

Mirka Rantanen, Tia Rauno, Sanna Rukkila
Askitespunktioon tulevan potilaan hoito
Käsikirja hoitohenkilökunnalle

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

25.4.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Mirka Rantanen, Tia Rauno, Sanna Rukkila Askitespunktioon tulevan potilaan hoito – Käsikirja hoitohenkilökunnalle 20 sivua 25.4.2014
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Liisa Montin, TtT, lehtori Liisa Lukkari, THM, lehtori
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä käsikirja askitespunktioon tulevan potilaan hoidosta naistentautien osastolle, jossa hoidetaan gynekologisia syöpäpotilaita. Idea opinnäytetyöhön nousi työelämän tarpeesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää sekä luoda näyttöön perustuvat hoitokäytänteet osastolle askitespunktioon tulevan potilaan hoidosta sekä tätä kautta pyrkiä lisäämään potilasturvallisuutta.</p> <p>Gynekologisista syöivistä kolme yleisimmin naisilla esiintyvää syöpää Suomessa ovat kohdunrungonsyöpä, munasarjasyöpä ja kohdunkaulansyöpä. Syövän aiheuttaman askitesnesteen poistoon yksi käytettävistä hoitomuodoista on askitespunktio. Vuonna 2013 kyseisen osaston potilaille tehtiin yhteensä 113 askitespunktiota. Opinnäytetyössä esitellään askitesnestein kertymisen syyt, seuraukset ja hoito sekä kuvataan askitespunktioon tulevan potilaan hoitopolku osastolle saapumisesta kotiutukseen saakka.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin hakemalla tietoa systemaattisesti Medic-, Medline- ja CINAHL-tietokannoista. Artikkelit (n=10) analysoitiin ja luokiteltiin hoitoprosessin mukaisesti. Opinnäytetyössä on kiinnitetty huomiota erityisesti lähdekritiikkiin sekä tiedonhakuprosessin luotettavuuteen.</p> <p>Tuotoksena syntynyt käsikirja on saatavana osastolla laminoituna oppaana. Käsikirjaa voi hyödyntää hoitajien päivittäisessä hoitotyössä sekä uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Käsikirjan sisällössä ja ulkoasussa on otettu huomioon osaston esittämät tarpeet sekä toiveet.</p>	
Avainsanat	askitespunktio; käsikirja, hoitotyö

Author(s) Title Number of Pages Date	Mirka Rantanen, Tia Rauno, Sanna Rukkila Care of Patients With Ascites – A Guide to Health Care Professionals. 20 pages 25th Apr 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer Liisa Lukkari, MNSc, RN, Senior Lecturer
<p>The purpose of our final project was to create a guide for the care of the patient coming to ascites puncture on a gynecological ward. The guide was made for health care professionals in Finland. The idea our final project came from the need in working life. The goal of our final project was to standardize and create evidence-based nursing practices for the care of patient with ascites and, hence to improve patient safety.</p> <p>The gynecological ward takes care of patients with gynecological cancers. The three most common gynecological cancers in Finland are cancer of the corpus uteri, ovarian cancer and cervical cancer. These cancers may produce ascites fluid. One way of treatment is to puncture ascites. In year 2013 there were a total 113 ascites punctures on the ward's patients. In our final project we introduced reasons, consequences and care of accumulation of ascites fluid. We also described the care process from the moment the patient arrives in the ward to the moment of discharge.</p> <p>Data for our final project was collected by searching articles and researches in Medic, Medline and CINAHL databases. The articles (n=10) were analyzed and classified by the care process. Attention was especially paid to source criticism and the reliability of the data during our search process.</p> <p>The output of our final project was a laminated guide for the ward. The guide may be exploited in the daily care of patients and also in the introduction of new employees and student nurses. We have paid attention to the ward's needs and hopes for the layout and language of the guide.</p>	
Keywords	ascites puncture, guide, nursing

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Askiteksen syyt ja askitespункtio	2
3	Toimintaympäristön kuvaus	4
4	Työn tarkoitus ja tavoite	5
5	Prosessin eteneminen	5
6	Työn toteutus	7
6.1	Tiedonhaku	7
6.2	Aineiston valinta	9
7	Potilaan hoito askitespункtion yhteydessä	9
7.1	Hoito ennen toimenpidettä	9
7.2	Hoito toimenpiteen aikana	10
7.3	Hoito toimenpiteen jälkeen	11
8	Eettiset näkökohdat	14
9	Työn luotettavuus	16
10	Pohdinta	16
	Lähteet	18

1 Johdanto

Tässä opinnäytetyössä toteutettiin käsikirja askitespunctioon tulevan potilaan hoidosta yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin naistentautien osaston kanssa. Idea opinnäytetyöhön nousi osaston tarpeesta yhteisille toimintatavoille. Opinnäytetyö oli osa Metropolia ammattikorkeakoulun sekä HUS:n potilasturvallisuus-yhteistyötä.

Opinnäytetyössä kerrotaan yleisesti askitesnestekertymän etiologiasta, sen aiheuttamista haitoista sekä käydään lyhyesti läpi yleisimpiä gynekologisia syöpiä, jotka voivat muodostaa askitesnestettä. Työssä kuvataan myös askitesnestekertymän yhtenä hoitokeinona käytetty askitespunctio prosessina potilaan valmisteluista toimenpiteeseen, toimenpiteen kulun sekä sen jälkeisen tarkkailun aina kotiutukseen asti.

Tarve yhtenäisille hoitokäytänteille osastolla oli suuri, sillä askitespunctioon tulevia potilaita on paljon. Naistenklinikan röntgenosaston mukaan vuonna 2013 Naistenklinikan syöpäosaston potilaille tehtiin yhteensä 113 askitespunctiota (Röntgenosaston osastonhoitaja 2014). Osastolla ilmeni myös erilaisia puutteita askitespunctioon tulevan potilaan ohjauksessa. Tarkoituksena oli tuottaa osastolla työskenteleville hoitajille käsikirja askitespunctiosta. Käsikirja antaa tietoa ja ohjeita hoitajille potilaan toimenpiteeseen valmisteluun sekä sen jälkeiseen hoitoon ja ohjaukseen. Työn tavoitteena oli yhtenäistää osaston potilasohjaus sekä näin ollen pyrkiä parantamaan potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä yksikön ja organisaation toimintoja ja periaatteita, joilla pyritään suojaamaan potilasta sekä varmistamaan turvallinen hoito (THL 2013).

