskemaan aikuisia, kirurgisessa toimenpiteessä haava-dreenin saaneita ja sen kanssa kotiutuvia potilaita. Lopullisessa tuotoksessa kohderyhmän määrittely näkyy henkilökohtaisessa puhuttelutavassa ja yleiskielen käytössä. Kaikki erityissanasto, vieraskieliset sanat, termit ja lyhenteet on pyritty jättämään pois tekstistä tai selittämään yleiskielellisin ilmauksin. Näin potilasohjeen tekstistä saatiin ymmärrettävää, ja kohderyhmäänsä paremmin palvelevaa (Kääriäinen 2007, 87-88).

Asiasisällön yksi tärkeimmistä kriteereistä on ymmärrettävyys. Ymmärrettävän potilasohjeen syntyyn vaikuttavat monet tekijät. Yksi iso vaikuttava tekijä on sisällön asioiden esittämisjärjestyksen valinta. Asiat voidaan esittää ohjeessa tärkeysjärjestyksessä, aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin. Esittämisjärjestyksen valintaan vaikuttaa potilasohjeen aihe. (Hyvärinen 2005, 1769.) Tämän työn potilasohjeessa pyrittiin lyhyeen ja ytimekkääseen kirjalliseen ohjeeseen, joka sisältää tiivistetysti potilaan kotona tarvitsemat tiedot. Näin ollen potilasohjeen esittämisjärjestys etenee aihepiireittäin, jotka on eroteltu toisistaan selkeällä otsikoinnilla, jotta potilasohjeen lukija löytää ohjeesta tarvitsemansa



tiedon mahdollisimman nopeasti. Esittämisjärjestyksellä pyrittiin loogiseen ja selkeään, potilasta palvelevaan ohjeeseen.

Yhtenä kirjallisen potilasohjeen tarkoituksena on saada potilas toimimaan jollakin halutulla tavalla. Jotta voitaisiin taata se, että potilas toimii annettujen ohjeiden mukaan, tulee kirjallisen ohjeen tekijän miettiä keinoja, joilla tämä onnistuu parhaiten. Ohjeiden perustelu on hyvä keino motivoida lukijaa noudattamaan annettuja neuvoja (Hyvärinen 2005, 1770). Potilasohjetta tehdessä tilan rajallisuus tuli vastaan, joten perusteluille ei juuri jäänyt tilaa. Kuitenkin Hyvärisen (2005) mukaan riittää, että kirjallisen potilasohjeen alusta löytyy perustelut ohjeessa esitetyille asioille. Siksi tässä työssä perustelut halutulle tekemiselle löytyvät heti ohjeen alusta kertaalleen mainittuna.

Sisällön kieli on tärkeä osa potilasohjetta. Vaikka tuotoksen kieli saakin olla vapaampaa, kuin opinnäytetyön raporttiosan kieli, tulee ohjeen silti olla kirjoitettu hyvällä ja selkeällä suomenkielellä, jotta ohjeen ymmärrettävyys ja selkeys eivät kärsisi huonon suomenkielen vuoksi. (Vilka & Airaksinen 2003, 65-66.) Oikeinkirjoitus on tärkeää myös siksi, että virheellinen tai runsas erikoisten välimerkkien käyttö saattaa aiheuttaa pahimmillaan merkityseroja ja väärinymmärryksiä, jolloin kirjallinen potilasohje ei enää ole tarkoituksenmukainen. (Hyvärinen 2005, 1772.) Tässä työssä pyrittiin selkeään ja yksinkertaiseen suomenkieleen, jotta mahdollisilta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin. Oikeinkirjoitus ja ymmärrettävyys tarkastettiin luetuttamalla valmis tuotos useammalla lukijalla, niin maallikolla kuin hoitohenkilökunnan edustajalla, jotta tekstistä saatiin huoliteltua.

Työelämätahon edustajat halusivat kirjallisesta potilasohjeesta lyhyen. Heidän toiveenaan oli, että se olisi enimmillään kahden sivun mittainen (A4 –kokoinen paperi), jotta kynnyks tulostaa se intranetistä olisi mahdollisimman matala, ja jotta se olisi potilaalle miellyttävämpi lukea. Hyvärisen (2005) mukaan lyhyet oppaat koetaan miellyttävämmiksi, kuin pitkät, joissa liiat yksityiskohdat vain sekoittavat lukijan ja saattavat aiheuttaa ahdistuksen tunteita. Siksi tämän työn tuotoksen pituutta pohdittaessa päädyttiin siihen ratkaisuun, että lyhyt kirjallinen potilasohje palvelee parhaiten potilaita ja hoitajia.

Tässä työssä kirjallisen potilasohjeen asiasisällön ajankohtaisuus ja oikeellisuus varmistettiin luetuttamalla potilasohje osastonlääkärillä, joka antoi tuotoksen sisällöstä oman arvionsa.

