



Laadukas potilasohjaus

Tarkistuslista kolonoskopiapotilaan ohjaukseen

Kirsi Siivari

Tiina Jokinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

Kirsi Siivari & Tiina Jokinen
Kolonoskopiapotilaan ohjaus
Tarkistuslista ohjauksen työvälineenä

Opinnäytetyö 42 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Maaliskuu 2015

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli ajantasaisen tutkitun tiedon pohjalta laatia tarkistuslista kolonoskopia potilaan ohjaamisesta. Opinnäytetyö on tuotokseen painottuva. Opinnäytetyössämme tarkastellaan laadukkaaseen potilasohjaustilanteeseen vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ovat laadukas potilasohjaus, näyttöön perustuva hoitotyö, terveyden edistäminen, hoitajan vuorovaikutustaidot, potilaan voimavaraistuminen, ympäristön ja työyhteisön vaikutus sekä kolonoskopia toimenpiteenä.

Potilasohjausta ohjaavat erilaiset lait ja säädökset. Laki potilaan oikeuksista (L785/1992) määrää, että potilaalle on annettava tarpeeksi tietoja hänen terveyden tilastaan riittävän ymmärrettävästi. Jatkuvasti lyhentyneet hoitoajat, potilaiden lisääntynyt itsenäinen tiedonhankinta ja omahoito lisäävät potilaiden ohjaustarvetta. Hyvät ohjaus- ja vuorovaikutustaidot ovat tulevien hoitajien oleellisia taitoja.

Laadukkaassa potilasohjauksessa otetaan huomioon potilaan elämäntilanne ja yksilöllisyys. Ohjaus ympäristön tulee olla kiireetön ja rauhallinen. Kolonoskopiapotilaan hoitotyössä laadukkaalla ohjauksella lisätään potilaan tietoa ja ymmärrystä toimenpiteestä. Laadukkaalla ohjauksella vähennetään potilaan jännitystä sekä kiputunteuksia toimenpiteen aika.

Opinnäytetyömme on tehty yksityiselle lääkäriasemalle Tampereella. Tarkistuslista on laadittu työelämän ja kirjallisuuden mukaan. Tarkistuslistan tarkoitus on yhtenäistää kolonoskopiapotilaan ohjausta sekä toimia hoitajan muistin tukena ohjattavista asioista. Tarkistuslistan tavoitteena on lisätä potilasturvallisuutta sekä varmistaa kolonoskopiapotilaan monipuolinen ohjaus.

Asiasanat: laadukas potilasohjaus, näyttöön perustuva hoitotyö, kolonoskopia, kolonoskopiapotilaan ohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

Tiina Jokinen & Kirsi Siivari:
Patient Education in Colonoscopy
Checklist as a Guideline in Patient Education

Bachelor's thesis 42 pages, appendices 6 pages
March 2015

The purpose of this study was to familiarize ourselves with qualified patient education in theory and practice. The approach used in this thesis was functional. As an outcome of this study a patient education checklist was created. The purpose of the checklist was to help colonoscopy nurses to guide patients at a private doctor's surgery. The theoretical section consists of qualified patient education, evidence-based nursing, nurses' communication skills and resources and dignity of working place. The outcome of this study is a patient education checklist which is based on the theoretical section and patient information leaflets as well as nurses' advice at a private doctor's surgery in Tampere.

The essential basis for patient counselling is knowledge of patient's health: without knowledge action is difficult. Patient's right to information is prescribed by Finnish law (785/92) and stated in health care and nursing. The increased need for patient education is due to shortened hospital stays. In addition, the growing elderly population, multidimensional health, the problems of older people and access to information technology increase. At the same time nurses' time for patient education is limited. Therefore future nurses need good patient communication skills to perform qualified patient education.

When we perform qualified patient education, we pay attention to patient's individualism and life situation. As a professional nurses we need to perform evidence-based nursing and have good communication skills. The conditions of patient education should be peaceful and unhurried. By good patient education we increase a patient's knowledge and understanding of the procedure. The patient's anxiety and discomfort of pain are also relieved.

Key words: Patient education, Evidence-based nursing, colonoscopy

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet.....	8
	3.2 Näyttöön perustuva hoitotyö ja hoitosuositukset.....	9
	3.3 Laadukas potilasohjaus	11
	3.3.1 Käsitteitä ja lainsäädäntöä.....	11
	3.3.2 Ohjaustarpeen arviointi	12
	3.3.3 Potilasohje ja ohjausmenetelmät.....	13
	3.3.4 Ohjauksen periaatteet ja kirjaaminen	14
	3.3.5 Ohjaus prosessina.....	15
	3.4 Terveyden edistäminen	15
	3.5 Hoitajan vuorovaikutustaidot.....	16
	3.6 Potilaan voimavaraistuminen.....	17
	3.7 Ympäristön ja työyhteisön vaikutus ohjaukseen	19
4	KOLONOSKOPIATUTKIMUS	21
	4.1 Suoliston sairauksia	21
	4.2 Kolonoskopia toimenpiteenä	22
	4.3 Kolonoskopiapotilaan ohjauksen erityispiirteet.....	23
	4.4 Potilaan valmistaminen toimenpiteeseen.....	24
	4.5 Potilaan ohjaaminen intraoperatiivisesti	25
5	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	27
	5.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	27
	5.2 Tarkistuslistasta ja tuotoksen toteuttaminen Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.	
	5.2.1 Tarkistuslista hoitotyössä.....	27
	5.2.2 Tuotoksen toteuttaminen Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.	
6	PÄÄTÄNTÄ	30
	6.1 Luotettavuus ja eettisyys.....	30
	6.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	31
	6.3 Kehittämisehdotukset.....	31
	LÄHTEET.....	33
	Liite 1. Kolonoskopiapotilaan ohjauksen tarkistuslista.....	39
	Liite 2. Tutkimustaulukko	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.1

1 JOHDANTO

Laadukkaalla potilasohjauksella tarkoitetaan, potilaan ohjaamista siten, että hän ymmärtää ohjattavan asian ja ohjeet. Laadukkaassa potilasohjauksessa huomioidaan yksilöllisyys ja potilaan elämäntilanne. Hoitotyön ammattilaiselta vaaditaan valmiuksia riittävän ja tarvittavan tiedon antamiseen ja ohjaamiseen. Ohjauksen tulee aina perustua näyttöön. Näyttöön perustuvassa toiminnassa käytetään parasta saatavilla olevaa tietoa potilaan hoidossa. Parhaalla ajantasaisella tiedolla tarkoitetaan luotettavaa tutkittua tietoa (STM 2009). Hoitajalla tulee olla vahva osaaminen ajantasaisesta tiedosta. Ympäristön ja puitteiden tulee olla kiireetön ja rauhallinen. Nykykäsityksen mukaan potilas ja hoitotyöntekijä ovat tasa-arvoisia ohjaustilanteessa ja potilasohjauksen tulisi olla vuorovaikutteista, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa (Kyngäs ym. 2007).

Laadukkaalla potilasohjauksella pyritään tukemaan potilaan hoitomyöntyvyyttä, jotta hän ymmärtäisi sairauden vaikutukset arkielämäänsä. Ohjauksella voidaan tutkimusten mukaan vähentää kivuntuntemusta hoitotyötoimintoja tehtäessä, sekä vahvistaa potilaan itsehoitotaitoja ja lisätä vastuunottamista omasta terveydestä (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006). Laadukkaan ohjauksen tarkoituksena on tukea potilaan omia voimavaroja ja lisätä hänen aktiivisuuttaan omahoitoon. Tällä pyritään siihen, että hän ottaa vastuuta jatkohoidostaan.

Potilasohjausta ohjaavat erilaiset lait ja säädökset. Potilasoikeuslaissa (L785/1992, 2§ 3, 2§ 9) määrätään, että hoitohenkilökunnan on annettava potilaalle ja perheelle tarpeeksi tietoja hänen terveytensä tilasta, hoitonsa laajuudesta, vaihtoehdoista ja mahdollisista riskitekijöistä selkeästi. Ohjauksen sisällön tulee olla riittävää ja potilaalle ymmärrettävää. Potilaalla on kuitenkin oikeus päättää hoidostaan ja hoidonohjauksestaan, ja miten hän saamansa ohjauksen pohjalta toimii. Hoitohenkilöstön tulee varmistaa, että potilas voi saamansa taustatiedon perusteella tehdä omat hoitopäätöksensä itsenäisesti ilman pakkoa. Hoitohenkilöstö huomioi potilaan hoidossa ja ohjauksessa hänen henkilökohtaiset tiedon ja tuen tarpeet, elämäntilanteen sekä omaiset ja läheiset (Hoitotyön suositukset 2013, Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996).

Opinnäytetyömme on lähtöisin työelämän tarpeista. Tarkoituksena on tehdä tarkistuslista kolonoskopiapotilaan ohjauksesta yksityisen lääkäriaseman hoitohenkilökunnan käyttöön. Laadukasta potilasohjausta tässä opinnäytetyössä käsittelemme näyttöön perustuvan hoitotyön, terveyden edistämisen, hoitajien vuorovaikutustaitojen ja potilaan voimavaraistumisen kautta. Taustalla vaikuttavat työyhteisön resurssit ja arvot. Valitsimme aiheeksi potilasohjauksen, koska tulevina sairaanhoitajina suuri osa työstämme tulee olemaan potilasohjausta. Haluamme kehittyä ammatissa ja toteuttaa ohjausta laadukkaasti.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä yksityisen lääkäriaseman hoitajien käyttöön skopiapotilaan ohjauksen tarkistuslista. Ohjaukseen kuuluvat toimenpidettä edeltävä, toimenpiteen aikainen ja toimenpiteen jälkeinen ohjaus.

Opinnäytetyön tehtävät ovat seuraavat:

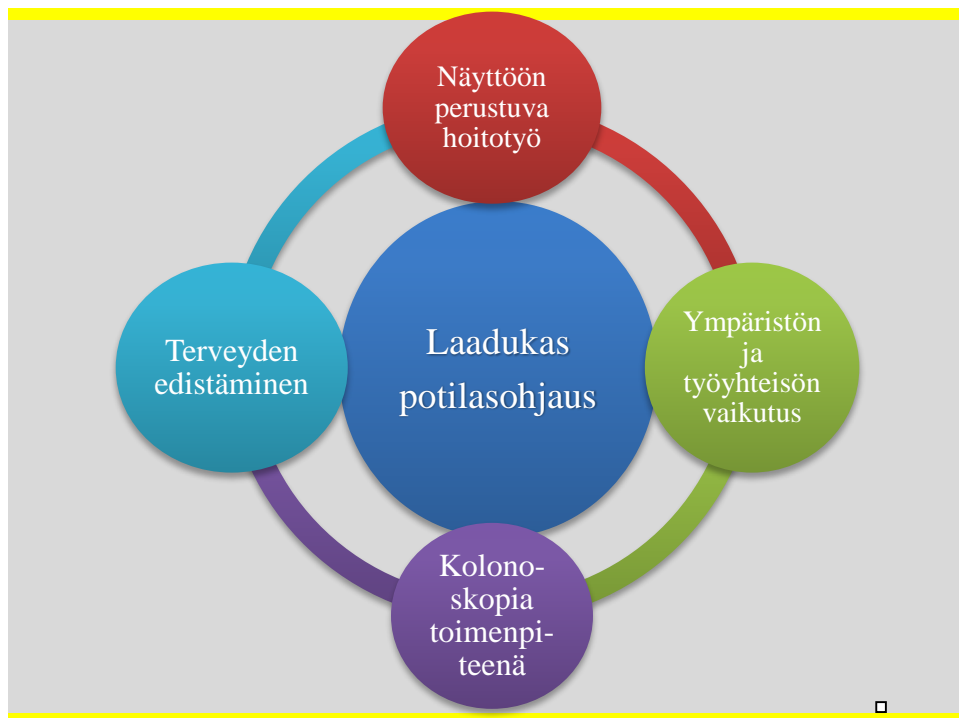
1. Mitä on laadukas potilasohjaus ?
2. Millainen toimenpide on kolonoskopia?
3. Millainen on laadukas kolonoskopiahoitajan tarkistuslista ?

