

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto
2012

Sandra Karlsson & Selina König

NAISTENTAUTIEN LEIKKAUSSALIN PEREHDYTYSMATERIAALIN ANALYYSI



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sandra Karlsson & Selina König

NAISTENTAUTIEN LEIKKAUSSALIN PEREHDYTYSMATERIAALIN ANALYYSI

Tämä opinnäytetyö on osa Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektia 2009–2015 Hoi-Pro, jonka keskeisenä tavoitteena on kehittää hoitotyötä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin siirtyessä aluekohtaiseen toimintamalliin. Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Hoitotyön kehittämisprojektin (Hoi-Pro) osatehtävästä Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö. Opinnäytetyö tehdään Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSHP) yhteistyönä. (Kummel & projektiryhmä 2013, 3.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli analysoida Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) naistentautien leikkaussalin 350 perehdytysmateriaalia. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa perehdytysmateriaalin sisällöstä ja puutteista. Opinnäytetyön tuloksilla pyritään kehittämään leikkaussalin perehdytysmateriaalia ja perehdytystä. Opinnäytetyön tavoitteen pohjalta muodostettiin kolme tutkimuskysymystä: Mitä perehdytysmateriaalia naistentautien leikkaussalissa on? Mitä naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaali sisältää? Mitä puutteita naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaalissa on?

Tutkimus oli pääosin kvalitatiivinen ja osittain kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimusaineisto koostui valmiista yksityisistä dokumenteista. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jossa alkuperäinen perehdytysmateriaali pelkistettiin ja ryhmiteltiin alaluokkiin. Alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi. Kategorioiden muodostumisen jälkeen luokat kvantifioitiin, jotta tutkimustulokset saatiin määrälliseen muotoon.

Opinnäytetyön päätulokset olivat vastauksia tutkimuskysymyksiin. Naistentautien leikkaussalissa oli työntekijöille ja opiskelijoille omat erilliset perehdytyskansionsa. Perehdytysmateriaalin sisällöstä muodostui kolme pääluokkaa. Yläluokat työtilat, työaika, henkilökunta, käytännön asiat sekä perehdytyksen tarkistuslista muodostivat pääluokan työympäristöön liittyvä tieto. Yläluokat toimenpiteet, toimenkuvat, työturvallisuus, potilasturvallisuus, perioperatiivinen hoitotyö, työetiikka ja hoitotyön strategia rakentuivat pääluokaksi työtehtäviin liittyvä tieto. Opiskelijan perehdytysmateriaalin yläluokista opiskelijaohjaus, tavoitteet sekä arviointi muodostui pääluokka työharjoitteluun liittyvä tieto.

Määrällisesti naistentautien leikkaussalin kirjallinen perehdytysmateriaali sisälsi kokonaisuudessaan melko tasaisesti tietoa jokaisen yläluokan sisällöstä. Työntekijän ja opiskelijan perehdytyskansiot erosivat paikoin sisällöltään, jolloin vertailun sekä teorian ja aikaisempien tutkimusten avulla havaittiin muutamia puutteita. Merkittävimmät puutteet olivat perehdytys suunnitelman puuttuminen sekä etenkin työntekijän materiaalissa yleisimpiä toimenpiteitä ja lääkehoitoa koskevan tiedon puuttuminen. Lisäksi perehdytysmateriaali oli rakenteeltaan hieman sekava ja työ- sekä potilasturvallisuutta käsiteltiin hyvin niukasti.

ASIASANAT: Perehdyttäminen, naistentaudit, leikkaussali

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Midwifery

Autumn 2012 | 70 + appendices 23

Instructor Anneli Nirkkonen-Mannila

Sandra Karlsson & Selina König

ANALYSIS OF THE ORIENTATION MATERIAL OF OPERATION WARD OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

This bachelor's thesis is a part of The Future Hospital – Development Project in Nursing 2009-2015 Hoi-Pro. The purpose of the project is to develop nursing as the Intermunicipal Hospital District of Southwest Finland devolves into a district-based pattern. The subject of the bachelor's thesis comes from Development Project in Nursing (Hoi-Pro) partial commission Competent and prosperous personnel. The bachelor's thesis is a shared project by the Hospital District of Southwest Finland (VSSHP) and the Turku University of Applied Sciences (Turku AMK). (Kummel ym. 2013, 3.)

The purpose of the bachelor's thesis was to analyze the orientation material of operation ward 350 of obstetrics and gynaecology in the Turku University Central Hospital. The aim of the bachelor's thesis was to gain information of the orientation material's content and deficiencies. Three study questions were: What orientation material is there in the operation ward of obstetrics and gynaecology? What does the orientation material contain in the operation ward of obstetrics and gynaecology? What deficiencies there are in the orientation material of operation ward of obstetrics and gynaecology? The study was mainly a qualitative and partially quantitative research. The research material consisted of complete private documents. The material was analyzed using inductive content analysis. Original material was reduced and divided into describable subcategories and again into main upper categories and main categories. The categories were also quantified to have numerical results.

The main results of the bachelor's thesis where answers to the study questions. There was an individual orientation material for personnel and students in the operation ward. Three main categories were made of the content of orientation material. Upper categories work space, working hours, staff, practical things and orientation check-list formed the main category working environment related information. Upper categories operations, job description, work safety, patient safety, perioperative nursing, work ethics and nursing strategy built the main category work assignment related information. Main category practical training related information consisted of student orientation material's upper categories student guiding, goals and evaluation.

The orientation material had an equal amount of information from every upper category. Staff and student orientation material had a few differences. The deficiencies of the orientation material were noticed by the comparison of material and with the help of theory and earlier research. Main deficiencies were the lack of operation and medicine related information and orientation plan. Also the structure of the material was confusing and there was very little information about work and patient safety.

KEYWORDS: Orientation, obstetrics and gynaecology, operation ward

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 NAISTENTAUTIEN HOITO	7
2.1 Naistentaudit	7
2.1.1 Kuukautisiin liittyvät häiriöt	7
2.1.2 Endometrioosi	8
2.1.3 Gynekologiset infektiot	8
2.1.4 Gynekologiset kasvaimet	11
2.1.5 Laskeumat	14
2.1.6 Gynekologiset virtsatieongelmat	15
2.2 Gynekologiset leikkaukset	16
2.2.1 Vatsaontelon leikkaukset	16
2.2.2 Hysterektomiat	17
2.2.3 Laskeumien korjausleikkaukset	17
2.2.4 Inkontinenssin korjausleikkaukset	19
2.2.5 Kasvainten poistot	20
2.2.6 Syöpäleikkaukset	20
2.3 Perioperatiivinen hoitotyö	21
2.3.1 Perioperatiivinen hoitotyö käsitteenä	21
2.3.2 Perioperatiivinen hoitoprosessi	21
2.3.3 Perioperatiivinen hoitoympäristö	22
2.3.4 Henkilökunta	22
3 PEREHDYTYS	24
3.1 Perehdytys käsitteenä	24
3.2 Perehdytyksen toteutus	24
3.3 Perehdytyksen työvälineet ja huomioitavat asiat	25
3.4 Perehdytyksen tarkastelu ja tavoitteet	26
3.5 Työnantaja	26
3.6 Perehdyttävä	27
3.7 Perehdytettävä	27
4 PEREHDYTYKSEEN LIITTYVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	28
4.1 Tiedonhaku	28

4.2 Kansalliset perehdytykseen liittyvät tutkimukset	28
4.3 Kansainväliset perehdytykseen liittyvät tutkimukset	32
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	37
6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	38
6.1 Tutkimusaineisto	38
6.2 Tutkimusmenetelmä	39
6.3 Aineiston analyysi	40
7 TUTKIMUSTULOKSET	45
7.1 Naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaali	45
7.2 Naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaalin sisältö	45
7.3 Naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaalin puutteet	51
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	54
8.1 Tutkimuksen eettisyys	54
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	55
9 TUTKIMUKSEN TULOSTEN TARKASTELU	58
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	67
LÄHTEET	68

KUVIOT

Kuvio 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen	42
Kuvio 2. Perehdytysmateriaalin sisältö kvantifioituna	51

LIITTEET

Liite 1; Taulukko 1. Tiedonhakuuunnitelma	
Liite 2; Taulukko 2. Tiedonhakutaulukko	
Liite 3; Taulukko 3. Perehdytysmateriaalin pelkistettyjen ilmausten analyysirungot	
Liite 4; Taulukko 4. Perehdytysmateriaalin sisällönanalyysirungot	
Liite 5; Taulukko 5. Tutkimusaineiston kvantifiointi	

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektia 2009–2015 Hoi-Pro, jonka keskeisenä tavoitteena on kehittää hoitotyötä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin siirtyessä toimialuekohtaiseen toimintamalliin. Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Hoitotyön kehittämisprojektin (Hoi-Pro) osatehtävästä Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö. Opinnäytetyö tehdään Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH) yhteistyönä. (Kummel ym. 2012, 3.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on analysoida TYKSin naistentautien leikkaussalin 350 perehdytysmateriaalia. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa perehdytysmateriaalin sisällöstä ja puutteista. Tuloksilla pyritään kehittämään leikkaussalin henkilökunnan perehdytysmateriaalia ja perehdytystä. Tutkimus on pääosin kvalitatiivinen ja osittain kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimusaineisto koostuu työntekijän ja opiskelijan perehdytysmateriaalikansioista. Aineisto analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysillä. Perehdytysmateriaali pelkistetään ja luokitellaan käsitteiden yhtäläisyyksien mukaan ala-, ylä- ja pääluokkiin sekä kvantifioidaan määrällisten tulosten saamiseksi.

TYKSin naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaalin analysointi on tärkeää, jotta selvitetään perehdytysmateriaalin sisältö ja puutteet. Työturvallisuuslain mukaan työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijän riittävästä perehdytyksestä ja työturvallisuudesta (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738). Perehdytyksen avulla uusi työntekijä pystyy nopeammin selviytymään itsenäisesti työtehtävistään. Laajimmillaan perehdyttäminen kehittää perehtyjän lisäksi työyhteisöä ja koko organisaatiota. (Kupias & Peltola 2009, 19.)

2 NAISTENTAUTIEN HOITO

2.1 Naistentaudit

2.1.1 Kuukautisiin liittyvät häiriöt

Kuukautiskierron häiriöt ovat tilapäisinä yleisiä ja yleisimmin ne esiintyvät hedelmällisen iän ääripäissä. Häiriöt voivat johtua hormoneiden epänormaalista erittymisestä tai hormonien kohde-elimestä eli kohdusta. Hoito on tärkeää, sillä vaivalla on suuri vaikutus naisen elämänlaatuun. Lisäksi taustalla voi olla tila, jossa elimistössä on vähän estrogeeniä, mikä pitkittyessään lisää sydän- ja verisuonisairauksien sekä osteoporoosin riskiä. Kuukautiskierron häiriöihin kuuluvat amenorrea (ei kuukautisia ollenkaan), hypomenorrea (lyhyt vuoto), polymenorrea (usein tuleva vuoto) sekä oligomenorrea (harvoin tuleva vuoro). (Halttunen-Nieminen 2011, 62–76.)

Dysmenorrealla tarkoitetaan niin kivuliaita kuukautisia, että ne selvästi häiritsevät ja vaikuttavat naisen elämänlaatuun. Primaarinen dysmenorrea alkaa esiintyä heti kuukautisten alkamisesta asti, ja se johtuu endometriumin prostaglandiineista. Sekundaarinen dysmenorrea ilmenee vasta myöhemmin, useimmiten noin 30 ikävuoden jälkeen. Silloin kivulaiden kuukautisten syinä voivat olla erilaiset gynekologiset sairaudet tai kierukan käyttö. Oireita ovat supistuksenomainen alavatsakipu, pahoinvointi, oksentelu ja muut yleisoireet. Primaarisen dysmenorrean hoitona käytetään useimmiten yhdistelmäehkäisytabletteja, sekundaarinen dysmenorrea häviää, kun taustasairaus hoidetaan. (Ranta & Ylikorkala 2011, 77–85.)

Vuotohäiriöt ovat hyvin tavallisia ja pienetkin häiriöt elimistössä muuttavat vuotoa. Menorragia on normaalin kestoisen kuukautisvuoto, joka on runsaampi kuin 80 ml. Vuodon määrä arvioidaan oireista, esim. hygieniavaikeuksista ja anemiasta. Runsas vuoto voi johtua endometriumin toimintahäiriöstä tai kohtusairaudesta, kuten myoomasta. Metorragia tarkoittaa pitkää vuotoa tai sen määrää ja

väliajat vaihtelevat suuresti. Usein tämän vuotohäiriön taustalla on jokin kohtusairaus. (Hurskainen 2011, 86–88.)

2.1.2 Endometrioosi

Endometrioosissa kohdun ulkopuolella, usein pikkulantion sidekalvoissa tai munasarjoissa, mutta myös missä tahansa muualla vatsaontelossa, esiintyy endometriumin kaltaista kudosta. Kudon rakentuu endometriumin lieriöepiteelisoluista muodostuneista rauhasista ja rauhasia yhdistävästä väliaineesta. Endometriumin syntymekanismi tunnetaan vain osittain. Sampsonin implantaatio-teorian (1927) mukaan endometriumin solut ovat kuukautisten aikana kulkeutuneet munatorvien kautta vatsaonteloon ja implantoituneet johonkin vatsaontelon elimeen. (Bergqvist 2010, 277–284; Perheentupa & Santala 2011, 93–101.)

Endometrioosin oireet ovat erittäin vaihtelevat ja suurella osalla ei ole oireita ollenkaan. Kolme pääoiretta ovat kuitenkin kipu, vuotohäiriöt ja hedelmättömyys. Myös endometrioosin sijainti vaikuttaa oirekuvaan. Endometrioosin hoidoina ovat leikkaus tai lääkkeet. Säästävässä leikkauksessa endometrioosipesäkkeet poistetaan, radikaalisessa leikkaushoidossa poistetaan kohtu, munasarjat tai molemmat. Endometrioosi on krooninen sairaus ja uusiutuu 40–50 % potilaista kymmenen vuoden kuluessa hoidosta. (Bergqvist 2010, 277–284; Perheentupa & Santala 2011, 93–101.)

2.1.3 Gynekologiset infektiot

Gynekologiset infektiot leviävät suojaamattomassa sukupuoliyhdyntäessä ja suuseksin yhteydessä tartunnan voi saada nieluun. Anaaliyhdyntäessä infektoriski kasvaa limakalvovaurioiden vuoksi. Sukupuolitaudit kuuluvat muihin tartuntatauteihin ja ne luokitellaan yleisvaarallisiin, ilmoitettaviin ja muihin tartuntoihin. Paikallisia oireita ovat suun ja genitaalialueen haavaumat, kutina ja kirvely, lisääntynyt valkovuoto sekä alavatsan ja ristiselän kivut. Yleisoireina esiintyy

lisäksi kuumetta, päänsärkyä, kurkkukipua, lihas- ja nivelsärkyjä sekä imusolmukkeiden suurentumista. (Ihme & Rainto 2008, 166–175.)

Yleisin bakteeriperäinen sukupuolitaudin aiheuttaja on klamydia. Sen aiheuttamia tulehduksia todetaan Suomessa vuosittain yli 14000. Suurin osa tartunnoista on oireettomia tai oireet ovat epämääräisiä. Klamydia tarttuu sukupuoliteitse, ja riskiryhmässä ovat nuoret aikuiset, joilla on paljon seksikumppaneita. (Ihme & Rainto 2008, 171–172.) Klamydia voi hoitamattomana aiheuttaa naisille vakavan sisäsynnytintulehduksen eli PID:in. PID:in sairastaminen lisää hedelmättömyyden sekä kohdunulkoisen raskauden riskiä. Klamydian oireina esiintyy lisääntyntä valkovuotoa, kirvelyä virtsatessa, tihentynyttä virtsantarvetta sekä yhdynnän jälkeistä niukkaa verenvuotoa. (Paavonen 2011, 288–289.)

Tippuri oli vielä 1970-luvulla todella yleinen, mutta sen esiintyvyys on vähentynyt runsaasti. Tartunta on usein oireinen ja oireina esiintyy naisilla sisäsynnyttimien tulehdus. Tippurin aiheuttama sisäsynnytintulehdus on usein rajumpi kuin klamydian aiheuttama ja oireet ovat näin ollen myös rajummat: alavatsa- ja ristiselkävivot sekä kuume. Myös tippuri lisää hoitamattomana hedelmättömyyden riskiä. (Paavonen 2011, 290.)

Kuppatartuntoja todetaan Suomessa noin 200 vuodessa, joista valtaosa on Venäjältä tai Baltian maista peräisin. Primaarikuppa ilmenee 3-4 viikkoa tartunnasta ja aiheuttaa niin sanotun ensihaavan. Haava paranee muutamassa viikossa. 6-8 viikkoa tartunnasta kuppaspirokeetat ovat päässeet leviämään muualle elimistöön ja aiheuttavat yleisinfektion. Tätä vaihetta kutsutaan sekundaarikupaksi. Yleisinfektion oireina ovat kuume ja iho-oireet sekä imusolmukkeiden turpoaminen. Tertiäärikuppa ilmenee potilaille vuosien päästä, jos kuppaa ei ole hoidettu. (Paavonen 2011, 290–291.)

Genitaalisherpeksistä valtaosa on tyypin 2 herpes simplex -viruksen aiheuttamia. Se aiheuttaa genitaalahaavaumia ja tarttuu yhdynnässä tai suuseksissä. Oireet ilmaantuvat nopeasti ja jo 4-6 päivää tartunnasta potilaalle ilmenee rakkuloita genitaaleihin. Rakkuloista tauti etenee haavoihin ja sen jälkeen rupivaiheeseen. Genitaalisherpekseen liittyy haavaumien lisäksi yleisoireita, kuten

kuumetta, lihaskipuja ja päänsärkyä. Mikäli genitaalierpeksen sairastaa synnytyksen aikana, se voi tarttua vastasyntyneeseen ja aiheuttaa neonataaliherpeksen. (Paavonen 2011, 292–293.)

Papilloomavirustulehdus eli HPV on yleisin virustulehduksen aiheuttaja, joka tarttuu sukupuoliyhteydessä. Taudin yhteydessä esiintyy kondyloomia genitaalissa sekä kohdunkaulan solumuutoksia. Solumuutokset voivat ennakoita kohdunkaulan syöpää. (Ihme & Rainto 2008, 174.) HPV-tyyppejä on erilaisia, ja ne jaotellaan sen mukaan, kuinka suuri yhteys niillä on kohdunkaulansyöpään (Paavonen 2011, 293).

Hiivasienitulehdukset ovat lisääntyneet viime vuosina luultavasti mikrobilääkkeiden lisääntyneen käytön vuoksi. Mikrobilääkkeet hävittävät ihmisen normaaliin flooraan kuuluvia laktobasilleja ja lisäävät näin hiivasienitulehduksia. Tavallisin oire on kutina. Muita oireita ovat emättimen limakalvojen turvotus ja kutina, kokkareinen valkovuoto ja joskus jopa haavat. (Paavonen 2011, 295–296.)

Bakteerivaginoosissa emättimen normaalifloora on korvautunut anaerobisilla bakteereilla ja bakteerikanta on lisääntynyt 1000–10000-kertaiseksi. Tämä aiheuttaa pahanhajuista ja tavallista runsaampaa valkovuotoa. Raskaudenaikainen bakteerivaginoosi lisää ennenaikaisen synnytyksen ja lapsivuodeinfektion riskiä. Siksi raskaana olevat naiset seulotaan ja hoidetaan. (Paavonen 2011, 297.)

Trikomonastulehdus on alkueläimen aiheuttama tauti ja se tarttuu yhdynnässä. Se on maailman yleisin sukupuolitauti, mutta Suomessa tartunnat ovat vähentyneet huomattavasti. Trikomonastulehdus aiheuttaa pahanhajuista runsasta ja kellertävää emätinvuotoa sekä virtsavaivaa. Lisäksi oireina voi ilmetä emättimen limakalvon punoitusta ja arkuutta. Tulehdus uusiutuu helposti ja siksi on usein harkittava estohoitoa. (Paavonen 2011, 298.)

Hepatiitti B – virus tarttuu veriteitse ja seksuaalikontaktissa. Riskitekijöitä ovat suonensisäinen huumeiden käyttö sekä seksuaalikontaktit. Tauti kroonistuu 5–10 %:lla aikuisista, minkä seurauksena on taudinkantajuus. Kantajuus lisää

kroonisen hepatiitin, maksakirroosin ja maksasyövän riskiä. Oireita on vain noin puolella tartunnan saaneista. (Ämmälä & Aitokallio-Tallberg 2011, 530-531.)

Immuunikatovirusinfektio eli HIV on seksuaaliteitse leviävä tauti. Se leviää myös kontaminoitujen neulojen ja ruiskujen välityksellä. HI-virukset ovat lentiviruksia, jotka muuntuvat jatkuvasti. Taudin itämisaika on 1-6 kuukautta ja noin puolet tartunnan saaneista kärsii oireista, kuten kuumeesta, kurkkukivusta, suurentuneista imusolmukkeista, iho-oireista ja erilaisista yleisoireista. HI-virusta ei voida parantaa hoidoilla, mutta lääkkeillä voidaan parantaa ennustetta. (Ämmälä & Aitokallio-Tallberg 2011, 532–533.)

2.1.4 Gynekologiset kasvaimet

Kondylooma on yleisin ulkosynnyttimen hyvänlaatuinen muutos ja se tarttuu sukupuoliyhteydessä. Sen itämisaika on 4-6 viikkoa ja oireettoman vaiheen ollessa ohi genitaalialue voi haavautua, kun ihon ja limakalvojen kimmoisuus heikkenee. Ulkosynnyttimiin tai välilihan ja peräaukon ympäristöön muodostuu eksofyttisiä syyliä tai litteitä kondyloomia. Kondylooman aiheuttajana on ihmisen papilloomavirus. Eksofyttisten kondyloomien hoidossa käytetään paikallislääkettä tai laserkirurgiaa. Pienet kondyloomat hoidetaan vain silloin, kun ne ovat syövän esiasteita tai aiheuttavat oireita, kuten kirvelyä ja kutinaa. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 216–218.)

Pahanlaatuiset ulkosynnyttimien kasvaimet ovat harvinaisia syöpiä. Suurin osa on levyepiteeliperäisiä, mutta myös melanoomia tai basaliomia saattaa esiintyä. Ulkosynnyttimien syöpään liittyy usein haavaumia genitaalialueilla. Kasvaimet aiheuttavat kirvelyä ja kipua sekä joskus veristä vuotoa. Syöpä voi metastoitua pinnallisiin nivusten imusolmukkeisiin, sen jälkeen syviin ja jopa lantion imusolmukkeisiin. Ensisijainen hoito on kirurginen, jossa voidaan poistaa ulkosynnyttimet osittain tai kokonaan. Usein poistetaan myös nivusten imusolmukkeet samalla. Mikäli syöpä on todella laajalle levinnyt, voidaan joutua poistamaan lisäksi peräsuoli ja virtsaelimet. Jos poisto ei ole ollut laaja, tai imusol-

mukkeissa on etäpesäkkeitä, kirurgiseen hoitoon liitetään sädehoito. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 221–222.)

Emätinsyöpä ilmenee useimmiten eksofyyttisenä kasvaimena tai haavaumana emättimen yläkolmanneksen alueella, mutta myös vaginan alaosassa. Syöpä ei aiheuta alkuvaiheessa oireita ja se löydetään usein sattumalta gynekologisen tutkimuksen yhteydessä. Monet syövät voivat myös lähettää etäpesäkkeitä emättimeen. Hoito riippuu siitä, kuinka laajalle syöpä on levinnyt. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223.)

Kohdunkaulan syöpä on yleinen sekä maailmalla että Suomessa. Taudin ilmaantuvuus ja kuolleisuus ovat pienentyneet, mikä johtuu irtosoluseulonnoista ja irtosolunäytteistä. Kohdunkaulan syövän vaaratekijät ovat varhain aloitettu yhdyntä, monet seksikumppanit ja raskaudet sekä tupakointi. HPV:llä on suuri merkitys kohdunkaulan syövän kehittymisessä. Syövän varhaisena oireena esiintyy verinen vuoto varsinkin yhdynnän jälkeen. Myöhäisenä oireena esiintyy erilaisen virtsaongelmat. Myös tämä syöpä hoidetaan sen levinneisyysasteen perusteella. Hoitoina käytetään silmukakkonisaatiota, osittaista tai radikaalia kohdunpoistoa, lantion imusolmukkeiden poistoa, sädehoitoa sekä solunsalpaajahoitoa. Koska syöpä uusii herkästi, käytetään kirurgisen hoidon jälkeen vielä ulkoista sädehoitoa. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 223–226.)