Potilasturvallisuuden edistämiseksi keskeistä on kaikkien saatavilla olevat yhtenäiset, selkeät sekä ajantasaiset toimintaohjeet (THL 2011). Potilasturvallisuus potilaan näkökulmasta tarkoittaa, että potilas saa hänen tarvitsemaansa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla sekä hoidosta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa (THL 2013). Turvallisen hoidon yksi keskeinen osa on ammatillinen osaaminen. Jokainen työntekijä on vastuussa omasta osaamisestaan ja työnantajan vastuu on huolehtia siitä, että työntekijä on saanut riittävän koulutuksen sekä perehdytyksen tehtäviinsä. Potilasturvallisuudesta vastaa siis koko henkilökunta. (STM 2009:18.)

Työn lopputuloksena valmistui selkeä ja ajantasainen käsikirja, jota osaston lähi- ja sairaanhoitajat voivat käyttää päivittäisen hoitotyönsä tukena. Käsikirjasta tehtiin yksi laminoitu kappale, joka luovutettiin osaston käyttöön.

2 Askiteksen syyt ja askitespunctio

Vatsakalvo koostuu kahdesta ohuesta kalvosta. Kalvojen välille muodostuu pieniä määriä nestettä, jotta ne liukuisivat hyvin toisiaan vasten ihmisen liikkuesssa. Kun nestettä alkaa kertymään vatsaonteloon, sitä kutsutaan askitesnesteeksi. Se johtuu usein monesta eri tekijästä, kuten tulehduksen aiheuttamasta reaktiosta ja siitä, että neste ei poistu elimistöstä normaalisti. Askitesnestettä esiintyy sekä hyvänlaatuisissa että pahanlaatuisissa taudeissa. Pahanlaatuisissa taudeissa askitesnestettä voi olla muodostunut jo taudin diagnosointivaiheessa sekä ilmaantua uudestaan taudin uusiutuessa. (Keen – Fitzgerald – Bryant – Dickinson 2010: 2.) Askitesnesteeseen kertymisen nopeutta on hyvin vaikea ennustaa, joten potilaat tulevat yleensä sairaalaan epämiellyttävän vatsan turvotuksen vuoksi (Lanceley 2011: 33).

Askitesneste on yleinen oire useassa eri sairaudessa tai tilassa (Day – Mitchell – Keen – Perkins 2013: 739). Askitesneste muodostuu vatsaonteloon joko äkillisesti esimerkiksi laparoskooppisen leikkauksen seurauksena tai pitkän ajan kuluessa perussairauden edetessä (Nordin – Mäkisalo 2000: 2077). Yleisimmät syyt askitesnesteeseen ovat maksakirroosi (75%), syöpä (10%), sydänperäiset ongelmat (3%) sekä tuberkuloosi (2%) (Rochling – Zetterman 2009: 1740).

Naistenklinikan naistentautien syöpäosastolla hoidetaan erityyppisiä gynekologisia syöpiä. Kohdunrunгон syöpä on kolmanneksi yleisin naisten syöpä ja yleisin gynekologinen syöpä Suomessa. Kohdunrunгон syöpä on lähtöisin kohtuontelon limakalvoilta. Syövän ensioireena on usein poikkeava verenvuoto emättimestä. (Grenman – Auranen 2011: 232–235.)

Munasarjasyöpä on Suomessa esiintyvistä gynekologisista syöväistä toiseksi yleisin. Tauti on aluksi oireeton ja oireet ilmaantuvat yleensä vasta kun syöpä on jo levinnyt vatsaontelossa. Syöpä löydetäänkin usein sattumalöydöksenä muun gynekologisen tutkimuksen yhteydessä. (Leminen – Loukovaara 2011: 240–246.) Munasarjasyöpään liitetään usein runsas askitesnesteeseen muodostuminen (Keen ym. 2010: 4).

Kohdunkaulan syöpä on kolmanneksi yleisin gynekologinen syöpä Suomessa. Syövän ilmaantuminen sekä kuolleisuus ovat pienentyneet seulontamenetelmien ansiosta, joista tärkein on papa-koe eli irtosolukoe. Suomessa on käytössä myös joukkotarkastukset, joilla pyritään löytämään uudet esiasteet mahdollisimman ajoissa. Kohdunkaulansyövän ensioireena on verenvuoto, erityisesti yhdynnän jälkeen. (Mäenpää – Pakarinen 2011: 224–225.)

Gynekologisista syöivistä askitesnestettä muodostaa myös munanjohdinsyöpä. Munanjohdinsyöpä leviää yleensä vatsaonteloon kuten munasarjasyöpäkin (Leminen – Loukovaara 2011: 253). Myös vatsakalvonsyöpä tuottaa askitesnestettä. Naistentautien osaston lääkärin mukaan munanjohdin- ja vatsakalvon syöivissä oireet ovat samankaltaisia kuin munasarjasyövässä. (Osaston lääkäri 2013.)

Lääkäri voi todeta lisääntyneen askitesnesteen vatsan perustutkimuksella, TT-, ultraääni- tai magneettikuvauksella sekä munuaistutkimuksilla (Nordin – Mäkisalo 2000: 2077). Runsaasta askitesnesteestä kertovat pingottuneet vatsanpeitteet sekä selkeästi suurentunut vatsan alue. Lisäksi oireisiin voi kuulua hengenahdistusta, matalaa verenpainetta sekä munuaisten toiminnan heikentymistä. (Isoniemi – Färkkilä 2012.)