Tavoitteena on lisätä kolonoskopiahoitajien ohjauksellista osaamista ja kolonoskopiapotilaiden omahoitotaitoja. Laadukkaalla potilasohjauksella myös edistetään potilaan terveyttä ja hoidon turvallisuutta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Opinnäytetyömme aihe on laadukas kolonoskopiapotilaan ohjaus. Teoreettisiksi lähtökohdiksi valittiin kirjallisuuden ja työelämän keskustelujen perusteella käsitteet laadukas potilasohjaus, näyttöön perustuva hoitotyö, terveyden edistäminen, ympäristön ja työyhteisön vaikutus sekä kolonoskopia toimenpiteenä (kuvio 1). Lisäksi käsittelemme laadukkaaseen ohjaukseen liittyen hoitajien vuorovaikutustaitoja, potilaan hoitoon sitoutumista, omahoitotaitoja sekä voimavaraistumista.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.2 Näyttöön perustuva hoitotyö ja hoitosuositukset

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä (NPH, engl. Evidence-Based Nursing) tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tutkitun tiedon harkittua käyttämistä potilaan hoidossa sekä hänen läheistensä huomioon ottamisessa. Tavoitteena on hoidon tarpeeseen vastaaminen vaikuttaviksi tunnistettujen menetelmien ja hoitokäytänteiden keinoin (STM 2009). Harkitussa tiedon käytössä otetaan huomioon paitsi vaikuttavat hoitotyön menetelmät, myös menetelmien hyödyt ja haitat, sekä yksittäisen potilaan tilanne ja toivomukset toimintaympäristöineen ja resursseineen. Lopullinen hoitopäätös on räätälöity yksilöllisesti kullekin potilaalle sopivaksi yhdessä potilaan kanssa käyttäen edellä kuvattuja tiedonlähteitä. Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoitus on potilaan mahdollisimman hyvä ja vaikuttava hoito. Sellaisten hoitomenetelmien käyttöä, joilla ei ole vaikutusta hoidon lopputulokseen, tai josta saattaa olla jopa haittaa potilaalle, tulisi välttää. Hoidonvaihtelu ei saa olla hoitopaikasta eikä hoidon toteuttajasta riippuvaista. Se kuuluu myös potilaan hyvään hoitoon (Schmidt & Brown 2009, 9-10).

Suomessa näyttöön perustuvan toiminnan (NPT) edistäminen on lakisääteistä. Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 8§) velvoittaa, että toiminnan on perustuttava näyttöön, hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Hallitusohjelmaan vuosille 2011-2015 on kirjattu NPT:n ja yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen. Lisäksi valtakunnallisen terveydenhuollon neuvottelukunnan (ETENE) laatimat terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet korostavat potilaan oikeutta hyvään hoitoon, oikeudenmukaisuutta ja potilaan itsemäärämisoikeuden huomioimista. Kuviossa 2. on esitetty näyttöön perustuvan hoitotyön eri osa-alueet Hoitotyön tutkimussäätiön 2012 mukaan. NP kuviossa tarkoittaa näyttöön perustuvaa.



KUVIO 2. Näyttöön perustuvan hoitotyön eri osa-alueet (Hoitotyön tutkimussäätiö 2012, Näyttöön perustuva toiminta).

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä (NPH) työntekijä pystyy perustelemaan toimintaansa tutkittuun, yleistettävään ja perusteltuun tietoon pohjautuen. Potilaat kaipaavat perusteluja hoidolleen ja uskaltavat nykyisin kyseenalaistaa hoitoaan enemmän kuin ennen. Hoidettavien vaatimukset hoidon laadulle ovat lisääntyneet, mikä myös puoltaa NPH:n käyttöä. Lisäksi toiminta on taloudellista, koska siinä karsitaan hoitotyön toimintoja, joilla ei ole vaikututtavuutta hoitotyöhön (Closs & Cheater 1999).

Sarajärven (2008) mukaan NPH:n edellytys on, että esimies toimii hoitotyön uudistamistarpeiden tunnistajana ja tuo nämä tarpeet tunnetuiksi. Tarvitaan hoitotyön muutosprosessien johtamisosaamista, muutosvastarinnan tunnistamista, muutosvalmiuksien kehittämistä sekä tukemista. Työyhteisöltä vaaditaan yhteistoiminnallisuutta kaikilla eri osa-alueilla; asiakkaan, eri ammattiryhmien ja työyhteisöjen välillä. Tätä pohjaavat kollegiaalinen tiedonvaihto sekä yhteisesti sovitut toimintakäytänteet. Hoitotyö lähtee asiakkaan ja hänen omaisensa ilmaisemasta hoidontarpeesta eli ajattelu- ja toimintatapa on asiakaslähtöistä. Asiakas on tasavertainen osallistuja hoitoaan koskevissa päätöksissä. NPH on myös taloudellinen panostus toimintaympäristölleen; aikaresurssin antaminen henkilökunnalle, ajanmukaiset tiedonhankintavälineet, ja esimerkiksi henkilökunnan tietojen päivittäminen osallistamalla koulutuksiin ovat NPH:n näkyvää toimintaa (Sarajärvi 2008).

Hoitosuositus (engl. clinical practice guideline) tarkoittaa parhaaseen näyttöön perustuvaa hoitosuositusta. Hoitosuositukset laaditaan sairaus- tai oireyhtymäkohtaisesti ja niitä päivitetään, kun uutta tietoa saadaan sairauden hoidosta. Hoitosuositusten tavoite on edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä sekä selkeyttää hoitotyötoiminnan ymmärrettävyyttä. Hoitosuositukset ovat tarkoitettu lääkäreiden ja hoitajien sekä potilaiden hoitopäätösten tueksi (Elomaa & Koivuniemi 2004, 26). Suomessa hoitosuositukset laatii Duodecimin käypähoito- hanke.

3.3 Laadukas potilasohjaus

3.3.1 Käsitteitä ja lainsäädäntöä

Hoitotyössä 2000-luvulla potilasohjaus on sairaanhoitajan keskeisin toiminta (OPM 2006, 63). Ohjaus-käsite on myös ollut esillä hoitotyössä ja hoitotieteessä enemmän kuin aikaisemmin, mutta se on käsitteenä epäselvä (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6, 251). Hoitotyöstä on todettu kuitenkin puuttuvan laadullisen potilasohjauksen tunnusmerkit (Kyngäs ym. 2007, 12). Teoreettisista lähtökohdista katsottuna potilasohjaus on tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on edistää potilaan tiedonsaantia sekä tukea häntä terveyteen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa (Kyngäs ym, 2007, 25–26, Kääriäinen 2008). Ohjaus eroaa neuvonnasta siten, että siinä pidättäytytään antamasta potilaille suoria neuvoja (Vehviläinen 2001).

Laadukas potilasohjaus on asiakaslähtöistä (Kääriäinen 2011). Potilasohjaus on laadukasta kun potilas ymmärtää ohjattavan asian ja hyötyy siitä. Laadukkaalla ohjauksella tuetaan potilaan voimavaroja niin että hänen oma aktiivisuutensa omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan lisääntyy ja hän ottaa vastuuta jatkohoidostaan. Potilaalla on oikeus hoitoaan koskeviin päätöksiin; oikeus valita, haluaako ohjausta, ja toimia ohjauksen pohjalta valitsemallaan tavalla. Hoitohenkilöstön tehtävänä on antaa riittävästi taustatietoa, että potilas voi tehdä hoitopäätöksen itsenäisesti ilman pakkoa (Kyngäs ym. 2007, Anderson & Funnel 2010). Onnismaan (2007) mukaan ohjauksen on oltava eettisesti kestävä, sillä etiikka ohjauksessa on resurssi ja työväline, hän korostaa.

Lain (785/1992) mukaan potilaalle tulee antaa selvitys paitsi hänen terveydentilastaan, myös hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja näiden vaikutuksista. Selvitys tulee antaa myös muista hoitoon vaikuttavista tekijöistä, joilla on merkitystä kun päätetään potilaan hoitolinjauksista. Tämä selvitys tulee antaa potilaalle ymmärrettävällä tavalla. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että potilasohjauksessa ja neuvonnassa täytyy huomioida potilaan henkilökohtaisen tiedon ja tuen tarve, potilaan elämäntilanne sekä omaiset ja läheiset. Lisäksi sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996) velvoittavat sairaanhoitajia hyvään hoitotyöhön. Sairaanhoitajan on kunnioitettava potilaan ja tämän perheen erilaisia arvoja, kulttuurisia eroja, uskomuksia ja selviytymistapoja (Räty 2002).

3.3.2 Ohjaustarpeen arviointi

Potilaiden ohjaustarpeet nousevat tiedon- ja tuen tarpeista. Potilaan tuen muodot voidaan karkeasti jakaa tiedolliseen tukeen, emotionaaliseen tukeen, psykososiaaliseen tukeen sekä käytännön tukeen (Ahonen ym. 2013, 163). Tiedon tarpeet ovat yleensä sairauteen ja sen hoitoon, hoidon vaikutuksiin sekä ennusteeseen liittyviä. Tärkeää on antaa sellaista tietoa, mikä tukee potilasta hänen omien voimavarojensa hyödyntämisessä. Tällä lisätään hänen motivaatiotaan, elämänhallintaansa, ja mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa (Kyngäs ym. 2007, Holmström & Röing 2010). Läheisten ja omaisten mukaanotto ohjaukseen on tärkeä voimavara (Eloranta, Leino-Kilpi & Valkeapää, 2014). On tärkeää hoitajana miettiä, minkälaista tietoa antaa sairauden eri vaiheissa, sillä väärään aikaan annettu tieto saattaa unohtua tai toisaalta aiheuttaa turhaa huolta etukäteen.

Aina potilaat eivät tunnista omia ohjaustarpeitaan, vaan saattavat pitää tärkeinä asioita, jotka hoitohenkilöstö heille kertoo (Brumfield ym. 1996). On myös tutkimustuloksia siitä, että rutiininomaisessa ohjauksessa potilaiden omia ohjaustarpeita ei huomioida, vaikka potilas ne itse tunnistaakin (Kyngäs 2003, Heino 2005, 23-24). Asioiden selittäminen hoitoalan ammattikielellä voi myös olla yksi haaste potilaalle, samoin tiedon antaminen väärään aikaan ja vain suullisesti, jolloin unohtamisen vaara on suuri. Ohjaustilanteessa voivat sisäiset ärsykkeet, kuten pelko, jännittyneisyys, ahdistus ja levottomuus häiritä potilaan keskittymistä, jolloin ohjaus ei tuo toivottua tulosta (Heino 2005, 37). Männikkö (2014) ehdottaa, että hoidon jatkuvuuden kannalta potilasohjauksessa selkeät vastuut ja nimetyt yhteyshenkilöt vähentävät turhia yhteydenottoja ja hämmennystä.