Kohdun limakalvon hyperplasian syynä ovat useimmiten anovulatoriset kuukautiskierrot sekä pitkäkestoinen estrogeenivaikutus. Tämä johtuu siitä, että estrogeeni lisää kohdun limakalvon solujen jakaantumista ja progesteroni vähentää sitä. Pitkäkestoinen estrogeenin erityis ilman progesteronia voi aiheuttaa kohdun limakalvon liikakasvua. Hyperplasialuokkia on kolme ja ne jaotellaan vaikeusasteen mukaan. Hyperplasian yleisin oire on pitkäaikainen runsas vuoto. Jotkut hyperplasiat normalisoituvat itsestään tai hormonihoidolla, osa taas etenee syöväksi asti. Limakalvon liikakasvut hoidetaan joko hormoneilla tai kohdunpoistolla, riippuen liikakasvun vaikeusasteesta ja potilaan iästä. (Grénman & Auranen 2011, 227–228.)

Kohdun limakalvon polyypit ovat pehmeitä endometriumin värisiä kasvaimia. Niiden koko vaihtelee ja synnyn synnä on paikallinen estrogeeniherkkyys tai paikallinen progesteronireseptorien vähyys. Polyypit aiheuttavat runsaita kuu-kautisvuotoja, mutta ne voivat olla myös oireettomia. Oireetonta ja pientä polyypia voidaan jäädä seuraamaan, koska se voi parantua itsestään ilman hoitoa. Jos polyyppi aiheuttaa vuotohäiriöitä, se tulee poistaa kirurgisesti. Polyyppi voi kehittyä syöväksi, joten poistettu polyyppi tutkitaan histologisesti. (Grénman & Auranen 2011, 229.)

Myoomat ovat kohdun lihaskudoksen hyvänlaatuisia kasvaimia, jotka ovat usein lähtöisin yhdestä kohtulihassolusta. Hormonit säätelevät myoomien aktiiviteettia ja kasvua. Oireet vaihtelevat myoomien koosta, sijainnista ja lukumäärästä riippuen. Tyypilliset oireet ovat erilaiset vuotohäiriöt. Kipu on harvinaisempi oire, mutta voi ilmaantua, kun myooma menee jostakin syystä kuolioon. Tällöin kipu on äkillinen ja voimakas. Jos myooma painaa suolistoa tai virtsaelimiä, oireina voi olla ulostamis- tai virtsavaivat. Suurin osa myoomista on kuitenkin oireettomia, eivätkä vaadi hoitoa. Hoitoon vaikuttaa myooman koko ja sijainti sekä niiden määrä. Kirurginen hoito on tärkein hoitomuoto. Myoomat voidaan poistaa joko laparoskooppisesti tai laparotomisesti. Mikäli säästävää leikkausta ei ole ehdoton, voidaan tehdä kohdun poisto. (Grénman & Auranen 2011, 229–232.)

Kohdunrungon syöpä eli endometriumin syöpä on todella yleinen syöpä naisten keskuudessa ja noin puolet gynekologisista syövästä esiintyy kohdunrungossa. Kohdunrungon syövässä on samoja vaaratekijöitä kuin kohdun limakalvon liikakasvussa ja nämä syövät liittyvät myös kohdun limakalvon estrogeenialtistukseen. Syöpä voidaan jaotella kahteen eri muotoon. Tyypin 1 syöpä kehittyy hyperplasioiden kautta ja sen ennuste on usein parempi kuin tyypin 2, joka kehittyy estrogeenialtistuksesta riippumattomana. Oireina molemmissa kohdunrungon syövän tyypeissä esiintyy valtaosalla poikkeavaa verenvuotoa ja se on usein syövän ensimmäinen oire. Kun tauti etenee pidemmälle, oireina voi olla kipua ja yleistilan laskua. Hoitona käytetään kirurgista hoitoa ja sen lisäksi tarpeen mukaan sädehoitoa ja solunsalpaajia. (Grénman & Auranen 2011, 232–237.)

Munasarjakasvainten kirjo on erittäin laaja. Kasvaimet ulottuvat hyvänlaatuisista kystista aina huonoennusteisiin syöpiin asti. Kasvaimet voivat olla oireettomia, ja silloin hoitopäätös pitää tehdä arvioimalla hyvänlaatuisen ja pahanlaatuisen kasvaimen todennäköisyyttä käyttämällä apuna gynekologista tutkimusta, kaihakuvausta ja kasvainmerkkiainepitoisuusmäärittäyksiä. Munasarjasyöpiä voi esiintyä myös nuorilla naisilla, jolloin hedelmällisyyttä heikentäviä toimenpiteitä on silloin vältettävä. Munasarjasyöpä ei ole kovin yleinen, mutta se aiheuttaa noin puolet Suomen syöpäkuolemista. Tämä johtuu pääasiallisesti siitä, että munasarjasyöpä on vaikea diagnosoida aikaisessa vaiheessa. (Leminen & Loukovaara 2011, 240.)

2.1.5 Laskeumat

Laskeumat ovat lantionpohjan sidekudoksen ja lihasrakenteen pettäessä syntyviä pullistumia. Laskeumia ilmenee yleisimmin vaihdevuosi-iässä ja sen jälkeen. Useimmiten oireina ovat painontunne alavatsalla, ristiselkäsärky, virtsaamis- ja ulostamisongelmat sekä ääritilanteessa emättimestä ulos työntyvä pullistuma. Laskeumille altistavia tekijöitä ovat ikääntymisen lisäksi postmenopaus, multipariteetti, pitkittynyt synnytyksen toinen vaihe, synnytyksessä muodostuneet lantionpohjan piilevät repeämät, lantionpohjan vaurioiden epätäydellinen korjaus sekä riittämätön gynekologisen leikkauksen jälkeinen tuki. Lisäksi vatsaontelon lisääntynyt paine esimerkiksi raskaan työn, yskän, ummetuksen tai ylipainon takia saattaa altistaa laskeumille. (Mäkinen & Nieminen 2011, 196–197.)

Laskeumat jaotellaan sen mukaan, mikä osa synnytyselimistä laskeutuu. Laskeumatyypit ovat virtsarakon laskeuma eli kystoseele, virtsaputken laskeuma, kohdunlaskeuma, emättimen takapohjukan laskeuma eli enteroseele, emättimen laskeuma eli vaginaprolapsi ja peräsuolen laskeuma eli rektoseele. (Ihme & Rainto 2008, 233–234.) Laskeuman vaikeusastetta määrittää se, kuinka pitkälle alas- ja ulospäin rakenteet työntyvät. Korkeintaan emättimen ulkokolmanneekseen ulottuva laskeuma on 1. asteen laskeuma, 2. asteessa laskeuma on nähtävissä emättimen ulkoaukolta, emättimen aukosta ulos pullistuva laskeuma

on 3. asteen laskeuma ja 4. asteessa laskeuma, esimerkiksi kohtu, on kokonaan luiskahtanut emättimen ulkopuolelle. (Mäkinen & Nieminen 2011, 197.)

Laskeumia voidaan hoitaa konservatiivisesti tai leikkaushoidolla. Konservatiivisia hoitokeinoja ovat estrogeenihoito, prolapsirengas, lantionpohjan lihasharjoitteet sekä emättimeen asetettavat apuvälineet, kuten emätinkuulat. (Ihme & Rainto 2008, 234.) Operatiivisessa hoidossa olennaista on korjata kaikki vaurioalueet, jolloin tärkeät rakenteet eli emättimen etu- ja takaseinämä sekä pohjukka tuetaan omilla terveillä kudoksilla tai keinomateriaaleilla (Mäkinen & Nieminen 2011, 202). Kystoseelen leikkaushoitona on etukolporrafia ja rektoseelen takakolporrafia. Enteroseele poistetaan operatiivisesti ja kohdunlaskeuma korjataan vaginaalisella kohdunpoistolla tai ripustamalla laskeutuneet rakenteet. (Ihme & Rainto 2008, 235.)

2.1.6 Gynekologiset virtsatieongelmat

Virtsankarkailulla eli virtsainkontinenssilla tarkoitetaan tahatonta virtsan karkaamista, josta on henkilölle sosiaalista tai hygieenistä haittaa (Kivelä 2009, 584). Virtsainkontinenssityyppejä ovat ponnistusinkontinenssi eli stress, pakkoinkontinenssi eli urge, edellisten yhdistelmä eli sekamuotoinen inkontinenssi sekä ylivuotoinkontinenssi. Ponnistusinkontinenssissa virtsaa karkaa useimmiten pieni määrä fyysisen ponnistamisen yhteydessä, kun rakkopaine nousee ja virtsaputken sulkija pettää. Pakkoinkontinenssissa yliaktiivinen rakkolihas saa aikaan hillitsemättömän virtsaamispakon, jolloin yleensä koko virtsarakko tyhjenee. Sekamuotoisessa inkontinenssissa on oireilua sekä stress- että urgemuotoon liittyen. Ylivuotoinkontinenssissa rakko ei tyhjene kunnolla ja virtsaamisen jälkeen jäännösvirtsa valuu ulos. Ylivuotoinkontinenssin syynä on esimerkiksi diabeettisen hermovaurion, kroonisen jäännösvirtsan tai ylivuodon aiheuttama ylivenyttänyt rakko. (Ihme & Rainto 2008, 236–237.)

Yleensä virtsan karkaaminen pyritään osoittamaan objektiivisesti ennen virtsainkontinenssidiagnoosin antamista. Oirekuvaa ja oireiden vaikeusastetta korotetaan haitta-astekaavakkeilla, erottelupistekaavakkeilla, yskäisy- ja ponnis-

tuskarkailutesteillä sekä virtsaamispäiväkirjoilla. (Kivelä 2009, 584.) Virtsainkontinenssia voidaan hoitaa konservatiivisesti ja leikkaushoidolla. Konservatiiviseen hoitoon kuuluu lantionpohjan lihasten harjoittaminen sekä etenkin pakkoinkontinenssissa hyödyllinen rakkokoulutus. Ponnistusinkontinenssissa emätinkuulat ja emättimeen laitettava tuki voivat auttaa. Estrogeenihoito saattaa helpottaa inkontinenssioireita, kun urogenitaaliatrofia aiheuttaa rakkoärsytystä. Leikkauksella voidaan hoitaa ponnistusinkontinenssia. Leikkauksessa pyritään palauttamaan virtsaputken anatominen tuki asettamalla sille vaginaalinen tukinauha. (Nilsson, C. 2011, 211–214.)

2.2 Gynekologiset leikkaukset

2.2.1 Vatsaontelon leikkaukset

Gynekologiseen kirurgiaan kuuluvia vatsaontelon kautta tehtäviä leikkauksia ovat vatsaontelon avaus eli laparotomia ja vatsaontelon tähytys eli laparoskopia. Laparoskooppisesti poistetaan kohdun sivuelinten hyvänlaatuisia kasvaimia ja endometrioosia, hoidetaan kohdunulkoinen raskaus sekä tehdään sterilisatio. Diagnostisesti laparoskopiaa tarvitaan selvitettäessä endometrioosin vaikeusastetta tai syytä pitkittyneeseen alavatsakipuun tai lapsettomuuteen. Laparotomisia leikkauksia ovat kookkaiden ja pahanlaatuisten kasvainten sekä hankalien kiinnikkeiden leikkaukset. (Heinonen 2011, 276.)

Laparoskopia tehdään tavallisesti yleisanestesiassa gynekologisessa asennossa. Laparoskopisessa leikkauksessa vatsaontelo täytetään hiilidioksidilla navan alta laitetetun neulan kautta näkyvyyden parantamiseksi, minkä jälkeen samasta reiästä laitetaan vatsaonteloon optiikkaputki. Työskentelyputket pitkävartisia instrumentteja varten asetetaan näkökontrollissa. Leikkaaminen suoritetaan saksilla ja verenvuoto tyrehdytetään yleensä sähköllä polttamalla tai ultraäänellä. Laparoskopian harvinaisia, mutta vakavia komplikaatioita ovat instrumenttien aiheuttamat suoli-, rakko- ja suonivauriot. (Kivelä 2009, 587.) Komplikaatiot vaa-

tivat välittömän laparotomian eli vatsaontelon avoleikkauksen vatsanpeitteiden läpi. (Heinonen 2011, 281).

2.2.2 Hysterektomiat

Kohdunpoistot ovat yleisimpiä gynekologisia leikkauksia ja kohdunpoisto on tehty joka viidennelle suomalaiselle yli 45-vuotiaalle naiselle. Yleisimmät syyt kohdun poistoon ovat myoomat, vuotohäiriöt ja laskeumat. Muita syitä ovat endometriooosi, lantion kivut, adenomyoosi ja kohdun pahanlaatuiset muutokset. Kohtu voidaan poistaa kokonaan laparotomiassa, emättimen kautta tai laparoskooppisesti. Leikkaustavan valintaan vaikuttavat monet eri asiat, kuten kohdun koko, liikkuvuus ja leikkaavan lääkärin kokemus. (Heinonen 2011, 277.)

Laparotomia tehdään, kun kohtu on kookas ja huonosti liikkuva, pahanlaatuinen kasvain on laajalle levinnyt tai endometriooosi on erityisen hankala. Laparoskopia-avusteinen kohdunpoisto tehdään helpommissa tapauksissa, esimerkiksi kun kohdussa on rajoittunut endometriumien syöpä. Laparoskopian vasta-aiheita ovat ileus, peritoniitti sekä yleisanestesian vasta-aiheet. Vaginaalinen hysterektomia voidaan tehdä laskeumien kohdalla, mutta myös laskeutumaton kohtu voidaan poistaa emättimen kautta. Jos kohtu on kookas tai kiinnittynyt, vaginaalista kohdunpoistoa ei yleensä tehdä. (Heinonen 2011, 277.)

Kohtu voidaan poistaa kokonaan, mutta myös vain osittain. Osittaisessa kohdunpoistossa kohdun runko-osa poistetaan ja kohtu katkaistaan rungon ja kaulaosan rajalta, ja kohdunnapukka jää paikalleen. Munasarjat säästetään, jos ne ovat terveet ja toimivat. Näin niiden hormonituotanto jatkuu leikkauksen jälkeenkin. Mikäli joudutaan munasarjojen poistoon, voidaan tarpeen mukaan aloittaa hormonihoito. (Heinonen 2011, 278.)

2.2.3 Laskeumien korjausleikkaukset

Laskeumaleikkausten tavoitteena on palauttaa emättimen anatomia mahdollisimman normaaliksi, jolloin laskeumaoireet loppuvat. Laskeumaleikkaukset voi-

daan tehdä emättimen kautta spinaalipuudutuksessa. Ennen leikkausta potilaalle aloitetaan paikallinen estrogeenihoito emättimen ohentuneen limakalvon vahvistamiseksi. Laskeumat voivat uusiutua leikkauksen jälkeen puutteellisten leikkausmenetelmien ja ikään liittyvän kudosten heikkenemisen takia. Virtsa-tietulehdukset sekä leikkausalueen tulehdukset ovat laskeumaleikkausten tavallisimpia komplikaatioita. (Heinonen 2011, 281–282.)

Kystoseele eli virtsarakon laskeuma korjataan tekemällä etukolporrafia (kolporahia anterior, KA). Operaatiossa avataan emättimen limakalvon etuseinä ja alla oleva lihas-sidekudos vahvistetaan keskeltä ompelein virtsarakkotyran korjaamiseksi. Ylimääräinen emättimen limakalvo poistetaan ja leikkaushaava suljetaan ompelein. Rektoseelen eli peräsuolen laskeuman korjausleikkaus on takakolporrafia (kolporraphia posterior, KP). Myös takakolporrafiassa limakalvo avataan ja heikentynyt tukikudos vahvistetaan ompelein, jolloin tyrä korjaantuu. Löysä väliliha tuetaan operaatiossa tarvittaessa ompelein. (Heinonen 2011, 281–282.)

Kohdunlaskeuman yleisin hoitokeino on vaginaalinen kohdunpoisto. Nuorella naisella, jolla halutaan säilyttää raskausmahdollisuus, voidaan käyttää leikkaushoitona Manchesterin leikkausta, jossa laskeutuneet rakenteet ripustetaan verkon tai nauhan avulla paikoilleen. (Ihme & Rainto 2008, 235.) Tyypillisessä laskeumaleikkauksessa korjataan samanaikaisesti kohdunlaskeuma, kystoseele ja rektoseele. Kohtu poistetaan vaginaalisesti irrottamalla sivusiteet ja sulkemalla verisuonet. Tarvittaessa munasarjat poistetaan kohdunpoiston yhteydessä. Vatsakalvon sulkemisen jälkeen emättimen pohja tuetaan operaatiossa irrotetuilla kohtusiteillä. Etu- ja takakolporrafia tehdään kohdunpoiston jälkeen. (Heinonen 2011, 282.)

Kohdunpoiston yhteydessä todetaan usein emättimen takapohjukan pullistuma eli enteroseele. Enteroseele preparoidaan vapaaksi kohdunpoiston yhteydessä. Kohdunpoiston jälkeen voi kehittyä emättimen laskeuma eli vaginaprolapsi, jossa emättimen pohja työntyy kokonaan ulos ja vagina on kääntynyt nurin. Emättimen esiinluiskahdus korjataan kiinnittämällä pohjukka emättimen kautta ligamentum sacrospinaleen, jolloin korjataan samalla kystoseele, rektoseele ja en-

teroseele. Vaginaprolapsi voidaan operoida myös kolposakropeksialla vatsaontelon kautta laparotomisesti tai laparoskopisesti, jolloin emättimen pohja kiinnitetään ristikukkulaan vatsakalvon taakse asetetulla verkolla. (Heinonen 2011, 282.)

2.2.4 Inkontinenssin korjausleikkaukset

Virtsainkontinenssin leikkaushoito on aiheellinen, kun kyseessä on merkittävää haittaa aiheuttava ponnistusinkontinenssi. Inkontinenssileikkauksella pyritään palauttamaan virtsaputken anatominen tuki, jotta virtsaputki voi sulkeutua fyysisessä rasituksessa. Tavallisimmin Suomessa käytetään leikkausmenetelmänä TVT-leikkausta (tensionfree vaginal tape), jossa virtsaputken keskiosa tuetaan kiristämättömällä tukinauhalla. (Nilsson 2011, 214.) Tukinauha on sulamatonta verkkomateriaalia, jonka ympärille muodostuu elimistön omaa sidekudosta. Sidekudos vahvistaa nauhaa ja kiinnittää sen kudoksiin. (Ihme & Rainto 2008, 238.) Tukinauhan asettamiseen käytettävissä tekniikoissa on hieman erilaisia yksityiskohtia. (Nilsson 2011, 214.)

TVT-leikkauksessa virtsaputken alle asetetaan verkkomainen nauha, jonka päät viedään häpyluun takaa vatsanpeitteiden päälle. Nauhan päät katkaistaan ja nauha kiinnittyy vatsanpeitteisiin. Toimenpide tehdään päiväkirurgisesti paikallispuudutuksessa, jotta nauha voidaan kiristää yskäisytestin mukaisesti. Leikkauksen harvinaisia komplikaatioita ovat rakon puhkeaminen, verenpurkauma ja infektio. (Ihme & Rainto 2008, 238.) Tukinauha voidaan asentaa tukemaan virtsaputken keskiosaa myös obturatoraukkojen kautta. Näissä TVT-leikkauksen muunnelmissa nauha kulkee TOT-leikkauksessa (transobturator tape) obturatoraukkojen kautta ulkoa sisään ja TVT-O – leikkauksessa (tensionfree vaginal tape obturator) sisältä ulos. (Nilsson 2011, 214–215.) TOT-leikkaus tehdään kevyessä nukutuksessa tai spinaalipuudutuksessa. Nauha laitetaan nivustaipeesta, viedään virtsaputken ali ja otetaan ulos molemmin puolin. Verkkonauha jää löyhästi tukemaan virtsaputkea. (Ihme & Rainto 2008, 238.)

2.2.5 Kasvainten poistot

Myoomia voidaan poistaa joko endoskooppisesti tai laparotomisesti. Jos ainakin puolet myoomasta on kohtuontelossa, se voidaan poistaa hysteroskooppisesti. Mikäli säästävään leikkaukseen ei ole indikaatioita, voidaan tehdä kohdunpoisto. Jos myoomat esiintyvät raskauden aikana, niitä ei useinkaan poisteta vuotoriskin vähentämiseksi. (Grénman & Auranen 2011, 231–232.)

2.2.6 Syöpäleikkaukset

Endometriumien syövän ensisijainen hoitomuoto on leikkaus. Ennen leikkausta selvitetään vaginaalisen kaikukuvan, keuhkokuvan sekä vatsan ultraääni- tai tietokonetomografiatutkimuksen avulla syövän levinneisyys ja vaikeusaste mahdollisimman tarkkaan. (Grénman & Auranen 2011, 232–237.) Leikkauksessa poistetaan kohtu, munatorvet ja munasarjat sekä lisäksi otetaan solunäyte vatsaontelosta. Joskus poistetaan myös lantion alueen ja aortan viereiset imusolmukkeet, mutta tämän toimenpiteen tehokkuudesta ei ole yksimielisyyttä. Lisähoitona käytetään tarpeen mukaan sädehoitoa, solunsalpaajia ja antiestrogeenihoidoa. (Kivelä 2009, 577.)

Kohdunkaulansyövän hoito määräytyy taudin levinneisyyden perusteella. Yksinkertaisemmissa tilanteissa tehdään kohdunpoisto tai pahanlaatuisen muutoksen poisto silmukakkonisaatiolla. Vaikeammassa tilanteissa tehdään radikaali kohdunpoisto sekä lantion imusolmukkeiden poisto joko laparotomisesti, laparoskooppisesti tai robottivälinein. Mikäli potilas on nuori ja synnyttämätön, voidaan tehdä kohdun runko-osan säästävä leikkaus silloin, kun hedelmällisyyden säilyttäminen on tärkeää. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 225.)

Munasarjasyöpäleikkaus tehdään joko avotoimenpiteenä tai laparoskooppisesti. Leikkauksessa kasvainkudos poistetaan mahdollisimman täydellisesti, mikä parantaa potilaan ennustetta huomattavasti. Paikallisen munasarjasyövän leikkauksessa tutkitaan taudin levinneisyyttä ja huomioidaan taipumus lähettää metastaseja. Askitesnäyte otetaan vatsaontelosta. Kohtu ja sen sivuelimet sekä

lantion ja para-aortaalitalan imusolmukkeet poistetaan levinneisyystutkimuksia varten. Joskus poistetaan myös umpilisäke. Mikäli syöpä on tiedettävästi levinnyt laajalle, kasvain poistetaan mahdollisimman hyvin ja tehdään tarpeen mukaan radikaaleja toimenpiteitä kuten suoliresektio, virtsarakon resektio tai pernan poisto. (Leminen & Loukovaara 2011, 248.)

2.3 Perioperatiivinen hoitotyö

2.3.1 Perioperatiivinen hoitotyö käsitteenä

Perioperatiivinen hoitotyö tarkoittaa leikkausosaston sairaanhoitajan tekemää leikkaus- tai toimenpidepotilaan hoitotyötä. Perioperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu leikkausta edeltävä, leikkauksenaikainen ja leikkauksenjälkeinen toiminta kirurgisen potilaan hoidossa. Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaan ohjaaminen, tehostettu hoito, komplikaatioalttius, nopeasti muuttuvat tilanteet sekä korkeatasoinen aseptiikka. Erikoiskoulutettu henkilökunta saa pitkän perehdytyksen ja heillä tulee olla vahva ajantasainen teoreettinen tieto, hyvät kädentaidot sekä teknologia-, informaatio- ja vuorovaikutusosaamista. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 11.)

2.3.2 Perioperatiivinen hoitoprosessi

Perioperatiivinen hoitotyö jaetaan pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoitoon. Leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen hoitotyö on leikkaukseen valmistautumista ja se päättyy, kun potilas viedään leikkaussaliin. Preoperatiivinen hoitotyö sisältää leikkauspäätökseen liittyvät tutkimukset, leikkauskutsun potilasohjeineen, potilaan valmistamisen leikkaukseen osastolla sekä potilaan viemisen leikkaussaliin. Potilas saa ennen leikkausta ravitsemus-, hygieni- ja lääkitysohjeet ja leikkausaamun valmisteluihin osastolla kuuluu avopaidan ja tukisukkien pukeminen, katetrointi, ihon kunnon tarkistaminen, esilääkitys sekä tarvittaessa mikrobi profylaksia. (Ihme & Rainto 2008, 201–214.)