Askitesneste aiheuttaa potilaalle sekä fyysisiä, että psyykkisiä haittoja. Potilaat voivat tuntea olonsa erittäin kiusalliseksi suurentuneen vatsan alueen seurauksena. Askitesneste aiheuttaa myös kipua, epämukavuutta sekä arkuutta. Nesteen paino vatsaontelossa aiheuttaa täysinäisen ja tukalan olon. Askitesnesteellä on myös vaikutusta ruoansulatukseen ja sen vaikutukset vaihtelevat anoreksiasta jatkuvaan näläntunteeseen. Etenkin suuri vatsa aiheuttaa raskaana olemisen tuntemuksen. Tämä voi aiheuttaa myös sosiaalista painetta, kun oletetusta raskaudesta kysellään. Askitesneste aiheuttaa potilaille liikkumisvaikeuksia, pukeutumisongelmia, hengästymistä sekä hengenahdistusta. Askitesneste vaikuttaa myös potilaiden sosiaaliseen elämään, kun esimerkiksi ulkoilu ei onnistu. (Day ym. 2013: 741–742.)

Lisääntyneen askitesnesteen hoitomuotoina käytetään vuodelepoa, suola- ja nesterajoituksia, askitespunktiota sekä lääkehoitoa vatsaontelossa olevan nesteen määrästä riippuen (Nordin – Mäkisalo 2000: 2078). Syövästä johtuvan askitesnesteen hoidossa käytetään myös solunsalpaajahoitoa (Day ym. 2013: 739). Hoidon tarkoituksena on lisätä potilaan virtsaneritystä sekä nesteiden poistumista vatsaontelosta. Potilaan hoi-

don aikana seurataan neste- ja elektrolyyttitasapainoa sekä painoa, jonka ihanteellinen lasku olisi 500 grammaa vuorokaudessa. (Nordin – Mäkisalo 2000: 2079.)

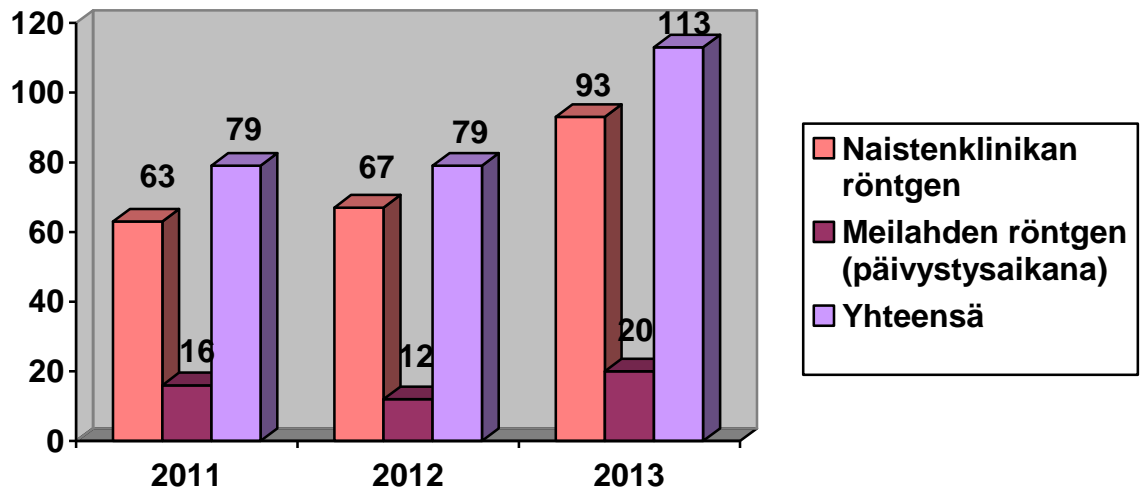
Askitespunktio on hoitomuotona tehokkaampi kuin lääkehoito, eikä siitä koidu potilaalle niin paljon haittavaikutuksia. Se myös lyhentää potilaiden sairaalassaoloaikaa. Askitespunktio voidaan suorittaa potilaalle, jolla on hoitovasteeton askitesnestekertymä tai se aiheuttaa munaisten toiminnan huonontumista. Hoitovasteettomalla askitekseella tarkoitetaan tilaa, jossa perinteinen hoito ei tehoa tai sen ilmaantumista ei pystytä estämään diureettihoidolla. (Nordin – Mäkisalo 2000: 2080.) Diureettihoidolla on apua maksakirroosin aiheuttamaan askitekseen, mutta siitä ei ole apua syövän aiheuttamassa askitekseen hoidossa. Punktiota ei voi tehdä mikäli potilas on raskaana, hänellä on laajentunut virtsarakko tai suoli, merkkejä aktiivisesta verenvuodosta, vatsan sisäisiä kiinnikkeitä tai suonensisäisiä hyytymishäiriöitä (Paterson 2013: 16).

3 Toimintaympäristön kuvaus

Naistenklinikan naistentautien vuodeosastolla hoidetaan gynekologisia syöpäpotilaita. Osaston toiminta on jaettu kahteen eri osa-alueeseen: vuodeosastoon sekä polikliiniseen puoleen. Osaston polikliiniseen puoleen kuuluvat solunsalpaajahoitoa saavat potilaat. Solunsalpaajahoitoa saavia potilaita käy päivittäin 16 – 22 henkilöä. Vuodeosaston puolelle kuuluvat päivystyksenä tulleet potilaat. Tällä hetkellä osastolla ei ole leikkaustoimintaa sairaalan remontin vuoksi, vaan toiminta on keskittynyt päivystyspotilaiden vastaanottoon sekä solunsalpaajahoitoihin. Osaston sairaanhoitajien mukaan syitä osastolle tulon voivat olla esimerkiksi solunsalpaajahoidon jälkeiset infektiot tai yleistilan lasku. Muita syitä potilaiden osastohoitoon on esimerkiksi hengenahdistus, painonnousu tai huomattava vatsan alueen kasvu, joka kertoo vatsaonteloon kertyneestä askitesnesteestä. Tällöin muita sisäelimiä painava neste täytyy punktoida, jotta potilaan oireita voidaan helpottaa. (Osaston sairaanhoitajat 2013.)