Elorannan (2014) mukaan potilaslähtöisen ohjauksen suurimmat haasteet ovatkin hoitajien ohjaustarpeen arvioinnissa, tavoitteiden asettamisessa, ohjauksen tuloksellisuuden arvioinnissa ja ohjausmenetelmien hyödyntämisessä. Kääriäinen ym. (2005) tutkivat potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tulokset osoittivat, että ohjaus oli potilaiden mielestä riittämätöntä sekä ennen sairaalaan tuloa että sairaalassa. Erityisesti sosiaalinen tuki jäi riittämättömäksi. Ohjaukseen asennoitumisessa oli myös toivomisen varaa, ja hyvin hallittiin vain yksilöohjaus. Ohjauksella oli vain vähän tai ei ollenkaan vaikutusta kolmannekseen potilaista Kääriäisen ym. tutkimuksessa.

3.3.3 Potilasohje ja ohjausmenetelmät

Potilasohjaukseen liittyy läheisesti potilasohjeiden käyttäminen (Alaperä ym. 2006). Potilasohje voi täydentää ohjausta ja toimia muistinvirkistäjänä potilaalle myöhemmin. Varsinkin sairauden alkujärkytyksessä tietotulva jää potilaalle huonosti mieleen, jolloin voi palata kirjalliseen materiaaliin. Internetin tietomäärä voi aiheuttaa potilaassa ahdistusta, jolloin hoitohenkilökunnan siivilöimä olennainen tieto omasta tilanteesta rauhoittaa. Tiedon on oltava kaikilta osin yhdenmukaista, sillä ristiriitainen tieto saa potilaan herkästi epäilemään koko hoitoa (Johansson & Kukkurainen 2007).

Potilasohjausta voidaan antaa potilaalle yksilöohjauksena, ryhmäohjauksena tai perheohjauksena. Menetelmiä ovat yleisimmin luentomainen ohjaus ja motivoiva keskustelu. Ohjaus voi tapahtua esim. puhelimesta, sähköpostin välityksellä tai muita informaatiotekniikoita hyväksi käyttäen. Demonstraatio eli havainnollinen esittäminen on selittämisen vaihtoehto. Se on usein hyödyllistä taitojen oppimisessa, kuten opeteltaessa avanteen hoitoa tai insuliinin pistämistä (Ahonen ym. 2013, 34). Yksilöohjaus on edelleen käytetyin, mutta usein aikaa säästävää ryhmäohjaus voi olla hyvä vaihtoehto. Siinä potilas saa ammattilaisen ohjauksen ja tuen lisäksi vertaistukea muilta potilailta (Ahonen ym. 2013, 35).

Internetin hyödyntämisestä ohjauksessa on tehty tutkimuksia. Ryhänen (2012) osoitti väitöstyössään, että internetissä sijaitseva Hoitopolku-ohjelma lisäsi rintasyöpäpotilaan hoitoon liittyvää tietoa ja siten myös potilaan voimavaraistumista. Koska potilaan kyky vas-

taanottaa tietoa on rajallinen, tarvitaan perinteisen potilasohjauksen rinnalle uusia potilasopetusmenetelmiä. Internetin Hoitopolku-ohjelma on potilaan käytössä kellon ympäri. Myös Heikkisen (2011) tutkimus puolustaa internetin käyttöä päiväkirurgisten potilaiden ohjauksessa. Potilaiden tiedon taso ja kokemus tiedon riittävydestä lisääntyivät hänen mukaansa enemmän internetohjauksen avulla kuin perinteisessä ohjauksessa. Tällä sääsetään myös hoitajien työajoissa, joten se on organisaatiolle edullisempaa.

3.3.4 Ohjauksen periaatteet ja kirjaaminen

Erilaiset oppijat tulisi ottaa huomioon siten, että tarjotaan ohessa kirjallista materiaalia. Osa oppijoista muistaa kuvista, jolloin olisi hyvä olla mukana kuvallista materiaalia. Osa potilaista oppii parhaiten tekemällä itse, jolloin konkreettinen harjoittelu voi sopia ohjaukseen esimerkiksi motoristen taitojen oppimiseksi (Vuorinen 1993, 3-11). Ohjauksessa tulisi käyttää moneen aistiin perustuvia menetelmiä. Ohjaus tulisi edetä tutusta uuteen asiaan, eikä sellaisia asioita, joita potilas jo osaa, kannata opettaa uudelleen. Ohjauksen tulisi edetä yksinkertaisesta monimutkaisempiin asioihin. Potilaalle on tärkeää, että hän saa olla aktiivinen ohjaustilanteessa ja esittää kysymyksiä. Kertausta olisi hyvä sisällyttää ohjaukseen, parhaiten muistetaan ensimmäinen ja viimeinen asia. Ohjauksen arviointia voidaan tehdä välittömästi ohjauksen jälkeen, lyhyellä aikavälillä tai pitkällä aikavälillä. Hoitaja voi tukemalla potilasta herättää potilaan keskustelemaan, palautteen antaminen potilaalle oppimisestaan lisää motivaatiota ja tehostaa oppimista (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 296-298).

Ohjauksen kirjaaminen turvaa potilaalla hoidon jatkuvuutta. Suunnitelmallinen ja vaikuttava ohjaaminen vaatii myös sen kirjaamiseen perehtymistä ja siihen panostamista. Ohjaus tulisi kirjata täsmällisesti ja riittävästi. Ohjauksen rakenteinen kirjaaminen edellyttää hoitajalta, että hän tunnistaa, mitä ohjaus on, ja miten se etenee prosessina. Potilaan hoitotyön prosessin tunteminen on oleellista (Kääriäinen & Kaakinen 2008). Kaakinen ym. 2014 tutkivat ohjauksen laatua kirjaamisen perusteella pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden potilasasiakirjoista. Tuloksista selvisi, että kehittämisen tarpeita löytyi, sillä yli puolesta ohjauksen systemaattinen kirjaaminen puuttui. Yksilöllisten ohjaustarpeiden huomiointi kirjauksissa oli puutteellista ja emotionaalinen tuki jäi ohjauksessa sekä kirjauksessa vähäiseksi. Ohjauksen hyödyn Kaakinen ym. näkivät olevan itsehoidon osaamisena

ja sairauden hallintana. He ehdottavat, että laadukkaan ohjauksen turvaamiseksi sekä hoidon jatkuvuuden takaamiseksi tarvitaan yhtenäistä käsitteistöä ja rakennetta kirjaamiseen.

3.3.5 Ohjaus prosessina

Hoitotyön prosessin mukaisesti potilasohjaus voidaan jakaa tarpeiden määrittelyyn, tavoitteiden asettamiseen, ohjauksen suunnitteluun, sen toteutukseen ja lopulta arviointiin onnistumisesta. Ohjauksen tarpeen määrittelyssä on oleellista saada tietoa potilaasta. Tiedontarpeista voi ennakoida ohjauksessa mahdollisesti ilmeneviä pulmakohtia. Tavoitteiden asettelussa tulee huomioida potilaan omat ohjaustarpeet sekä hänen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavaransa. Tavoitteiden kautta selviää, mitä muutoksia toivotaan tapahtuvan ohjauksen tuloksena potilaan terveydentilassa ja terveyskäyttäytymisessä. Tavoitteiden tulisi olla realistisia ja konkreettisia. Ohjauksen tavoitteet määräävät ohjauksen sisältöä (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 296-298).

Potilasohjauksen suunnittelua on ongelmien asettaminen tärkeysjärjestykseen ja toimintojen valinta. Suunnittelussa kartoitetaan, mitä potilas jo ennestään tietää ohjattavasta asiasta, mitä hänen tulisi tietää, mitä hän haluaa tietää, ja mikä on potilaalle paras tapa omaksua ja oppia kyseiset asiat. Ohjauksen toteutuksessa ilmapiirillä on merkitystä lopputulokseen. Potilaan ja hoitajan pitäisi istua samalla tasolla ja ympäristön kiireettömyys ja rauhallisuus edesauttavat oppimista. Oppiminen on tehokkainta, kun sen tavoite on potilaalle selvä. Hoitajan tehtävä on myös korjata mahdolliset väärät tiedot ohjattavasta asiasta (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 296-298).

3.4 Terveyden edistäminen

Toteuttaessamme laadukasta potilasohjausta edistämme terveyttä. Terveyden edistäminen pohjautuu Suomessa Terveys 2015-kansanterveysohjelmaan (2001) ja terveyden edistämisen laatusuositukseen (2006). Tällä suunnataan suomalaisten kokonaisvaltaiseen terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan alueilla. Sairaanhoidajan tehtäviin luetaan väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen (Sairaanhoidajan eettiset

ohjeet 1996). Käytännössä terveyden edistämistyö on hoitajalta terveysterveystoimintaa ja ohjausta, erilaisia interventioita sekä terveysriskien tunnistamista. Sairaanhoidaja voi vahvistaa potilaan terveyttä suojaavia elintapoja, kun hän kohtaa potilaita monenlaisissa elämäntilanteissa. Kohtaaminen tapahtuu potilaslähtöisessä vuorovaikutustilanteissa, ja toteutuu kummankin osapuolen ehdoilla (Häkkinen, Sairaanhoidajan käsikirjassa 2013). Usein lääketieteellinen toimenpide korjaa potilaan vointia ja toimintakykyä hetkellisesti, mutta hoidon todellinen vaikuttavuus lähtee hoitajan tekemästä elintapaohjauksesta, potilaan hoitoon sitoutumisesta, omahoidosta sekä omaseurannasta (Ahonen ym. 2013, 35). Terveyden edistäjinä hoitajat tekevät merkittävää työtä, jonka vaikuttavuus näkyy vasta pitkällä aikavälillä. Terveyden edistämiseen tulisikin panostaa enenevässä määrin nyky-yhteiskunnassa.

3.5 Hoitajan vuorovaikutustaidot

Ohjaustilanteessa hoitaja tarvitsee hyviä vuorovaikutustaitoja. Hoitotyössä vuorovaikutus on myös hoitotyön ja potilasohjauksen lähtökohta sekä keino potilaan auttamiseen. Ohjaus osana ammatillista toimintaa edellyttää hoitajilta ammatillista vastuuta. Hyvää vuorovaikutusta hoitajalta on ystävällisyys, empaattisuus, potilaan aktiivinen kuunteleminen ja positiivisen palautteen antaminen. Vuorovaikutussuhde edellyttää luottamusta ja tiedon välittymistä, jotta potilasta voidaan auttaa juuri niissä asioissa, joissa on avun ja tuen tarvetta (Kettunen, Poskiparta & Karhila 2002). Kääriäisen (2007, 134) mukaan vuorovaikutus on keino, jolla rakennetaan ohjaussuhdetta ja se on kaksisuuntaista. Onnistuessaan vuorovaikutuksellinen ohjaussuhde on lähtökohta potilaan ja hoitohenkilöstön aktiiviselle ja tavoitteelliselle toiminnalle.

Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tavoite on hoitosuhteen luominen. Hoitosuhdetta ylläpidetään sanallisen ja sanattoman kommunikoinnin välityksellä. Hoitosuhteeseen vaikuttaa mm. tunteet, ajatukset ja toiminta. Hoitajan toiminta johdonmukaisesti ja hoitotoimenpiteiden suorittaminen teknisesti oikein on tärkeää hyvän vuorovaikutuksen kannalta. Hoitajalta vaaditaan kykyä empatian osoittamiseen. Tällä tarkoitetaan kykyä reagoida potilaan tunnetilan mukaisesti sekä ilmaista empatia vuorovaikutustilanteissa. Potilaan turvallisuuden tunnetta lisää hoitajan konkreettiset toimet jotka osoittavat

hoitajan välittävän potilaasta. Hyvällä vuorovaikutuksella hoitaja lisää potilaan voimavaroja sekä lisää itsehoitotaitoja antamalla mahdollisuuden vastavuoroiseen keskusteluun. (Mattila 2001, 76-77). Laadukasta potilasohjausta on potilaan kuunteleminen, avoimien kysymysten käyttäminen haastattelussa, sekä vaihtoehtojen ja vastuun antaminen potilaalle hoitoon liittyvissä asioissa. Hyvä ohjaaja valmentaa potilasta etsimään itse ratkaisut ongelmiinsa. Hän on myös ”herkkä” puuttuvalle tiedolle, ja täydentää potilaan tietoja tarvittaessa (Ryhänen 2014).