Leikkauksenaikainen eli intraoperatiivinen hoitotyö jatkuu leikkaussalista heräämään. Intraoperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu potilaan vastaanottaminen ja siirtäminen leikkaussaliin, toimenpiteen valmisteleminen, anestesia, toimenpide sekä potilaan siirtäminen heräämään. (Ihme & Rainto 2008, 201–225.) Anestesian tarkoituksena on ehkäistä kipua, aikaansaada lihasrelaksaatio ja tarvittaessa aiheuttaa potilaan tiedottomuus leikkauksen onnistumiseksi (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2009, 59). Anestesiakertomukseen kirjataan leikkauksen aikaiset tapahtumat eli toimenpide ja leikkausdiagnoosi, lääkitys, nestehoito, leikkausasento, mittaukset, vuotomäärä ja leikkaushaava. Leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen hoitotyö sisältää hoidon heräämössä tai tehosastolla, kuntoutuksen, kotiutuksen sekä jatkohoidon ja jälkitarkastusajan. Välittömästi toimenpiteen jälkeen tarkkaillaan potilaan hengitystä ja verenkiertoa, lämpöä, ravitsemusta, erittämistä, aktiviteettia, haavaa, kipua sekä vointia. (Ihme & Rainto 2008, 201–225.)

2.3.3 Perioperatiivinen hoitoympäristö

Leikkausosasto on sairaalan pitkälle erikoistunut toimintayksikkö, jossa toiminnan tehokkuus, täsmällisyys ja tarkkuus ovat tärkeitä. Leikkausosasto on kalleimpia yksiköitä sairaalassa ja sen pohjaratkaisulla sekä sijainnilla on merkitystä. Leikkaussalin ilmanvaihdolla ja pintamateriaaleilla on tietyt vaatimukset. Lisäksi hyvä sairaalahygienia on leikkausosastolla erityisen tärkeää, sillä potilas altistuu leikkauksessa sairaalainfektiolle. Aseptisen toiminnan perusteisiin kuuluu henkilökunnan henkilökohtainen hygienia, käsihygienia, työ- ja suojavaateus sekä aseptisten työtapojen noudattaminen. (Lukkari ym. 2007, 61–67.)

2.3.4 Henkilökunta

Leikkausosaston henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, joilla on erilaisia tehtäviä. Leikkaussalissa työskennellään valvovan hoitajana, anestesiahoitajana, leikkaushoitajana ja instrumentoivan hoitajana. Heräämössä potilaan vointia tarkkailee heräämöhoitaja. Toimenpiteen suorittaa leikkauksesta vastaava lää-

käri ja mukana voi olla avustava ja konsultoiva lääkäri. Anestesia­lääkäri vastaa leikkaussalissa anestesiasta. Lisäksi leikkausosastolla työskentelee lääkintä­vahtimestari sekä väline- ja laitoshuoltajia, osastosihteeri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. (Lukkari ym. 2007, 45–47.)

3 PEREHDYTYS

3.1 Perehdytys käsitteenä

Perehdytyksellä tarkoitetaan toimenpiteitä, joiden avulla perehdytettävä oppii tuntemaan työympäristön, työyhteisön ja työtehtävät (Kangas & Hämäläinen 2007, 2). Perehdyttäminen käsitteenä kattaa niin alku- ja yleisperehdyttämisen kuin työnopastuksen. Perehdyttämisestä puhutaan usein myös työtehtävien muuttuessa annettavasta ohjauksesta. (Kupias & Peltola 2009, 17–19.) Perehdytyksen tarkoituksena on tutustuttaa uusi työntekijä työyksikköön ja työhön (Surakka 2009, 72). Perehdytyksen avulla uusi työntekijä pystyy nopeammin selviytymään itsenäisesti työtehtävistään. Laajimmillaan perehdyttäminen kehittää perehtyjän lisäksi työyhteisöä ja koko organisaatiota. (Kupias & Peltola 2009, 19.)

3.2 Perehdytyksen toteutus

Perehdyttäjän ja uuden työntekijän tulisi laatia yhdessä kirjallinen ja yksilöllinen perehdytys suunnitelma, jonka mukaan perehdytys voi edetä. Uuden työntekijän osaamista ja lähtötasoa arvioidaan esimerkiksi koulutuksen ja työkokemusten pohjalta. Perehdytys suunnitelmaan kirjataan aiheittain organisaatioon ja työhön liittyvät osa-alueet. Kukin aihekokonaisuus voidaan käsitellä omana perehdytyspäivänään. Tärkeät asiat käydään läpi yhdessä perehdyttäjän kanssa, mutta osaan asioista työntekijä voi tutustua itsenäisesti siihen varattuna aikana. Perehdyttämissuunnitelmaan on hyvä liittää aikataulu, jonka mukaan edetään. (Surakka 2009, 73–74.)

Esimies on vastaanottamassa uutta työntekijää ensimmäisenä päivänä ja perehdytys alkaa heti kirjallisen perehdytys suunnitelman mukaan. Hyvä ensivaikutelma on ensisijaisen tärkeää uudelle työntekijälle. Yhteistyö sujuu huomattavasti sujuvammin, mikäli henkilö kokee alusta asti olevansa tervetullut ja tar-

peellinen. (Työturvallisuuskeskus 2003, 9.) Perehdytysaika määritellään perehdytysuunnitelmassa ja sitä sovelletaan työntekijän osaamisen ja työkokemusten mukaan. Uudelle työntekijälle annetaan yhteisiä vuoroja perehdyttäjän kanssa ja työntekijän joutumista liian haastaviin tilanteisiin liian varhain tulee välttää. (Surakka 2009, 73–75.)

Perehdytyksen sisältö ja laajuus vaihtelevat uuden työntekijän työtehtävistä ja aiemmasta työkokemuksesta riippuen. Uudelle työntekijälle kerrotaan kuitenkin aina yleisesti yrityksestä ja sen toiminta-ajatuksista sekä strategiasta ja menettelytavoista. Tätä kutsutaan yritysperehdyttämiseksi. Lisäksi henkilö tutustutetaan työpaikan henkilökuntaan, asiakkaisiin sekä työyhteisön yhteisiin pelisääntöihin. Tämä on työpaikkaan perehdyttämistä. (Helsilä 2009, 48–49.)

Työhön perehdyttämiseen kuuluu henkilön tuleviin tehtäviin liittyvien odotusten ja toiveiden selvittäminen sekä työtehtäviin liittyvien velvoitteiden kertominen. (Helsilä 2009, 48–49.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä säätelevät terveydenhuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden toimintaa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559; Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564). Terveydenhuollon työntekijöiden perehdytysohjelmaan tulisi sisältää ammattihenkilöiden toimintaa koskevat lait ja asetukset, sillä ne ovat keskeinen osa potilasturvallisuuden ja hoidon laadun varmistamista (Surakka 2009, 73).

3.3 Perehdytyksen työvälineet ja huomioitavat asiat

Perehdytyksen työvälineitä ovat henkilökohtaisen ohjauksen ja keskustelujen lisäksi työpaikkailmoitukset, kirjalliset perehdytysoppaat, internet ja muut sähköiset välineet, kuten sisäisen intranetin perehdytysuunnitelma, hoito-ohjeet sekä linkit suositeltaviin tietolähteisiin (Surakka 2009, 73).

Uusi työntekijä oppii parhaiten, kun hän saa opetella, kokeilla ja toimia. Näin hän saa kokemuksia ja oppii mahdollisista virheistään. Esimiehen kanssa on hyvä perehdytyksen ajan käydä päivän päätteeksi läpi mikä meni hyvin ja missä asioissa on vielä kehitettävää. Perehdytys on vaiheittaista ja kokemusten kaut-

ta oppimista. (Helsilä 2009, 49.) Apumateriaalia käytetään, jotta uuden työntekijän olisi helpompi painaa mieleen uusia asioita (Työturvallisuuskeskus 2003, 10). Perehdytettävälle olisi hyvä esimerkiksi antaa suullisen tiedon tueksi kirjallista tietoa, johon voi tutustua itsenäisesti. Suullisesti annettavaa perehdytystä ei kuitenkaan voi korvata kirjallisella materiaalilla. (Helsilä 2009, 48.)

Uusi työntekijä on voimavara, jolta voi saada uusia näkökulmia asioihin ja jonka osaamista on tarkoitus hyödyntää. On muistettava, että on monta tapaa tehdä asioita ja siksi uuden työntekijän ideoille ja toimintatavoille on annettava tilaa. Uusi henkilö voi auttaa kehittämään organisaatiota tuomalla uusia ja luovia ratkaisuja työpaikalle ja työtehtäviin. (Helsilä 2009, 49–50.)

3.4 Perehdytyksen tarkastelu ja tavoitteet

Perehdytyksen toteuttamissuunnitelman lisäksi yrityksen tulee laatia suunnitelma perehdytyksen onnistumisen varmistamiseksi (Helsilä 2009, 48). Yrityksen tulee suunnitella, miten uuden henkilön oppimista seurataan ja arvioidaan. Esimerkiksi perehdyttämisen tarkistuslista on hyvä tapa seurata perehdytyksen etenemistä. Lisäksi tarkastellaan uuden työntekijän työskentelyä. (Työturvallisuuskeskus 2003, 8.)

Perehdytyksen tavoitteena on yksilön ja organisaation etu. Tavoitteena on saada tulokas omaksumaan organisaation toimintatavat ja kulttuuri, saada tulokas organisaation täysivaltaiseksi jäseneksi sekä tutustuttaa työntekijä työtehtäviin, työolosuhteisiin ja työympäristöön. (Surakka 2009, 77.) Lisäksi motivoitunut uusi työntekijä peilaa uusia oppimiaan asioita aiemmin opittuihin, ja näin organisaatio hyötyy uuden henkilön palautteesta ja voi kehittää omaa toimintaansa. (Helsilä 2009, 49.)

3.5 Työnantaja

Työturvallisuuslain mukaan työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijän riittävästä perehdytyksestä ja työturvallisuudesta. Työturvallisuudella tarkoite-

taan työntekijän turvallisuutta ja terveyttä työssä. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.) Työnantajan tulee mahdollistaa perehdytyksen toteuttaminen ja esimies on siitä vastuussa. Uudelle työntekijälle on osoitettava perehdyttämistä vastuussa oleva henkilö, jolla on kokemusta työstä ja motivaatiota perehdyttää uutta työntekijää. Työnantajan tulee nimetä työyksiköstä muutamia työntekijöitä, joiden tehtävänä on toimia perehdyttäjinä. (Surakka 2009, 72–73.)

3.6 Perehdyttäjä

Perehdyttäjällä on tärkeä tehtävä saada uusi työntekijä omaksumaan työyksiköön ja työtehtäviin liittyvät asiat. Uuden työntekijän perehdyttämiseen nimetyn henkilön tulisi olla kokenut työntekijä. Lisäksi perehdyttäjällä on hyvä olla kiinnostusta ja motivaatiota perehdyttämiseen, perusymmärrystä aikuisen oppimisesta sekä kyky hyvään vuorovaikutukseen uusien ihmisten kanssa. Perehdyttäjän tulee edetä yhdessä uuden työntekijän kanssa laaditun perehdytys suunnitelman mukaan rauhallisesti asiasta toiseen ja antaa tilaa kysymyksille sekä tauoille. Perehdyttäjä välittää organisaation arvoja, visioita ja strategian uudelle työntekijälle. Lisäksi perehdyttäjä jakaa omia tietojaan ja osaamistaan, jotta uusi työntekijä saa tärkeää tietoa kyseisessä työyksikössä työskentelystä. (Surakka 2009, 73–75.)

3.7 Perehdytettävä

Perehdytyksen avulla uutta työntekijää autetaan sopeutumaan uuteen työyhteisöön. Perehdyttämishojelman avulla työntekijälle muodostuu käsitys siitä, mitä häneltä työssään odotetaan. Perehdyttäjä käy tärkeimmät asiat läpi yhdessä perehdytettävän kanssa, mutta on myös asioita, joihin perehdytettävä voi tutustua itsenäisesti esimerkiksi perehdytyskansion avulla. Itsenäisesti käsitellyistä asioista on hyvä keskustella perehdyttäjän kanssa. Perehdyttämiskakson jälkeen perehtymisen tulisi jatkua omatoimisella osaamisen ja tiedon syventämisellä esimerkiksi lisä- ja täydennyskoulutusten avulla. (Surakka 2009, 72–74.)

4 PEREHDYTYKSEEN LIITTYVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

4.1 Tiedonhaku

Tiedonhaku toteutettiin Tiedonhakusuunnitelman mukaan (Liite 1; Taulukko 1). Tiedonhaussa käytettiin laajalti tietokantoja ja erilaisten hakusanojen yhdistelmiä. Kansallisia tutkimuksia etsittiin Medic-tietokannasta ja kansainvälisiä tutkimuksia Cinahl-, Medline-, Pubmed-, JBI- ja Cochrane -tietokannoista. Hakusanoina käytettiin sanoja perehdytys, työntekijä, opiskelija, orientation, orientation program, preceptor ja mentoring. Tiedonhakutaulukkoon on kirjattu kaikki hakusanat ja niiden yhdistelmät sekä rajaukset (Liite 2; Taulukko 2). Hakusanoilla orientation program löytyi parhaiten sairaanhoitajan perehdyttämiseen liittyviä tutkimuksia. Moni tutkimuksista käsitteli nuorten, vastavalmistuneiden sairaanhoitajien perehdyttämistä, joita joudutaan perehdyttämään aina vaikeampiin tehtäviin kokeneiden sairaanhoitajien jäädessä eläkkeelle. Kotimaisia tutkimuksia löytyi tiedonhaussa suppeasti ja moni tutkimuksista koski lääkäreiden perehdyttämistä työhönsä.

4.2 Kansalliset perehdytykseen liittyvät tutkimukset

Ruorasanen (2007) projektin tavoitteena oli suunnitella Pirkanmaan sairaanhoitopiirille perehdytysohjelma, jonka avulla uusi työntekijä tutustuu työympäristöön ja – tehtäviin perehdytysprosessin eri vaiheissa. Lisäksi haluttiin tarkistaa perehdytyksen sisältö ja kehittää sitä. Projektin avulla haluttiin saada systemaattinen perehdytysohjelma, jossa olisi määritelty perehdytyksen eri vaiheet, sisällöt ja vastuut. Työryhmä halusi myös kehittää erilliset perehdytysohjelmat määräämiskäisesti työskentelevälle ja vakituiselle työntekijälle. Perehdytysohjelman puutteita kartoitettiin lähettämällä esimiehille sähköpostikysely, josta selvisi että

esimiehet toivoisivat muun muassa selkeää sähköistä perehdytysmateriaalia. (Ruoranen 2007, 8–12.)

Projektin aikana tutustuttiin kahteen eri hyväksi todettuun perehdytysohjelmaan. Toinen oli anestesiaterho-osaston verkossa oleva oppimisympäristö ja toinen patologian laboratorion perehdytysrekisteri Excelissä. Muuta aineistoa projektin pohjalle saatiin haastattelemalla Tampereen yliopistollisessa keskussairaалassa työskenteleviä hoitohenkilökuntaan kuuluvia työntekijöitä. Työntekijöiltä kysyttiin, minkälaisia asioita he pitävät tärkeänä perehdytyksessä. Tärkeitä asioita perehdytyksessä olivat työntekijöiden mukaan työtehtäviin ja toimipisteeseen tutustuttaminen sekä organisaation ja toiminta-ajatuksen tunteminen. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että perehdyttäjällä on tarpeeksi aikaa perehdyttää uutta työntekijää työympäristöön ja – tehtäviin. (Ruoranen 2007, 12–13.)

Projektin aikana kehitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirille perehdytysohjelmaluonnos, joka lähetettiin arvioitavaksi sellaisille henkilöille, jotka olivat olleet suhteellisen vähän aikaa sairaanhoitopiirissä töissä. Vastaajien mukaan luonnos oli selkeä ja perusteellinen sekä antaa hyvän pohjan perehdytykselle. Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä on yhteinen perehdytysohjelman suositus, jonka mukaan toimipistekohtaiset perehdytysohjelmat ja -materiaalit suunnitellaan. Kaikille uusille työntekijöille tulee järjestää perehdytystilaisuus. Työyksikön esimies vastaa perehdytyksestä ja perehdyttäjien nimeämisestä. Lisäksi perehdytyksen etenemistä on arvioitava esimiehen kanssa. Projektin aikana ei kehitetty määräaikaisen työntekijän omaa perehdytysmateriaalia, mutta se on mainittu jatkotoimenpiteenä. (Ruoranen 2007, 13–17.)

Hyvärseen, Kankaan, Lystilän, Pikkaraisen ja Sukasen (2008) projektissa pyrittiin parantamaan perehtymistä naisten ja lasten toimialueella Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tavoitteena oli saada perehdytys systemaattiseksi kyseisellä toimialueella sekä parantaa henkilöstön asenteita uusia työntekijöitä kohtaan. Projekti toteutettiin kahdessa eri vaiheessa. Ensimmäisen osavaiheen pääpainona oli perehtymisprosessin kuvaaminen ja parantaminen, sillä systemaattista yhteistä tapaa perehdyttää ei ollut käytössä toimialueella. Perehdytyksen kuvaamisen kautta haluttiin löytää tarkempia kehittämiskohteita. Toisessa vaiheessa

keskityttiin perehdytykseen liittyvien koulutusten järjestämiseen ja uuden toimintatavan vakiinnuttamiseen. (Hyvärinen ym. 2008, 11–14.)

Projektin aluksi toteutettiin henkilöstökysely, jonka avulla selvitettiin perehdytyksen toimivuutta lasten ja naisten toimialueella. Kyselyn avulla tutkijat saivat tietoonsa monia puutteita liittyen perehdytykseen. Suurimpia perehdytyksen laatuun vaikuttaneita asioita oli kyselyn mukaan työntekijöiden kiire, tavoitteiden ja arvioinnin puuttuminen sekä materiaalin puuttuminen tai sen vaikea saatavuus. Lisäksi perehdyttäjää ei ollut useinkaan nimetty lainkaan, eikä työvuoroja oltu suunniteltu perehdytystä tukeväksi. Projektin ensimmäisessä vaiheessa keskityttiin perehtymisen kuvaamiseen sekä sen parantamiseen erilaisten ohjeistuksien avulla. Ohjeita tehtiin muun muassa esimiehen tehtävistä uuden työntekijän aloittaessa työssään ja työntekijän perehdyttämisen eri vaiheista. (Hyvärinen ym. 2008, 11–12.)

Projektin aikana suunniteltiin sähköinen perehtymissivu, josta löytyy yleisen tiedon lisäksi toimipisteelle omat sivut. Näin ollen työntekijä pääsee lukemaan yleisesti organisaatiosta sekä lisäksi tarkempaa tietoa omasta toimipisteestä. Sähköisen materiaalin pohjalta suunniteltiin perehdytyssuunnitelma, jonka mukaan uusi työntekijä perehdytetään tehtäviinsä. Lisäksi projektiryhmä teki perehdytyksen laadun seurantaan helpottavan arviointilomakkeen, jonka perehdytettävä täyttää sähköisesti perehdytyksen lopussa. Vastaukset tallennetaan ja analysoidaan kerran vuodessa ja tulosten pohjalta tehdään uudet kehittämisehdotukset. (Hyvärinen ym. 2008, 14–15.)

Projektin toisessa vaiheessa esimiehiä ja perehdyttäjiä koulutettiin toimimaan uuden perehtymisprosessin mukaisesti. Prosessin toimivuutta testattiin ja eniten parannusta nähtiin tapahtuneen siinä, että yksiköt olivat paremmin tietoisia uuden työntekijän tulosta sekä siinä, että materiaalia oli paremmin saatavilla. Parannuksista huolimatta suuri ongelma oli edelleen ajan puute. Perehtymisprosessia pyrittiin vakiinnuttamaan antamalla riittävästi tietoa sekä esimiehille että perehdyttäjille ja myös perehdytettäville. (Hyvärinen ym. 2008, 16–18.)

TYKSin yksiköiden perehdytysmateriaaleja on tutkittu aikaisemminkin osana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteistä Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektia 2009–2015. Heikkilän, Häkkisen ja Rantalan (2011) Turun AMKn julkaisema opinnäytetyö Analyysi neurologisten, neuro- ja verisuonikirurgisten osastojen perehdytysmateriaaleista käsittelee osastojen perehdytysmateriaalien yhtäläisyyksiä ja eroja. Tutkimusaineistona käytettiin neurokirurgian vuodeosaston 210, verisuonikirurgian vuodeosaston 219, kirurgian poliklinikan 221, aivohalvausyksikön 712, neurologian vuodeosaston 714 sekä neurologian poliklinikan 720 perehdytysmateriaaleja. Materiaalit analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä, jossa aineisto jaettiin ensin kahteen pääluokkaan ja edelleen kuvaaviin alaluokkiin. Pääluokat olivat yleiset asiat ja käytännön hoitotyöhön liittyvät asiat. (Heikkilä ym. 2011, 21.)

Opinnäytetyöhön oli liitetty sisällönanalyysin tuloksia kuvaava taulukko perehdytysmateriaalien yhtäläisyyksistä ja eroista. Tuloksena havaittiin, että osastojen perehdytysmateriaaleissa oli paljon eroja. Ensiapuun liittyvää tietoa sisälsi puolet perehdytysmateriaaleista. Etiikkaa ja potilaanohjausta sekä jatkohoitoa käsiteltiin vain kahden osaston perehdytysmateriaaleissa. Perehdytyksen arviointityökalu löytyi vain kahden osaston materiaaleista eikä yhdelläkään osastolla ollut käytössään erityistä perehdytysohjelmaa. Osastoon toimintaan ja hoitajan toimenkuviiin liittyvää aineistoa oli kaikissa materiaaleissa. Myös organisaation toimintaa ja arvoja sekä lääkehoitoa ja aseptiikkaa käsiteltiin lähes kaikissa materiaaleissa, joten ne koettiin eri osastoilla tärkeiksi asioiksi perehdytyksessä. (Heikkilä ym. 2011, 32–41.)

Aaltosen, Halmeen ja Laamasen (2011) Turun AMKn julkaisema opinnäytetyö Analyysi TULES – yksiköiden perehdytysmateriaaleista käsittelee tuki- ja liikuntaelinsairauksia hoitavien yksiköiden perehdytysmateriaalien yhtäläisyyksiä ja eroja. Tutkimusaineistona käytettiin traumatologian osaston 214, ortopedian poliklinikan 225, ortopedian- ja traumatologianpoliklinikan 228, ortopedian vuodeosaston 232, ortopedian vuodeosaston 234 sekä ortopedian vuodeosaston 235 perehdytysmateriaaleja. Materiaalit analysoitiin sisällönanalyysillä, jossa aineisto jaettiin ensin kahteen pääluokkaan, yleiset asiat sekä käytännön hoito-

työ, ja sen jälkeen edelleen sisällön mukaisiin alaluokkiin. Vuodeosastojen ja poliklinikoiden materiaaleja käsiteltiin erikseen. (Aaltonen ym. 2011, 43.)

Sisällönanalyysin tulosten pohjalta opinnäytetyöhön oli tehty taulukot vuodeosastojen ja poliklinikoiden perehdytysmateriaalien yhtäläisyyksistä ja eroista. Tuloksena oli, että kaikilla yksiköillä oli perehdytysaineistoissa eroavaisuuksia toisiinsa nähden. Vain henkilökuntaan ja työvuoroihin liittyvä tieto oli samankaltaista perehdytysmateriaaleissa. Poliklinikoiden perehdytysmateriaalit erosivat sisällöltään täysin vuodeosastoista. Vuodeosastoilla oli melko yhtenevät perehdytysmateriaalit keskenään, paitsi yhdellä osastolla, josta ei ollut mahdollista saada aiemmin käytössä ollutta perehdytyskansiota. Jokaisella yksiköllä oli potilasryhmäänsä liittyvää syventävää tietoa. (Aaltonen ym. 2011, 49–56.)