Askitespunktio on osastolla yleinen toimenpide. Vuonna 2011 Naistenklinikan syöpäosaston potilaille tehtiin yhteensä 79 askitespunktiota (kuvio 1.) Niistä 63 suoritettiin naistenklinikan röntgenosastolla ja 16 kappaletta päivystyksellisesti Meilahden röntgenosastolla. Vuonna 2012 tehtiin myös 79 askitespunktiota. Naistenklinikan röntgenosastolla suoritettiin 67 askitespunktiota sekä päivystysaikana Meilahden röntgenosastolla 12. Askitespunktoiden määrä on lisääntynyt. Vuonna 2013 kyseisen osaston poti-

laille on tehty yhteensä 113 askitespunktiota. Niistä 93 tehtiin naistenklinikan röntgenosastolla ja 20 punktiota Meilahden röntgenosastolla. (Röntgenosaston osastonhoitaja 2014.)



Kuvio 1. Naistentautien syöpäosaston lähettämien askitespunktiioon tulevien potilaiden määrä (Röntgenosaston osastonhoitaja 2014).

4 Työn tarkoitus ja tavoite

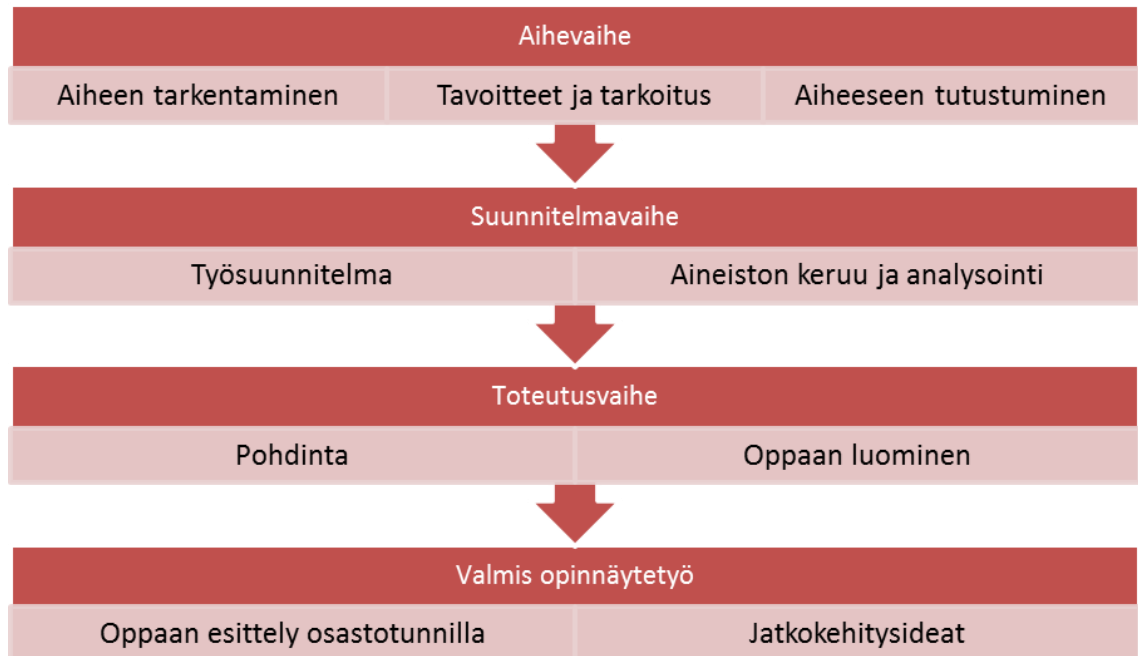
Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa käsikirja osastolla työskenteleville lähi- ja sairaanhoitajille askitespunktiioon tulevan potilaan hoidosta.

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda osastolle yhtenäiset näyttöön perustuvat hoitokäytännöt askitespunktiioon tuleville potilaille ja tätä kautta pyrkiä lisäämään potilasturvallisuutta.

5 Prosessin eteneminen

Idea tehdä opinnäytetyö kolmen hengen ryhmässä tuntui luontevalta alusta alkaen. Ryhmän jäsenet olivat samalla vuosikurssilla sekä tunnettuja toisille myös koulun ulkopuolelta. Tämä helpotti ryhmän välistä tiedonkulkua sekä kommunikointia ja tapoamisten järjestämistä. Työtä uskallettiin tarkastella myös enemmän kriittisesti tämän ansiosta. Opinnäytetyötä toteuttaessa työskenneltiin sekä ryhmänä koulussa, että itse-

näisesti kotona. Opinnäytetyön osuuksia jaettiin ryhmän jäsenten kesken, mutta tekstiä tuotettiin myös yhdessä. Lopuksi varmistettiin, että teksti on tyyliiltään yhtenäistä sekä sujuvaa.



Kuvio 2. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Ennen kuin varsinaisia opinnäytetyöaiheita oli julkistettu keväällä 2013, ryhmällä oli idea valmiina opinnäytetyöhön. Yksi ryhmän jäsenistä työskenteli naisten gynekologisella syöpäosastolla, jossa oli noussut esille tarve yhtenäisille hoitokäytänteille ja ohjeille liittyen askitespunktioon. Toimenpide on osastolla yleinen, mutta kirjallista opasta tai ohjetta potilaan valmistamisesta toimenpiteeseen ei ollut olemassa. Aiheeksi haettiin oppaan suunnittelu kyseiselle osastolle, koska se oli selkeästi työelämästä noussut tarve. Lisäksi innovaatioprojektina aloitettiin suunnittelu oppaasta askitespunktioon tulevalle potilaalle, joka täydentäisi hoitajan oppaan perusteella antamaa suullista ohjausta.