Kirjallisen potilasohjeen ulkoasulla on myös vaikutusta tekstin luettavuuteen ja asiasisällön ymmärtämiseen (Hyvärinen 2005, 1772). Tässä työssä potilasohjeen ulkoasua määritteli pitkälti rajallinen tilankäyttö sekä se, että potilasohjeen pohjana toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin oma paperipohja logoineen ja asetuksineen. Vilka & Airaksinen (2003, 53) toteavat, että opinnäytetyön tuotoksen tulisi olla yksilöllinen ja persoonallinen, eivät yksilöllisyys ja persoonallisuus toteudu tässä työssä ulkoasun puolesta.

Potilasohjeesta tuli pohjaväritään valkoinen, koska siitä erottuvat hyvin teksti ja kuvitus. Tekstin väriksi valikoitui musta, koska se erottuu hyvin valkoisesta ja hyvä erottuvuus helpottaa ohjeen lukemista. Myös kuvitus noudattaa samaa musta-valkoista linjaa, koska värivalinnat tulisi tehdä harkitusti (Pesonen & Tarvainen 2003, 32, 54-55). Väriä potilasohjeeseen tuo Pirkanmaan sairaanhoitopiirin oma sinisävyinen logo.

Potilasohjeen kuvituksen tulisi elävöittää ja selkeyttää tekstiä (Pesonen & Tarvainen 2003, 4, 46-47). Tässä työssä potilasohjetta elävöittää Pirkanmaan sairaanhoitopiirin oma logo ja tekstiä selkeyttää ohjeeseen laitettu kuva dreenin haavaimujärjestelmästä. Ohjeeseen tullut kuva päädyttiin tekijänoikeudellisista syistä itse piirtämään valokuvan tai valmiin kuvan käyttämisen sijasta. Kuvan on piirtänyt Sanni Mikkola. Jo tämän yhden kuvan käyttö ohjeessa sai sen näyttämään keveämmältä. Kuvan käyttö teki ohjeesta lukijalle houkuttelevamman ja se selkeytti asiasisältöä.

Kirjasinkooksi valikoitui yhdentoista pisteen fontti, koska sen katsottiin olevan sopivan kokoista tämän laajuiseen ohjeeseen; suuremman fontin käyttö olisi vaatinut enemmän tilaa ja pienempi olisi ollut vaikealukuista. Kirjasintyypiksi haluttiin selkeä ja erottuva, jotta tekstin lukeminen olisi mahdollisimman helppoa. Kirjasintyyppinä käytettiin siksi Arialia. Muita kirjasintyyppejä ei käytetty, koska haluttiin välttyä sekavanolaiselta vaikutelmalta. Rivivälin valinnalla pyrittiin siihen, että ohjeesta ei tulisi liian ahdas. Kuitenkin suuremman rivivälin käytön esti potilasohjeen rajallinen koko. Rivivälinä työssä käytettiin kokoa 1.15, jotta kaikki haluttu saatiin mahtumaan tiivistettyyn tilaan. Tekstin korostuskeinoista käytettiin otsikoiden lihavoitua ja tyhjän tilan käyttöä niiden ympäril-

lä, jotta ne saataisiin erottumaan ohjeesta selkeästi ja lukija löytäisi helpommin etsimänsä aihepiirin ohjeesta.

Tekstin asettelu, tekstin tasaus ja marginaalien käyttö olivat osittain valmiina Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valmiissa paperipohjassa. Niiltä osin kuin niihin pystyttiin vaikuttamaan, pyrittiin saamaan ohjeesta rytmitetty ja ilmava, jotta se olisi mahdollisimman helppolukuinen ja miellyttävä lukijalle. Kappalejako tapahtui aihepiireittäin, ja jokainen oma kappale sai oman otsikon, jotta lukija löytää ohjeesta haluamansa kohdan mahdollisimman helposti. Kappalejako toi ohjeeseen omalta osaltaan ryhdikkyyttä ja selkeyttä.

Kaikkiin, sisältöön ja ulkoasuun vaikuttaviin päätöksiin on vaikuttanut työn alussa määritelty kohderyhmä. Kaikki päätökset on rajoituksista huolimatta pyritty tekemään kohderyhmä huomioiden. Tämän vuoksi työn tekijä on luetuttanut tuotosta aikuisilla maalikoilla ja pyytänyt heiltä palautetta potilasohjeen sisällön ymmärrettävyydestä ja ulkoasun vaikutuksesta siihen.

### **4.3 Opinnäytetyön toteuttaminen**

Opinnäyteyöprosessi käynnistyi aiheen valinnalla koulun järjestämässä aiheenvalintaseminaarissa syyskuussa 2012. Halusin tehdä opinnäytetyön tuotokseen painottuvalla menetelmällä ja tämä ohjasi jonkin verran aihevalintaani. Sopiva, itseä kiinnostava aihe oli tarjolla seminaarissa valmiina. Aiheenvalinnan jälkeen sovittiin ensimmäinen työelämäpalaveri pidettäväksi syyskuussa 2012. Aikataulu oli kiireinen, sillä opinnäytetyön tuli olla valmiina maaliskuussa 2013.