4.3 Kansainväliset perehdytykseen liittyvät tutkimukset

Chesnuttin ja Everhartin (2007) tutkimuksessa haluttiin parantaa kirurgisen teho-osaston perehdytystä vastavalmistuneille sairaanhoitajille. Teho-osaston hoito ja valvonta on vaativaa, ja siksi asianmukainen perehdyttäminen on tärkeää. Tutkimus tehtiin Coloradon sairaalassa Denverissä, jonka teho-osastolla oli käytössä perinteinen, kuusi kuukautta kestävä tehohoidon perehdytysohjelma. Tutkijat analysoivat perehdytysohjelman ja havaitsivat siinä tiettyjä puutteita. Ongelmana oli muun muassa se, että vastavalmistuneet sairaanhoitajat hoitivat kriittisessä tilassa olevia potilaita, vaikka heillä ei välttämättä olisi ollut siihen valmiuksia. Tästä syystä tutkijat kehittivät vaiheittaisen perehdytysohjelman teho-osastolle. Ideana oli, että perehdytysohjelma etenee vaiheittain ja jokaisessa vaiheessa perehdytetään aina vaikeampiin tehtäviin. (Chesnutt & Everhart 2007, 36–51.)

Hickeyn (2009) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ohjaajien käsityksiä vastavalmistuneiden sairaanhoitajien valmiuksista työskennellä itsenäisesti. Tutkimus etsi myös vastausta siihen, mitkä ovat tärkeimmät taidot muutoksessa opiskelijasta työntekijäksi. Muutos opiskelijasta valmistuneeksi sairaanhoitajaksi on haastava ja stressiä voidaan kokea esimerkiksi kokemuksen puutteen vuok-

si. Muita ongelmia voivat olla ajanhallinnan puute, kommunikoinnin vaikeus työpaikan jäsenten kanssa sekä suuren työmäärän hallitseminen. Tutkimuksessa lähetettiin kysely yhden sairaalan perehdyttäjille. (Hickey 2009, 35–37.)

Suuri osa tutkimukseen osallistuneista piti vastavalmistuneiden sairaanhoitajien yksinkertaisia kliinisiä taitoja hyvinä, mutta kun kyse oli haastavista taidoista, osallistujat olivat sitä mieltä, että vastavalmistuneet osasivat taidot vain joskus tai harvoin. Moni oli sitä mieltä, että vastavalmistuneet tarvitsivat enemmän ohjausta ja apua kliinisissä taidoissa, kuin ohjaajat olivat odottaneet. Myös kriittisessä ajattelussa huomattiin puutteita, koska vain pieni osa osallistujista ajatteli vastavalmistuneiden pystyvän asettamaan asiat tärkeysjärjestykseen tai tekemään kliinisiä päätöksiä. Perehdyttäjien mukaan vastavalmistuneilla sairaanhoitajilla on myös ongelmia ajanhallinnassa, organisoinnissa, kommunikoinnissa sekä ryhmässä työskentelyssä. (Hickey 2009, 38–39.)

Tutkimuksessa tehtiin suosituksia vastavalmistuneiden sairaanhoitajien perehdyttämiseen. Työpaikalle tulee kehittää strukturoitu perehdytysohjelma, jonka mukaan edetään. Perehdyttäjän tulee kehittää keinoja selvittääkseen perehdytettävän tarpeita ja helpottaakseen perehdytettävän oppimista, koska jokaisella vastavalmistuneella sairaanhoitajalla on eri työkokemus ja tausta. Lisäksi täytyy varmistaa, että perehdytettävä sitoutuu organisaatioon ja työpaikkaan. Uuteen työpaikkaan tuleminen ei ole helppoa ja siksi on tärkeää, että työntekijät ovat positiivisin mielin ja toivottavat uuden työntekijän tervetulleeksi työyhteisöön. (Hickey 2009, 39–41.)

Baxterin (2010) kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata ja arvioida perehdytysohjelmia ja niissä käytettyjä työkaluja. Perehdytysjakson pituus vaihtelee kahdesta kuukaudesta kahdeksaentoista kuukauteen, mutta monet varsinkin haastavat osastot suosivat kolmen kuukauden strukturoitua perehdytysjaksoa. Perehdytysjakson nimetyn ohjaajan tulee olla pätevä, kannustava ja halukas opettamaan perehdytettävää. Lisäksi ohjaajalla tulisi olla käytössään tarvittavat työkalut, joilla hän voi opettaa uusia asioita ja potilastyötä perehdytettävälle. (Baxter 2010, E12–E14.)

Organisaatio varmistaa, että vastavalmistuneet sairaanhoitajat saavat tarvitsemansa perehdytyksen ja tuen. Lisäksi organisaation tehtäviin kuuluu varmistaa, että perehdytettävät sairaanhoitajat tekevät työnsä turvallisesti ja asianmukaisesti. Monien sairaanhoitajien on vaikea sopeutua uuteen työpaikkaan, mutta tietyt asiat helpottavat organisaatioon tulemistä. Esimerkiksi tervetulleeksi toivottaminen, ohjaajan tuki, harjoittelemineen, kehittymisen mittaaminen sekä pätevyden määrittäminen helpottavat uuteen työpaikkaan sopeutumisessa. Perehdytykseen olisi hyvä olla tietty runko, jonka mukaan edetään. Laadukas perehdytys vähentää organisaation kustannuksia, parantaa henkilökunnan työtyytyväisyyttä sekä kehittää hoitotyötä. (Baxter 2010, E14–E16.)

Harringtonin (2011) kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli esitellä kirjallisuutta liittyen vastavalmistuneiden sairaanhoitajien mentorointiin. Mentoroinnin tarkoituksena on nopeuttaa perehtymistä ja auttaa vastavalmistuneita sairaanhoitajia kehittymään. Kirjallisuuskatsauksessa selvisi, että nimetty mentori auttaa vastavalmistuneita sairaanhoitajia kehittymään työssään. Hyvä perehtyminen ja vastaanotto uudella osastolla vaikuttavat hoidon laatuun, perehdytettävien työpanokseen ja sitä kautta työn tuottavuuteen, työtyytyväisyyteen sekä siihen, että sairaanhoitajat jäävät töihin perehdytyksen antaneelle osastolle. Sairaanhoitajista on suuri pula ja väestön ikääntyessä tarvitaan aina vain enemmän päteviä sairaanhoitajia. Vaikka valmistuneilla sairaanhoitajilla on takanaan hyvä koulutus, työ voi olla käytännössä liian vaikeaa. Mentoroinnin avulla voidaan tutustuttaa uusi työntekijä työympäristöön ja – tehtäviin. (Harrington 2011, 168–174.)

Ferreran (2012) tutkimuksessa keskityttiin keinoihin, joiden avulla perehdyttäjät onnistuu työssään. Perehdyttäminen on palkitseva työ, mutta se voi myös olla erittäin haastavaa ja stressaavaa. Ongelmana on usein ajan puute, joka johtaa siihen, että ohjaaja ei ehdi perehdyttää kunnolla. Ohjaajan on tärkeä saada aikaan ympäristö, jossa perehdytettävä voi oppia, harjoitella turvallisesti ja kokea onnistumisen tunteita. Usein ajan puute johtaa myös siihen, että perehdytettävän kanssa ei ehditä puhumaan esimerkiksi tavoitteista tai arvioinnista. Realististen tavoitteiden asettaminen ja niistä keskusteleminen kuitenkin helpottaa

huomattavasti perehdytettävän työhön sopeutumista ja viihtymistä. (Ferrera 2012, 49–50.)

Perehdytyksen onnistumisen kannalta ohjaajan on tärkeää opettaa perehdytettävää. Työn ohella voi esimerkiksi kysyä lisäkysymyksiä työpaikalla koetuista asioista. Lisäksi perehdytettävälle voi antaa kotitehtäviä tai aikaa työpaikalla, jotta hän voi etsiä tietoa erilaisista asioista. Ohjaajan on annettava perehdytettävälle palautetta perehdytysjakson aikana. Palautetta voi antaa päivittäin työpäivän päätteeksi ja samalla voi keskustella päivän tapahtumista. Lisäksi perehdyttäjä antaa kirjallisen palautteen perehdytysjakson lopulla. (Ferrera 2012, 50–53.)

Hortonin, Hertachin, DePaolin ja Bowerin (2012) tutkimuksessa asiantuntijat tekivät yhteistyötä kehittääkseen hoitotyön perehdytys – akatemian, jonka tarkoituksena oli kouluttaa perehdyttäjiä laadukkaaseen ja tuottavaan perehdytystyöhön. Hyviä ja motivoituneita perehdyttäjiä tarvitaan sekä vastavalmistuneille sairaanhoitajille että uudessa työpaikassa aloittaville kokeneille sairaanhoitajille. Koulutettaville järjestettiin yhden päivän työpaja, jossa he osallistuivat erilaisiin aktiviteetteihin. Tarkoituksena oli, että perehdyttäjät osaisivat arvioida paremmin perehdytettävien tarpeita, kommunikoida heidän kanssaan, antaa rakentavaa palautetta sekä selvittää konflikteja. Työpajassa keskusteltiin paljon ja perehdyttäjät saivat kertoa omia kokemuksiaan muille. Lisäksi työpajassa annettiin pienelle ryhmälle analysoitavaksi esimerkkitapaus, jossa perehdytettävällä oli jokin ongelma ja perehdyttäjien piti ratkaista se. (Horton ym. 2012, E1–E3.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, tunsivatko perehdyttäjät olevansa paremmin valmistautuneita perehdyttämiseen työpajaan osallistumisen jälkeen. Osallistujilta kysyttiin, olivatko he paremmin valmistautuneita perehdytykseen asteikolla 1–5 ja tulokseksi saatiin 4,56. Näin ollen koulutuksen tavoite oli saavutettu. Lisäksi haluttiin selvittää, mikä oli koulutuksen tärkein sisältö sekä mitä koulutuksessa opittuja asioita perehdyttäjät käyttivät työssään. Tärkeitä sisältöjä osallistujille oli muun muassa oman persoonallisuuden selvittäminen, koska sen avulla perehdyttäjät olivat tietoisempia omasta toiminnastaan ja syistä, miksi käyttäytyy tietyllä tavalla. Lisäksi osallistujat pitivät merkittävänä sisältönä sitä, että he oppivat perehdytyksen tärkeydestä. Myös tieto siitä, että eri ihmiset op-

pivat eri tavalla, oli perehdyttäjille tärkeää. Monet osallistujat raportoivat koulutuksen jälkeen, että asettavat nyt perehdytettävät kanssa viikoittaiset tavoitteet ja pitävät viikoittaiset arvioinnit. (Horton ym. 2012, E3–E5.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli analysoida Turun yliopistollisen keskussairaalan naistentautien leikkaussalin 350 perehdytysmateriaalia. Työssä kartoitettiin, mitä perehdytysmateriaalia leikkaussalissa on ja mikä sen sisältö on. Lisäksi tarkasteltiin, mitä puutteita perehdytysmateriaalissa on, kun sitä verrataan leikkaussalin toimintaan ja henkilökunnan työtehtäviin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa Turun yliopistollisen keskussairaalan naistentautien leikkaussalin 350 perehdytysmateriaalin sisällöstä ja puutteista. Tavoitteen pohjalta muodostettiin tutkimuskysymykset, joihin työssä etsittiin vastausta.

1. Mitä perehdytysmateriaalia naistentautien leikkaussalissa on?
2. Mitä naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaali sisältää?
3. Mitä puutteita naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaalissa on?

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusaineisto

Haastattelu, kysely, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto ovat yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi, 71). Ihmisen toimiminen tiedonkeruun välineenä on tyypillistä laadullisessa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 56). Laadullisen tutkimuksen aineisto on usein kooltaan pieni verrattuna määrälliseen tutkimukseen, koska laadullisessa tutkimuksessa pyritään tilastollisten yleistämisten sijaan kuvaamaan tai tulkitsemaan tiettyä ilmiötä. Tutkimusaineistona käytettävä kirjallinen materiaali voidaan jakaa yksityisiin dokumentteihin ja joukkotiedotuksen tuotteisiin. Kirjalliset dokumentit voidaan analysoida sisällönanalyysillä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 84–85.)

Tutkimusaineisto koostui Turun yliopistollisen keskussairaalan naistentautien leikkaussalin 350 perehdytysmateriaalista. Tutkimusaineisto noudettiin osastolta, kopioitiin analyysia varten ja palautettiin osastolle. Pääosin perehdytysmateriaali oli kirjallisena perehdytyskansiossa. Työntekijöitä ja opiskelijoita varten oli erilliset perehdytyskansiot. Kansioiden lisäksi perehdytettävälle saatettiin antaa myös oheismateriaalia. Oheismateriaalit olivat omissa kansioissaan. Oheismateriaaleihin kuului katastrofivalmius ja paloturvallisuus – ohjekansiot, näytekansio sekä anestesiakansio. Lisäksi osastolla ohjeistettiin uutta työntekijää tutustumaan TYKSin intranettiin sairaalan yleisten asioiden ja ohjeiden osalta.

Tutkimusaineiston sisällönanalyysiin otettiin leikkaussalin kirjallinen perehdytysmateriaali oheismateriaaleineen. Kaikki työntekijöille ja opiskelijoille suunnatuissa perehdytyskansioissa ollut materiaali sisällytettiin tutkimusaineistoon. Myös oheismateriaalikansiot otettiin mukaan tutkimukseen sellaisenaan. TYKSin intranet suljettiin pois tutkimusaineistosta, sillä se on hyvin laaja ja kattaa kaikkia yksiköitä koskevat yksityiskohtaiset ohjeet ja käytännön asiat. Analyysi

TYKSiin intranetin yleisistä asioista ei kuvasta erityisesti naistentautien leikkaus-
salin 350 perehdytysmateriaalin sisältöä ja puutteita.

6.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmän valinta perustuu tutkittavaan ilmiöön ja tutkimusongelmiin. Tutkimusmenetelmä voi olla kvalitatiivinen eli laadullinen tai kvantitatiivinen eli määrällinen. Laadullisessa ja määrällisessä tutkimusprosessin eri vaiheet korostuvat ja tutkimusmenetelmän valinta riippuu siitä, mitä tutkittavasta ilmiöstä halutaan tietää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40–41.) Laadullinen tutkimus voidaan ajatella ymmärtävänä, ihmistieteellisenä ja pehmeänä tutkimuksena. Määrällinen tutkimus on jäykkien tutkimusrakenteiden mukaan tehtävää selittävää ja luonnontieteellistä tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 66.)

Laadullisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten ja näkemysten tutkiminen ja kuvaaminen. Laadullinen tutkimus sopii uusiin tutkimuksiin, uusien näkökulmien tutkimiseen sekä ymmärtämisen näkökulmasta tehtäviin tutkimuksiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat strukturoimattomuus, kokonaisvaltaisuus, joustavuus ja syvyys. Subjektivisuus, tulosten ainutlaatuisuus ja teorian luominen on laadulliselle tutkimukselle tyypillistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–56.) Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen ja analyysi liittyvät läheisesti toisiinsa, kun taas määrällisessä tutkimuksessa ne ovat erilliset (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68).

Määrällinen tutkimus on luonteeltaan muuttujien mittaamista ja niiden välisten yhteyksien tarkastelua tilastollisten menetelmien avulla. Kvantitatiivisia tutkimuksia voidaan luokitella eri tavoin ja ne soveltuvat monentyyppisiin tutkimusasetelmiin. Kvantitatiivinen tutkimus sopii ilmiön esiintymismäärien, ilmiötä selittävien tekijöiden tai tekijöiden välisten riippuvuuksien tutkimiseen. Tilastollisten menetelmien ja mitattavien muuttujien käyttäminen, numeerinen mittaaminen sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu ovat määrällisen tutkimuksen ominaispiirteitä. Objektivisuus, tilastollisen merkitsevyyden arviointi ja hypo-

teesien luominen on määrälliselle tutkimukselle tyypillistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–46.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on pääasiassa kvalitatiivinen ja osittain kvantitatiivinen. Tutkimusmenetelmä on pääasiassa laadullinen, sillä aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Tutkimusaineisto koostui yksityisistä kirjallisista dokumenteista. Dokumentit olivat valmiita TYKSin naistentautien leikkauksalin 350 perehdytysmateriaaleja ja ne analysoitiin sellaisenaan. Perehdytysmateriaali voitiin luokitella yksityiseksi, sillä ei ole kaikkien saatavilla. Tutkimusaineiston sisällönanalyysin avulla kartoitettiin perehdytysmateriaalin sisältöä ja puutteita. Sisällönanalyysin jälkeen tutkimustulokset kvantifioitiin, jolloin ne voitiin kuvata määrällisesti. Näin ollen tutkimus on osittain myös määrällinen tutkimus.

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysiä voidaan käyttää laadullisen tutkimusaineiston analyysiin. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tekstianalyysiä, jolla etsitään tekstin merkityksiä. Sisällönanalyysin avulla aineiston kirjalliseen muotoon saatettuja dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Strukturoimattomankin aineiston analyysi on mahdollista tehdä sisällönanalyysillä. Aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen systemaattiseksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysin avulla aineisto saadaan järjestettyä ja tiivistettyä käsitteelliseen muotoon. Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on muodostaa hajanaisesta aineistosta selkeää tietoa. Analyysiä tehdään tutkimusprosessiin jokaisessa vaiheessa. Yhtenäisen tiedon pohjalta voidaan muodostaa johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 91–106.)

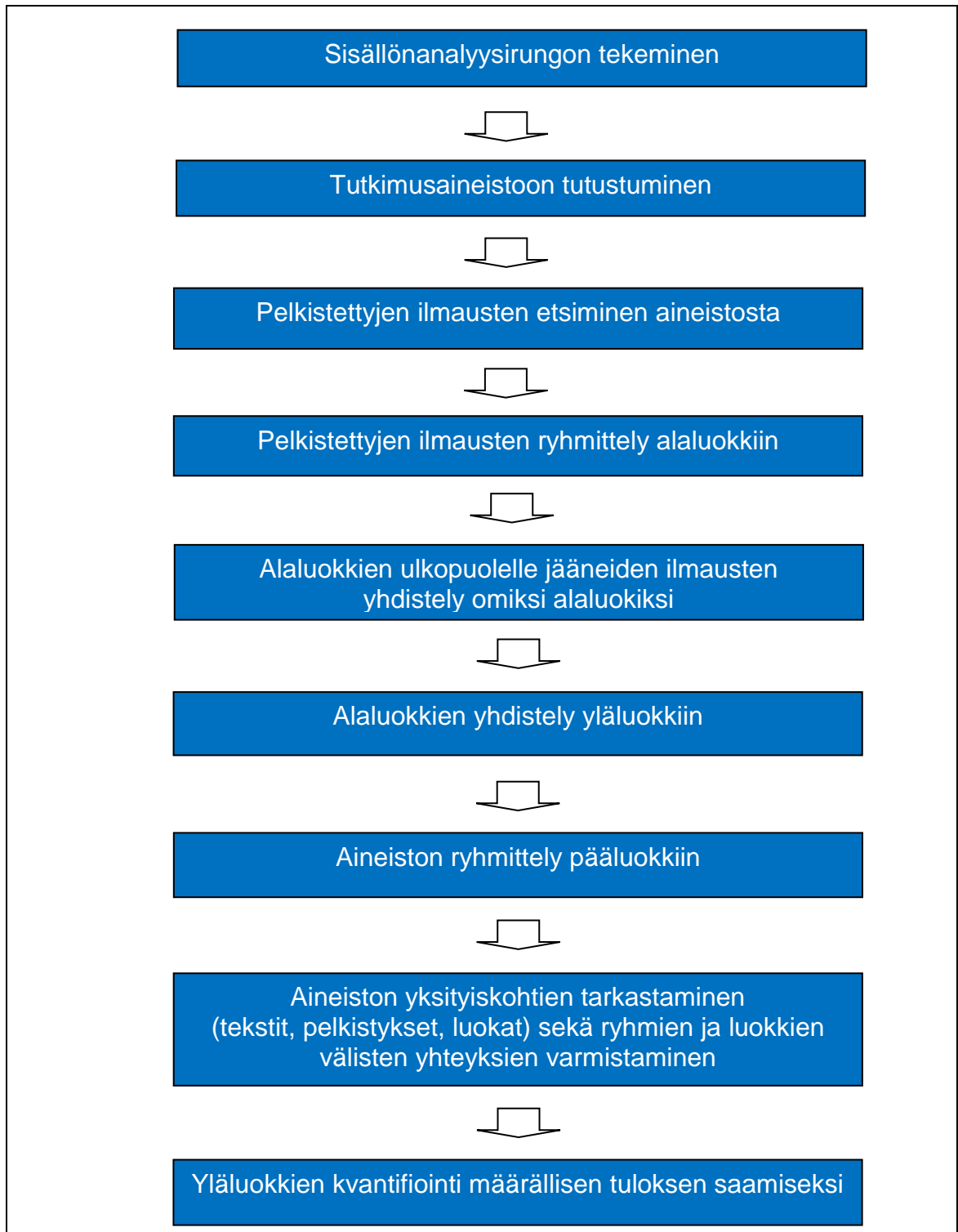
Sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Aineistolähtöisessä analyysissä luodaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus ja analyysiyksiköt valitaan tutkimuksen tarkoituksen mukaan. Aikaisemmat tiedot ja teoria eivät vaikuta aineistonhankintaan, tutkittavan ilmiön määrittelyyn tai analyysin tekemiseen. Teorialähtöinen analyysi nojaa

teoreettiseen tietoon. Analyysiyksiköiden valintaa ohjaa aikaisempi tieto. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineistonhankinta ja tutkittavan ilmiön määrittely riippuvat aikaisemmista tutkimuksista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–97.)

Induktiivinen sisällönanalyysi alkaa aineiston redusoinnilla eli pelkistämällä. Pelkistämisen avulla karsitaan tutkimukselle epäolennainen materiaali. Pelkistäminen voi olla tiedon tiivistämistä tai jakamista osiin. Pelkistetyt ilmaukset poimitaan aineistosta ja aloitetaan aineiston klusterointi eli ryhmittely. Klusteroinnissa tutkimusaineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokaksi, jolloin aineisto tiivistyy. Luokat nimetään niiden sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostetaan alaluokkia ja alaluokat yhdistetään edelleen yläluokiksi. Yläluokista rakentuu lopulta pääluokkia. Ryhmittelyä seuraa aineiston abstraktointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Abstraktoinnin avulla aineistosta poimitaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Poimitusta informaatiosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä, joiden avulla voidaan tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–111.)

Sisällönanalyysiä voidaan jatkaa aineiston kvantifioinnilla. Kvantifioinnin avulla saadaan määrällisiä tuloksia aineiston kategorioinnilla muodostettujen käsitteiden ja päätelmien ohelle. Kvantifioimalla lasketaan, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 120.) Aineistoa kuvaillaan yleensä määrällisesti käyttämällä frekvenssejä ja prosentteja. Frekvenssillä tarkoitetaan kuhunkin luokkaan kuuluvien yksiköiden lukumäärää ja sitä voidaan kuvata numeroin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103.) Kvantifiointi voi tuoda aineistosta uutta tietoa. Laadulliset aineistot ovat kuitenkin usein niin pieniä, ettei kvantifioimalla välttämättä saada erilaista näkökulmaa tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 121.)

TYKSiin naistentautien leikkaussalin 350 perehdytysmateriaali analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (Kuvio 1).



Kuvio 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

Sisällönanalyysin tueksi tehtiin alustava analyysirunko, joka täydentyi sisällönanalyysiä tehtäessä. Tutkimusaineistoon tutustuttiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimusluvan myöntöpäätöksen jälkeen. Tutkimusaineisto koostui pääosin kirjallisista perehdytysmateriaaleista. Kahdesta perehdytyskansista toinen oli suunnattu työntekijöille ja toinen opiskelijoille. Perehdytyskansiot analysoitiin erikseen, koska niitä käytetään perehdytykseen erillisinä materiaaleina. Työntekijät perehtyvät työhön työntekijän perehdytyskansion ja opiskelijat opiskelijan perehdytyskansion avulla. Lisäksi kansiot erosivat sisällöltään olennaisesti toisistaan.

Sisällönanalyysi tehtiin sekä työntekijän että opiskelijan perehdytyskansiolle. Analyysi aloitettiin pelkistämällä alkuperäinen aineisto. Aineistosta pyrittiin tunnistamaan tutkimuskysymysten kannalta olennaisia asioita. Osa ilmauksista oli lauseista ja osa valmiiksi pelkistetyssä muodossa, kuten peräkkäin lueteltuina. Ilmaukset pelkistettiin tarvittaessa ja poimittiin pelkistettyjen ilmausten analyysirunkoon. Pelkistetyistä käsitteistä etsittiin yhtäläisyyksiä ja ne ryhmiteltiin alaluokkiin (Liite 3; Taulukko 3). Esimerkiksi työntekijän perehdytysmateriaalissa kerrotaan osaston tiloihin kuuluvan kolme leikkaussalia. Lause pelkistettiin ilmaisuksi kolme leikkaussalia ja edelleen alaluokaksi leikkaussalit. Alaluokkien ulkopuolelle ei jäänyt ilmauksia, joita olisi voinut yhdistää omiksi alaluokiksi.