Tuotoksena valmistunutta hoitajien opasta voi käyttää työyksikössä useaan eri tarkoitukseen. Opas toimii hoitajien päivittäisen hoitotyön tukena ja sitä voidaan käyttää uusien työntekijöiden sekä osastolla harjoittelevien opiskelijoiden perehdytykseen. Alusta alkaen oli visio oppaasta, joka on helppo ja miellyttävä lukea. Oppaasta tehtiin innostava, jotta se päätyisi osaksi osaston toimintaa eikä jäisi hyödyntämättä. Yhteistyö osas-

ton kanssa sujui mutkattomasti ja osastolla oltiin kiinnostuneita tehdystä työstä ja sitä arvostettiin. Osaston työntekijät sekä osastohoitaja esittivät toiveita sekä kommentteja oppaan sisältöön liittyen ja ne otettiin suunnittelussa huomioon.

Opinnäytetyö aloitettiin suunnitteluprosessilla sekä tiedonhaulla (kuvio 2). Tämä oli ryhmän jäsenten mielestä opinnäytetyön hankalin sekä aikaavievin osuus. Askitespuntiosta sekä askitesnesteestä löytyy yleisesti ottaen vähän tutkimuksia sekä artikkeleita sekä lähes ainoastaan englannin kielellä, joten haku keskitettiin englanninkielisiin tietokantoihin. Tämä näkyy vähäisenä valittujen tutkimusten määränä. Relevantin tiedon löytäminen aiheesta olikin yksi suurimmista haasteista. Tiedonhaku aloitettiin yksittäisillä hakusanoilla, jolloin tuloksia tuli kymmeniätuhansia. Tästä johtuen hakua rajattiin tarkasti heti alusta alkaen. Hakusanoja yhdistettiin Medlinessä sekä CINAHL:ssa advanced searchin avulla, jolloin osumia tuli huomattavasti vähemmän ja niiden läpikäyminen oli toteutettavissa.

Tiedonhakua vaikeutti artikkeleiden julkaisuaikankohta. Suuri osa artikkeleista oli huomattavan vanhoja, joten niitä ei käytetty lähdemateriaalina. Valittu lähdeaineisto on vuosilta 2000–2013, vaikka sitä ei ole hauissa erikseen rajattu. Tiedonhaun pohjalta todettiin, että askitespunctio on toimenpiteenä spesifi, eikä valideja tutkimuksia ollut paljon tarjolla. Askitesnesteeseen muodostuminen liittyy myös keskeisesti maksakirroosiin, mutta lähteiksi valikoitiin pääosin artikkeleita ja tutkimuksia, jotka liittyivät gynekologisiin syöpäpotilaisiin.

Itse varsinainen opas suunniteltiin Microsoft Powerpoint-ohjelmalla. Oppaan suunnittelu oli mukavaa ja siinä yritettiin huomioida myös visuaalinen ulkoasu. Prosessin aikana opasta näytettiin yhteistyöosastolle ja pyydettiin palautetta. Itse oppaan tekemiseen ei kulunut aikaa niin paljon kuin muuhun työhön, sillä aineisto oli jo valmiiksi kerättyä.

6 Työn toteutus

6.1 Tiedonhaku

Aineiston keruu aloitettiin elokuussa 2013. Aineistonkeruun menetelmänä käytettiin soveltaen systemaattisen tiedonhaun periaatteita. Systemaattisella tiedonhaulla tarkoitetaan syvällistä perehtymistä tutkittavaan aiheeseen (Heikkinen 2001: 26). Valittu suomenkielinen tietokanta oli Medic. Englanninkieliset tietokannat olivat MedLine, CINAHL

sekä JBI. Hakusanat suomeksi olivat ascites, gynekologinen, dreeni sekä englanniksi nursing, abdominal paracentesis, ascites, puncture, gynaecological, cancer ja drain (taulukko 1.)

Taulukko 1. Tiedonhaun toteutus.

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	Ascites OR Gynekologinen OR Dreeni	22 55 253	6 10 15	1 0 0	1
Medline	Nursing AND Ascites	67	11	5	1
	Nursing AND Ascites AND Drain	1	1	0	0
	Nursing AND Ascites AND Puncture	1	0	0	0
	Nursing AND Abdominal paracentesis	2	2	2	1
	Cancer AND Ascites AND Nursing	9	1	1	0
	Ascites AND Cancer AND Gynaecological	24	9	4	1
CINAHL	Ascites AND Drain	6	2	0	0
	Ascites AND Puncture	8	0	0	0
	Abdominal paracentesis	12	6	6	3
	Ascites AND cancer 2013	11	5	2	1
JBI	Ascites	30	4	2	2
	Ascites AND drain	3	0	0	0
	Ascites AND Puncture	3	0	0	0
	Abdominal Paracentesis	3	0	0	0
		Yhteensä 510	Yhteensä 72	Yhteensä 23	Yhteensä 10

6.2 Aineiston valinta

Tietokantojen hakutuloksia (n=510) tarkasteltiin ensin otsikkotasolla ja karsittiin pois otsikot, jotka eivät vastanneet opinnäytetyön aihetta. Jäljelle jääneistä otsikoista (n=72) valittiin aihetta parhaiten vastaavat otsikot abstraktitason tarkasteluun. Tämän jälkeen jäljelle jääneistä hakutuloksista (n=23) valittiin sisällöntason tarkasteluun lopulliset, työhön tulevat artikkelit (n=10).

Tapaamisissa yhteistyö- sekä röntgenosaston kanssa saatiin tilastotietoa Naistenklinikan röntgenosaston viime vuosien askitespunktioon tulleiden potilaiden määrästä. Lisäksi yhteistyöosaston sairaanhoitajien sekä lääkärin kanssa käytyjen keskusteluiden yhteydessä saatiin hyödyllistä tietoa opinnäytetyötä varten esimerkiksi osaston toimintaympäristöstä.

7 Potilaan hoito askitespunktin yhteydessä

Askitespunktioon tulevan potilaan hoito pyritään toteuttamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, huomioiden potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet. Potilaan hoito jaetaan kolmeen eri vaiheeseen. Ennen askitespunktia potilasta hoidetaan vuodeosastolla. Hoito sisältää potilaan ohjauksen sekä ennen toimenpidettä huomioitavat asiat. Toimenpiteen aikana potilaan hoidosta vastaa ensisijaisesti röntgenosastolla työskentelevä hoitaja. Toimenpiteen jälkeen potilas siirtyy takaisin vuodeosastolle, jossa hänen vointiaan tarkkaillaan kotiutumiseen saakka. (Osaston sairaanhoitajat 2013.)