Aiheeseen tutustuminen alkoi heti aiheen valinnan jälkeen, jo ennen ensimmäistä työelämäpalaveria ja jatkui tiedonhaulla ja suunnitelman kirjoittamisella joulukuulle 2012 asti. Tutkimuslupa myönnettiin joulukuussa 2012. Raportin kirjoittaminen ja tiedon haku jatkui koko loppuvuoden 2012 aina tammikuulle 2013 saakka, jolloin alkoi tuotoksen suunnittelu ja raakaversioiden toteutus. Toinen työelämäpalaveri pidettiin helmikuussa 2013, jolloin oli myös viimeinen ohjaus opinnäytetyön ohjaavan opettajan kanssa. Toisessa työelämäpalaverissa käytiin läpi vielä työelämätahon mielipiteet ja toivo-

mukset opinnäytetyön tuotoksen suhteen, sekä sovittiin aika opinnäytetyön esittämiselle osastotunnilla.

Tuotosta muokattiin vielä toisen työelämäpalaverin jälkeen, jotta siitä saatiin kaikkia tahoja miellyttävä kokonaisuus. Valmis tuotos lähetettiin tarkastettavaksi vielä viimeisen kerran työelämään apulaisosastonhoitajalle sekä osastonlääkärille. Tämän jälkeen siihen tehtiin vielä viimeiset työelämätahon toivomat tarvittavat muutokset. Samanlaisesti viimeisteltiin opinnäytetyön raporttiosuutta.

Valmis työ, joka koostuu raporttiosasta sekä sen liitteenä olevasta tuotoksesta, jätetään arvioitavaksi maaliskuussa 2013. Valmiin kokonaisuuden saavat ohjaava opettaja, opinnäytetyön toinen lukija, työelämätaho sekä opponetti. Lisäksi valmis työ laitetaan koko opiskeluryhmän nähtäville tulevaa esitystä varten. Opinnäytetyö esitetään huhtikuun 2013 aikana TAMK tutkii ja kehittää –päivässä, työelämässä sekä opinnäytetyön esityksessä koululla (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön aikataulu

<b>Syyskuu 2012</b>	Aiheenvalintaseminaari
<b>Syyskuu 2012</b>	Työelämäpalaveri
<b>Syys- marraskuu 2012</b>	Tiedon haku
<b>Marraskuu 2012</b>	Suunnitelman kirjoitus
<b>Joulukuu 2012</b>	Käsi kirjoitusseminaari
<b>Joulukuu 2012</b>	Tutkimuslupa
<b>Joulukuu 2012-Tammikuu 2013</b>	Tiedon haku, raportin kirjoittaminen, tuotoksen suunnittelu
<b>Helmikuu 2013</b>	Työelämäpalaveri
<b>Tammi- maaliskuu 2013</b>	Raportin kirjoittaminen, tuotoksen viimeistely
<b>Maaliskuu 2013</b>	Opinnäytetyö valmis
<b>Huhtikuu 2013</b>	Opinnäytetyön esittäminen
<b>Huhtikuu 2013</b>	Opinnäytetyön esittäminen työelämätaholle osastotunnilla
<b>Huhtikuu 2013</b>	Opinnäytetyön esittäminen TAMK tutkii ja kehittää päivässä

## 5 PÄÄTÄNTÄ

### 5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Vaikka opinnäytetyö ei ole varsinainen tutkimus, tulee sitä tehdessä työn tekijän huomioida hyvän tieteellisen käytännön määritelmä, jonka tulisi ohjata tutkimuksen tekijää (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 285). Tutkimusten tulisi olla eettisesti ja luotettavasti tehtyjä (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 287). Hyvän tieteellisen käytännön on määritellyt ainakin tutkimuseettinen neuvottelukunta (2002, 2), joka edellyttää määritelmässään tutkimuksen tekijältä muun muassa rehellisyyttä ja tarkkuutta.

Kuulan (2006, 25, 28) mukaan tutkimuseettikka sisältää tutkimuksessa käytetyn aineiston hankinnan, tieteellisen tiedon soveltamista ja sen käyttöä koskevia kysymyksiä sekä mahdollisten tutkittavien suojaan liittyviä kysymyksiä. Tutkimuseettikkaan liittyy siis myös yhteiskunnallisia ulottuvuuksia, ei riitä, että tutkija huomioi tutkimuksessaan vain tieteen sisäisiä asioita käsittelevää tutkimuseettikkaa. (Kuula 2006, 25, 28.) Opinnäytetyössä tämä liittyy ainakin tutkimusluvan hankkimiseen. Tämän työn tutkimuslupaa haettiin tutkimussuunnitelmalla ja tutkimuslupahakemuksella joulukuussa 2012 ja lupa myönnettiin joulukuussa 2012.

Tutkimuksen tekijä on itse vastuussa omasta tekemisestään ja omista päätöksistään joita hän tekee tutkimuksensa suhteen. Tutkimustyössä tulee kuitenkin noudattaa yleisesti sovittuja periaatteita ja tehdä ratkaisut niihin nojautuen. Tutkimusta tehtäessä tutkijan täytyy pohtia tieteellisten perusteiden lisäksi myös eettisiä perusteita. (Kuula 2006, 26-27.)