3.6 Potilaan voimavaraistuminen

Hoitoon sitoutuminen on olennaista potilaan voimavaraistumisessa. Perinteistä hoitoon sitoutumista on, että potilas noudattaa hoitohenkilökunnan hänelle antamia ohjeita lääkeyksen ja ravintosuosituksen suhteen sekä elintapamuutoksessa (Sackett 1976). Nykyään ajatellaan, että hoitoon sitoutumista on potilaan vastuullinen ja aktiivinen itsensä hoitaminen terveydentilan edellyttämällä tavalla yhdessä hoitohenkilöstön kanssa ja heidän tuellaan (Kyngäs ym. 2000).

Hoitoon sitoutuminen on sekä potilaan että yhteiskunnan etu. Näkökulma on vaihtunut nykytiedon valossa hoitomyöntyvyydestä hoitoon sitoutumiseen ja edelleen hoidosta sopimiseen. Tämä asettaa hoitohenkilökunnan uusien haasteiden eteen vuorovaikutustilanteissa ja potilaan hoitopäätöksistä sovittaessa (Routasalo ym. 2009). Pitkäaikaissairaiden hoitoon sitoutuminen on maailmanlaajuinen ongelma, jopa puolella heistä hoitotulokset jäävät saavuttamatta huonon sitoutumisen vuoksi. Laadukkaalla potilasohjauksella voidaan tilannetta parantaa. Monipuolisilla ohjausinterventioilla, jossa neuvonnan ja kirjallisten ohjeiden ohella annetaan tukea ja tarjotaan potilaalle seuranta hoitoonsa liittyvissä asioissa, saadaan pysyviä tuloksia (Haynes ym. 2005). Hoitoon sitoutumista voidaan tehostaa monin tavoin. Kotiutuneisiin potilaisiin voidaan pitää yhteyttä ja vertaistuen avulla voidaan vaikuttaa sitoutumiseen (Hytinen & Kanerva 2011). Ohjausinterventioilla voidaan yrittää parantaa sairastavan sitoutumista hoitoon ja lisätä tietoa sairaudesta (Kemi, Kääriäinen & Kyngäs, 2009). Kekäleen väitöskirjatutkimuksessa (2015) todetaan, että vuorovaikutus hoitajan kanssa, sairauden ja lääkkeenoton tärkeyden ymmärtäminen sekä hoito-ohjeiden kertaus lisäävät aikuisten leukemiapotilaiden hoitoon sitoutumista. Tässä

tutkimuksessa syvemmän vuorovaikutuksen ryhmän kanssa kokeiltiin motivoivaa keskustelua ja neuvontaa, kun taas verrokkiryhmässä hoito toteutettiin sairaalan normaali-käytännön mukaisesti. Käyttäytymisen mahdollisia muutoksia mitattiin kyselyhaastattelulla. Verrokkiryhmässä, joka ei ollut tutkittavien uusien sitoutumisen keinojen piirissä, hoitoon sitoutuminen heikkeni.

Potilas toteuttaa omahoitoa ammattihenkilön kanssa tehtyjen suunnitelmien pohjalta, ja se on näyttöön perustuvaa hoitoa, joka on räätälöity kulloiseenkin tilanteeseen sopivaksi. Omahoidossa potilas itse ottaa vastuun omista ratkaisuksistaan, toimii autonomisesti käyttäen omia resurssejaan päätöksenteossa. Pyrkimyksenä on saavuttaa paras mahdollinen elämänlaatu sairaudesta huolimatta. Omahoito vaatii potilaalta tietoisuutta hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista sekä valmiutta ottaa vastuu omasta hoidosta sekä elintavoista, se vaatii myös uskoa omaan voimavaroihinsa ja pystyvyyden tunteen. Omahoidon onnistuessa sen on todettu vaikuttavan positiivisesti potilaan sairastamiseen ja elämänlaatuun, ja säästävän terveydenhuollon resursseja. Omahoidon parantamisella on mahdollista edistää ihmisten vastuunottoa omasta terveydestään, terveellisiä elintapoja ja siten sitoutumista näyttöön perustuviin hoitoihin. Omahoidossa korostuu valmentajasuhde, jossa hoitosuunnitelma pohjautuu potilaan toiveisiin ja räätälöidään realistiseksi ja potilaan arkielämään sopivaksi (Routasalo & Pitkälä 2009).

Voimaantuminen (engl. empowerment) on moniulotteinen sosiaalinen prosessi, joka auttaa ihmistä saamaan elämänsä haltuun. Se lähtee ihmisestä itsestään, eikä sitä voi toinen ihminen tuottaa. Potilas kykenee hankkimaan oma-aloitteisesti tietoa, tekemään päätöksiä ja valintoja sekä ajattelemaan kriittisesti ja oppimaan kokemuksistaan. Turvallinen ilmapiiiri, itsensä hyväksyminen sekä tasa-arvoinen asema luovat voimaantumisen edellytykset. Voimaantunut asiakas tunnistaa omat henkilökohtaiset voimavaransa sairauteen liittyen. Mitä paremmat tiedot potilaalla on sairauteen ja sen tuomiin velvollisuuksiin sekä oikeuksiin liittyen, sitä voimaantuneempi hän on (Kynäs ym. 2007). Voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa osa-alueet ovat biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, sosiaaliyhteisöllinen, eettinen ja taloudellinen (Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä 2007).

Potilaan aktiivinen toiminta omahoidossa on yhteydessä autonomiseen motivaatioon sekä vapaaseen tahtoon ja valintaan pohjautuvaan toimintaan. Optimaalinen motivaatio-

ympäristö syntyy siitä, kun potilas tuntee olevansa arvostettu, saavansa tukea ja huolenpitoa. Potilaan omahoitoa voidaan vahvistaa tukemalla hänen voimaantumistaan, autonomiaansa, motivaatiotaan sekä pystyvyyden tunnettaan hänen tehdessä sairautensa liittyviä päätöksiä (Routasalo & Pitkälä 2009).

Laadukas potilasohjaus on potilaskeskeistä, ja mahdollistaa potilaan voimavaraistumisen (Ryhänen, 2014). Yhteenvedona voidaan todeta, että potilasohjauksen onnistuminen näkyy siinä, millaisia vaikutuksia ohjaus on saanut aikaan asiakkaan toiminnassa ja mielessä, eli miten vuorovaikutus on onnistunut.

3.7 Ympäristön ja työyhteisön vaikutus ohjaukseen

Vuorovaikutustilanteissa ympäristö voidaan jakaa fyysiseen ja ihmissuhdeympäristöön (Mattila 2001, 76-77). Ihmissuhdeympäristöllä tarkoitetaan potilaan omaisia ja perhettä jos he ovat mukana ohjaustilanteessa. Ihmissuhdeympäristöllä voi olla positiivinen ja tukeva vaikutus potilaan vuorovaikutukseen. Hallitsevat omaiset kuvattiin haittaavana ympäristönä ohjaamiselle. Ilmapiiiri luetaan myös osaksi ympäristöä ohjaustilanteessa. Ilmapiiirillä tarkoitetaan hoitajan asennetta ja suhtautumista potilaaseen ja muihin työyhteisön jäseniin kuten tähytystä suorittavaan lääkäriin. Positiivinen ilmapiiiri tukee ohjausta ja vuorovaikutusta. Fyysisistä ympäristöistä eniten merkitsee tila, jossa keskustelu tai ohjaus hoitajan ja potilaan välillä käydään. Rauhattomassa tai epätarkoituksenmukaisessa tilassa hoitajan ja potilaan vuorovaikutus heikentyy niin että vain välttämättömät asiat tulevat käsitellyiksi. Rauhallinen tila mahdollistaa lisäkysymykset ja asioiden rauhassa läpikäymisen. (Mattila 2001, 76-77).

Potilasohjaus on aina sidoksissa hoitajan ja potilaan taustatekijöihin, vaikka se on hyvin tavoitteellista, aktiivista ja dynaamista toimintaa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 252-253). Taustatekijöitä ovat muun muassa työyhteisön resurssit. Työyhteisön resursseja määrää sen asettamat arvot, toiminta- ja taloussuunnitelma, koska ne vaikuttavat sairaanhoitajan työn toteuttamiseen ja kehittämiseen. Edellä mainituilla tekijöillä on vaikutusta potilasohjaukseen, sillä laadukas potilasohjaus edellyttää asianmukaisia resursseja (Kääriäinen 2007). Työyhteisöllä on vastuu siitä, miten potilasohjausta arvostetaan.

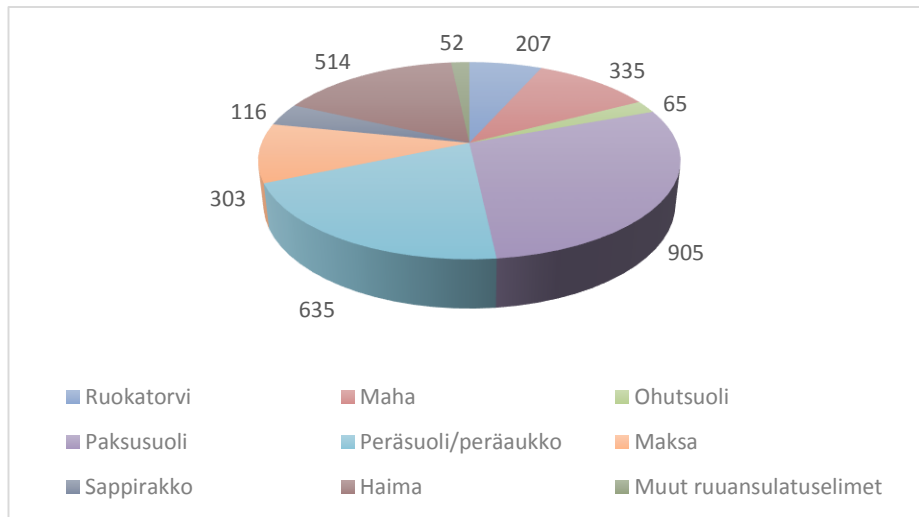
Potilasohjauksen toimintamahdollisuuksilla ymmärretään Lipponen (2014) mukaan kaikkia olosuhteita ohjauksen toteuttamiseksi. Työympäristöä, työmenetelmiä ja perehdytystä olisi kehitettävä, jotta hoitohenkilöstöllä olisi aikaa, tarvittavat tilat ja välineistöä potilasohjaukseen. Hänen tutkimustuloksistaan selvisi, että erityisesti nuoret ja työuran alkuvaiheessa olevat hoitajat kaipaavat työyhteisöltä perehdyttämistä, tiedollista tukea ja kannustusta, jotta heille kehittyisi vahva ammatti-identiteetti. Ohjausosaamista työyhteisössä voidaan vahvistaa kehittämistyöllä, mutta se vaatii osallistujilta motivaatiota, sitoutumista ja yhteistyökykyä. Avoimuus ja keskinäinen arvostus on tärkeää tässä kehittämissä, jotta se johtaisi parempaan tiedonkulkuun potilaan hoitoprosessissa ja organisaatioiden väliseen yhteistyöhön. Kehittämistyön onnistuminen lähtee huolellisesta suunnittelusta. Tukirakenteet, erityisesti johtaminen ja esimiestyö ovat merkittävässä asemassa kehittämistyön onnistumiselle. (Lipponen 2014).