7.1 Hoito ennen toimenpidettä

Osastolla työskentelevä lähi- tai sairaanhoitaja kertoo ennen toimenpidettä potilaalle, miksi hänelle suoritetaan kyseinen toimenpide ja samalla varmistetaan että potilas ymmärtää kuulemansa (Osaston sairaanhoitajat 2013). Potilaalta kysytään mahdolliset allergiat, mukaan luettuna puuduteaineallergiat sekä yliherkkyydet esimerkiksi desinfiointiaineille. Sairanhoitaja asettaa tarvittaessa osastolla potilaalle suonensisäisen laskimokanyylin ennen toimenpiteen alkua. (Rushing 2005: 14.) Potilaan käytössä olevat lääkkeet annetaan potilaalle lääkärin ohjeen mukaan (HUS Kuvantaminen 2013). Potilaalta varmistetaan myös, onko hänellä veren hyytymishäiriöitä tai käyttäkö hän

niihin lääkitystä (Rushing 2005: 14). Mikäli potilaalla on käytössä verenohennuslääke, se huomioidaan potilaskohtaisesti. Varfariinihoidossa olevan potilaan lääkitys tauotetaan yksilöllisesti ja tapauskohtaisesti. Tarvittaessa varfariinivaikutus voidaan kumota pienellä määrällä k-vitamiinia. Minihepariini-pistoshoitossa edellisestä profylaksianoksesta tulee olla kulunut vähintään 12 tuntia ja toimenpiteen jälkeen aikaisintaan 4 tunnin kuluttua voidaan jatkaa pistoshoitoa. (HUS röntgen 2012.) Potilaan tulisi olla syömättä vähintään 3 tuntia ennen toimenpidettä (HUS kuvantaminen 2013).

Askitesnesteen toteamisen jälkeen osastolla työskentelevä lähi- tai sairaanhoitaja tilaa potilaalle tarvittavat laboratoriokokeet. Tulosten valmistumista täytyy odottaa ennen toimenpiteeseen menoa. Toimenpidettä varten potilaalta tulee olla otettuna hyytymisarvot sekä perusverenkuva. Tulokset saavat olla enintään kolme päivää vanhoja. Mikäli potilaalla on varfariinihoito, tulee hänestä olla ottaa perusverenkuva lisäksi P-APTT sekä P-INR- arvo toimenpidepäivänä. Hyväksyttävät raja-arvot askitespunktiioon ovat P-INR < 1.5, P-TT > 50%, P-APTT normaali, B-HKR vähintään 30% sekä B-Tromb > 100. Mutta askitespunktio on myös mahdollista tehdä röntgenlääkärin päätöksellä, seuraavilla laboratorioarvoilla P-INR < 1.7, P-TT > 30%, P-APTT normaali, B-HKR arvo on joustava ja B-Tromb > 50. (HUS röntgen 2012.) Röntgenlääkäri arvioi lopulliset toimenpiteeseen riittävät arvot. Kun laboratoriokokeiden vastaukset ovat tulleet ja arvot ovat riittävät, soitettaa hoitaja röntgenosastolle ja pyytää potilaalle ajan askitespunktiioon (Osaston sairaanhoitajat 2013).

Lähi- tai sairaanhoitaja tarkistaa potilaalta vitaalielintoiminnot sekä mittaa mittanauhalla potilaan vatsanympäryksen. Tulokset kirjataan välittömästi ylös. Hoitaja jättää verenpainemittarin mansetin potilaan käsivarteen, jotta verenpainetta voidaan tarkkailla toimenpiteen aikana. (Rushing 2005: 14.) Hoitaja vie potilaan potilassängyllä röntgeniin ja ilmoittaa hänet paikalle tulleeaksi (Osaston sairaanhoitajat 2013).

7.2 Hoito toimenpiteen aikana

Röntgenhoitaja asettaa potilaan puoli-istuvaan asentoon potilassängylle sekä kohottaa sängynpäätyä 30–40 astetta (Sachs 2013: 1). Ennen toimenpidettä röntgenlääkäri tutkii vatsaontelon nesteen määrän ultraäänilaitetta apuna käyttäen. Nesteen määrän sekä pistopaikan varmistuttua röntgenhoitaja desinfioi punktioalueen. Toimenpide tehdään paikallispuudutuksessa ja se kestää kokonaisuudessaan noin 20–30 minuuttia. (HUS kuvantaminen 2013.)

Toimenpiteen suorittaa röntgenlääkäri, jota röntgenhoitaja avustaa. Röntgenhoitaja tarkkailee potilaan vitaalielintoimintoja, hemodynaamiikkaa sekä mahdollisia komplikaatioita toimenpiteen aikana. Toimenpiteen loputtua potilaalle jätetään dreeni 1-2 vuorokaudeksi. (Isoniemi – Färkkilä 2012.) Askitesnestettä voidaan poistaa turvallisesti 5–7 litraa vuorokaudessa (Norden – Mäkisalo 2000: 2080). Punktion jälkeen röntgenosastolta soitetaan vuodeosastolle ja ilmoitetaan, että potilas voidaan hakea takaisin osastolle (Osaston sairaanhoitajat 2013).

7.3 Hoito toimenpiteen jälkeen

Osastolla työskentelevä lähi- tai sairaanhoitaja hakee potilaan, joka lepää vuoteessa. Potilas palaa vuodeosastolle dreenin kanssa. (Osaston sairaanhoitajat 2013). Osastolla seurataan potilaan vointia sekä mahdollisesti ilmeneviä komplikaatioita. Näitä ovat toissijainen vatsakalvontulehdus, alhainen verenpaine sekä keuhkoembolia. Toistuvat suuret punktiomäärät ilman plasmavolyymilisääjää lisäävät suuresti riskiä alhaiseen verenpaineeseen sekä munuaisten vajaatoimintaan. (Becker – Galandi – Blum 2006: 590.) Myös suoliperforaatio, kuivuminen, verenvuoto, proteiinin menetys sekä kyhmyt punktion sisäänmenokohdasta ovat mahdollisia (Paterson 2013: 16).