Yksi lähteisiin ja niiden käyttöön liittyvä ongelma on plagiointi, joka on tutkimuseettisistä väärinkäytöksistä tavallisin väärentämisen ohella. Plagioinnissa käytetään toisen henkilön tuottamaa materiaalia ilmoittamatta kenen tuottamaa se alun perin on ollut. (Mäkinen 2006, 158.) Internetin myötä tieto on kaikkien saatavilla ja sitä on helppo muokata, jolloin kynnys plagioida on matalampi (Mäkinen 2005, 62, 93; Mäkinen 2006, 158). Tässä työssä on lähdeviittauksin merkitty lainatut tekstit, jotta oma tekstini erottuu lainatusta tekstistä.

Opinnäytetyötä tehdessä on tärkeää miettiä lähteiden käyttöä. Lähteitä valitessa niihin tulee suhtautua kriittisesti. On hyvä miettiä mistä lähteen tieto on peräisin ja onko tiedon oikeellisuus ja luotettavuus varmistettu. (Vilka & Airaksinen 2003, 58.) Lähteitä valitessa työn tekijän tulee kiinnittää huomiota lähteen kirjoittajan tunnettavuuteen sekä arvoaltaan, lähteen julkaisuvuoteen – mitä tuorempi lähde, sen parempi, ja siihen, mistä lähde on löytynyt tai missä se on julkaistu. Kaikki nämä tekijät vaikuttavat lähteen luotettavuuteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2004, 27, 101-102.) Olen pyrkinyt valitsemaan työhön ajankohtaisia ja tuoreita, 2000-luvun, lähteitä sen mukaan kuin niitä on ollut saatavilla. Yliopistotason tutkimukset ja tieteelliset artikkelit lisäävät työn luotettavuutta. Internetlähteiden valinnassa olen ollut tarkka ja pyrkinyt valitsemaan niistä mahdollisimman luotettavia lähteitä. Internetlähteistä erilaiset potilasohjeet eivät täytä kaikkia luotettavuuden kriteerejä, vaikka ne olisivat jonkun tietyn sairaanhoitopiirin tai arvoaltaisen kirjoittajan tekemiä ja ylläpitämiä, sillä ne saattavat sisältää vanhentunutta tietoa. Niihin tulisi aina suhtautua kriittisesti (Mäkinen 2006, 130). Näiden lähteiden kohdalla olen toiminut niin, että niistä käyttöön otettu tieto on tarkastettu työhön sopivaksi työelämätahon asiantuntijoilla. Mäkinen (2006, 128-129) toteaa, että tutkimuksen tekijän tulisi käyttää lähteenään alkuperäistä, siis ensisijaista lähdettä toissijaisten sijaan, koska alkuperäinen lähde on aina luotettavampi kuin toissijainen lähde. Oman työni luotettavuus kärsii siitä, että olen käyttänyt lähteinä myös oppikirjoja sen sijaan, että olisin yrittänyt etsiä tiedon alkuperäisen lähteen. Työssä käytetyt tutkimukset ja artikkelit on etsitty tiedon hakuun tarkoitetuista tietokannoista, jolloin niiden luotettavuuden arviointi on ollut helpompaa.

Internetin myötä tiedon haku on helpottunut ja tieto on kaikkien saatavilla ja sitä on paljon saatavilla (Mäkinen 2006, 163). Tutkijan tulee olla kriittinen löydettyä tietoa kohtaan ja osata poimia tarjolla olevasta tiedosta työnsä kannalta oleellinen. Kaikki turha tieto tulee karsia pois. (Mäkinen 2006, 131.) Työelämätahon asettamat toiveet kirjallisen potilasohjeen sisällöstä ja tiukka aikataulu helpottivat työn kannalta oleellisen tiedon etsimistä. Ennemmin ongelma muodostui, että aiheesta ei aluksi meinannut löytyä toivotunlaista lähdemateriaalia tiukan rajauksen vuoksi. Kirjalliseen ohjeeseen kokosin sisällön tiedon raporttiin hakemastani tiedosta, johon olin hakenut tietoa työelämätahon toiveita noudattaen.

Vilkan (2007, 153) mukaan työn kokonaisluotettavuutta lisäävät esimerkiksi ohjaajalta, vertaisryhmältä tai kollegoilta saadut arvioinnit. Arviointia olisi hyvä käydä useammas-

sa kuin yhdessä vaiheessa tutkimuksen tekoa. Aiheen valinta, tutkimusongelmien muotoileminen ja teoria ovat tällaisia kokonaisuuksia, joista tutkijan olisi hyvä saada kommenttia toisilta. (Vilkkä 2007, 153.) Opinnäytetyöprosessiin kuuluu useampi seminaari, kuten aiheenvalinta-, suunnitelma- ja käsikirjoitusseminaari. Näissä seminaareissa on tarkoitus saada palautetta omasta työstä ohjaavalta opettajalta, työn opponentilta sekä muilta ryhmän jäseniltä. Näin ollen myös tämä työ on käynyt läpi vertaisarviointia alusta asti.