4 KOLONOSKOPIATUTKIMUS

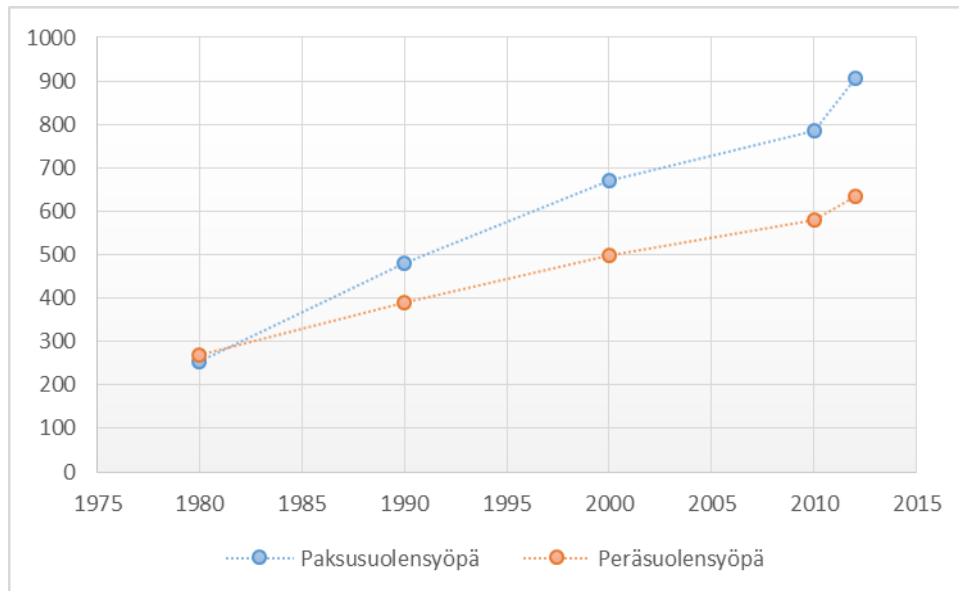
4.1 Suoliston sairauksia

Ihmisen ruoansulatuselimistöön koostuu ruokatorvesta, mahalaukusta, ohutsuoesta, paksusuolesta sekä peräsuolesta. Paksusuoli on 1,8 metriä pitkä. Paksusuolen jatkona on peräsuoli joka on pituudeltaan 15-20cm. Ruoansulatusjärjestelmän tehtävä on hyödyntää syödyistä ravinnosta ravintoaineet. Peräsuolen tehtävä on varastoida ravinnosta hyödyntämätön ruokamassa ulostamiseen asti (Ahonen ym. 2012, 496 -498). Kolonoskopia kuuluu osana tulehduksellisten suolistosairauksien sekä ruoansulatuselinten syöpien hoito-suositukseen ja diagnosoimiseen (Kolonoskopia: Käypä hoito- suositus 2014). Myös veriulosteiden syyn selvittäminen Käypä hoito-suositusten mukaan tehdään paksusuolen tähyksellä (Tiusanen 2014).

Ravintotottumusten muutoksilla on todettu olevan yhteyttä suoliston tulehduksellisten sairauksien sekä suolistosyövän syntyyn. Paksusuolen tähyksellä on tärkeä rooli paksusuolen sairauksien sekä paksusuolen syövän diagnosoinnissa ja hoidossa. Paksusuolen syöpä on kolmanneksi yleisin syöpä Suomessa. Vuonna 2012 uusia diagnooseja tehtiin 1853. Paksusuolensyöpä oli naisten toiseksi yleisin ja miesten neljänneksi yleisin syöpätyyppi (Suomen syöpärekisteri 2012). Suolistosyövät kehittyvät aina hyvälaatuisista limakalvokasvaimista kuten varrellisista polyypeista tai kohoumista suolen limakalvolla. Kolonoskopia mahdollistaa näytteiden ottamisen paksusuolesta sekä paikallisten muutosten poistamisen tähytystä tehtäessä (Ylinen 2010). Suolistosyövän riskiä suurentaa myös pitkäaikaisten suolistosairauksien kuten haavaisen paksusuolentulehduksen tai Crohnin taudin sairastaminen. Näille potilasryhmille suositellaankin kolonoskopian tekemistä vuosittain, jotta mahdolliset muutokset huomataan ajoissa. Myös henkilöille joilla on periytyvä taipumus suolistosyöpiin, suositellaan vuosittaista kolonoskopiaa.



KUVIO 3. Ruuansulatuserimistön syöpien määrät 2012 (Suomen syöpärekisteri)



KUVIO 4 Paksu- ja peräsuolisyöpien uusien tapausten määrät vuosina 1980-2012 (Suomen syöpärekisteri)

4.2 Kolonoskopia toimenpiteenä

Paksusuolen tähytys eli kolonoskopia on tärkein tutkimusmenetelmä epäiltäessä paksu- tai peräsuolen sairauksia. Toimenpide on vaativa tutkimus. Se edellyttää lääkäriltä kokemusta ja potilaalta kärsivällisyyttä. Toimenpide tehdään tähystinlaitteella, johon kuuluvat taipuisa kylmävalo johtava kaapeliputki optiikkalaitteineen sekä valo-, ilma- ja imulaitteisto (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2010, 423). Tähytyksessä vietään 180 cm:n

pitäinen tähystinlaite peräaukosta peräsuoleen, josta se viedään edelleen paksusuoleen ja lopulta ohutsuolen loppuosaan saakka. Kolonoskopiassa tutkitaan paksusuoli ja ohutsuolen loppuosaa. Tähystinputkea on suolessa pisimmillään noin metrin verran. Peräaukko puudutetaan puudutegeelillä. Tutkimuksen alussa potilas makaa vasemmalla kyljellään polvet sekä lonkat koukistettuina. Potilaan asentoa saatetaan joutua muuttamaan tähystyksen aikana jos tähystin ei etene suolistossa riittävästi. Asennon vaihtamisella saattaa tällöin positiivista merkitystä. Tähystettäessä suolta laajennetaan pumppaamalla ilmaa suolistoon jotta mahdolliset muutokset tulevat paremmin esiin. Ilmasta saattaa aiheutua ohimenevää kipua, mahan täynteisyyden tunnetta sekä pahoinvointia. Myös tähystimen eteneminen suolistossa saattaa aiheuttaa kipua etenkin suolen mutkakohdissa. Hoitaja tai potilas itse voi helpottaa kivun tuntemusta painamalla vatsaa kohdasta, missä kipua tuntuu (Ahonen ym. 2012, 500).

Kolonoskopiaa tehtäessä otetaan tarvittaessa koepaloja suolen limakalvoilta. Tähystyksessä voidaan tarvittaessa poistaa pieniä muutoksia kuten polyyppeja. Tavallisimmin tutkimus kestää noin 30 - 60 minuuttia. Jotta mahdolliset muutokset näkyvät suolistossa, suolen on oltava tyhjä. Tyhjennys aloitetaan tyhjennysliuoksilla kaksi päivää ennen tähystystä. Hoitaja ohjaa potilaalle suolen tyhjentämisen sekä ruokavaliomuutokset jotka aloitetaan jo viikkoa ennen tutkimusta (Ahonen ym. 2012, 501)

4.3 Kolonoskopiapotilaan ohjauksen erityispiirteet

Kolonoskopia-tutkimus mahdollistaa hoitajan, lääkärin ja potilaan välisen keskustelun toimenpiteen aikana. Hoitotyön auttamismenetelmiä tässä toimenpiteessä ovat rauhallinen puhe, hyvä ohjaus jo ennen tutkimusta sekä tutkimuksen aikana sekä potilaan ajatusten vieminen pois kivusta. Hoitajan on mahdollista luoda rauhallinen ilmapiiri ja ympäristö tutkimukselle. Potilasta voi yrittää rentouttaa juttelemalla hänen kanssaan sekä kertomalla, mistä kipu johtuu. Hoitaja voi ohjata potilasta päästämään ilmaa ulos tutkimuksen aikana. Myös potilaan asennonmuutokset tutkimuksen kuluessa mukavammiksi sekä vatsan painaminen saattavat helpottaa potilaan kivun tuntemuksia (Ylinen 2010).

Hyypö (2012) on tutkinut hoitotyön menetelmiä kolonoskopiapotilaan kivunlievityksessä. Tutkimuksessa selvisi, että kivunlievitys alkoi jo ennen kuin potilas tuli toimenpiteeseen. Sairaanhoitajat keskustelivat ja kertoivat potilaalle tutkimuksen kulusta ja tapahtumista ennen itse tähystystä. Rauhoittaminen ja rentouttaminen puhumalla ja keskustelemalla auttoi potilasta jännityksen lieventämisessä sekä lievitti kipua. Toimenpiteen aikana potilaan kanssa keskustelu sekä ohjaus ja hoitajan rauhallisuus olivat kipua lievittäviä hoitotyön menetelmiä. Myös hoitotyön menetelmänä esimerkiksi vatsan painaminen suolen venytyessä toimii kivun lievittäjänä (Ahonen ym., 2012, 500-501, Hyypö 2012).

4.4 Potilaan valmistaminen toimenpiteeseen

Paksusuolen tähystys on niin sanottu kajoava tutkimus ja sitä pidetään kivuliaana. Tästä johtuen hoitajan tulee laadukkaalla ohjauksella rauhoittaa potilasta. Laadukkaalla ohjauksella voidaan vaikuttaa myös kivun tuntemiseen toimenpiteessä. Potilaan kokemukseen toimenpiteestä voidaan vaikuttaa huolellisella valmistelulla sekä laadukkaasti ja teknisesti korkeatasoisesti suoritettulla toimenpiteellä. Hoitaja keskustelee jo **preoperatiivisesti eli ennen toimenpidettä** potilaan kanssa toimenpiteen kulusta. Potilas rauhoittuu ja kivuntuntemus pienenee kun potilas tietää mitä toimenpiteessä tapahtuu. (Hyypö 2012).

Ohjaus lähtee potilaan tarpeesta ja hoitajan tulee huomioida ohjauksessa esimerkiksi potilaan ikä, sairaudet ja jännittyneisyys. Riittävällä ohjauksella ennen toimenpidettä valmistetaan potilasta toimenpiteeseen. Ennen toimenpidettä hoitaja voi riittävällä keskustelulla tunnistaa niin sanotut riskipotilaat. Riskipotilaita ovat potilaat, jotka jännittävät kovasti ja ovat hermostuneita. Heidän tunnistaminen on tärkeää, jotta mahdollinen esilääke ennen toimenpidettä pystytään järjestämään (Hyypö 2012). Käytetyimpiä esilääkkeitä ovat bentsodiatsepiinit hermostuneisuuden ja jännityksen hoidossa sekä opioidit kivun hoidossa (Lassila 2012).

Esivalmisteluista tärkein on suolen tyhjennyksen onnistuminen. Paksusuolen tähystystä ei voida tehdä ilman onnistunutta suolen tyhjennystä. Suolessa ei ole riittävästi näkyvyyttä ilman oikein suoritettua tyhjennystä. Ruokavaliomuutokset toimenpidettä varten

aloitetaan noin viikkoa ennen tutkimusta. Ruokavaliosta tulee jättää pois marjat, hedelmät, täysjyväviljatuotteet, jotka sisältävät siemeniä jotta ne eivät tähystyksessä tuki tähystintä tai estä näkyvyyttä. Potilaan tulee myös lopettaa rautalääkitys sekä välttää kuitupitoisia erityisvalmisteita. Noin kolme päivää ennen tähystystä potilaan tulee syödä vain helposti sulavia ruokia kuten keitettyä kalaa, perunaa, liemiä, jogurttia yms. Päivää ennen tähystystä potilas voi syödä vielä kevyen aamupalan sekä lounaan. Nesteitä tulee juoda runsaasti. Myös ravintojuomia voi tarvittaessa käyttää. (Tiusanen 2014 sairaanhoitajan käsikirjassa).