Perehdytysmateriaalin alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi (Liite 4; Taulukko 4). Työntekijän perehdytysmateriaalista muodostui kymmenen yläluokkaa ja kaksi pääluokkaa. Yläluokkia olivat työtilat, työaika, henkilökunta, käytännön asiat, perehdytyksen tarkistuslista, toimenpiteet, toimenkuvat, perioperatiivinen hoitotyö, potilasturvallisuus sekä työturvallisuus. Työntekijän perehdytysmateriaalista rakentuneet pääluokat olivat työympäristöön liittyvä tieto ja työtehtäviin liittyvä tieto. Opiskelijan perehdytysmateriaali jaettiin neljääntoista yläluokkaan, joita olivat työtilat, työaika, henkilökunta, käytännön asiat, perehdytyksen tarkistuslista, toimenpiteet, toimenkuvat, perioperatiivinen hoitotyö, työturvallisuus, työetiikka, hoitotyön strategia, opiskelijaohjaus, tavoitteet ja arviointi. Yläluokat yhdistettiin kolmeksi pääluokaksi. Pääluokat olivat työympäristöön liittyvä tieto, työtehtäviin liittyvä tieto sekä työharjoitteluun liittyvä tieto.

Kategorioiden muodostamisen jälkeen materiaali kvantifioitiin määrällisten tulosten saamiseksi (Liite 5; Taulukko 5). Perehdytysmateriaalista laskettiin, kuinka monta kertaa alaluokkien ja yläluokkien aiheet esiintyvät materiaalissa. Työntekijän ja opiskelijan materiaalin ala- ja yläluokkien esiintyminen laskettiin ensin erikseen, jotta saatiin esille aiheiden esiintymismäärien erot materiaaleissa. Esimerkiksi työntekijän perehdytysmateriaalissa oli alaluokkaan leikkaussalit liittyvää tietoa kerran ja opiskelijamateriaalissa kaksi kertaa. Yhteensä leikkaussaleista kerrottiin siis kolmesti. Leikkaussalit kuuluivat yläluokkaan työtilat, johon kuuluvaa tietoa annettiin perehdytysmateriaalissa yhteensä kaksitoista kertaa. Kvantifioinnilla saadut numeeriset arvot laskettiin lopuksi yhteen ja summista laskettiin prosentuaaliset arvot kuvastamaan sitä, kuinka paljon perehdytysmateriaali sisälsi yhteensä tietoa yläluokkien aiheista. Esimerkiksi työtiloihin liittyvää tietoa oli 7 % perehdytysmateriaalin sisällöstä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaali

Naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaali oli pääosin kirjallisena perehdytyskansioissa. Perehdytyskansioita oli kaksi. Työntekijöille ja opiskelijoille oli omat erilliset perehdytyskansionsa. Kansioden lisäksi perehdytysmateriaaliin kuului oheismateriaalia. Oheismateriaalit olivat omissa kansioissaan. Oheismateriaaleihin kuului katastrofivalmius ja paloturvallisuus – ohjekansiot, näytekansio sekä anestesiakansio. TYKSin intranet oli osa perehdytysmateriaalia sairaalan yleisten asioiden ja ohjeiden osalta. TYKSin intranet jätettiin sisällönanalyysin ulkopuolelle laajuutensa ja yleisluontoisen sisältönsä takia. Perehdytysmateriaaliin liittyen sekä työntekijöille että opiskelijoille suunnatussa perehdytyskansiossa oli perehdytyksen tarkistuslista.

7.2 Naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaalin sisältö

Naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaali pelkistettiin ja luokiteltiin alaluokkiin (Liite 3; Taulukko 3). Alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi (Liite 4; Taulukko 4). Työntekijän perehdytysmateriaalin pääluokiksi muodostui työympäristöön liittyvä tieto ja työtehtäviin liittyvä tieto. Opiskelijan perehdytysmateriaalista syntyi edellisten lisäksi pääluokka työharjoitteluun liittyvä tieto.

Työympäristöön liittyvä tieto - pääluokka sisälsi työntekijän ja opiskelijan perehdytysmateriaalissa yläluokat työtilat, työaika, henkilökunta, käytännön asiat sekä perehdytyksen tarkistuslista.

Työtehtäviin liittyvä tieto - pääluokka rakentui molemmista perehdytyskansioista muodostettuja yläluokkia toimenpiteet, toimenkuvat, työturvallisuus sekä perioperatiivinen hoitotyö yhdistämällä. Lisäksi työntekijän perehdytysmateriaali

sisälsi yläluokan potilasturvallisuus ja opiskelijan perehdytysmateriaali muodosti yläluokan työetiikka ja hoitotyön strategia.

Työharjoitteluun liittyvä tieto – pääluokkaan sisältyi opiskelijan perehdytysmateriaalin yläluokista opiskelijaohjaus, tavoitteet ja arviointi.

Työtiloista leikkaussalin perehdytysmateriaalissa kerrottiin leikkaussaleista, heräämöstä, sektiosaleista sekä opiskelijamateriaalissa mainitusta robottisalista. Opiskelijan perehdytysmateriaalissa otettiin lisäksi huomioon osaston kanslia ja kahvihuone.

Työaikaa koskeva materiaali sisälsi tietoa kolmivuorotyöstä ja aamu-, ilta-, heräämö- sekä yövuoron työajoista. Materiaalissa kerrottiin elektiivisten toimenpiteiden ajoittumisesta aamuvuoroon sekä päivystystoimenpiteiden käytännöistä. Opiskelijamateriaalissa oli lisäksi tietoa opiskelijoiden harjoittelutunneista.

Henkilökuntaan lueteltiin kuuluvaksi osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, kahdeksantoista sairaanhoitajaa, lääkintävahtimestari, välinehuoltaja, kaksi laitoshuoltajaa, osastonsihteeri sekä leikkaustoiminnan vastaava lääkäri ja anestesiatoininnan vastaava lääkäri. Opiskelijamateriaalissa mainittiin myös kolme opiskelijavastaavaa sekä naistenklinikan klinikkaopettaja yhteystietoineen.

Käytännön asioista vain ATK-asiat mainittiin molemmissa perehdytyskansioissa. Työntekijän perehdytysmateriaalissa kerrottiin LOVesta, lääkehoidon osamisesta verkossa, sekä osaston yhteistyöyksiköistä, kuten laboratoriosta. Materiaalissa mainittuja käytännön asioita oli myös henkilökunnan opetusvelvollisuus ja jätteiden käsittely. Opiskelijan perehdytysmateriaalin käytännön asiat koskivat lähinnä opiskelijoita. Materiaalissa kerrottiin opiskelijoiden yhteydenotosta osastolle, ensimmäisen harjoittelupäivän sisällöstä sekä pukeutumistiloihin, ruokailuun ja opiskelijoiden ilmoitustauluun liittyvistä käytännöistä.

Perehdytyksen tarkistuslista kuului sekä työntekijöiden että opiskelijoiden perehdytykseen. Tarkistuslista toimii perehdytyksen tukena ja siinä lueteltiin instrumentoivan hoitajan tehtävät, anestesiahoitajan tehtävät ja valvovan hoitajan tehtävät. Opiskelijoiden perehdytyksen tarkistuslistassa huomioitiin lisäksi

välinehuolto. Työntekijöiden perehdytyksessä käydään tarkistuslistan avulla läpi myös välinehuoltajan tehtävät, lääkintävahtimestarin tehtävät ja muut tehtävät, kuten lääketilaus ja perioperatiivinen kierto. Työntekijöiden materiaali sisälsi myös yksityiskohtaisen listan laitteiden käytöstä sekä työturvallisuuteen liittyviä asioita, kuten paloturvallisuuden ja verivarotoimet.

Toimenpiteet, joita naistentautien leikkausosastolla tehdään yleisimmin, oli lueteltu sekä työntekijän että opiskelijan perehdytysmateriaalissa. Tavallisimpia toimenpiteitä ovat gynekologiset skopiat, vaginaaliset leikkaukset, gynekologiset syöpäleikkaukset, urogynekologiset toimenpiteet, gynekologiset pientoimenpiteet, suolitoimenpiteitä sisältävät endometriosisleikkaukset. Lisäksi leikkaussalissa asetetaan infuusioportteja ja keskuslaskimokanyyleja. Opiskelijamateriaaliin kuului myös luettelo yleisesti tavallisimmista gynekologisista leikkauksista.

Toimenkuvia kuvaava materiaali oli samaa työntekijän ja opiskelijan materiaalissa. Vain sairaanhoitajan tehtävät eri työvuoroissa oli lueteltu pelkästään työntekijän kansiossa. Materiaalissa kuvattiin valvovan hoitajan, anestesiahoitajan, leikkaushoitajan, päivystysajan, sektiosalin, heräämöhoidajan, lääkintävahtimestarin, välinehuoltajan ja sairaanhoitajan tehtäviä eri työvuoroissa. Valvova hoitaja huolehtii leikkaustoiminnan sujuvuudesta, anestesiahoitaja anestesiasta ja puudutuksista yhdessä anestesia-alääkärin kanssa ja leikkaushoitaja leikkaavan lääkärin avustamisesta. Lisäksi sairaanhoitajan jokaiseen työvuoroon liittyy erilaisia lisätehtäviä. Päivystysaikana sairaanhoitaja avustaa pientoimenpiteissä tai on kotipäivystäjänä. Sektiosalissa toimitaan leikkaushoitajana ja heräämössä tehtävinä on potilaan tarkkailu sekä kivunhoito. Lääkintävahtimestari huolehtii laitteiden toimivuudesta ja välinehuoltaja instrumenttien puhdistuksesta.

Työturvallisuuteen liittyvä materiaali oli hyvin erilaista perehdytyskansioissa. Työntekijän kansiossa mainittiin katastrofivalmius ja paloturvallisuus, joista löytyy tietoa erillisistä ohjekansioista. Opiskelijan kansiossa kerrottiin yksityiskohtaisesti eristyspotilaan leikkauksesta sekä opiskelijan osallistumisesta eristysleikkaukseen. Lisäksi opiskelijamateriaalissa kerrottiin intraoperatiivisen hoitotyön aseptiikasta, suojavaatekäytännöstä, neulanpistotapaturmista sekä opiskelijan terveydentilakriteereistä.

Potilasturvallisuuteen liittyvä ensiapu mainittiin työntekijän perehdytysmateriaalissa. Erillinen anestesiakansio sisälsi ensiapuun liittyvät tiedot.

Työetiikasta kerrottiin opiskelijan perehdytysmateriaalissa. Työetiikkaan liittyen kerrottiin hoitotyötä ohjaavat arvot, sairaanhoitajan eettiset ohjeet sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuus.

Perioperatiivisen hoitotyön pre-, intra- ja postoperatiivisesta vaiheesta annettiin runsaasti teoreettista tietoa opiskelijan perehdytysmateriaalissa. Lisäksi materiaali sisälsi työntekijänkin kansiossa olleen suppean selostuksen potilaan perioperatiivisesta hoitopolusta. Aineistossa mainittiin lähetekäytäntö, potilaan vastaanotto, leikkausvalmistelut, anestesia, toimenpiteen aikainen hoitotyö, heräämöhöhoito, osastohoito ja jälkitarkastus.

Hoitotyön strategiaan liittyvää materiaalia oli opiskelijan perehdytyskansiossa. Kansioon oli tulostettu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007–2015 sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisema Hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2010–2015.

Opiskelijaohjaukseen liittyvää tietoa oli vain opiskelijoille suunnatussa perehdytysmateriaalissa. Opiskelijaohjaukseen sisältyi opiskelijan roolia koskevaa tietoa sekä maininta osastolla käytettävästä opiskelijan reissuvihosta ja oppimistehtävästä. Opiskelijakansion lopussa oli nippu Turun ammattikorkeakoulun lääkelaskuja ja lääkelaskutenttejä vastauksineen.

Tavoitteet harjoittelujaksolle kerrottiin opiskelijoiden materiaalissa osaston odotusten, kuten opiskelijan motivoituneisuuden, jälkeen. Opiskelijan tavoitteiksi anestesiahoitajan tehtävissä mainittiin esimerkiksi puudutuksissa ja yleisanestesiassa avustaminen, leikkaushoitajan tehtävissä steriilin leikkausalueen luominen ja valvovan hoitajan tehtävissä neutraalielektrodin kiinnittäminen.

Arviointiin liittyvää materiaalia oli opiskelijoiden perehdytyskansiossa ja siihen kuului Turun ammattikorkeakoulun arviointilomake ohjattua harjoittelua varten sekä harjoittelun arviointikriteerit.

Naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaali kvantifioitiin määrällisten tulosten saamiseksi. Perehdytysmateriaalista laskettiin, kuinka monta kertaa alaluokkien ja yläluokkien aiheet esiintyivät materiaalissa (Liite 5; Taulukko 5). Työntekijän ja opiskelijan materiaalin ala- ja yläluokkien esiintyminen laskettiin ensin erikseen, jotta saatiin esille aiheiden esiintymismäärien erot materiaaleissa. Lopuksi numeeriset arvot laskettiin yhteen kokonaiskuvan muodostamiseksi. Arvojen summista laskettiin vielä prosentuaaliset arvot kuvastamaan sitä, kuinka paljon naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaali sisälsi yhteensä tietoa perehdytyksen kustakin aiheesta (Kuvio 2).

Työympäristöön liittyviä asioita esiintyi työntekijän ja opiskelijan perehdytyskansiossa yhteensä kuusikymmentäviisi (65) kertaa. Työntekijöiden perehdytysmateriaalissa mainittiin työtiloihin liittyen leikkaussalit, heräämö ja sektiosalit yhden (1) kerran ja opiskelijamateriaalissa kaksi (2) kertaa. Osaston kansliasta ja kahvihuoneesta kerrottiin yhden (1) kerran vain opiskelijamateriaalissa. Työaikaan liittyvää tietoa oli kolmivuorotyöstä kaksi (2) kertaa ja toimenpideajoista yhden (1) kerran molemmissa kansioissa. Henkilökunnasta kaikki mainittiin kerran (1) molemmissa perehdytysmateriaaleissa, paitsi osastonhoitaja oli opiskelijamateriaalissa kaksi (2) kertaa esillä sekä lisäksi opiskelijavastaavista ja klinikkaopettajasta kerrottiin yhden (1) kerran pelkästään opiskelijamateriaalissa.

Käytännönasioista ATK-asiat mainittiin yhden (1) kerran molemmissa kansioissa. Vain opiskelijakansiossa kerrottiin yhden (1) kerran pukutiloista, ruokailusta, ensimmäisestä työharjoittelupäivästä sekä yhteydenotosta osastolle. LOVE ja opetusvelvollisuus mainittiin kerran (1) pelkästään työntekijän kansiossa. Perehdytyksen tarkistuslistat olivat samat ja asiat mainittiin molemmissa kansioissa yhden (1) kerran. Laitteiden käyttö ja työturvallisuus esiintyivät ainoastaan työntekijän materiaalissa kertaalleen (1).

Työtehtäviin liittyviä asioita esiintyi työntekijän ja opiskelijan materiaalissa yhteensä yhdeksänkymmentäneljä (94) kertaa. Kaikki toimenpiteet mainittiin molemmissa kansioissa kerran (1). Opiskelijakansiossa vaginaaliset leikkaukset, syöpäleikkaukset ja urogynekologiset leikkaukset esiintyvät kuitenkin myös toisen (2) kerran. Toimenkuvia koskeva tieto oli perehdytyskansioissa samaa ja

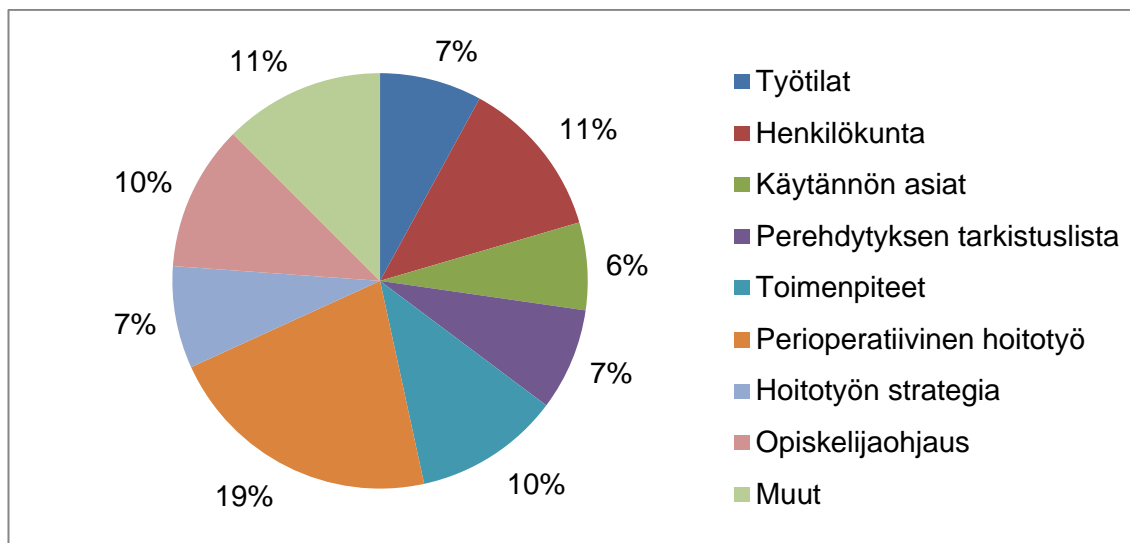
asiat mainittiin yhden (1) kerran. Työntekijän perehdytysmateriaalissa oli lisäksi kerran (1) esillä päivystysajan ja eri työvuorojen tehtävät.

Perioperatiivisen hoitotyön teoriaa oli vain opiskelijamateriaalissa kolme (3) kertaa. Lähete, vastaanotto ja leikkausvalmistelut mainittiin molemmissa kansioissa kerran (1). Anestesia esiintyi työntekijän materiaalissa kerran (1) ja opiskelijamateriaalissa neljä (4) kertaa. Toimenpiteiden, heräämön ja osaston hoitotyö puolestaan mainittiin työntekijöiden kansiossa kerran (1) ja opiskelijoiden kansiossa kolme (3) kertaa. Jälkitarkastuksesta kerrottiin työntekijälle kerran (1) ja opiskelijalle kaksi (2) kertaa materiaalissa.

Potilasturvallisuudesta ensiapu mainittiin kerran (1) työntekijän materiaalissa, opiskelijakansiossa ei lainkaan. Työturvallisuutta koskevat asiat olivat työntekijän kansiossa katastrofivalmius ja paloturvallisuus, molemmat mainittu kerran (1). Opiskelijakansiossa oli kerran (1) eristykseen, suojavaatteisiin, opiskelijan terveydentilakriteereihin ja neulanpistotapaturmiin liittyvää tietoa. Myös aseptiikkaa kerrottiin opiskelijoille, yhteensä kaksi (2) kertaa. Työetiikkaan liittyvät eettiset ohjeet, arvot ja vaitiolovelvollisuus mainittiin opiskelijan materiaalissa kolmesti (3).

Hoitotyön strategiasta kerrottiin opiskelijan materiaalissa yhteensä kahdessa toista (12) kohdassa. Työntekijän materiaaliin työetiikka ja strategia eivät kuuluneet. Työharjoitteluun liittyvää tietoa oli vain opiskelijan perehdytyskansiossa. Opiskelijan perehdytykseen kuuluvat opiskelijan ohjaus, tavoitteet ja arviointi esiintyivät opiskelijakansiossa yhteensä kaksikymmentäneljä (24) kertaa.

Prosentuaalisesti naistentautien leikkaussalin 350 kirjallinen perehdytysmateriaali sisälsi kokonaisuudessaan melko tasaisesti tietoa jokaisesta perehdytyksen alueesta (Kuvio 2).



Kuvio 2. Perehdytysmateriaalin sisältö kvantifioituna.

Työntekijöille ja opiskelijoille suunnatusta perehdytysmateriaalista 7 % sisälsi tietoa työtiloista, 11 % henkilökunnasta ja 6 % käytännön asioista. 7 % perehdytysmateriaalin sisällöstä oli perehdytyksen tarkistuslistaan liittyvää asiaa. Materiaalista 10 % kertoi toimenpiteistä ja 19 % perioperatiivisesta hoitotyöstä. Hoitotyön strategiaan liittyi 7 % ja opiskelijaohjaukseen 10 % perehdytysmateriaalista.

Muut 11 % materiaalista sisälsi työaika, työturvallisuutta, potilasturvallisuutta, työetiikkaa sekä opiskelijoiden tavoitteita ja arviointia koskevat tiedot. Työaika ja työturvallisuutta kuvaavaa tietoa oli molempia 5 % kaikesta perehdytysmateriaalista. Työetiikkaa koskevaa materiaalia oli 2 % ja potilasturvallisuutta 1 % perehdytysmateriaaleista. Opiskelijoiden tavoitteita käsitteli 2 % ja arviointia 1 % kaikista perehdytysmateriaaleista.

7.3 Naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaalin puutteet

Naistentautien leikkaussalissa oli erikseen työntekijän ja opiskelijan perehdytyskansio, jotka analysoitiin sisällönanalyysillä erikseen niiden eri käyttötarkoituksen takia. Perehdytyskansioiden sisältö erosi toisistaan paikoin, jolloin materiaaleja vertailemalla havaittiin muutamia puutteita. Perehdytysmateriaalin puut-

teita ilmeni myös peilaamalla materiaalia työn alussa esitettyyn teorian tietoon naistentaudeista, gynekologisista leikkauksista, perioperatiivisesta hoitotyöstä sekä perehdytyksestä. Lisäksi perehdytykseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia hyödynnettiin perehdytysmateriaalin puutteiden havainnoinnissa.

Työtiloista, työajasta ja henkilökunnasta kerrottiin leikkaussalin perehdytysmateriaalissa muuten riittävästi, mutta materiaalissa ei mainittu mitään työntekijöiden lomista ja sairauslomista. Myöskään työterveydenhuollosta ei ollut tietoa perehdytyskansioissa.

Käytännön asioita käsiteltiin etenkin työntekijän materiaalissa melko niukasti. Esimerkiksi työntekijän perehdytysmateriaalissa ei kerrottu pukeutumistiloista, työ- ja suojavaatetuksesta tai henkilökunnan sosiaalituloista.

Osastolla tehtävät yleisimmät toimenpiteet oli lueteltu leikkaussalin perehdytysmateriaalissa. Toimenpiteiden tarkemmat kuvaukset jäivät kuitenkin materiaalista puuttumaan. Työnkuviin liittyvä tieto oli kansioissa hyvin yksityiskohtaista, mutta sen avulla ei saa kuvaa toimenpiteiden sisällöstä.

Työturvallisuuteen liittyvä tieto erosi merkittävästi työntekijän ja opiskelijan perehdytysmateriaalissa. Työntekijän materiaalissa mainittiin katastrofivalmius ja paloturvallisuus, joista löytyi tietoa erillisistä ohjekansioista. Opiskelijan perehdytysmateriaalissa kerrottiin puolestaan eristyskäytännöistä, neulanpistotapaturmista, suojavaatekäytännöstä sekä opiskelijan terveydentilakriteereistä. Perehdytyskansioista puuttui esimerkiksi yksityiskohtaiset ohjeet siitä, kuinka toimia työtapaturmatilanteissa. Työntekijän perehdytyskansiossa ei eristyskäytännöistä kerrottu lainkaan.

Intraoperatiiviseen hoitotyöhön liittyvät aseptiset ohjeet löytyivät ainoastaan opiskelijan perehdytysmaterialista. Työntekijän materiaalissa aseptisiä ohjeita ei mainita.

Potilasturvallisuuteen liittyvä ensiapu mainittiin työntekijän perehdytyskansiossa. Ensiapua koskevaa tietoa kerrottiin löytyvän erillisestä anestesiakansiosta. Opiskelijamateriaalista esiapuohjeet puuttuivat. Terveystenhuollon ammattihen-

kilöiden toimintaa koskevat lait ja asetukset ovat keskeinen osa potilasturvallisuuden ja hoidon laadun varmistamista, mutta niitä ei työntekijän tai opiskelijan perehdytyskansiossa mainittu.