Tekijänoikeuslain (1961/404) mukaan tekijänoikeus kuuluu henkilölle, joka on tehnyt kirjallisen tai taiteellisen teoksen. Tekijäksi määritellään se henkilö, jonka nimi teoksessa on, kun se on julkaistu. Teoksen saa julkistaa vain tekijän luvalla. Teoksesta, joka on julkaistu voidaan ottaa lainauksia hyvän tavan mukaisesti ja teoksen tekijän luvalla. (Tekijänoikeuslaki 1961/404.) Koska kirjalliseen potilasohjeeseen laitettiin kuva, täytyi miettiä mistä kuva hankitaan ja saako sitä käyttää työn yhteydessä. Tekijänoikeudellisista syistä ja eettisistä syistä päädyttiin yhdessä työelämätahon kanssa siihen ratkaisuun, että potilasohjeeseen ja raporttiosaan tuleva kuva piirretään itse. Kuvan on piirtänyt Sanni Mikkola.

## 5.2 Kehittämisehdotukset

Nyt toteutettu tuotos on työelämätahon toiveesta lyhyt, vain kahden sivun mittainen. Tällöin siihen ei ole voitu sisällyttää tietoa potilaan psyykkisestä ja sosiaalisesta selviytymisestä tai tukemisesta. Kehittämisehdotuksenani onkin, että tulevaisuudessa potilasohjetta voisi laajentaa ja siihen voisi sisällyttää tietoa potilaan omasta selviytymisestä ja voimavarojen tukemisesta. Potilasohjeen laajentaminen voitaisiin tehdä tutkimuksen perusteella, jossa tutkittaisiin nykyisen potilasohjeen hyödyllisyyttä potilaille. Tutkimuksesta saadun tiedon mukaan potilasohjetta voitaisiin kehittää enemmän potilaita palvelevaksi kokonaisuudeksi.

Tämän lisäksi potilasohjeen käyttöä osastolla voitaisiin kehittää siten, että potilaat saisivat potilasohjeen käyttöönsä jo osastolla oloaikansa, eivätkä vasta kotiutustilanteessa. Näin potilaat pääsisivät tutustumaan potilasohjeeseen ja harjoittelemaan hoidon toteutusta itsenäisemmin jo sairaalassa ollessaan. Näin hoitajille jäisi paremmin aikaa toteuttaa potilasohjausta, kun potilas olisi saanut jo tutustua ohjausmateriaaliin etukäteen.

Kirjallisen potilasohjeen päivittäminen jää ohjetta käyttävän osaston henkilökunnan vastuulle. Ehdotankin, että potilasohjetta päivitetäisiin tarvittaessa, mikäli potilasohjeessa oleva tieto ei enää pidä paikkaansa. Nykyään tietotekniikan ansiosta potilasohjeen päivittäminen kävisi helposti ja näin taattaisiin taas potilaille ajankohtaista tietoa sisältävä materiaali.

### 5.3 Pohdinta

Valitsin tehdä opinnäytetyöni yksin käytännön syistä. Olen ollut tähän päätökseen pääasiassa tyytyväinen koko opinnäytetyöprosessin ajan. Satunnaisesti olisin kirjoittamisen lomassa kaivannut toisen tekijän mielipiteitä antamaan uutta näkökulmaa työlle. Tätä laaja-alaisempaa näkökulmaa sai kuitenkin tarvittaessa ohjaavalta opettajalta ja opponentilta, sekä seminaareissa ryhmän muilta jäseniltä.

Yksin opinnäytetyötä tehdessä oli tärkeää, että yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa onnistui. Mielestäni meillä sujui yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa hyvin. Sen lisäksi, että kävin kolmesti ohjauksessa, olimme hänen kanssaan sähköpostitse yhteydessä opinnäytetyön aikataulujen ja muiden siihen liittyvien asioiden puolesta. Sain ohjausta mielestäni riittävästi, vaikka kävinkin ohjauksessa vain kerran suunnitelman kanssa ja kahdesti opinnäytetyön raportin kanssa. Jos aikataulu olisi sallinut, olisin halunnut käydä ohjauksessa vielä kertaalleen raporttiosan kanssa. Olen pyrkinyt olemaan aktiivisesti yhteydessä myös työelämätahoon. Sain heiltä apua muun muassa lähteiden hankintaan, ja he osallistuivat lopullisen tuotoksen suunnitteluun.

Opinnäytetyön aihe tuli työelämätaholta. Eräällä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon osastolla oli ollut jo pidempään tarvetta kirjalliselle potilasohjeelle, jota jakaa drenin kanssa kotiutuville potilaille. Halusin tehdä hyödyllisen opinnäytetyön ja tuotokseen painottuva aihe sopi tarkoitukseen hyvin. Aihe tukee valitsemaani suuntautumsvaihtoehtoa ja näin kehittää omaa ammatillista osaamistani, joten se tuntui heti mieleiseltä.