Tyhjennys tehdään yleensä niin sanotulla juottotyhjennyksellä, jossa potilas juo tyhjennysainetta kunnes suolineste on kirkasta. Tyhjennysaine ja menetelmä tulisi valita potilaskohtaisesti huomioiden mm. sairaudet, suolentoiminta ja ikä. Jos potilas ei kykene tekemään tyhjennystä kotona voidaan se tehdä sairaalassa. Tyhjennyksen aikana on juotava lisäksi riittävästi nesteitä. Sopivia juomia ovat vesi, ja kasvisliemikirikkaat mehut ja virvoitusjuomat Sairaanhoitaja ohjaa potilaalle suolentyhjennysaineen käytön. Tyhjentäminen aloitetaan ohjeiden mukaan edellisenä päivänä. Sairaanhoitajan tulee ohjata potilaalle mahdolliset toimenpiteestä johtuvat lääkitysmuutokset. Diabeteslääkitykseen sekä verenohennuslääkkeisiin toimenpide aiheuttaa muutoksia, samoin rautalääkitykseen tautettiin viikkoa edeltävästi tutkimuksesta. (Ristikankare 2006)

4.5 Potilaan ohjaaminen intraoperatiivisesti

Toimenpiteeseen saapuessa hoitaja ottaa potilaan vastaan ja ohjaa häntä vaihtamaan toimenpidettä varten niin sanotut reikähousut. Hoitaja rauhoittaa jännittyneitä ja hermoilevaa potilasta. Potilaan kova jännittäminen saattaa hankaloittaa ja vaikeuttaa tähystystä. Myös anatomisilla seikoilla kuten suoliston kiinnikkeisyydellä on merkitystä toimenpiteen kivuliaisuuteen ja vaikeuteen (Ristikankare 2006, Ylinen 2010).

Paksusuolen tähystyksessä suolen venyminen saattaa aiheuttaa kipua. Hoitajan tulee tiedostaa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien positiiviset vaikutukset kolonoskopiapotilaan kivunhoidossa ja myös käyttää niitä. Venymisestä johtuvaa kipua voidaan lievittää neuvomalla potilasta päästämään ilmaa ulos tutkimuksen aikana ja painamalla vatsaa, sekä näin helpottamalla tähystimen etenemistä suolistossa (Ylinen 2010). Hoitajan tulee

kertoa pelokkaalle potilaalle mahdollisuudesta rauhoittavaan esilääkkeeseen ennen toimenpidettä. Esilääkkeen saanut potilas tarvitsee aina seurantaa ja saattajan toimenpiteen jälkeen (Höckerstedt ym. 2007,452).

Intraoperatiivisessa eli toimenpiteen aikana tapahtuvassa ohjauksessa hoitajan tulisi kuunnella ja havainnoida potilasta. Ilmeitä ja eleitä tarkkailemalla hoitaja saa tietoa muun muassa potilaan jännittyneisyydestä ja kivun kokemisesta. Hoitajan käyttäytymisellä ja sanattomilla eleillä on merkitystä ohjauksen onnistumisessa ja potilaan tukemisessa toimenpiteessä (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26 -27). Empaattisella käyttäytymisellä herätetään potilaassa luottamusta (Falvo 2011, 22 -23). Hoitaja kertoo potilaalle mitä toimenpiteen missäkin vaiheessa tapahtuu. Hoitajan on tärkeätä kertoa mahdollisten näytteidien ottamisesta ja miten se tapahtuu. Potilaan tutkimusasettoa saatetaan joutua muuttamaan toimenpiteen aikana. Hoitaja avustaa ja ohjaa potilasta asennon vaihdossa.

Postoperatiiviseen eli toimenpiteen jälkeiseen ohjaukseen kuuluu ruokailun aloittamisen ohjaaminen toimenpiteestä johtuvan paaston jälkeen. Potilas saa syödä normaalisti heti toimenpiteen jälkeen. Suositeltavaa olisi kuitenkin aloittaa kevyellä aterialla. Rasvainen ja tukeva ateria paaston jälkeen saattaa aiheuttaa vatsakipua. (Lassila 2012). Hoitaja ohjaa potilaalle miten ja milloin hän saa tulokset mahdollisista näytteenotoista. Vastusten saaminen kestää noin 1-2 viikkoa. Hän kertoo potilaalle mahdollisten komplikaatioiden varalta oireet, joiden ilmaantuessa on syytä ottaa yhteyttä sairaalaan. Tällaisia oireita on verenvuoto ja kova vatsakipu. Mahdollisia komplikaatioita kolonoskopiasta voi olla suolen puhkeaminen eli perforaatio tai verenvuoto. Lassilan (2012) tutkimuksen mukaan 97% tähystyksistä sujuu ilman komplikaatioita. Hieman verta voi ulosteen mukana tähystyksen jälkeen tulla jos on otettu näytteitä. Runsas verenvuoto ei ole normaalia. Tällöin on syytä ottaa yhteyttä lääkäriin. Verioksenuksista tai veriulosteista kärsivä potilas kuuluu sairaalahoitoon (Udd & Halttunen 2008).

5 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

5.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotoksellinen menetelmä on yksi ammattikorkeakoulujen opinnäytetyön menetelmistä. Tuotoksellisen opinnäytetyön tuloksena syntyy aina jotain konkreettista, kuten opas, ohje tai ohjeistus, se voi olla myös jonkin tapahtuman toteuttamista tai jonkin tietopaketin koostamista ja niin edelleen (Vilkkä, 2010). Tätä edellä mainittua yhdistää viestinnän ja visuaalisuuden luoma kokonaisuus, josta selviää toiminnan tarkoitus. Lisäksi sillä on yleensä jokin kohderyhmä, jolle se on suunnattu (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9-10).

Tuotoksellinen opinnäytetyö yhdistää tuotoksen, tutkimuksen, teorian ja raportoinnin. Opinnäytetyön tuotos on rakennettu ajantasaisen teorian avulla (Vilkkä 2010). Opinnäytetyössämme on käytetty kaikkia Vilkan kuvaamia elementtejä. Tarkistuslistan tuottamista varten olemme tutkineet teorian tietoa, tutkimuksia ja käytännön oppaita potilasohjauksesta laajalti. Raportointi toteutuu opinnäytetyön kirjoittamisena.

Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme tuotokseen painottuvaa menetelmää. Tuotoksena työstämme teimme kolonoskopiapotilaan ohjaukseen tarkistuslistan. Opinnäytetyömme on lähtöisin työelämän tarpeesta. Aihe muokkaantui työelämäyhteistyöhenkilön kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta ja olemme huomioineet heidän tarpeensa opinnäytetyössämme. Potilasohjauksen tarkistuslista toimii hoitajan muistin tukena ohjaukselle. Tarkistuslista on laadittu lääkärikeskuksen ajantasaisten kolonoskopiaohjeiden mukaan. Potilasohjauksessa tulee välittyä synteesi sairaanhoitajan ja potilaan näkökulmista. Tarkistuslista pohjautuu kirjallisuuden ja työelämän antamaan tietoon aiheesta. Työssämme olemme huomioineet tuotokseen painottuvan opinnäytetyön ohjeet (Tampereen ammattikorkeakoulu, kirjallisen raportoinnin ohje 2015).

5.2 Tarkistuslista ja tuotoksen toteuttaminen

Tarkistuslistaan hoitotyössä listataan asioita jotka tulee huomioida tilanteessa. Hoitotyöhön tarkistuslistat tulivat maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämän kirurgisen tarkistuslistan kautta. Tarkistuslista on potilasturvallisuuden työkalu, joka antaa käyttäjälle

mahdollisuuden tarkistaa toiminnot ja havaita virheet ajoissa (Helovuori, ym. 2011, WHO 2013). Tarkistuslistasta voidaan käyttää myös nimitystä muistilista.

Tarkistuslista voi olla esimerkiksi paperiarkki, johon on koottu muistettavat asiat. Tarkistuslista voi myös olla elektronisessa muodossa. Tarkistuslistan tulisi olla 1-2 sivuinen selkeä kokonaisuus ilman monimutkaisuksia. Oleellisinta on näyttöön perustuva sisältö ja toimintojen oikea-aikainen ajoitus listan avulla. Ydinasiat vaihtelevat sen mukaan, mikä on tarkistuslistan käyttöympäristö ja käyttötarkoitus. Selkeä ja yksiselitteinen rakenne helpottaa käyttöä sekä edesauttaa tarkistuslistan käyttämisen kehittymistä rutiksi työpaikalla. Tarkistuslistaa päivitetään uusimman tiedon mukaiseksi säännöllisesti (Blomgren & Pauniahon, 2013, 290).

Tarkistuslista syntyy yleensä tarpeesta ja on tärkeää, että se palvelee parhaalla mahdollisella tavalla käyttäjiään. Listan käyttöön tulisi ohjata ja opastaa hoitajia. Opastus tarkistuslistan käyttöön lisää sen käyttöä sekä lisää pysyväksi käytännöksi muodostumista. Työyhteisön jäsenten tulisi yhdessä päättää tarkistuslistan käytöstä päivittäisessä toiminnassa. Tarkistuslistan avulla voidaan kehittää ja tehostaa entisiä työtapoja sekä yhtenäistää käytäntöjä. Tarkistuslistan tavoite on parantaa erityisesti riskitilanteiden hallintaa (Miettinen 2012, 10–13).

Ohjauksen tarkistuslista oli synteesi siitä, kun kävimme keskusteluita yksityisen lääkäriaseman henkilöiden kanssa heidän ehdotuksistaan ja tarpeistaan. Työelämän toiveena oli saada ajantasaista tutkittua tietoa laadukkaasta kolonoskopiapotilaan ohjaamisesta. Työmme yhdistää teorian käytännön hoitotyöhön. Laajan teoretien pohjalta olemme tehneet tarkistuslistan kolonoskopiapotilaan ohjaamisesta ennen toimenpidettä, toimenpiteessä. ja sen jälkeen. Tällainen tarkistuslista oli kolonoskopiahoitajille tarpeellisin työkalu ohjauksen tueksi. Tarkistuslista on laadittu lääkärikeskuksen ajantasaisten kolonoskopiaohjeiden sekä kirjallisuudesta saamamme tiedon mukaan, ja siinä on huomioitu lääkärikeskuksen omat arvot. Tarkistuslistaa on tehty yhteistyössä yksityisen lääkärikeskuksen kolonoskopiahoitajien kanssa, ja heidän mielipiteensä on huomioitu. He myös antoivat parannusehdotukset ja arvioivat tarkistuslistan käytettävyyden.

Tarkistuslista on jaettu kolmeen osaan: ohjaukseen ennen toimenpidettä, toimenpiteen aikana sekä toimenpiteen jälkeen ohjattaviin asioihin. Tarkistuslista ei ole muistilista toimenpiteestä vaan potilaan ohjaamisesta. Tarkistuslistan ulkoasu noudattaa työelämän toiveita.