Työetiikkaan liittyvää tietoa oli vain opiskelijoiden perehdytysmateriaalissa. Työntekijän materiaalista puuttui täysin sairaanhoitajalle tärkeät eettiset ohjeet sekä salassapitovelvollisuuteen liittyvä tieto.

Perioperatiivisen potilaan hoitopolku oli suppeana selosteena kummassakin perehdytyskansiossa. Opiskelijoiden kansioon oli liitetty pre-, intra- ja postoperatiivisesta hoitotyöstä teoretietoa, joka oli perehdytysmateriaalin kokoon nähden melko laajaa. Työntekijän materiaalissa ei vastaavaa tietoa ollut lainkaan.

Opiskelijamateriaalissa intraoperatiiviseen hoitotyön osioon sisältyi tarkkaa tietoa anestesiassa ja puudutteissa käytettävistä lääkkeistä. Lääkehoidon osio on tärkeä osa perehdytysmateriaalia, joten sen olisi pitänyt sisältyä ensisijaisesti työntekijän perehdytykseen. Työntekijän perehdytyskansiossa lääkehoitoon liittyvää tietoa ei ollut.

Organisaatiosta ja strategiasta ei puhuta lainkaan työntekijän perehdytysmateriaalissa. Opiskelijamateriaalissa ollut hoitotyön strategiaan liittyvä materiaali oli hyvin kattava.

Opiskelijoihin liittyvää tietoa oli hyvin vähän työntekijän materiaalissa, vaikka yliopistollisen sairaalan työntekijöiden opetusvelvollisuus mainittiin. Työharjoittelujaksoihin sekä opiskelijaohjaukseen liittyvä tieto puuttui.

Perehdytyksen tarkistuslista kuului molempiin perehdytyskansioihin. Tarkistuslista toimii perehdytyksen tukena ja sen avulla voidaan käsitellä leikkaussalin erilaisia työtehtäviä. Perehdytyksen tarkistuslista ei kuitenkaan ole riittävä pohja perehdytyksen toteuttamiselle eikä perehdytyskansioista löytynyt osaston perehdytys suunnitelmaa. Perehdytys suunnitelmaa voidaan muokata yksilöllisesti perehdytettävän tarpeiden mukaan ja siihen on hyvä sisällyttää työhön liittyvien osa-alueiden lisäksi esimerkiksi perehdytysaikataulu. Perehdytys suunnitelma on myös perehdyttäjälle tärkeä perehdytyksen työkalu.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikkaa säätelevät monet normit, joissa esitetään miten tutkimus tehdään eettisesti oikein. Toisen maailmansodan jälkeen julkaistiin Nürnbergin säännöstö, joka on lukuisten normien ensimmäisiä. Myös kansainvälisessä ihmisoikeuden julistuksessa kiinnitetään huomiota tutkimuseettisiin kysymyksiin, kuten tutkittavien oikeuksien toteutumiseen. Suomessa tutkimusetiikan toteutusta ohjaa tutkimuseettinen neuvottelukunta, ETENE, joka perustettiin vuonna 1991. Neuvottelukunta on esittänyt hyvän tieteellisen tutkimuksen ohjeet ja niihin perustuvat muun muassa Suomen Akatemian laatimat eettiset ohjeet, jotka julkaistiin vuonna 2003. Lisäksi tutkimusetiikkaa ohjaa lainsäädäntö. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 363.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeissa määritetään hyvä tieteellinen käytäntö. Lähtökohtana pidetään sitä, että hyvät tieteelliset menettelytavat takaavat tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden. Edellytyksenä hyvälle tutkimukselle ovat tieteelliset tiedot ja taidot sekä hyvät toimintatavat. Tutkijoiden tulee noudattaa tieteellisiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusta tehtäessä, mutta myös tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimuksen tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa tulee käyttää eettisesti luotettavia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Lisäksi tulee ottaa myös muiden tutkijoiden työt huomioon ja kunnioittaa heidän työtä antamalla töille niille kuuluvan arvon. Tutkimuksen tulokset tulee julkaista kokonaisuudessaan ja julkaisemisessa käytettävä avoimuutta. (Kuula 2011, 34–35.)

Tutkimusaiheen valintaan liittyy monenlaisia eettisiä ongelmia. Tutkijan tulee pohtia, millaista ja kuinka suurta tieteellistä hyötyä saadaan tutkittaessa asiaa. Tutkimusaihe ei saa loukata ketään, joten tutkittaessa haavoittuvia ihmisryhmiä, kuten pieniä lapsia tai dementoituneita tähän on kiinnitettävä huomiota. Tutkimuskohde, -tarkoitus ja -kysymys on valittava niin, että tutkija voi käyttää tutki-

mustuloksia jonkin ongelman ratkaisuun. Tutkijan on myös varmistettava, että tutkimuskysymys on eettisesti perusteltu. Yleinen eettinen lähtökohta kuitenkin on, että tutkittava aihe on tieteellisesti perusteltu. (Leino-Kilpi 2009, 365.)

Tutkimuslupa haetaan usein eettiseltä toimikunnalta, joka käsittelee tutkimussuunnitelman. Tutkijoiden tulee varmistaa, että tutkimusluvan perusteena ollut tutkimussuunnitelma toteutuu myös käytännössä. Aineistonkeruumenetelmä valitaan tutkimusongelman perusteella. Aineistonkeruussa on aina huomioitava tutkittavien ihmisten oikeudet ja kohtelu. Kun tutkimus tehdään hoitotyön saralla, on huomioitava potilaiden oikeuksien toteutuminen. Riittävä tiedottaminen tutkimuksesta on ensiarvoisen tärkeää. Mikäli tutkimus koskee hoitotyöntekijöitä, heillä on samat oikeudet kuin potilaillakin. Hoitotyöntekijän ammatillinen velvollisuus on kehittää ammattia, ja tutkimus tuottaa tietoa, joka kehittää hoitotyötä. Jokainen työntekijä päättää kuitenkin itse osallistuuko tutkimukseen. (Leino-Kilpi 2009, 267–368.)

Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Hoitotyön kehittämisprojektista (Hoi-Pro) ja projektin tavoitteena on kehittää terveydenhuolto-organisaatiota (Kummel ym. 2012, 3). Opinnäytetyö pyrkii auttamaan TYKSin naistentautien leikkaussalia kehittämään omaa perehdytysmateriaaliaan. Näin ollen tutkimusaihe on tieteellisesti perusteltu. Aineistonkeruu ei kohdistunut ihmisiin, joten tutkimukseen ei liittynyt tutkittavien oikeuksia koskevia eettisiä ongelmia. Opinnäytetyön teossa on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tietoa on haettu luotettavista lähteistä ja tutkimuksen teossa on käytetty tieteellisesti luotettavia tutkimusmenetelmiä. Opinnäytetyön raportoinnissa on huomioitu avoimuus ja tulokset on julkaistu kokonaisuudessaan. Tutkimussuunnitelmaa on pyritty noudattamaan mahdollisimman tarkkaan lopullisen tutkimuksen teossa.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole yhtä selkeitä työkaluja kuin määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Usein arviointiin voi-

daan kuitenkin käyttää samoja keinoja kuin kvantitatiivisen tutkimuksen arviointiin: uskottavuutta ja validiteettia. Lisäksi on olemassa vaihtoehtoisia metodeja, joiden avulla kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus voidaan varmistaa. Näitä ovat totuudenmukaisuus, käyttövarmuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus. (Flick 2006, 365–376.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen uskottavuutta voidaan vahvistaa eri keinoin. Tutkimusaineiston käsittelyssä on tärkeää, että tutkijat ovat tutustuneet aineistoon ja tietävät, miten aikovat aineistoa analysoida. Tutkimuksen uskottavuutta voi vahvistaa se, että tutkijat ovat tutustuneet analyysimenetelmään ja tietävät tarkasti, mitä aikovat tehdä. Aineistonanalyysissä aineiston pelkistäminen on tehtävä niin, että pelkistetyt ilmaukset sisältävät aineistossa olleen sisällön. Tutkijoiden on siis varottava pelkistämästä liikaa. Uskottavuutta voidaan parantaa myös raportoimalla tarkasti kaikki tutkimuksen vaiheet kokonaisuudessaan. (Flick 2006, 369–370.)

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimuksessa käytetty tutkimusmenetelmä mittaa tutkittavaa ilmiötä eli sitä, saadaanko tutkimuksessa vastaus tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen kysymysten tulee olla oikeat ja lisäksi on valittava sellainen tutkimusmenetelmä, joka johtaa haluttuun tietoon. Mikäli tutkimuskysymyksiin ei saada vastausta ja tutkimus kohdistuu sivuun siitä, mikä oli tarkoituksena, tutkimuksella ei ole validiteettia ja on näin arvoton. (Flick 2006, 371–374.)

Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden uhkia ovat ulkoiset ja sisäiset uhkat. Sisäisiä uhkia luotettavuudelle voivat olla esimerkiksi tutkijoiden kokemukset ja asenteet tutkittavaa aihetta kohtaan. Lisäksi myös tutkittavien kokemukset ja asenteet sekä asenteiden muutos tutkimuksen aikana voivat olla uhkana määrällisen tutkimuksen luotettavuudelle. Ulkoinen uhka voi olla esimerkiksi tutkijan väärä päätelmä aineistoa analysoitaessa. Tutkija voi myös siirtää päätelmän eri ympäristöön tai tutkimusryhmään, jolloin päätelmä ei välttämättä päde juuri tähän tutkimusryhmään. Myös tutkimustulosten yleistäminen vaarantaa määrällisen tutkimuksen luotettavuutta. (Creswell 2009, 162–165.)

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimusaineiston analyysi tehdään tieteellisesti luotettavalla tavalla. Aineiston analyysissä tulee käyttää koko kerättyä aineistoa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369.) Raportissa on kuvattava tarkasti, millä tavalla tutkimusaineisto on analysoitu sekä miten tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Tutkimustulokset ovat lukijalle selkeämmät, kun tutkijat kertovat tarkasti, miten ovat tutkimuksen tehneet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.) Tutkimuksen luotettavuutta voidaan vahvistaa tarkistamalla puhtaaksi kirjoitettu teksti lopuksi, jotta huomataan mahdolliset kirjoitus- tai sisältövirheet. Tutkijoiden on koko tutkimusprosessin ajan kommunikoitava keskenään ja lisäksi voidaan keskustella muiden samaa aihetta tutkivien kanssa. (Creswell 2009, 190.)

Tutkimusaineisto oli ennalta määritelty perehdytyskansio, johon tutkijat eivät voineet vaikuttaa. Ennen aineiston analysointia haettiin tietoa tutkittavasta aiheesta ja tutkimusmenetelmään tutustuttiin. Tietoa ja aiemmin aiheesta tehtyjä tutkimuksia etsittiin luotettavista lähteistä ja tietokannoista. Tutkimuksien hakua rajoitettiin, jotta saatava tieto olisi tuoretta ja luotettavaa. Rajauksissa huomioitiin se, että tutkimus on enintään 5 vuotta vanha ja julkaistu hoitotieteellisessä lehdessä. Työssä on perusteltu, miksi opiskelijan ja työntekijän perehdytysmateriaali on analysoitu erikseen sekä miksi esimerkiksi TYKSin intranet on jätetty analyysin ulkopuolelle.

Kaikki perehdytyskansion materiaali otettiin mukaan tutkimukseen, eikä materiaalin sisältöä muutettu tai valikoitu. Opinnäytetyön aineiston analyysi tehtiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jonka eri vaiheet on kerrottu tarkasti raportissa. Lisäksi sisällönanalyysin eri vaiheita havainnoitiin kuvioiden ja taulukoiden avulla. Aineisto pelkistettiin osittain melko radikaalisti, mutta samalla huomioitiin, että aineiston sisältö säilyi pelkistämisestä huolimatta. Tutkimuksessa saatiin kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiin ja tutkimusmenetelmä oli opinnäytetyöhön sopiva. Koko opinnäytetyö on luettu läpi kokonaisuudessaan useamman kerran ja tekstistä on korjattu kirjoitus- ja asiavirheet.

9 TUTKIMUKSEN TULOSTEN TARKASTELU

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa Turun yliopistollisen keskussairaalan naistentautien leikkaussalin 350 perehdytysmateriaalin sisällöstä ja puutteista. Tavoitteen pohjalta muodostettiin tutkimuskysymykset, joihin työssä etsittiin vastausta. Tutkimuskysymykset olivat, mitä perehdytysmateriaalia naistentautien leikkaussalissa on, mitä naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaali sisältää, sekä mitä puutteita naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaalissa on. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on pääasiassa kvalitatiivinen eli laadullinen, sillä aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Tutkimusaineisto oli TYKSin naistentautien leikkaussalin 350 valmis perehdytysmateriaali, joka analysoitiin sellaisenaan. Leikkaussalin henkilökunta karsi ja uusi perehdytysmateriaalia paikoin juuri ennen tutkimusta, joten analysoitu materiaali todennäköisesti poikkesi sisällöltään ja laajuudeltaan huomattavasti entisestä. Tutkimusaineiston sisällönanalyysin avulla kartoitettiin perehdytysmateriaalin sisältöä ja puutteita. Sisällönanalyysin jälkeen tutkimustulokset kvantifioitiin, jolloin ne voitiin kuvata määrällisesti. Näin ollen tutkimus on osittain kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus.

Opinnäytetyön päätulokset olivat vastauksia kolmeen tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysin avulla selvitettiin, mitä perehdytysmateriaalia leikkaussalissa on, ja mitä se sisältää. Naistentautien leikkaussalissa oli työntekijöille ja opiskelijoille oli omat erilliset perehdytyskansionsa. Kansioden lisäksi perehdytysmateriaaliin kuului erillisissä kansioissa olevaa oheismateriaalia. TYKSin intranetti jätettiin sisällönanalyysin ulkopuolelle laajuutensa ja yleisluontoisen sisältönsä takia. Leikkaussalin perehdytysmateriaali pelkistettiin ja luokiteltiin alaluokkiin. Alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi. Työntekijän ja opiskelijan perehdytyskansiot erosivat paikoin sisällöltään, jolloin vertailun sekä teorian ja aikaisempien tutkimusten avulla havaittiin muutamia puutteita. Merkittävimmät puutteet olivat perehdytysuunnitelman puuttuminen sekä etenkin työntekijän materiaalissa yleisimpiä toimenpiteitä ja lääkehoitoa koskevan tiedon puut-

tuminen. Lisäksi perehdytysmateriaali oli rakenteeltaan hieman sekava ja työ- ja potilasturvallisuutta käsiteltiin hyvin niukasti.

Perehdytysmateriaalin sisällöstä saatiin muodostettua kolme pääluokkaa. Työntekijän perehdytysmateriaalin pääluokiksi muodostui työympäristöön liittyvä tieto ja työtehtäviin liittyvä tieto. Opiskelijan perehdytysmateriaalista syntyi edellisten lisäksi pääluokka työharjoitteluun liittyvä tieto. Työntekijän ja opiskelijan materiaalista pääluokan työympäristöön liittyvä tieto muodostivat yläluokat työtilat, työaika, henkilökunta, käytännön asiat sekä perehdytyksen tarkistuslista. Materiaalien yläluokat toimenpiteet, toimenkuvat, työturvallisuus sekä periooperatiivinen hoitotyö puolestaan yhdistyivät pääluokaksi työtehtäviin liittyvä tieto. Lisäksi työntekijän perehdytysmateriaali sisälsi yläluokan potilasturvallisuus ja opiskelijan perehdytysmateriaali yläluokat työetiikka ja hoitotyön strategia. Pääluokka työharjoitteluun liittyvä tieto sisälsi opiskelijan perehdytysmateriaalin yläluokista opiskelijaohjauksen, tavoitteet sekä arvioinnin. Määrällisesti naistentautien leikkaussalin kirjallinen perehdytysmateriaali sisälsi kokonaisuudessaan melko tasaisesti tietoa jokaisen yläluokan sisällöstä.

Perehdytyksellä tarkoitetaan toimenpiteitä, joiden avulla perehdytettävä oppii tuntemaan työympäristön, työyhteisön ja työtehtävät (Kangas & Hämäläinen 2007, 2). Perehdytyksen avulla uusi työntekijä pystyy nopeammin selviytymään itsenäisesti työtehtävistään. Laajimmillaan perehdyttäminen kehittää perehtyjän lisäksi työyhteisöä ja koko organisaatiota. (Kupias & Peltola 2009, 19.) Baxterin (2010) kirjallisuuskatsauksen mukaan laadukas perehdytys vähentää organisaation kustannuksia, parantaa henkilökunnan työtyytyväisyyttä sekä kehittää hoitotyötä (Baxter 2010, E14–E16). Perehdytyksen työvälineenä voidaan käyttää henkilökohtaisen ohjauksen ja keskustelujen ohella kirjallisia perehdytysoppaita (Surakka 2009, 73). Naistentautien leikkaussalissa käytettiin perehdytyksen tukena työntekijän ja opiskelijan perehdytyskansioita. Kansioden lisäksi perehdytettävälle saatettiin antaa myös oheismateriaalia. Oheismateriaaleihin kuului katastrofivalmius ja paloturvallisuus – ohjekansiot, näyttekansio sekä anestesiakansio.

Perehdytysmateriaalit tukevat perehdytystä. Kirjallisen perehdytyskansion lisäksi perehdytyksessä voidaan hyödyntää internetiä ja muita sähköisiä välineitä, kuten sisäisen intranetin perehdytys suunnitelmaa, hoito-ohjeita sekä suositeltavien lisätietolähteiden linkkejä (Surakka 2009, 73). Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä kartoitettiin perehdytysohjelmien puutteita esimiehille lähetetyn sähköpostikyselyn avulla ja selvisi, että esimiehet toivoisivat muun muassa selkeää sähköistä perehdytysmateriaalia. (Ruoranen 2007, 8–12.) Naistentautien leikkaussalissa ohjeistettiin uutta työntekijää tutustumaan TYKSin intranettiin sairaalan yleisten asioiden osalta, mutta intranet suljettiin pois tutkimusaineistosta sen laajuuden ja yleisluontoisen sisällön takia. Leikkaussalin perehdytyskansiot olivat rakenteeltaan hieman sekavia. Osa leikkaussalin asioista, kuten yleisimmät toimenpiteet, esiteltiin kansioissa lähinnä luettelona ja osa hyvin laajasti. Etenkin opiskelijan perehdytyskansioon oli liitetty paljon teoreettista tietoa ja artikkeleita, jotka saattoivat sisällöltään toistaa samoja asioita. Perehdytysmateriaalin selkeä rakenne ja helppolukuisuus tekevät uuden työntekijän itsenäisestä perehtymisestä vaivattomampaa ja miellyttävämpää.

Työympäristöön tutustuminen on yksi perehdytyksen tavoitteista. (Surakka 2009, 77). Ruorasan (2009) projektissa selvisi, että Tampereen yliopistollisen keskussairaalan työntekijät pitivät toimipisteeseen tutustumista hyvin tärkeänä perehdytyksessä (Ruoranen 2007, 12–13). Leikkaussalin perehdytysmateriaali sisälsi tietoa työtiloista, työajasta ja henkilökunnasta, joten toimipisteeseen tutustuminen kirjallisesti on mahdollistettu uusille työntekijöille. Työntekijöiden lomia tai työterveydenhuoltoa ja sairaslomia ei materiaalissa kuitenkaan mainittu, vaikka ne ovat olennainen osa työelämää. Myöskään käytännönasioihin kuuluvista henkilökunnan sosiaali- ja pukeutumistiloista ei kerrottu perehdytysmateriaalissa. Baxterin (2010) kirjallisuuskatsaus kertoo, että sairaanhoitajan sopeutuminen työhön on tärkeää. Sopeutumista edistää tunne siitä, että on tervetullut ja pääsee osaksi työyhteisöä. (Baxter 2010, E14–E16.) Työtiloihin ja käytännönasioihin perehtyminen edistävät työntekijän sopeutumista uuteen työyhteisöön.

Työtehtävät naistentautien leikkaussalissa oli koottu erilaisiin luetteloihin perehdytyskansioihin. Yleisimmät toimenpiteet oli esitetty luettelona. Toimenpiteisiin kuului gynekologiset täyhystystoimenpiteet ja pientoimenpiteet, urogynekologiset toimenpiteet, vaginaaliset leikkaukset, kuten kohdunpoistot ja laskeuma-leikkaukset, gynekologiset syöpäleikkaukset myös leikkausrobotilla tehtynä, endometriosileikkaukset suolitoimenpiteet mukaan lukien sekä infuusioporttien ja keskuslaskimokanyylien laittaminen. Toimenpiteiden kuvaukset puuttuivat perehdytysmateriaalista. Toimenkuvista perehdytysmateriaalissa sen sijaan kerrottiin yksityiskohtaisesti. Tehtäväluettelo auttoi hahmottamaan sairaanhoitajan, lääkintävahtimestarin ja välinehuoltajan työn sisältöä. Ruorasan (2007) projektin mukaan työntekijät pitävät työtehtäviin tutustumista erityisen tärkeänä (Ruoranen 2007, 12–13). Leikkaussalissa työskentely on haastavaa ja toimenpiteitä kuvaava tieto on olennaista uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

Perioperatiivinen hoitotyö tarkoittaa leikkausosaston sairaanhoitajan tekemää leikkaus- tai toimenpidepotilaan hoitotyötä. Perioperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu leikkausta edeltävä, leikkauksenaikainen ja leikkauksenjälkeinen toiminta kirurgisen potilaan hoidossa. Leikkaussalin henkilökunta tarvitsee hyvän perehdytyksen ja vahvaa ajantasaista tietoa perioperatiivisen hoitotyön toteuttamiseen. Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaan ohjaaminen, tehostettu hoito, komplikaatioalttius, nopeasti muuttuvat tilanteet sekä korkeatasoinen aseptiikka. (Lukkari ym. 2007, 11.) Perioperatiivisen potilaan hoitopolku oli suppeana selosteena kummassakin leikkaussalin perehdytyskansiossa. Opiskelijoiden kansioon oli liitetty paikoin sisällöltään päällekkäistä teoriatietoa. Potilaan valmisteluun liittyvää tietoa sekä anestesia-, puudute- ja kipulääkeohjeita oli kirjoitettu selkeästi opiskelijamateriaalien yhteyteen. Lääkehoidon osio on tärkeä osa perehdytysmateriaalia, joten sen olisi pitänyt sisältyä ensisijaisesti työntekijän perehdytykseen. Työntekijän materiaalissa lääkehoitoa ei kuitenkaan käsitelty.

Työturvallisuuteen liittyvä tieto oli vaihtelevaa leikkaussalin perehdytysmateriaalissa. Työntekijän materiaalissa mainittiin katastrofivalmius- ja paloturvallisuusohjekansiot ja opiskelija materiaalissa kerrottiin muun muassa eristyksistä,

aseptiikasta, neulanpistotapaturmista, suojavaatekäytännöstä sekä opiskelijan terveydentilakriteereistä. Perehdytyskansioista puuttui esimerkiksi yksityiskohdalliset ohjeet siitä, kuinka toimia työtaturmatilanteissa. Työntekijän perehdytyskansiossa ei eristyskäytännöistä kerrottu lainkaan. Potilasturvallisuuteen liittyvää tietoa oli vain työntekijän kansiossa mainittu ensiapu, josta kerrottiin erillisessä anestesiakansiossa. Terveystieteiden työntekijöiden perehdytyksen tulisi sisältää ammattihenkilöiden toimintaan liittyvät lait ja asetukset, sillä ne ovat keskeinen osa potilasturvallisuuden ja hoidon laadun varmistamista (Surakka 2009, 73). Työetiikkaan liittyvää tietoa oli vain opiskelijoiden perehdytysmateriaalissa. Työntekijän materiaalista puuttui täysin hoitotyön eettiset ohjeet sekä salassapitovelvollisuuteen liittyvä tieto. Potilasturvallisuus ja työetiikka vaikuttavat merkittävästi hoitotyön laatuun.