Heti aiheen valittuani lähdin hakemaan siitä tietoa. Työhön sopivien lähteiden löytyminen osoittautui kuitenkin haasteelliseksi ja tarvitsin lähteiden hakuun apua työelämätahon



holta sekä kirjaston informaattikolta. Näin pääsin taas etenemään työssäni. Potilasohjauksesta ja kirjallisesta potilasohjeesta löytyi sen sijaan tietoa runsaasti ja helposti, ja siksi ne nousivatkin opinnäytetyössäni keskeisiksi käsitteiksi dreenin ohella. Haava-dreenistä ja sen hoidosta kotona sekä sen kanssa selviytymisestä löytyi huonosti tutkimuksia ja luotettavia artikkeleita, joten saadakseni siitä tietoa hyödynsin työelämätahoa.

Koska potilasohjaus ja kirjallinen potilasohje olivat työssäni keskeisinä käsitteinä, perehdyin niihin ja niitä käsitteleviin tutkimuksiin tarkemmin. Käytännön hoitotyössä potilasohjaukseen ei kiinnitetä mielestäni riittävästi huomiota, vaikka se on merkittävä osa potilaan kokonaishoitoa. Kääriäisen (2005) tekemässä tutkimuksessa nostetaan esille, että hoitajilla on tietoa ja taitoa riittävään potilasohjaukseen, mutta kuitenkin potilaat eivät koe saavansa riittävästi ohjausta. Toivon, että tekemäni kirjallinen potilasohje toimii hyödyllisenä ohjauksen apuvälineenä hoitajille ja että potilaat kokisivat sen antavan riittävästi tukea kotona dreenin kanssa selviytymiseen. Mielestäni onnistuin kokoamaan lopullisesta potilasohjeesta selkeän ja ymmärrettävän kokonaisuuden. Koska potilasohje koottiin yhdessä työelämätahon kanssa, uskon myös heidän olevan tyytyväisiä lopputulokseen.

Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää mikä on dreeni, mitä on potilasohjaus ja millainen on hyvä potilasohje. Työstäni löytyy mielestäni vastaus jokaiseen opinnäytetyön tehtävään. Näiden kirjallisuudesta löytyneiden vastausten perusteella laadin opinnäytetyön tuotoksen, siis kirjallisen potilasohjeen dreenin kanssa kotiutuville potilaille. Dreeniin liittyvistä asioista ei löytynyt mielestäni riittävästi luotettavia lähteitä ja tutkimuksia, mutta olen kuitenkin tyytyväinen lopputulokseen. Jos aikataulu ei olisi ollut niin tiukka, olisin halunnut tehdä työstäni kaksiosaisen, jossa ensimmäisen osa olisi ollut teoriaosa ja toinen osa raporttiosa. Nyt kuitenkin päädyin yksiosaiseen kokonaisuuteen lähteiden niukkuuden ja ajanpuutteen vuoksi.

Opinnäytetyöprosessi on ollut opettavainen. Sen lisäksi, että olen oppinut dreeneistä ja potilasohjauksesta sekä niihin liittyvistä asioista, olen oppinut paljon raportoinnista ja siihen liittyvistä muotoseikoista. Tämän prosessin jälkeen tiedän mistä ja miten etsiä luotettavaa tietoa, ja miten arvioida sitä. Vaikka paljon olen oppinut, on opittavaa onneksi vielä tulevaisuudessakin. Ainakin lähdemateriaalin käyttöön liittyvää soveltamista ja sen tehokkaampaa hyödyntämistä on syytä vielä harjoitella. Prosessin aikana tehty

yhteistyö työelämätahon kanssa oli hyödyllistä ja sen myötä myös yhteistyötaidot kehittyivät.

Oma opinnäytetyöprosessini ei ollut niin pitkä, kuin se yleensä on. Tein opinnäytetyöni kolmannesosa-ajassa normaalista. En kuitenkaan koe, että työmäärä suhteessa käytettyyn aikaan olisi ollut kohtuuton. Kirjoitusprosessissa ei tullut turhia taukoja, vaan tiukan aikataulun vuoksi kirjoitin työtäni yhtäjaksoisesti, jolloin sopiva kirjoitusvire pysyi päällä koko prosessin ajan. Välttin siltä tunteelta, että aina joutuu ikään kuin aloittamaan alusta jos pitää päivien tai viikkojen mittaisia taukoja kirjoittamisessa (Vilka & Airaksinen 2003, 67). Frilander-Paavilaisen (2005, 163) mukaan opiskelijat käyttävät huomattavasti enemmän aikaa opinnäytetöiden tekemiseen, kuin siitä ansaittavat kymmenen opintoviikkoa (nykyään 15 opintopistettä). Itse olen kuitenkin mielestäni onnistunut pitämään työmäärän kohtuullisena ja itselleni sopivana.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Carroll, P. 2005. Keeping up with mobile chest drains. RN. vol 68. no 10.

Frilander-Paavilainen, E-L. 2005. Opinnäytetyö asiantuntijuuden kehittäjänä ammattikorkeakoulussa. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja.