6 PÄÄTÄNTÄ

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tampereen ammattikorkeakoulun tutkimuseettisissä ohjeissa määritellään opinnäytetyötä tekevän opiskelijan toimintaa. Ohjeet perustuvat opetusministeriön asettaman neuvottelukunnan ohjeisiin hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Toiminnan tulee olla rehellistä, huolellista ja tutkimustulosten arvioinnin tulee olla tarkkaa. Opinnäytetyölle on määritetty tarkat ohjeet joita tekijöiden tulee noudattaa. Olemme hakeneet opinnäytetyöllemme tutkimusluvan koululta sekä työelämästä. Raportoinnin olemme kirjoittaneet Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön raportointiohjeita noudattaen (Tampereen ammattikorkeakoulu, kirjallisen raportoinnin ohje 2015).

Tutkimus on eettisesti hyväksyttävää, kun se on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (TENK 2012). Eettisyys on tutkimusprosessin keskeisin ohjaava tekijä toiminnassa (Tuomi ja Sarajärvi 2009). Eettisissä ohjeissa sanotaan muun muassa, että tekijän tulee käyttää perusteltuja ja luotettavia lähteitä. Opinnäytetyössämme on noudatettu ohjeiden mukaista lähdekritiikkiä. Lähteiksi on valittu teoksia, jotka ovat tuoreita ja alkuperältään uskottavia. Valintaan vaikutti myös tekijöiden tunnettavuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113–114.). Vanhempia, alle 2000-luvun lähteitä olemme käyttäneet harkiten vain erityisen merkittävästä syystä. Opinnäytetyömme lähteiksi valittiin myös tieteellisiä aikakauslehtiä, sillä niiden sisältämä tieto on uusinta ja ajankohtaisinta.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa luotettavaa ja relevanttia tietoa ja etsiä vastauksia asetettuihin kysymyksiin. Luotettavuuden ja uskottavuuden kannalta on oleellista, miten raportti kirjoitetaan, ja miten tutkimuksessa tehdyt ratkaisut perusteellaan. Raportin perusteella lukija saa käsityksen siitä, miten tieto on hankittu ja miten luotettavaa se on (Tuomi & Sarajärvi 2004). Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa katsotaan, onko lähestymistapa ollut tarkoituksenmukainen, perustellusti valittu ja käytetty (Vilkkä 2010). Tulokset eivät saa perustua mielipiteisiin. Olemme opinnäytetyössämme perehtyneet kirjallisuuteen laadukkaasta potilasohjauksesta ja saaneet lääkäriasemalta tarvittavan käytännön työelämän tiedon. Tältä pohjalta rakensimme tarkistuslistan, ja olemme työskennelleet tarkoituksenmukaisesti ja työelämälähtöisesti. Työelämän edus-

taja on arvioinut tarkistuslistan ja antanut korjausehdotukset, jotka on huomioitu. Luotettavuuskriteerit opinnäytetyöllemme täyttyvät. Opinnäytetyömme kuluista vastaamme itse.

6.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyö prosessimme alkoi 2014 helmikuussa ideaseminaarilla. Seminaarin jälkeen valitsimme aiheen TAMK:n tarjoamista aiheista. Työelämäpalaveri oli huhtikuussa 2014. Aiheemme sisältö muuttui ja muokkaantui prosessin kuluessa. Ensimmäisessä vaiheessa suunnittelimme ohjaukansiota hoitajille tueksi, mutta työelämässä sitä pidettiin liian rasakana tuotoksena. Perehdyimme tarkistuslistojen käyttöön hoitotyössä, ja sen pohjalta tuotokseksi nousi tarkistuslista. Aloitimme opinnäytetyön suunnittelun keväällä 2014. Hyväksytyn tutkimusluvan saimme elokuussa 2014. Aiheeseen potilasohjauksesta perehdyimme laajalti. Aiheen rajaaminen oli haastavaa ja pohdimme kauan näkökulmaa laadukkaaseen potilasohjaukseen. Opinnäytetyömme kirjoittaminen alkoi todenteolla edetä joulukuussa 2014. Toteutimme opinnäytetyömme laatimalla ensin teoriaosan ja sen perusteella tuotoksen. Lopullinen hionta tapahtui keväällä 2015. Opinnäytetyössämme koimme haastavaksi perheen, työn ja opintojen yhteensovittamisen. Kirjoittamiselle ja aiheeseen perehtymiselle oli vaikeaa löytää riittävästi aikaa. Opintomme etenivät myös hieman eri aikatauluilla, joten yhteisen ajan löytäminen työskentelyyn oli haastavaa. Yhdessä tekemisen koimme hyväksi. Yhdessä keskusteleminen ja pohdinta auttoivat, kun tuntui, ettei työ etene yksin tehdessä.

6.3 Kehittämissuhteet

Laadukkaalla kolonoskopiapotilaan ohjauksella tässä työssä tarkoitamme yksilöllistä ja asiakaslähtöistä potilaan omat voimavarat huomioonottavaa ohjausta. Laadukkaalla potilasohjauksella lisätään potilaan tietoa omasta hoidostaan ja vaikutetaan potilaan sitoutumiseen omahoitoon. Laadukas potilasohjaus tähtää potilaan voimavaraistumiseen sairautensa hoidossa ja edelleen yhteiskunnallisella tasolla terveyden edistämiseen, mikä näkyy pienentyneinä terveydenhuollon kustannuksina ja esimerkiksi vähentyneinä sairauslomapäivinä.

Tässä opinnäytetyössä tuotetun ohjauksen tarkistuslistan käytöllä on tarkoitus varmistaa tiedon kulku molempiin suuntiin potilasohjaustilanteessa ja siten lisätä potilasturvallisuutta. Ohjauksen tarkistuslistan avulla varmistetaan myös hoidon jatkuvuus. Laadukas kolonoskopiaohjaus lisää potilaan turvallisuuden tunnetta hoitotoimissa ja vähentää enenaikaista jännitystä toimenpiteessä. Rentoutuminen vähentää kipuaistimusta, ja toimenpide koetaan vähemmän kivuliaana. Tarkistuslistan avulla hoitaja myös varmistaa mahdollisen kipulääkityksen tarpeen.

Potilaan näkökulman huomioimista tulee ohjauksessa ja hänen hoidossaan entisestään korostaa. Potilaat ovat nykyisin yhä enemmän kiinnostuneita omasta terveydestään. He osaavat itse hakea omasta hoidostaan parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa. Potilasmyönteisyys toteutuu käytännössä kuuntelemalla potilasta ja ottamalla potilas mukaan hoitolinjauksia tehtäessä. Myös läheisten ja omaisten mukaanotto hoitoon sekä heidän tukeminen ja huomioon ottaminen koko hoidon ajan on haaste hoitotyölle. Jatkotutkimuksena voisi selvittää, onko kolonoskopiapotilaan ohjauksen tarkistuslista otettu käyttöön ja onko sillä saatu yhtenäistettyä skopiapotilaan ohjausta. Tarkistuslistan käytöstä olisi hyvä kerätä myöhemmin palautetta sekä mahdollisia parannusehdotuksia hoitajilta.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. ja Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö, 1:16-43. 500-501 Sanoma Pro Oy.

Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinmäki, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus.

Blomgren, K. & Pauniahho, S.-L. 2013. Terveysthuollon tarkistuslistat. teoksessa Aaltonen, L-M & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 274-292.

Closs, S-J, Cheater, FM. 1999. Evidence for Nursing Practice. A Clarification of the Issues. Journal of Advanced Nursing 30(1), 10-17.

Falvo, D., 2011, Effective patient education, A guide to increase adherence. 4th edition, Jones and Bartless, Canada.

Eloranta S. Leino-Kilpi, H. & Valkeapää, K.. 2014. Läheiset tärkeä voimavara leikkauspotilaan ohjauksessa. Pro terveys 41(5-6), 20-21.

Elomaa, L. & Koivuniemi, S. (2004, 26). Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen: Karinakodin malli. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

ETENE 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 26.5.2014. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Haynes, RB, Yao, X, Degani, A, Kriplani, S, Garg, A & McDonald, HP. 2005. Interventions for Enhancing Medication Adherence. The Cochrane database of Systematic reviews. Issue 4.

Heikkinen, K. 2011. Cognitively Empowering Internet-Based Patient Education for Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients. Department of Nursing Science. Annales Universitatis Turuensis D973.

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Luettu 18.3.2015.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 15. uudistettu painos.

Hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttöön perustuva toiminta. (<http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>). Luettu 3.2.2015

Hyttinen, H. ja Kanerva, A.-M. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan Ohjaus-systemoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö Vol.9(2).

Hyppä, P. 2012. Hoitotyön menetelmät kolonoskopiapotilaan kivunlievityksessä. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Höckerstedt K, Färkkilä M, Kivilaakso E, Pikkarainen P., Gastroenterologia ja hepatologia, Jyväskylä, Kustannus Oy Duodecim, 2007, s., s. 450-457 1. painos,

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. ja Pikkarainen, P. 2010. Sairauksien hoitaminen. Tammi.

Johansson, H. ja Kukkurainen, M-L. 2007. Internetin asiantuntijapalsta täydentää ohjausta. Sairaanhoitaja 10/2007, vol.80.

Kaakinen, P., Kääriäinen, M. ja Kyngäs, H. 2014. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. Tutkiva Hoitotyö. 12(1).

Kekäle, M. (2015). Tieto lisää hoitoon sitoutumista. Uniikki-Yliopiston Apteekin julkaisu 1/2015, 46-49.

Kemi, S., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. (2009). Ohjausintervention vaikutus osteoporoosia sairastavien hoitoon sitoutumiseen ja tietoon sairaudesta. *Hoitotiede* 21(3):174-184.

Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede - Journal of nursing science*. Vol.14(5) 2002, 213-220.

Koskiklinikka. Arvomme. Luettu 26..5.2014. <http://www.koskiklinikka.fi/tietoa-koskiklinikasta/arvomme/>

Kylmä, J. ja Juvakka, T.2007. Laadullinen terveystutkimus.Helsinki:Edita.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. ja Renfors, T. 2007. Ohjauksen tarve ja merkitys- Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki:WSOY oppimateriaalit Oy.1 painos, 11-22.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö-hoitotieteellinen aikakauslehti*, 2008(4), 10-14.

Kääriäinen, M. ja Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjauksikäsitteestä hoitotieteessä. *Journal of nursing science*. *Hoitotiede* 17(5), 250-258.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. ja Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö*. 3(1).

Kääriäinen, M. ja Kyngäs, H. 2006. Ohjaus-tuttu, mutta epäselvä käsite. Teemana potilaan ohjaus. *Sairaanhoitaja* 10. julkaistu 6.10.2006, 6-9.

Kääriäinen, M.2007. Potilasohjauksen laatu; hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Universitatis Ouluensis. D937. Oulu: University Press, 2007.

L785/1992. Suomen laki potilaan asemasta ja oikeuksista.17.8.1992/785. Suomen lainsäädäntö.FINLEX 2009. Viitattu 26.5.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 6—8.

Lassila A., 2012. Indikaatiot, löydökset, komplikaatiot sekä esilääkityksen ja anestesian käyttö HYKS Meilahden sairaalan endoskopiayksikön paksusuolen tähytyksissä vuonna 2010.

- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteen ja hoitotieteen laitos, Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Universitatis Ouluensis. D1236. Oulu:University Press.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet-käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Udd, M.& Halttunen, J.2008. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim Endoskopia. <http://www.duodeclehti.fi/web/guest/hakujsessionid>
- Mattila L., 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista, Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, 76-77
- Miettinen, V. 2012. Paljon iloa tarkistuslistasta. Sairaanhoidaja-lehti 1/2012.
- Männikkö, P. 2004. Parempaa potilasohjausta. <http://www.tesso.fi/artikkeli/parempaa-potilasohjausta>. Viitattu 5.3.2015.
- Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki:Gaudeamus.
- OPM-opetusministeriö 2006. Sairaanhoidaja (AMK)-Sosiaali-ja teveysalan ammattikorkeakoulututkinnosta valmistuvien osaaminen. Työryhmän muistioita ja selvityksiä 2006:24, 63-71. Luettu 26.5.2014. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=en>
- Pauniahho, S-L & Ikonen, T.2010. Kaikki kunnossa-valmiina viiltoon. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 4/2010. Luettu 28.2.2015.
- Pitkääkaiseihin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Lääketietokeskus. www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf. Luettu 28.2.2015
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. ja Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 2009;125(21):2351-9.