Toimenpiteen jälkeen potilas 1–6 tunnin ajan vuodelevossa (HUS röntgen 2012). Lääkäri määrittää vuodelevon ajan potilaan voinnin mukaan. Osastolla hoitaja tarkkailee potilaan vitaalielintoiminta toimenpiteen jälkeen lääkärin ohjeen mukaisesti. (HUS Kuvantaminen 2013.) Lisäksi hoitaja tarkkailee, esiintyykö potilaalla kuumetta, voimakasta vatsan alueen kipua, vuotoa punktiokohdasta tai muutoksia suoliäänissä. Potilaan vatsanympäryys mitataan uudelleen ja sitä verrataan ennen toimenpidettä saatuihin mittoihin. Hoitaja dokumentoi dreenistä tulevan eritteen määrän, värin sekä koostumuksen. Potilaan toimenpiteen jälkeinen vointi sekä punktiokohdan sijainti kirjataan potilaan tietoihin. (Rushing 2005: 14.) Toimenpiteen jälkeen potilas saa syödä ja juoda normaalisti (HUS kuvantaminen 2013).

Dreeni on laskuputki, jonka tarkoituksena on poistaa esimerkiksi vatsan sisällä olevia märkäpesäkkeitä, leikkauksen jälkeisiä huuhtenesteitä tai vatsaonteloon kertynyttä nestettä (Holmia – Murtonen – Myllymäki – Valtonen 2008: 76). Tässä opinnäytetyössä dreenillä tarkoitetaan ohutta katetria, jonka avulla askitesneste poistuu vatsaontelosta.

Dreeni poistetaan, kun askitesnesteen tulo on huomattavasti vähentynyt tai kokonaan tyrehtynyt. Dreeniä pidetään mahdollisimman vähän aikaa, koska se on vierasesine potilaan kehossa ja toimii täten infektioporttina. (The Joanna Briggs Institute 2013.)

Askitesdreenin poistossa potilaan ohjaus on tärkeää, koska tilanne voi olla potilaalle epämiellyttävä. Ohjaus tulisi järjestää rauhallisessa tilassa, jossa potilaalla on mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa kahden kesken. Ohjatessa potilasta hoitajan tulee käyttää selkeää ja ymmärrettävää kieltä. Ohjaukselle tulee antaa riittävästi aikaa ja sen tulee edetä johdonmukaisesti ja olla vastavuoroista. Näin myös potilas pystyy esittämään häntä askarruttavista asioista. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006.)

Potilaalle tulee kertoa, miksi dreeni poistetaan ja miten se tehdään. Hoitajan tulee varata tarvittavat välineet valmiiksi ja varmistaa, että potilaalla on mukava olla sekä esteettisyys on huomioitu. Tarvittavia välineitä dreenin poistossa ovat tehdaspuhtaat taitokset, desinfektiolaput, liimattava keräilypussi, imevä suojaliina sekä tarvittaessa ompeleen poistoterä. Myös oikeanlainen jätöpussi on hyvä ottaa lähelle, jottei eritteitä pääse leviämään ympäristöön. (The Joanna Briggs Institute 2013.)

Lähi- tai sairaanhoitaja pesee ja kuivaa kädet huolellisesti sekä laittaa käsihuuhdetta. Hoitaja laittaa tehdaspuhtaat käsineet dreenin poiston ajaksi. Tavanomaisia varotoimia tulee noudattaa aina potilaiden hoidossa, sillä niillä estetään mikrobien leviäminen muihin potilaisiin tai työntekijöihin. Näihin varotoimiin kuuluu hyvä käsihygienia sisältäen käsidesinfektion sekä suojainten käytön, aseptinen työskentelyjärjestys puhtaasta likaiseen, eritetahrojen poistaminen niiden ilmaannuttua sekä veritapaturmien välttäminen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013.) Hoitaja kertoo potilaalle dreenin poistosta ja ohjaa potilaan makuulle, jolloin vatsan alue on mahdollisimman rentona. Dreenin alle laitetaan suojaliina suojaamaan potilaan vaatteita, hoitajaa sekä vuodetta mahdollisilta roiskeilta. Hoitaja irrottaa varovasti dreenin pohjalevyn sekä poistaa mahdollisen ompeleen. Dreeni poistetaan kevyesti pyöräyttäen ja samalla vetäen. Mikäli dreeni ei lähde sujuvasti pois, sitä ei saa vetää väkisin, jottei dreeni katkea. (The Joanna Briggs Institute 2013.) Hoitajan tulee myös tarkistaa, onko käytetty dreeni saporomallinen. Saporomallisessa dreenissä katetrin pää on laitettu vatsaontelon sisälle saporon malliseksi kiristyslangan avulla. Tällöin hoitaja käyttää erilaista poistotekniikkaa, jossa hoitaja avaa lukkosysteemin ja vapauttaa kiristyslangan. Tämän jälkeen dreeni poistetaan normaalisti. (Hartikka – Suominen 2006.) Dreenin aukko puhdistetaan desinfektiolapulla ja painellaan kuivaksi puhtaalla taitoksella (The Joanna Briggs Institute 2013). Dree-