Griffin, J., McKenna, K. & Tooth, L. 2003. Written health education materials: making them more effective. Australian occupational therapy journal 50 (3), 170-177.

Hartikka, P. & Suominen, A. 2006. Kovan drenaasiletkun jälkihoito-ohje. Päivitetty 06.12.2012. Luettu 30.11.2012.

[https://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/37dfb69867f7ddde27a654e6799dea8a82dfbbda.pdf](https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/37dfb69867f7ddde27a654e6799dea8a82dfbbda.pdf)

Hedman, K., Heikkinen, T., Huovinen, P., Järvinen, A., Meri, S. & Vaara, M. (toim.) 2011. Infektiosairaudet mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet. Porvoo: Bookwell Oy.

Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. PTC-katetrin kotihoito-ohje. Potilasohje. Luettu 30.11.2012.

<http://www.hus.fi/binary.asp?path=1,32,660,22571,20215,20216,30164,30180&field=FileAttachment&disposition=attachment>

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 1998. Sisätauti-kirurginen hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Huovila, T. 2006. ”Look” visuaalista viestisi. Helsinki: Infoviestintä oy.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje?: hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim 16/2005. 1769–1773.

Iivanainen, A. & Hietanen, H. 2007. Dreeni, haavaimu ja niiden hoitaminen. Haava: Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 2007;10(1):14-17.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Juutilainen, T. 2009. Leikkausten jälkeiset häiriöt (lyhyt ohje) Sairauksien ehkäisy. Lääkärikirja Duodecim. 19.1.2009.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2007. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. *Impakti* 6/2007.
- Kellosalo, J. 2000. Laskuputken profylaktinen käyttö vatsaontelon leikkauksissa. *Suomen lääkärilehti*. 2000. 39. 3907-3910.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuurne, S. & Erämies, T. 2010. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoidajan käsikirja. Päivitetty 11.3.2010.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto: Oulun yliopistollinen sairaala, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede*. (5) 250-258.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18 (1), 4-13.
- Laiho, R. 2003. Diagnostisen radiografian kirjallisten potilasohjeiden arviointi. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen tutkimuskeskus. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro-gradu-tutkielma.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lipponen, K. 2005. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro-gradu-tutkielma.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Oulu: Oulun yliopisto.
- Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Tammi.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

- Noble, K. 2003. Name that tube. *Nursing*2003. vol 33. no 3. 56-62.
- Pesonen, S. & Tarvainen, J. 2003. *Julkaisun tekeminen*. Jyväskylä: Docendo finland oy.
- Rantala, A. 2008. Vatsaontelon kanavointi leikkauksen jälkeen - turhaa tai jopa haitallista? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2008;124(19):2144-2145.
- Saarelma, O. 2012. Tietoa potilaalle: Leikkaushaavan tulehdus. *Lääkärikirja Duodecim*.16.7.2012.
- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17 (4), 217-228.
- Salo, J. 2004. *Ortopedia*. *Lääkärikirja Duodecim*. 2004;120(19):2295.
- Sayin, Y. & Kanan, N. 2010. Reasons for nursing telephone counseling from individuals discharged in the early postoperative period after breast surgery. *Nursing forum* vol 45, no 2, 87-96.
- Tekijänoikeuslaki. 8.7.1961/404.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. *Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. <http://www.tenk.fi>. luettu 23.1.2013.
- Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2012. Ammattioikeudet. Luettu 13.12.2012. <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>
- Vilka, H. 2007. *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2010. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Luettu 9.1.2013. [http://www.vilka.fi/hanna/Toiminnallinen\\_ont.pdf](http://www.vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf)
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Virpikari, T. 2007. *Plastiikkakirurgian vastuuhoidtajana Lapin keskussairaalassa. Syöpäsairaanhoitaja* vol. 15 no. 1, 14-15.
- Väisänen, M. *Apulaisosastonhoitaja*. 2013. Kommentteja dreenin kanssa kotiutuvan potilaan hoidosta. *Keskustelu*. 12.2.2013.
- Walker, J. 2007. Patient preparation for safe removal of surgical drains. *Nursing standard*. 2007. vol 21. no.49. 39-41.