Routasalo P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Forssan kirjapaino.

Ristikankare, M., 2006. Rauhoittava lääkitys paksusuolen tähytyksen yhteydessä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Luettu 18.3.2015.

Ryhänen, A. 2012. Internet-Based Breast Cancer Patient's Pathway as an Empowering Patient Educational Tool. Turun yliopisto. Väitöskirja.

Ryhänen, A. 2014. Potilaskeskeinen voimavaraistumista tukeva potilasohjaus. Potilas-symposium. Turun yliopisto. http://www.med.utu.fi/hoitotiede/kansainvalinen_symposium.html. Luettu 28.2.2015.

Räty, M. 2002. maahanmuuttaja asiakkaana. Kustannusosakeyhtiö Tammi. tampere:Tammer-Paino Oy.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Luettu 26.5.2014
https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sarajärvi, A. 2008. Näyttöön perustuvan osaamisen alustava toimintamalli. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu.

Schmidt, N. & Brown, J. 2009. Evidence-Based Practise for Nurses: Appraisal and Application of Research. Jones & Bartlett Publishers.

STM.2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Julkaisuja 18.

Syöpäjärjestöt. <http://www.cancer.fi/tietoasvovasta/syopataudit/suolistosyovat/>.
Luettu 12.3.2015.

Tiusanen, T. 2014. Terveysportti, Sairaanhoitajan käsikirja.
<http://www.teveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>. Luettu 13.3.2015

Torkkola S., Heikkinen H. ja Tiainen, S. (2002) Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Turun yliopiston tiedote. 2012. Symposium:Potilaiden ohjaukseen lisähuomiota.

WHO 2013.Patient Safety Checklist. World Health Organization. Luettu 13.2.2015.
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/en/>

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki:Yliopistopaino.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 12.2.2010 (http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf)

Virikko H., Tampereen ammattikorkeakoulu, kirjallisen raportoinnin ohje 2015, Tampere

Virtanen, H., Leino-Kilpi H. ja Salanterä, S. 2007. Empowering discourse in patient education. Patient Education and Counseling 66(2):140-6.

Vuorinen, I. 1993. Tuhat tapaa opettaa. Vammalan kirjapaino Oy.

Ylinen E. 2010. Patient's pain assessment and management during medication-free colonoscopy. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences; 3.

Liite 1. Kolonoskopiapotilaan ohjauksen tarkistuslista

TARKISTUSLISTA KOLONOSKOPIAPOTILAAN OHJAUKSESTA

OHJAUS LÄHTEE POTILAAN TARPEESTA. YMPÄRISTÖN TULEE OLLA KIIREETÖN JA RAUHALLINEN

PREOPERATIIVINEN OHJAUS

- Potilas on varannut ajan tähystykseen poliklinikan hoitajilta.
- Aikaa varattaessa on otettu huomioon potilaan toivomukset mahdollisuuksien mukaan.
- Potilaille on varattu hänelle sopivin tyhjennysaine (huomioi sairaudet, vatsan toimivuus ym.).
- Potilas on saanut suolen tyhjennysohjeet kirjallisena ja suullisesti.**
- Ohjauksessa ennen tähystystä on huomioitu mitä potilas ja/tai hänen omaisensa jo tietää ja mitä hän haluaa tietää ennen toimenpiteeseen tuloa?
- Potilas on ohjeistettu ruokavalionsa tehtävistä muutoksista.
- Potilas ja/tai omainen tietää miten tehdä lääkehoitoonsa mahdolliset muutokset toimenpiteen vuoksi (diabeteslääkitys, verenohennus, rautalääkitys).
- Esilääkkeen tarpeellisuudesta on keskusteltu ja ohjattu potilasta pidemmästä seuranta-ajasta toimenpiteen jälkeen sekä saattajan mukanaolosta.
- Potilas tietää kehen/mihin ottaa yhteyttä jos hänellä on kysyttävää (yhteystiedot)

INTRAOPERATIIVINEN Osa1 tähystys ei vielä ole alkanut

- Potilas on ohjattu toimenpidehuoneeseen. Toimenpiteen vaiheista on keskusteltu. Jännitystä ja pelkoa vähentää tieto toimenpiteen eri vaiheista.
- Vaatteidenvaihto on ohjattu (avopaita ja sukat).
- Potilaan käytöstä on tarkkailtu. Käytöksestä voi arvioida potilaan mahdollista jännittämistä. On keskusteltu toimenpiteen etenemisestä ja sen eri vaiheista. Tarvittaessa kipua/hermoilua on lääkitty.
- Hoitajan on huomioinut sanattomien eleiden ja ilmeiden merkityksen ohjauksessa.
- On varmistettu että potilas on saanut riittävän ohjauksen ja ymmärtänyt sen.
- Potilas tietää että sairaanhoitaja on toimenpiteen aikana vierellä myös potilasta varten.

INTRAOPERATIIVINEN OHJAUS Osa2 tähystys on alkanut

- Potilas on ohjattu aloitusasentoon. Sairaanhoitaja avustaa tarvittaessa painamalla potilaan vatsaa pyrkien vähentämään suolen venymisestä aiheutuvaa kipua.
- Koko toimenpiteen ajan on seurattu potilaan vointia, keskusteltu hänen kanssaan ja tarvittaessa rohkaistu potilasta.**
- Potilaan asentoa vaihdettaessa on ohjattu ja avustettu potilasta kääntymisessä.
- Potilaille on kerrottu mahdollisten näytteidenotosta. Näytteidenotto ei satu.

- Potilas on ohjattu rauhallisesti siirtymään wc:n. Tähystyksessä ilmaa kertyy suo-
listoon. Neuvottu liikkumaan jotta ilma tulee pois.

POSTOPERATIIVINEN OHJAUS

- Potilas tietää komplikaatiot, milloin pitää viipymättä hakeutua lääkäriin (yhteys-
tiedot)
- Potilas tietää, milloin ja miten hän saa kuulla tulokset mahdollisista näytteistä (yh-
teystiedot).
- Hoitaja on arvioinut ohjauksen onnistumista. Mikä onnistui /missä parannettavaa.

Liite 2. TUTKIMUSTAULUKKO

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Ylinen Eeva-Riitta (2010) Hoitajien asiantuntemus kolonoskopiapotilaan kivun hoidossa ja arvioinnissa. Väitöskirja, Kuopion yliopisto	Tarkoitus oli kuvata hoitajan, potilaan ja tähystävän lääkärin näkökulmista teki-joitä, jotka ovat yhteydessä kolonoskopiapotilaan kivun kokemukseen ja sen hoitoon lääkkeettömän kolonoskopian aikana.	Tutkimus kerättiin kolmessa vaiheessa kolonoskopiapotilailta, hoitajilta ja tähystäviltä lääkäreiltä Kvantitatiivinen kuvaileva kyselytutkimus sekä asiantuntijapaneeli Tilastolliset menetelmät ja sisälönanalyysi	hoitajat käyttivät lääkkeettömiä menetelmiä, kivun hoito perustui käytäntöön, kipumittareiden käyttö puutteellista. Valtaosa potilaista kertoi kivun olevan lievää tai sitä ei ollut. Hoitajat ja tähystävät lääkärit arvioivat jonkin verran kivun voimakkuutta Naiset olivat ahdistuneempia ennen kolonoskopiaa kuin miehet. Naiset kokivat tutkimuksen kivuliaammaksi kuin miehet. Korkea tilanneahdistustaso vähensi kykyä sietää tutkimusta. Potilaan hermostuneisuus oli kivuliaan kolonoskopian riskitekijä. Hoitajien käyttämät lääkkeettömät menetelmät helpottivat sekä ahdistuneiden että ahdistumattomien potilaiden kipua. Hoitajat ja lääkärit tarvitsevat kipukoulutusta. Ennen tutkimusta on varattava aikaa havaita

			<p>riskipotilaat, joille tarjotaan kipulääkitystä. Kolonoskopian ohjausta tulee kehittää yksilöllisemmäksi. Hoitajien on paremmin tiedostettava lääkkeettömät kivuhoitomenetelmät ja käytettävä niitä osana hoitoa.</p>
--	--	--	---

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Lipponen, Kaija. 2014.</p> <p>Potilasohjauksen toimintaedellytykset</p> <p>Väitöskirja, Oulun yliopisto</p>	<p>Tarkoitus oli kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake n=203 ja n=377</p> <p>perus- ja monimuuttuja analyysi sekä deduktiivinen sisällyönanalyysi</p> <p>Kehittämistyö: Haastattelu n=24 Induktiivinen sisällyönanalyysi</p>	<p>Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat keskimäärin hyvää tasoa ja asenteet potilasohjaukseen myönteiset. Hoitohenkilöstö arvioi toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti tunneulottuvuuden huomioiden.</p> <p>Huomiota on kiinnitettävä ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön.</p> <p>Kehittämistarpeita on ohjaukseen käytettävissä olevassa ajassa, välineistössä ja ohjaustiloissa.</p> <p>Kehittämissyhteistyö lisää ammattilaisten ja organisaatioiden välistä yhteistyötä sekä parantaa tiedonkulkua potilaan hoitoprosessissa.</p>

--	--	--	--

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kääriäinen, M. 2007.</p> <p>Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen.</p> <p>Väitöskirja, Oulun yliopisto</p>	<p>Ensimmäisessä vaiheessa kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Toisessa vaiheessa tarkoitus oli määritellä ohjaus-käsite ja testata käsitteen rakenne.</p>	<p>1.vaihe postikysely potilaita n=844 ja hoitohenkilöstö n=916</p> <p>Aineisto analysoitiin perus- ja monimuuttujamenetelmiä ja sisällönanalyysia</p> <p>2. käsiteanalyysi, jossa aineisto kerättiin harkinnanvaraisesti Medline-, Cinahl- ja Medic-tietokannoista n=32 ja käsihakuina yleisteoksista n=6</p> <p>Analyysi induktiivinen sisällönanalyysi. Ohjaus-käsitteen</p>	<p>Ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset, mutta ohjausaika oli riittämätöntä. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteiset vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä. Suullinen ohjaus hallittiin hyvin. Kolmannes potilaista ei saanut kirjallista materiaalia lainkaan. Viides potilaista arvioi, ettei ohjaustoiminta ollut potilaslähtöistä. Ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina otettu potilaan taustatekijöitä huomioon. Vuorovaikutus toteutui hyvin. Ohjaus oli osittain riittämätöntä varsinkin ennen sairaalaan tuloa sairauteen ja sen hoitoon liittyvien asioiden osalta sekä sairaala-aikana sosiaalisen tuen tarve.</p> <p>Ohjauksella oli vähän tai ei ollenkaan vaikutusta</p>

		<p>rakenne testattiin konfirmatorisella faktori-analyysillä. Aineistona 1.vaiheen aineisto n=844.</p> <p>1. ja 2. vaiheen tulokset yhdistettiin ohjauksen laadun hypoteettiseksi malliksi.</p>	<p>kolmannekseen potilaista. Vähiten ohjaus vaikutti omaisten tiedonsaantiin. Kokonaisuudessaan potilaat pitivät ohjauksen laatua hyvänä.</p>
--	--	--	---