Yritysperehdyttäminen sisältyy perehdytykseen. Yritysperehdyttämisessä uudelle työntekijälle kerrotaan yleisesti yrityksestä ja sen toiminta-ajatuksista sekä strategiasta ja menettelytavoista. (Helsilä 2009, 48–49.) Leikkaussalin opiskelijan perehdytysmateriaalissa kerrotaan laajasti hoitotyön strategiasta. Kansioon oli tulostettu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007–2015 sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisema Hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2010–2015. Työntekijän perehdytysmateriaalissa ei organisatiosta ja strategiasta puhuta lainkaan. Ruorosen (2007) projektissa selvisi, että työntekijät pitävät työympäristöön ja työtehtäviin tutustumisen lisäksi organisaation ja toiminta-ajatuksen tuntemista tärkeänä (Ruoronen 2007, 12–13). TYKS on opetussairaala ja opiskelijamateriaaliin oli eritelty hyvin opiskelijanohjaukseen, tavoitteisiin ja arviointiin liittyvää tietoa. Työntekijän materiaalissa yliopistollisen sairaalan työntekijöiden opetusvelvollisuus mainittiin, mutta työharjoittelujaksoihin sekä opiskelijaohjaukseen liittyvää tietoa ei ollut. Opiskelijanohjauksessa on tärkeää, että työntekijät ovat tietoisia opiskelijoiden tavoitteista ja osaavat ohjata ja arvioida heitä.

Perehdytyksen toteuttaminen on esimiehen vastuulla ja työnantajan tulee mahdollistaa se. Perehdyttämiseen tulee varata aikaa ja motivoitunut sekä kokenut perehdyttäjä. Perehdyttäjän tehtävänä on tutustuttaa uusi työntekijä työ-

yksikköön ja työtehtäviin. (Surakka 2009, 72–73.) Hyvärisen kyselyn mukaan perehdytystä häiritsi, jos perehdyttäjää ei nimetty eikä työvuoroja sovitettu perehdytykseen (Hyvärinen ym. 2008, 11–12). Uudelle työntekijälle on hyvä antaa yhteisiä vuoroja perehdyttäjän kanssa. Tällöin vältetään työntekijän joutumista turhan haastaviin tilanteisiin liian varhain. (Surakka 2009, 73–75.) Perehdytysjakson nimetyn ohjaajan tulee olla pätevä, kannustava ja halukas opettamaan perehdytettävää. Lisäksi ohjaajalla tulisi olla käytössään tarvittavat työkalut, joilla hän voi opettaa uusia asioita ja potilastyötä perehdytettävälle. (Baxter 2010, E12–E14.) Hortonin ym. (2012) tutkimuksessa hoitotyön perehdyttäjien kouluttaminen antoi paremmat valmiudet perehdytystyöhön ja lisäsi heidän ymmärrystään perehdytyksen tärkeydestä. Koulutuksen jälkeen perehdyttäjät kokivat saaneensa välineitä perehdytyksen tueksi ja moni asetti perehdytyksessä aktiivisemmin tavoitteita ja piti arviointeja. (Horton ym. 2012, E1–E3).

Perehdytyksen onnistumista tukevia tekijöitä etsittiin Ferraran (2012) tutkimuksessa. Tutkimuksessa selvisi, että ympäristöllä ja aikataululla on suuri vaikutus perehdytykseen. (Ferrera 2012, 49–50.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä lasten ja naisten toimialueella teetetyssä kyselyssä kiireen koettiin vaikuttavan suuresti perehdytyksen laatuun (Hyvärinen ym. 2008, 11–12). Myös Ruorasan (2007) haastattelemat työntekijät pitivät tärkeänä, että perehdyttäjällä on tarpeeksi aikaa perehdyttää uutta työntekijää työympäristöön ja – tehtäviin (Ruoranen 2007, 12–13). Baxterin (2010) kirjallisuuskatsauksen mukaan perehdytysjaksojen pituudet vaihtelevat kahdesta kuukaudesta kahdeksaentoista kuukauteen, mutta monet varsinkin haastavat osastot suosivat kolmen kuukauden strukturoitua perehdytysjaksoa (Baxter 2010, E12–E14). Leikkaussalin perehdytysmateriaali ei sisältänyt perehdytysuunnitelmaa. Siinä ei myöskään kerrottu perehdytysajasta tai perehdytyskäytännöistä, kuten perehdyttäjän nimeämisestä. Perehdytysmateriaali ei sisältänyt perehdytyksen tarkistuslistan lisäksi muita perehdytystyökaluja, kuten ohjeita perehdytyskeskusteluille. Perehdytyksen toteuttamiseen liittyvä tieto on tärkeää uudelle työntekijälle ja se auttaa perehdyttäjää suuresti onnistumaan tehtävässään.

Riittävä perehdytys on leikkaussalin vaativien työtehtävien omaksumisen kannalta tärkeää. Hickeyn (2009) tutkimuksen mukaan vastavalmistuneilla sairaanhoitajilla on usein ainakin osittain puutteelliset valmiudet haastavan hoitotyön toteuttamiseen itsenäisesti. Kokemuksen puute näkyy etenkin kliinisissä taidoissa. Kokemuksen, ajanhallinnan, organisointikyvyn, yhteistyökyvyn ja kommunikointitaitojen puutteen vuoksi vastavalmistuneen sairaanhoitajan huolellinen perehdyttäminen on tärkeää. (Hickey 2009, 35–39.) Chesnuttin ja Everhartin (2007) tutkimuksessa huomattiin ongelma vastavalmistuneiden sairaanhoitajien työskentelyssä tehohoitoyksikössä, sillä heillä ei aina ollut valmiuksia vaativaan hoitotyöhön. Tutkijat kehittivät osastolle vaiheittaisen perehdytysohjelman, jossa edetään vähitellen vaikeisiin tehtäviin (Chesnutt & Everhart 2007, 36–51.) Harringtonin (2011) kirjallisuuskatsauksessa selvisi, että mentori auttaa vastavalmistuneita sairaanhoitajia kehittymään työssään. Hyvä perehdytys ja vastaanotto vaikuttavat hoidon laatuun ja perehdytettävien työpanokseen sekä näin ollen myös työntekijöiden tuottavuuteen, tyytyväisyyteen ja pysyvyyteen. (Harrington 2011, 168–174.)

Perehdytyksen arviointi eli perehdytettävän oppimisen seuraaminen ja arviointi kuuluvat perehdytykseen (Työturvallisuuskeskus 2003, 8). Molemmissa leikkaussalin perehdytyskansioissa oli kattava perehdytyksen tarkistuslista. Tarkistuslistan avulla voitiin käsitellä leikkaussalin erilaisia työtehtäviä. Perehdytyksen tarkistuslista on hyvä tapa seurata perehdytyksen etenemistä (Työturvallisuuskeskus 2003, 8). Tarkistuslista ei kuitenkaan ole riittävä perusta perehdytyksen toteuttamiselle vaan perehdytystä varten tulee olla selkeä suunnitelma (Helsilä 2009, 48). Baxterin (2010) kirjallisuuskatsauksen mukaan perehdytykseen olisi hyvä olla tietty runko, jonka mukaan edetään (Baxter 2010, E14–E16). Perehdytysuunnitelma toimii perehdytyksen pohjana ja sitä voidaan muokata perehdytettävän osaamisen ja perehdytystarpeiden mukaan. Perehdytysuunnitelmaan kirjataan aiheittain organisaatioon ja työhön liittyvät osa-alueet. Kukin aihekokonaisuus voidaan käsitellä omana perehdytyspäivänään ja perehdytysuunnitelmaan on hyvä liittää aikataulu. (Surakka 2009, 73–74.) Hyvärisen vuonna 2008 teettämässä kyselyssä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä

lasten ja naisten toimialueella selvisi, että tavoitteiden ja arvioinnin puute heikensivät perehdytyksen laatua (Hyvärinen ym. 2008, 11–12).

Perehdytysmateriaalin kehittäminen on osa perehdytyksen laadun parantamista. Naistentautien leikkaussalin perehdytysmateriaalia voidaan paikoin kehittää tarkoituksenmukaisemmaksi ja helppolukuisemmaksi. Materiaalin yhtenäistäminen etenkin opiskelijakansiossa on ulkomuotoseikka, mutta se vaikuttaa materiaalin luettavuuteen. Leikkaussalin perehdytyksen runkona olisi hyvä käyttää leikkaussalityöskentelyn pohjalta rakennettua perehdytysuunnitelmaa, jota voidaan muokata perehdytettävän osaamisen ja tarpeiden mukaan. Osaston oma sähköinen perehdytysmateriaali, joka lähetetään esimerkiksi sähköpostitse uudelle työntekijälle, voi tukea perehdytettävän itsenäistä oppimista. Uuden työntekijän perehtymistä haastavaan leikkaussalityöhön tukee eri toimenkuviin liittyvä tieto, mutta toimenpiteisiin ja lääkehoitoon liittyvä tieto on myös tärkeä osa leikkaussalityötä. Leikkaussalin yleisimpien auttamismenetelmien kuvaaminen antaisi perehdytettävälle selkeän kuvan vaativasta hoitotyöstä. Yleisimmät toimenpiteet ja lääkkeet olisi syytä kuvata perehdytysmateriaalissa. Työturvallisuuteen liittyvä tieto on tärkeää työntekijälle ja se liittyy läheisesti potilasturvallisuuteen. Molemmista on hyvä kertoa perusteellisesti uudelle tulokkaalle. Käytännön asioiden ja työympäristön tunteminen liittyvät myös läheisesti työntekijän toiminnan sujuvuuteen.

Perusteellisella perehdytyksellä parannetaan paitsi työntekijän hyvinvointia myös potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Leikkaussalin perehdytysmateriaalin analyysin avulla saatiin tietoa perehdytysmateriaalin sisällöstä ja puutteista. Perehdytysmateriaalista löydettiin mahdollisia kehityskohteita, joiden muutoksella perehdytysmateriaali voi tukea uusien työntekijöiden perehdytystä entistä paremmin. Leikkaussalin perehdytystä on mahdollista kehittää edelleen tutkimalla koko perehdytysprosessia esimerkiksi uusia työntekijöitä ja perehdyttäjiä haastatteleamalla. Perehdytyksen sisältö ja laatu tulevat paremmin esille koko perehdytyksen arvioinnin avulla. Myös perehdytysajan keston vaikutus uuden työntekijän kykyyn työskennellä itsenäisesti haastavassa hoitotyössä on mielenkiintoinen tutkimuskohde, jota voi mahdollisesti kuvata myös määrällisesti laajempaan

tutkimuksena. Naistentautien leikkaussaliin saadaan yhä nopeammin taitavia jäseniä tutkimustiedon avulla kehitetyn perehdytyksen avulla. Tarkoituksenmukainen ja kattava perehdytysmateriaali yhdessä perehdytys suunnitelman kanssa tukee uusien työntekijöiden perehtymistä.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Perehdytysmateriaali koostui työntekijöille ja opiskelijoille suunnatuista perehdytyskansiosta sekä erillisistä oheismateriaaleista.
2. Perehdytysmateriaalin sisällöstä voitiin muodostaa kolme pääluokkaa. Yläluokat työtilat, työaika, henkilökunta, käytännön asiat sekä perehdytyksen tarkistuslista muodostivat pääluokan työympäristöön liittyvä tieto. Yläluokat toimenpiteet, toimenkuvat, työturvallisuus, potilasturvallisuus, perioperatiivinen hoitotyö, työetiikka ja hoitotyön strategia rakentuivat pääluokaksi työtehtäviin liittyvä tieto. Opiskelijan perehdytysmateriaalin yläluokista opiskelijaohjaus, tavoitteet sekä arviointi muodostui pääluokka työharjoitteluun liittyvä tieto.
3. Perehdytysmateriaali sisälsi määrällisesti kokonaisuudessaan melko taseisesti tietoa jokaisen yläluokan sisällöstä.
4. Perehdytysmateriaalin merkittävimmät puutteet olivat perehdytys suunnitelman puuttuminen sekä etenkin työntekijän materiaalissa yleisimpiä toimenpiteitä ja lääkehoitoa koskevan tiedon puuttuminen. Lisäksi perehdytysmateriaali oli rakenteeltaan hieman sekava ja työ- sekä potilasturvallisuutta käsiteltiin hyvin niukasti.

LÄHTEET

Aaltonen, T.; Halme, L. & Laamanen, J. 2011. Analyysi TULES – yksiköiden perehdytysmateriaaleista. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564.

Baxter, P. 2010. Providing Orientation Programs to New Graduate Nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*. Vol 26, No. 4, E12-E17.

Bergqvist, A. 2010. Endometrios. Teoksessa Janson, P.O. & Landgren, B-M. (toim.) *Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Chesnutt, B. & Everhart, B. 2007. Meeting the Needs of Graduate Nurses in Critical Care Orientation. *Critical Care Nurse*. Vol 27, No. 3, 6/2007.

Creswell, J. 2009. *Research Design*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

Ferrera, L. 2012. Strategies for Success as a Clinical Preceptor. *The Nurse Practitioner*. Vol 37, No. 5, 5/2012.

Flick, U. 2006. *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications Ltd.

Grénman, S. & Auranen, A. 2011. Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Halttunen-Niminen, M. 2011. Kuukautiskierron häiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Harrington, S. 2011. Mentoring new nurse practitioners to accelerate their development as primary care providers: A literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 23/2011, 168–174.

Heikkilä, J.; Häkkinen, R. & Rantala, N. 2011. Analyysi neurologisten, neuro- ja verisuonikirurgisten osastojen perehdytysmateriaaleista. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Heinonen, P. 2011. Tärkeimmät gynekologiset leikkaukset. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Helsilä, M. *Henkilöstöasioita esimiehille*. Keuruu: Kustannus Oy Otava.

Hickey, M. 2009. Preceptor Perceptions of New Graduate Nurse Readiness for Practice. *Journal of Nurses in Staff Development*. Vol 25, No. 1, 35-41.

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2009. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Horton, C.; Hertach, M.; DePaoli, S. & Bower, M. 2012. Enhancing the Effectiveness of Nurse Preceptors. *Journal for Nurses in Staff Development*. Vol 28, No. 4, E1-E7.

Hurskainen, R. 2011. Vuotohäiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Hyvärinen, P.; Kangas, T.; Lystilä, A.; Pikkarainen, T. & Sukanen, M. 2008. Perehtymisen parantaminen naisten ja lasten toimialueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 9/2008.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Kangas, P. & Hämäläinen, J. 2007. Perehdyttämisen suunnittelu ja toteutus. Turvallisuuskeskus TKK, palveluryhmä.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kivelä, A. 2009. Gynekologiset sairaudet ja niiden lääketieteellinen hoito. Teoksessa Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E.; Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.
- Kummel, M. & projektiryhmä. 2012. Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro), Projektisuunnitelma. Turun ammattikorkeakoulu ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Kupias, P. & Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Tampere: Juvenes Print.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Leminen, A. & Loukovaara, M. 2011. Munasarja- ja munanjohdinkasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lukkari, L.; Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Mäenpää, J. & Pakarinen, P. 2011. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mäkinen, J. & Nieminen, K. 2011. Laskeumat. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Nilsson, C. 2011. Naisen virtsatieongelmat. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Paavonen, J. 2011. Gynekologiset infektiot. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Perheentupa, A. & Santala, M. 2011. Endometrioosi, adenomyoosi ja salpingitis istmica nodosa. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ranta, V. & Ylikorkala, O. 2011. Dysmenorrea. Teoksessa Ylikorkala, O. Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ruoranen, R. 2007. Perehdytyksen kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2007.
- Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus Oy Tammi.

Työturvallisuuskeskus 2003. Perehdyttäminen palvelualoilla. Työturvallisuuskeskus Palveluryhmä.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738

Ämmälä, P. & Aitokallio-Tallberg, A. 2011. Sikiöön siirtyvät infektiot. Teoksessa Ylikorkala, O. Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Taulukko 1. Tiedonhakuosuunnitelma.

Tiedonhakua tukevat kysymykset
Mitä perehdytyksellä tarkoitetaan?
Millaiselle perehdytykselle on tarvetta?
Miten perehdytys käytännössä tapahtuu?
Mitä hyvä perehdytys sisältää?
Mitä hyvällä perehdytyksellä saavutetaan?
Millainen on hyvä perehdyttäjä?
Mitä perehdytyksen apuvälineitä on olemassa?
Mitä hyvä perehdytysmateriaali sisältää?
Tietokannat
Medic
Cinahl
Medline
PubMed
Cochrane
JBI
Hakusanat
Perehdytys
Työntekijä
Opiskelija
Orientation
Mentoring
Preceptor
Program
Rajaukset
Linkitetty koko teksti
Julkaistu 2007-2012
Sisäänottokriteerit
Hoitotieteellinen teksti
Tutkimus
Poissulkukriteerit
Lääketieteellinen teksti

Taulukko 2. Tiedonhaku­taulukko.

Tietokanta	Hakusanat ja niiden yhdistelmät	Rajaukset	Osumien määrä	Valitut viitteet
MEDIC	Pereh*	2007-2012 vain kokotekstit	24	2
	Työntek* AND Pereh*	2007-2012 vain kokotekstit	4	0
	Opisk* AND Pereh*	2007-2012 vain kokotekstit	2	0
CINAHL	Orientation	2007-2012 vain kokotekstit	734	0
	Orientation AND Mentoring	2007-2012 vain kokotekstit	7	1
	Orientation AND Program	2007-2012 vain kokotekstit	84	1
COCHRANE	Orientation AND Program	2007-2012	261	0
	Preceptor	2007-2012	8	0
PUBMED	Preceptor AND Orientation	2007-2012	114	4
	Orientation AND Program	2007-2012	582	0
JBI	Orientation AND Program	2007-2012	0	0
	Preceptor	2007-2012	1	0
MEDLINE	Orientation program	2007-2012 vain kokotekstit	216	3
	Preceptor	2007-2012 vain kokotekstit	657	0

Taulukko 3. Perehdytysmateriaalin pelkistettyjen ilmausten analyysirungot.

Työntekijän perehdytyskansio	
Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat
Kolme leikkaussalia	Leikkaussalit
Viisipaikkainen heräämö	Heräämö
Sektiosalit osastolla 360	Sektiosalit
Aamuvuoro	
Heräämövuoerot	Kolmivuorotyö
Iltavuoro	
Yövuoro	
Aamuvuorossa elektiiviset toimenpiteet	Elektiiviset toimenpiteet
Puhelinpäivystys	Päivystystoimenpiteet
Osastolla osastonhoitaja	Osastonhoitaja
Osastolla apulaisosastonhoitaja	Apulaisosastonhoitaja
Kahdeksantoista sairaanhoitajaa	Sairanhoitajat
Kaikki anestesiassa, instrumenteissa, valvojana, heräämössä	
Yksi lääkintävahtimestari	Lääkintävahtimestari
Yksi välinehuoltaja	Välinehuoltaja
Kaksi laitoshuoltajaa	Laitoshuoltajat
Yksi osastonsihteeri	Osastonsihteeri
Erikoislääkäri vastaa leikkaustoiminnasta	Leikkaustoiminnan vastaava lääkäri
Erikoislääkäri vastaa anestesiatoiminnasta	Anestesiatoiminnan vastaava lääkäri
Salasanat	
Tietokoneen käyttö	ATK-asiat
Tietokoneohjelmat	
Lääkehoidon osaaminen verkossa	LOVe
Ohjeet	
Laboratorio	Yhteistyöyksiköt
Verikeskus	
Työntekijöillä opetusvelvollisuus	Opetusvelvollisuus
Ohjeet jätteiden käsittelyyn laitoshuoltajilta	Jätteiden käsittely
Laparotomia toimenpiteet	
Alatieleikkaukset	Instrumentoivan hoitajan tehtävät
Endovisioleikkaukset	(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)	
Tarvikkeiden laskeminen	
Anestesiati	
Puudutukset	
Veripaikka	Anestesiahoitajan tehtävät
Elvytys	
Kivunhoito	
Hengityksestä huolehtiminen	
Pesut	
Näytteet	Valvovan hoitajan tehtävät
Leikkaustarvikkeiden laskeminen	
Verenhukka	
Koneiden käyttö	Välinehuoltajan tehtävät
Leikkauspöydän toiminta	Lääkintävahtimestarin tehtävät
Anestesiapesukoneen toiminta	
Iltahoitajan tehtävät	
Yöhoitajan tehtävät	
Heräämöhoitajan tehtävät	
Viikonlopputyöt	Muut tehtävät
Lääketilaus	
Laitteiden testaus	
Potilaan siirto teho-osastolle	
Preoperatiivinen kierto	
ATK	
Hengityslaitteiden käyttö	
Verenkiertoa tukevat toimenpiteet	
Mittauslaitteiden käyttö	Laitteiden käyttö
Leikkausvälineistön käyttö	
Osien vaihto	
Paloturvallisuus	
Verivarotoimet	Työturvallisuus
Kosketuseristys	
Tiukennettu kosketuseristys	
Gynekologiset tähystystoimenpiteet	Gynekologiset skopiat
Vaginaaliset leikkaukset, kuten kohdunpoistot	Vaginaaliset leikkaukset
Gynekologiset syöpäleikkaukset myös robotilla	Gynekologiset syöpäleikkaukset
Urogynekologiset toimenpiteet	Urogynekologiset toimenpiteet
Gynekologiset pientoimenpiteet	Gynekologiset pientoimenpiteet (jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)	
Endometriosisileikkaukset mukaanlukien suolitoimenpiteet	Endometriosisileikkaukset suolitoim.
Infuusiopotteja laitetaan lisäksi	Infuusioporit
Keskuslaskimokanyyleja laitetaan lisäksi	Keskuslaskimokanyylit
Joustavasta työnteosta huolehtiminen	
Salin kunnostaminen	
Leikkausasennon tarkistaminen	Valvovan hoitajan tehtävät
Anestesiahoitajan avustaminen	
Aseptisessä pukeutumisessa avustaminen	
Taitosten ja neulojen laskeminen ja kirjaaminen	
Leikkausalueen tarkistaminen ja desinfiointi	
Steriilissä leikkauspeittelyssä avustaminen	
Leikkaus- ja anestesiahoitajan avustaminen	
Näytteistä huolehtiminen	
Salin täydentäminen	
Käy läpi tarkistuslistan kohdat	
Laitteiden toimivuuden varmistaminen	
Potilaan vastaanottaminen	
Leikkausasentoon avustaminen	Anestesiahoitajan tehtävät
Tarkkailulaitteiden kiinnittäminen	
Anestesia lääkäriin avustaminen	
Anestesiakaavakkeen kirjaaminen	
Anestesiatarvikkeiden täyttäminen	
Päivystysaikana toimii myös valvovana hoitajana	
Leikkaussuunnitelman lukeminen	
Leikkaustavan varmistaminen	
Leikkausvälineistön varaaminen	Leikkaushoitajan tehtävät
Kirurginen käsienpesu	
Steriili pukeutuminen	
Instrumenttipöydän järjestely	
Potilaan peittely	
Leikkaavan lääkärin avustaminen	
Instrumenttien laskeminen ja tarkistaminen	
Instrumenttien vieni välinehuoltoon	
Pienpäivystystoimenpiteissä työvuorossa oleva sairaanhoitaja	
Suurissa toimenpiteissä kotipäivystäjä mukana	
Salin ja anestesian valmistaminen	Päivystysajan tehtävät
Välinehuolto	
Puhelinpäivystäjä päivystää kotona	
Leikkausasentoon avustaminen	(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)	
Instrumentoivan hoitajan tehtävät	Sektiosalin tehtävät
Potilaan siistiminen ja siirto	
Postoperatiivinen tarkkailu	Heräämöhoidajan tehtävät
Kivunhoito	
Salissa laitteiden tarkistus ja leikkausasennon avustaminen	Lääkintävahtimestarin tehtävät
Muuten varastotavarat, konepesu ja huolto	
Instrumenttien puhdistus, tarkastus ja varastointi	
Huoltokeskustilaukset	
Varastotilaukset	Välinehuoltajan tehtävät
Steriilin varaston tarkistaminen	
Tarviketäydennykset	
Aamuvuorolaisen tehtävät	
Iltavuorolaisen tehtävät	
Yövuorolaisen tehtävät	Tehtävät eri työvuoroissa
Viikonlopun aamuvuorolaisen tehtävät	
Siivoustehtävät	
Terveyskeskuksen tai yksityislääkärin lähete	
Polikliininen leikkausarvio	Lähete
Leikkausjono	
Ravinnotta leikkausosastolle leikkausaamuna	Vastaanotto
Leikkaustiimi ottaa vastaan	
Steriili pukeutuminen	
Leikkausinstrumentit	Leikkausvalmistelut
Steriilin leikkausalueen luominen	
Nukutus/puudutus	Anestesia
Instrumentoiva hoitaja avustaa lääkäriä	Toimenpiteen aikainen hoitotyö
Potilaan tarkkailu	Heräämöhoito
Kivunhoito	
Tarkkailun jälkeen osastohoitoon	Osastohoito
Kotiutuminen	
Jälkitarkastus terveyskeskuksessa tai poliklinikalla	Jälkitarkastus
Anestesiakansiossa tietoa ensiavusta	Ensiapu
Erillisessä ohjekansiossa tietoa katastrofivalmiudesta	Katastrofivalmius
Varauloskäynnit tulee varmistaa osastolla	
Erillisessä ohjekansiossa tietoa paloturvallisuudesta	Paloturvallisuus
Sammutuskalusto tulee varmistaa osastolla	(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)