## LIITTEET

## Liite 1. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tavoitteet
<p>Frilander-Paavilainen, Eeva-Liisa, 2005.</p> <p>Opinnäytetyö asiantuntijuuden kehittäjänä ammattikorkeakoulussa.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Tarkoituksena on kuvata asiantuntijuutta, jota tavoitellaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä, sekä asiantuntijuuden ohjaamista opinnäytetyössä.</p> <p>1. Opinnäytetyön mahdollisuudet Ensimmäisellä tutkimusongelmalla tutkitaan sitä, millaisia käsityksiä ammattikorkeakoulun opiskelijoilla, opettajilla ja työelämäohjaajilla on opinnäytetyön koulutuspoliittisista ja asiantuntijuuden kehittymiselle asetetuista tavoitteista ja opiskelijan oppimisesta opinnäytetyössään.</p> <p>2. Opinnäytetyön ohjaus Toisessa tutkimusongelmassa tutkitaan opiskelijoiden, opettajien ja työelämäohjaajien käsityksiä opettajan ja työelämäohjaajan antamasta opinnäytetyön ohjauksesta: miten opettaja ja työelämäohjaaja tukevat ja ohjaavat opiskelijan asiantuntijuuden kehittymistä. Tutkimuskohteena ovat ohjaajien ohjaus, ohjausprosessi, ohjaukselliset toimet sekä opinnäytetyhteistyö.</p> <p>3. Opinnäytetyöprosessin ja ohjauksen kehittäminen Kolmannessa tutkimusongelmassa tutkitaan sitä, millaisia käsityksiä opiskelijoilla, opettajilla ja työelämäohjaajilla on opinnäytetyön ohjauksen ja opinnäytetyöprosessin kehittämisestä.</p> <p>Tavoitteena on tuoda lisää tietoa opinnäytetyön ja asiantuntijuuden välisestä suhteesta opinnäytetyön tavoitteiden ja opinnäytetyössä tapahtuvan oppimisen kehittämiseksi.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Aineisto käsitti 92 opiskelijan ja 23 opettajan kyselyt sekä 23 opettajan ja 31 työelämän edustajan teemahaastattelut.</p> <p>Aineisto kerättiin vuosina 1998 ja 1999.</p> <p>Fenomenografinen analyysi sekä sisällön analyysi ja tilastollisina menetelminä ristiintaulukointi, khiin neliö, keskiarvot ja riippumattomien ryhmien t-testi.</p>	<p>Opinnäytetyö kehittää sekä yksilöllistä, että yhteisöllistä asiantuntijuutta.</p> <p>Opiskelijoiden mielestä asiantuntijuuden kehittymiselle asetetut opinnäytetyön tavoitteet kaipaavat arviointia ja selkeämpää tiedostamista sekä uudistamista korkeakoulutasoisiksi.</p>

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kääriäinen, Maria 2007.</p> <p>Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Tarkoituksena: vaihe 1: kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana.</p> <p>Vaihe 2: määritellä ohjauksen käsite ja testata käsitteen rakenne.</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa tietoa ohjaukseen liittyvän päätöksenteon, hoitohenkilöstön ohjaustoiminnan ja kliinisten ohjauksen käytäntöjen arvioinnin ja kehittämisen, sekä hoitotyön opiskelijoiden ohjausvalmiuksien opetuksen tueksi. Lisäksi tavoitteena oli selvittää potilaan ja hoitohenkilöstön välisen ohjauksen käsitteen teoreettisia ja operationaalisia määritelmiä hoitotieteessä, lisätä ymmärrystä ohjauksesta ilmiönä ja laajentaa tutkimukseen perustuvaa tietoperustaa.</p>	<p>Vaihe 1: kvantitatiivinen poikittaistutkimus, potilaita N=300 ja hoitohenkilöstöä N=150.</p> <p>Sisällönanalyysi.</p> <p>Vaihe 2: kvalitatiivinen käsiteanalyysi ja kvantitatiivinen käsitteen vertifiointi, kirjallisuus N= 32, sisällönanalyysi. Potilaat N= 844, konfirmatorinen faktorianalyysi.</p>	<p>Ohjauksen resurssit kohtalaiset, mutta ohjauksaika oli riittämätöntä. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot ohjata kohtalaisen hyvät. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä, vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä. Hoitohenkilöstö hallitsi hyvin vain suullisen yksilöohjauksen. Kokonaisuudessaan potilaat pitivät ohjauksen laatua hyvänä.</p> <p>Ohjaus määriteltiin potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaksi, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi.</p>

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Sayin, Yazmine &amp; Kanan, Nevin 2010.</p> <p>Reasons for nursing telephone counseling from individuals discharged in the early postoperative period after breast surgery.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata radikaalin rinnanpoistoleikkauksen ja rinnan osapoistoleikkauksen läpikäyneiden potilaiden määrää ja syitä saada puhelinohjausta postoperatiivisesti ja verrat näitä keskenään.</p> <p>Tavoitteena oli saada tietoa potilaiden ohjauksen tarpeesta.</p>	<p>Satunnaistettu kuvaileva tutkimus.</p> <p>N=174 potilasta, aineisto kerättiin vuosina 2006-2007 ja se kerättiin kyselykaavakkeen avulla. Aineisto käsiteltiin khiin-testillä ja SPSS-ohjelmalla.</p>	<p>Kokopoiston läpikäyneistä tarvitsivat enemmän puhelinohjausta, kuin osapoistossa olleet.</p> <p>Eniten puhelinohjausta tarvittiin kuuden viikon aikana leikkauksesta.</p> <p>Eniten ohjausta tarvittiin haavaongelmiin, käden voimisteluliikkeisiin, sekä vaikeuksiin sopeutua päivittäisiin toimintoihin.</p> <p>Potilaat kaipasivat myös henkistä tukea pelon selättämiseen. Pelkoa aiheutti huoli toipumisen onnistumisesta.</p>



Liite 2. Dreenin kanssa kotiin –potilasohje (ei julkaista)