Opiskelijan perehdytyskansio	
Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat
Kolme leikkaussalia	Leikkaussalit
Yksi robottisali	Robottisali
Yksi heräämö	Heräämö
Sektiosalit osastolla 360	Sektiosalit
Aamuraportti kansliassa	Kanslia
Kahvihuoneessa kahvikassa	Kahvihuone
Ruokailut	
Aamuvuoro	
Heräämövuo	Kolmivuorotyö
Iltavuoro	
Yövuoro	
Opiskelija pääasiassa aamuvuorossa	Harjoittelutunnit
Yksi iltavuoro	
Aamuvuorossa elektiiviset toimenpiteet	Elektiiviset toimenpiteet
Puhelinpäivystys	Päivystystoimenpiteet
Osastolla osastonhoitaja	Osastonhoitaja
Osastolla apulaisosastonhoitaja	Apulaisosastonhoitaja
Kahdeksantoista sairaanhoitajaa	Sairaanhoitajat
Kaikki anestesiassa, instrumenteissa, valvovana, heräämössä	
Yksi lääkintävahtimestari	Lääkintävahtimestari
Yksi välinehuoltaja	Välinehuoltaja
Kaksi laitoshuoltajaa	Laitoshuoltajat
Yksi osastonsihtööri	Osastonsihtööri
Erikoislääkäri vastaa leikkaustoiminnasta	Leikkaustoiminnan vastaava lääkäri
Erikoislääkäri vastaa anestesiatoiminnasta	Anestesiatoiminnan vastaava lääkäri
Kolme opiskelijavastaavaa	Opiskelijavastaavat
Naistenklinikalla klinikkaopettaja	Naistenklinikan klinikkaopettaja
Yhteydenotto vähintään kaksi viikkoa ennen	Yhteydenotto osastolle
Saapumisajat	
Saapumisohje	Ensimmäinen harjoittelupäivä
Työkengät ja nimineula mukana	(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)	
Tutustuminen tiloihin ja toimintaperiaatteisiin	
Lukollinen lokero	Pukeutumistilat
Työvaatteet	
Ruokasalin sijainti	
Omat eväät	Ruokailu
Ruokatauko	
Yhteiskäyttötunnus	ATK-asiat
Opiskelijoille ilmoitustaulu	Ilmoitustaulu
Laparotomia toimenpiteet	
Alatieleikkaukset	Instrumentoivan hoitajan tehtävät
Endovisioleikkaukset	
Tarvikkeiden laskeminen	
Anestesiat	
Puudutukset	
Veripaikka	Anestesiahoitajan tehtävät
Kivunhoito	
Verenkierrosta huolehtiminen	
Hengityksestä huolehtiminen	
Mittaukset	
ATK	
Pesut	
Näytteet	
Leikkaustarvikkeiden laskeminen	Valvojan hoitajan tehtävät
Verenhukka	
Leikkausasento	
Leikkausvälineistö	
Heräämöhoidajan tehtävät	
Iltahoitajan tehtävät	
Preoperatiivinen kierto	Muut tehtävät
Kirurginen käsienpesu	
Steriilipukeutuminen	
Peittelyt	
Leikkaushoitajan käsikirja	
Ommelaineet	
Pesu	
Pakkaaminen	Välinehuolto
Sterilointi	(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)	
Gynekologiset tähystystoimenpiteet	Gynekologiset skopiat
Vaginaaliset leikkaukset, kuten kohdunpoistot	Vaginaaliset leikkaukset
Kohdunpoistoja vuodessa noin 300	
Gynekologiset syöpäleikkaukset myös robotilla	Gynekologiset syöpäleikkaukset
Syöpäleikkauksia vuodessa noin 200	
Urogynekologiset toimenpiteet	Urogynekologiset toimenpiteet
Virtsankarkailuleikkauksia vuodessa noin 160	
Gynekologiset pientoimenpiteet	Gynekologiset pientoimenpiteet
Endometriosileikkaukset mukaanlukien suolitoimenpiteet	Suolitoimenpiteitä sisältävät endometriosileikkaukset
Infuusiopotteja laitetaan lisäksi	Infuusioportit
Keskuslaskimokanyyleja laitetaan lisäksi	Keskuslaskimokanyylit
Joustavasta työnteosta huolehtiminen	
Salin kunnostaminen	
Leikkausasennon tarkistaminen	Valvovan hoitajan tehtävät
Anestesiahoitajan avustaminen	
Aseptisessä pukeutumisessa avustaminen	
Taitosten ja neulojen laskeminen ja kirjaaminen	
Leikkausalueen tarkistaminen ja desinfiointi	
Steriiilissä leikkauspeittelyssä avustaminen	
Leikkaus- ja anestesiahoitajan avustaminen	
Näytteistä huolehtiminen	
Salin täydentäminen	
Käy läpi tarkistuslistan kohdat	
Laitteiden toimivuuden varmistaminen	
Potilaan vastaanottaminen	
Leikkausasentoon avustaminen	Anestesiahoitajan tehtävät
Tarkkailulaitteiden kiinnittäminen	
Anestesiaalääkärin avustaminen	
Anestesiakaavakkeen kirjaaminen	
Anestesiatarvikkeiden täyttämisen	
Päivystysaikana toimii myös valvovana hoitajana	
Leikkaussuunnitelman lukeminen	
Leikkaustavan varmistaminen	
Leikkausvälineistön varaaminen	Leikkaushoitajan tehtävät
Kirurginen käsienvpesu	
Steriili pukeutuminen	(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)	
Instrumenttipöydän järjestely	
Potilaan peittely	
Leikkaavan lääkärin avustaminen	
Instrumenttien laskeminen ja tarkistaminen	
Instrumenttien vieni välinehuoltoon	
Leikkausasentoon avustaminen	
Instrumentoivan hoitajan tehtävät	Sektiosalin tehtävät
Potilaan siistiminen ja siirto	
Postoperatiivinen tarkkailu	Heräämöhoitajan tehtävät
Kivunhoito	
Salissa laitteiden tarkistus ja leikkausasennon avustaminen	Lääkintävahtimestarin tehtävät
Muuten varastotavarat, konepesu ja huolto	
Instrumenttien puhdistus, tarkastus ja varastointi	
Huoltokeskustilaukset	
Varastotilaukset	Välinehuoltajan tehtävät
Steriilin varaston tarkistaminen	
Tarviketäydennykset	
Preoperatiivisen vaiheen määritelmä	
Preoperatiivinen käynti	Preoperatiivinen hoitotyö teoriassa
Vuorovaikutus potilaan kanssa ennen leikkausta	
Intraoperatiivisen vaiheen määritelmä	
Potilaan vastaanotto	
Potilaan valmistelu	
Anestesia	Intraoperatiivinen hoitotyö teoriassa
Potilaan valvonta anestesian aikana	
Leikkausvalmistelut	
Leikkaus	
Siirto heräämööseen	
Tavallisimmat gynekologiset leikkaukset	
Anestesiassa käytettävät lääkkeet	
Puudutukset	
Postoperatiivisen vaiheen määritelmä	
Heräämötarkkailu	Postoperatiivinen hoitotyö teoriassa
Kivunhoito	
Siirto vuodeosastolle	
Terveyskeskuksen tai yksityislääkärin lähete	(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)	
Polikliininen leikkausarvio	Lähetete
Leikkausjono	
Ravinnotta leikkausosastolle leikkausaamuna	Vastaanotto
Leikkaustiimi ottaa vastaan	
Steriili pukeutuminen	
Leikkausinstrumentit	Leikkausvalmistelut
Steriilin leikkausalueen luominen	
Nukutus/puudutus	Anestesia
Instrumentoiva hoitaja avustaa lääkärää	Toimenpiteen aikainen hoitotyö
Potilaan tarkkailu	Heräämöhoito
Kivunhoito	
Tarkkailun jälkeen osastohoitoon	Osastohoito
Kotiutuminen	
Jälkitarkastus terveyskeskuksessa tai poliklinikalla	Jälkitarkastus
Tartuntataudit ja -tavat	Eristyspotilaan leikkaus
Toiminta eristys- ja varotoimiluokkien mukaan	
Opiskelijoiden osallistumista eristystoimenpiteisiin vältetään	Opiskelijan osallistuminen eristysleikkaukseen
Osallistumisehtona riittävä ohjaus	
Aseptiikan merkitys	Intraoperatiivisen hoitotyön aseptiset ohjeet
Ohjeen sisältö	
Työnantajan huoltama työasu	
Tarvittavat suojaimet	Suojavaatekäytäntö
Suojavaatteen kriteerit	
Leikkaussalissa sisäjalkineet, muualla omat työjalkineet	
Neulanpistotapaturmien ensiapu	
Laboratorionäytteet	
Poikkeustapaukset	Neulanpistotapaturmat
Tapaturmasta ilmoittaminen	
Rokotukset ja hoito	
Seuranta	
Opiskelijoiden terveydenhuollon järjestelyt	Opiskelijan terveydentilakriteerit
Tartuntatautien ehkäisy	
Ihmisten kunnioittaminen	
Hyvinvointi	
Hyvät käytöstavat	(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)	
Rehellisyys ja oikeudenmukaisuus	
Lakien ja sääntöjen noudattaminen	Hoitotyötä ohjaavat arvot
Luottamuksellisuus	
Vastuullisuus	
Ammattitaidon ajantasaisuus	
Kollegiaalisuus	
Eettisten ohjeiden tarkoitus	
Tehtävää koskeva etiikka	
Potilasta koskeva etiikka	Sairaanhoitajan eettiset ohjeet
Työtovereita koskeva etiikka	
Yhteiskuntaa koskeva etiikka	
Ammattikuntaa koskeva etiikka	
Salassapitovelvollisuus lakisääteinen	
Vaitiolovelvollisuus lakisääteinen	Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus
Vaitiolovelvollisuus leikkausosastolla	
Toiminta-ajatuksena terveyden, elinvuosien ja sosiaalisen hyvinvoinnin lisääminen	Sairaanhoitopiirin toiminta-ajatus
Hoidon korkea taso ja yksilöllinen toteuttaminen	
Sairauksien ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen	
Palveluiden tehokkuus ja tuottavuus	
Hyvä työnantaja ja työntekijöiden osaaminen	Sairaanhoitopiirin tavoitteet
Yhteistyö eri tahojen kanssa	
Korkeatasoinen ja arvostettu tutkimustyö	
Oikeudenmukaisuus	
Potilaslähtöisyys	
Jatkuva uudistuminen	Sairaanhoitopiirin perusarvot
Tehokkuus ja henkilöstön hyvinvointi	
Demokratia	
Potilaslähtöinen toiminta	
Hoitotyön laatu	Potilaslähtöiset palvelut
Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen	
Hoitohenkilöstön osaamisen kehittäminen	Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö
Työhyvinvointi	
Näyttöön perustuva hoitotyö	Tehokas toiminta
Hoitotyön tuloksellisuus	
Optimaaliset henkilöstövoimavarat	Hoidon tuotantomalli
Informaatioteknologian hyödynnettävyys	Infrastruktuuuri (jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)	
Hoitotyön kehittyvä vastuualue	Selkeä organisaatio
Hoitotyön hyvä johtaminen	Johtaminen ja toimintakulttuuri
Hoitotyön tutkimuksen ja opettamisen kehittäminen	Yliopistollinen yhteistyö
Strateginen kartta –taulukko	Strateginen kartta
Opiskelija ohjaajan kanssa	
Päivittäinen ohjaaja voi vaihtua	Opiskelijan rooli
Opiskelijan aktiivisuus	
Tavoitteet	
Oma arviointi	Reissuvihko
Ohjaajan arvioinnit	
Osaston oppimistehtävä opiskelijalle	Oppimistehtävä
Turun AMK:n lääkelaskuja	
Turun AMK:n lääkelaskutenttejä	Lääkelaskut
Vastauksia lääkelaskuihin	
Teoriaa lääkelaskuista	
Tavoitteiden laadinta	
Kiinnostus, motivoituneisuus ja aktiivisuus	Osaston odotukset
Aseptinen omatunto	
Teorian kertaaminen ennen harjoittelua	
Potilaan huomioiminen	
Potilaan tarkkailu	
Yleisanestesia	Tavoitteet anestesiahoitajan tehtävissä
Spinaali- ja epiduraalipuudutus	
IVA-anestesia	
Ventilaattori	
Potilaan lämmitys	
Heräämöhoito	
Kirurginen käsidesinfektio	
Leikkausasuun pukeutuminen	Tavoitteet leikkaushoitajan tehtävissä
Steriilin alueen luominen	
Instrumenttipöydän kokoaminen	
Instrumentointi	
Välinehuolto	
Ihon desinfektio	
Leikkausasento	Tavoitteet valvojan hoitajan tehtävissä (jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)	
Neutraalielektrodi	
Leikkaustaitosten käsittely	
Potilasnäytteiden käsittely	
Turun AMK:n arviointilomake	Arviointilomake
Turun AMK:n arviointikriteerit	Arviointikriteerit

Taulukko 4. Perehdytysmateriaalin sisällönanalyysirungot.

Työntekijän perehdytyskansio		
Alaluokat	Yläluokat	Pääloukat
Leikkaussalit		
Heräämö	Työtilat	
Sektiosalit		
Kolmivuorotyö		
Elektiiviset toimenpiteet	Työaika	
Päivystystoimenpiteet		
Osastonhoitaja		
Apulaisosastonhoitaja		
Sairaanhoitajat		
Lääkintävahtimestari		
Välinehuoltaja	Henkilökunta	Työympäristöön
Laitoshuoltajat		liittyvä tieto
Osastonsihteeri		
Leikkaustoiminnan vastaava lääkäri		
Anestesiatoiminnan vastaava lääkäri		
ATK-asiat		
LOVe		
Yhteistyöyksiköt	Käytännön asiat	
Opetusvelvollisuus		
Jätteiden käsittely		
Instrumentoivan hoitajan tehtävät		
Anestesiahoitajan tehtävät		
Valvovan hoitajan tehtävät	Perehdytyksen tarkistuslista	
Välinehuoltajan tehtävät		
Lääkintävahtimestarin tehtävät		
Muut tehtävät		
Laitteiden käyttö		
Työturvallisuus		
Gynekologiset skopiat		
Vaginaaliset leikkaukset		
Gynekologiset syöpäleikkaukset		
Urogynekologiset toimenpiteet		
Gynekologiset pientoimenpiteet	Toimenpiteet	(jatkuu)

Taulukko 4. (jatkuu)		
Endometriosileikkaukset suolitoim.		
Infuusioportit		
Keskuslaskimokanyylit		
Valvovan hoitajan tehtävät		
Anestesiahoitajan tehtävät		
Leikkaushoitajan tehtävät		Työtehtäviin
Päivystysajan tehtävät	Toimenkuvat	liittyvä tieto
Sektiosalin tehtävät		
Heräämöhoitajan tehtävät		
Lääkintävahtimestarin tehtävät		
Välinehuoltajan tehtävät		
Tehtävät eri työvuoroissa		
Lähetet		
Vastaanotto		
Leikkauvalmistelut		
Anestesia	Perioperatiivinen	
Toimenpiteen aikainen hoitotyö	hoitotyö	
Heräämöhoito		
Osastohoito		
Jälkitarkastus		
Ensiapu	Potilasturvallisuus	
Katastrofivalmius	Työturvallisuus	
Paloturvallisuus		(jatkuu)

Taulukko 4. (jatkuu)

Opiskelijan perehdytyskansio		
Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat
Leikkaussalit		
Robottisali		
Heräämö	Työtilat	
Sektiosalit		
Kanslia		
Kahvihuone		
Kolmivuorotyö		
Harjoittelutunnit		
Elektiiviset toimenpiteet	Työaika	
Päivystystoimenpiteet		
Osastonhoitaja		Työympäristöön liittyvä tieto
Apulaisosastonhoitaja		
Sairaanhoitajat		
Lääkintävahtimestari		
Välinehuoltaja		
Laitoshuoltajat	Henkilökunta	
Osastonsihteeri		
Leikkaustoiminnan vastaava lääkäri		
Anestesiatoiminnan vastaava lääkäri		
Opiskelijavastaavat		
Naistenklinikan klinikkaopettaja		
Yhteydenotto osastolle		
Ensimmäinen harjoittelupäivä	Käytännön asiat	
Pukeutumistilat		
Ruokailu		
ATK-asiat		
Ilmoitustaulu		
Instrumentoivan hoitajan tehtävät		
Anestesiahoitajan tehtävät		
Valvovan hoitajan tehtävät	Perehdytyksen tarkistuslista	
Muut tehtävät		
Välinehuolto		
Gynekologiset skopiat		
Vaginaaliset leikkaukset		
Gynekologiset syöpäleikkaukset		

(jatkuu)

Taulukko 4. (jatkuu)		
Urogynekologiset toimenpiteet		
Gynekologiset pientoimenpiteet	Toimenpiteet	
Endometriosileikkaukset suolitoim.		
Infuusioportit		
Keskuslaskimokanyylit		
Valvovan hoitajan tehtävät		Työtehtäviin
Anestesiahoitajan tehtävät		liittyvä tieto
Leikkaushoitajan tehtävät		
Sektiosalin tehtävät	Toimenkuvat	
Heräämöhoidajan tehtävät		
Lääkintävahtimestarin tehtävät		
Välinehuoltajan tehtävät		
Preoperatiivinen hoitotyö teoriassa		
Intraoperatiivinen hoitotyö teoriassa		
Postoperatiivinen hoitotyö teoriassa		
Lähetä		
Vastaanotto	Perioperatiivinen	
Leikkauvalmistelut	hoitotyö	
Anestesia		
Toimenpiteen aikainen hoitotyö		
Heräämöhoito		
Osastohoito		
Jälkitarkastus		
Eristyspotilaan leikkaus		
Opiskelijan osallistuminen eristysleikkaukseen		
Intraoperatiivisen hoitotyön aseptiset ohjeet		
Suojavaatekäytäntö	Työturvallisuus	
Neulanpistotaturmat		
Opiskelijan terveydentilakriteerit		
Hoitotyötä ohjaavat arvot		
Sairaanhoitajan eettiset ohjeet	Työetiikka	
Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus		
Sairaanhoitopiirin toiminta-ajatus		
Sairaanhoitopiirin tavoitteet		
Sairaanhoitopiirin perusarvot		
Potilaslähtöiset palvelut		
Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö	Hoitotyön strategia	
Tehokas toiminta		
Hoidon tuotantomalli		(jatkuu)

Taulukko 4. (jatkuu)		
Infrastrukturi		
Selkeä organisaatio		
Johtaminen ja toimintakulttuuri		
Yliopistollinen yhteistyö		
Strateginen kartta		
Opiskelijan rooli		
Reissuvihko	Opiskelijaohjaus	
Oppimistehtävä		
Lääkelaskut		
Osaston odotukset		Työharjoitteluun
Tavoitteet anestesiahoitajan tehtävissä	Tavoitteet	liittyvä tieto
Tavoitteet leikkaushoitajan tehtävissä		
Tavoitteet valvojan hoitajan tehtävissä		
Arviointilomake	Arviointi	
Arviointikriteerit		

Taulukko 5. Tutkimusaineiston kvantifiointi.

Perehdytysmateriaali	Henkilökunta	Opiskelijat	Yhteensä
Työtilat			12
Leikkaussalit	1	2	3
Robottisali	0	1	1
Heräämö	1	2	3
Sektiosalit	1	2	3
Kanslia	0	1	1
Kahvihuone	0	1	1
Työaika			9
Kolmivuorotyö	2	2	4
Harjoittelutunnit	0	1	1
Elektiiviset toimenpiteet	1	1	2
Päivystystoimenpiteet	1	1	2
Henkilökunta			21
Osastonhoitaja	1	2	3
Apulaisosastonhoitaja	1	1	2
Sairaanhoitajat	1	1	2
Lääkintävahtimestari	1	1	2
Välinehuoltaja	1	1	2
Laitoshuoltajat	1	1	2
Osastonsihtööri	1	1	2
Leikkauslääkäri	1	1	2
Anestesia­lääkäri	1	1	2
Opiskelijavastaava	0	1	1
Naisten­klinikan klinikkaopettaja	0	1	1
Käytännön asiat			11
Yhteydenotto osastolle	0	1	1
Ensimmäinen harjoittelupäivä	0	1	1
Pukeutumistilat	0	1	1
Ruokailu	0	1	1
ATK-asiat	1	1	2
LOVe	1	0	1
Yhteistyöyksiköt	1	0	1
Opetusvelvollisuus	1	0	1
Ilmoitustaulu	0	1	1
Jätteiden käsittely	1	0	1
Perehdytyksen tarkistuslista			12
Instrumentoiva hoitaja	1	1	2
Anestesiahoitaja	1	1	2

(jatkuu)

Taulukko 5. (jatkuu)			
Valvova hoitaja	1	1	2
Välinehoitaja	1	0	1
Lääkintävahtimestari	1	0	1
Muut tehtävät	1	1	2
Laitteiden käyttö	1	0	1
Työturvallisuus	1	0	1
Toimenpiteet			19
Skopiat	1	1	2
Vaginaaliset leikkaukset	1	2	3
Syöpäleikkaukset	1	2	3
Urogynekologiset leikkaukset	1	2	3
Pientoimenpiteet	1	1	2
Suolitoimepiteet	1	1	2
Infuusioportit	1	1	2
Keskuslaskimokanyylit	1	1	2
Toimenkuvat			16
Valvova hoitaja	1	1	2
Anestesiahoitaja	1	1	2
Leikkaushoitaja	1	1	2
Päivystysaika	1	0	1
Sektiosali	1	1	2
Heräämöhoitaja	1	1	2
Lääkintävahtimestari	1	1	2
Välinehoitaja	1	1	2
Eri työvuoroissa	1	0	1
Perioperatiivinen hoitotyö			34
Preoperatiivinen hoitotyö teorias- sa	0	3	3
Intraoperatiivinen hoitotyö teorias- sa	0	3	3
Postoperatiivinen hoitotyö teorias- sa	0	2	2
Lähetet	1	1	2
Vastaanotto	1	1	2
Leikkausvalmistelut	1	1	2
Anestesia	1	4	5
Toimenpiteen aikainen hoito	1	3	4
Heräämöhoido	1	3	4
Osastohoito	1	3	4
Jälkitarkastus	1	2	3
			(jatkuu)

Taulukko 5. (jatkuu)			
Potilasturvallisuus			1
Ensiapu	1	0	1
Työturvallisuus			9
Katastrofivalmius	1	0	1
Paloturvallisuus	1	0	1
Eristyspotilaan leikkaus	0	1	1
Opiskelija eristysleikkauksessa	0	1	1
Aseptiset ohjeet	0	2	2
Suojaavaatekäytäntö	0	1	1
Neulanpistotapaturmat	0	1	1
Opiskelijan terveydentilakriteerit	0	1	1
Työetiikka			3
Hoitotyötä ohjaavat arvot	0	1	1
Sairaanhoitajan eettiset ohjeet	0	1	1
Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus	0	1	1
Hoitotyön strategia			12
Sairaanhoitopiirin toiminta-ajatus	0	1	1
Sairaanhoitopiirin tavoitteet	0	1	1
Sairaanhoitopiirin perusarvot	0	1	1
Potilaslähtöiset palvelut	0	1	1
Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö	0	1	1
Tehokas toiminta	0	1	1
Hoidon tuotantomalli	0	1	1
Infrastruktuuri	0	1	1
Selkeä organisaatio	0	1	1
Johtaminen ja toimintakulttuuri	0	1	1
Yliopistollinen yhteistyö	0	1	1
Strateginen kartta	0	1	1
Opiskeliijaohjaus			18
Opiskelijan rooli	0	1	1
Reissuvihko	0	1	1
Oppimistehtävä	0	1	1
Lääkelaskut	0	15	15
Tavoitteet			4
Osaston odotukset	0	1	1
Anestesiahoitajan tehtävät	0	1	1
Leikkaushoitajan tehtävät	0	1	1
Valvovan hoitajan tehtävät	0	1	1
<i>(jatkuu)</i>			

Taulukko 5. (jatkuu)			
Arviointi			2
Arviointilomake	0	1	1
Arviointikriteerit	0	1	1