nin aukolle voidaan laittaa keräyspussi, mikäli askitesnestettä valuu edelleen (Osaston sairaanhoitajat 2013). Mikäli dreenin aukosta ei tule eritystä, laitetaan reiän päälle kuiva taitos teipillä kiinnittäen. (The Joanna Briggs Institute 2013). Hoitaja huolehtii potilaan voinnista ja vastaa mahdollisiin kysymyksiin. Dreeniaukko umpeutuu muutamassa päivässä. Hoitaja dokumentoi dreenin poiston sekä potilaan voinnin. (Osaston sairaanhoitajat 2013.) Ohjauksen tueksi tarvitaan usein kirjallisia ohjeita, sillä pelkkä suullinen ohjaus ei tavallisesti yksinään riitä (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 2425). Hoitaja huolehtii käytetyt tavarat pois. Mikäli kädet ovat näkyvästi likaiset ja eritettä on päässyt käsille, pestään kädet saippualla ja suoritetaan käsidesinfektio (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Kotiutuminen tapahtuu joko ilman dreeniä tai dreenin kanssa. Mikäli potilas kotiutuu dreenin kanssa, hän tarvitsee paljon tukea ohjausta, jotta pärjäisi kotona omatoimisesti. Osaston lähi- ja sairaanhoitajilta selvisi, että potilaille epäselviä asioita ovat muun muassa voiko askitesdreenin pohjalevyn kastella, saako sen kanssa mennä saunaan tai uimaan, milloin dreeni tulee poistattaa ja missä dreeni poistetaan. Potilaan kotiutuminen dreenin kanssa lähtee usein potilaan omasta toivomuksesta päästä kotiin. Mikäli potilaan vointi on hyvä ja hän selviytyy päivittäisistä toiminnoista, hän saa kotiutua. (Osaston sairaanhoitajat 2013.)

Kotihoito-ohjauksessa lähi- tai sairaanhoitaja kertoo potilaalle ohjausprosessin alussa vielä perustietoa hänen sairaudesta (Hietanen – Iivanainen – Seppänen – Juutilainen 2002: 252 - 253). Tämän osaston potilailla se on syöpä, mikä on aiheuttanut potilaalle askitesnestettä. Tämän jälkeen potilailla saattaa herätä kysymyksiä esimerkiksi askitesnesteen uudelleenmuodostuksesta. Hoitajan tulee perehtyä asiaan, jotta hän osaa vastata kysymyksiin. (Osaston sairaanhoitajat 2013.) Ohjauksen sisältö muokataan aina yksilöllisesti ja siinä huomioidaan potilaan sairaus sekä sen vaikutus arkielämään. (Hietanen ym. 2002: 253).

Dreenin suojana on vedenpitävä Drain Fix- pohjalevy. Suihkussa potilas voi käydä normaalisti, sillä pohjalevy on vedenpitävä. Pohjalevyn päälle voidaan laittaa suojakalvo kiinnitystä parantamaan. On huolehdittava, ettei dreeni mene jyrkälle mutkalle, jottei se tukkeudu. Dreeniletku voidaan teipata ihoon, tukemaan dreenin paikallaan pysymistä. (Hartikka - Suominen 2006.) Pukeutuessa tulee varoa, että dreenin letku pysyy suorassa eikä dreenipussi jää kiinni mihinkään (Hartikka - Suominen 2006). Potilas saa osastolta tarvittavia apuvälineitä pussin säilytykseen. (Osaston sairaanhoitajat 2013).

Mikäli dreeni irtoaa kotona, potilas opetetaan toimimaan oikein. Potilaalle annetaan mukaan yksi paketti steriilejä taitoksia ja yksi pieni liimattava fistelipussi. Ensisijaisesti potilas poistattaa dreenin terveyskeskuksessa, kun askitesnesteen määrä on riittävän vähäinen. Yleensä lääkäri antaa raja-arvon, jolloin dreeni tulisi poistattaa. (Osaston sairaanhoitajat 2013.)

Syöpäpotilaiden heikentynyt vastustuskyky lisää infektoriskiä (Hietanen ym. 2002: 231). Potilaan tulee olla tietoinen mahdollisista infektion merkeistä. Dreeniaukon ympärillä olevaa ihoa on tärkeää seurata. Mikäli dreenin alueella tuntuu kovaa kipua, turvotusta, märkäistä vuotoa tai potilaalla esiintyy kuumetta, tulee hänen olla pikaisesti yhteydessä hoitavaan yksikköön. (Hartikka - Suominen 2006.)

8 Eettiset näkökohdat

Opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se olisi eettisesti luotettavaa ja hyväksyttävää. Opinnäytetyössä perehdyttiin huolella aiheeseen tieteellisesti tutkitun tiedon pohjalta, jotta aihealueen hallinta olisi mahdollisimman hyvä ja virheiltä välttyttäisiin. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa ensisijaisesti jokainen henkilö itse, kuten opinnäytetyön jokainen jäsen vastaa itse hankkimastaan sekä tuottamastaan materiaalista ja sen oikeudenmukaisuudesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.)

Tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa tulee hyvän tieteellisen käytännön mukaan noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta sekä yleisiä tiedeyhteisön toimintatapoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6).

Myös tässä opinnäytetyössä noudatetaan näitä käytäntöjä. Lisäksi pyritään sovelta-
maan eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, ja arviointimenetelmiä ja toteutetaan avointa ja vastuullista viestintää.

Opinnäytetyössä kunnioitetaan tutkijoiden tekemää työtä sekä aikaisemmin saavutettuja tuloksia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6). Nämä asiat huomioidaan ja annetaan niille arvoa sekä merkitystä tuotosta julkistaessa. Opinnäytetyö suunniteltiin, toteutettiin sekä raportoitiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Lisäksi ennen työn aloittamista kaikkien osapuolten oikeudet, periaatteet sekä vastuut

sovittiin yhteisesti. Näitä sopimuksia tarkennettiin opinnäytetyön edetessä. Työssä käytettiin alusta asti selkeää työnjakoa sekä sovittiin kunkin jäsenen vastuusta ja oikeuksista. Sidonnaisryhmät ilmoitettiin kaikille opinnäytetyöhön osallistuville sekä raportoitiin tuotoksen yhteydessä. Työssä otettiin huomioon myös yksityisyyttä ja tietosuojaa koskevat seikat toimiessa yhteistyössä naistentautien osaston kanssa.

"Tutkijan ammattietiikalla tarkoitetaan eettisiä periaatteita, sääntöjä, arvoja, normeja ja hyveitä, joita tutkijan tulisi noudattaa harjoittaessaan omaa ammattiaan" (Pietarinen 1999). Tutkijoille on laadittu kahdeksan yleistä eettistä vaatimusta, joita tulisi kaikkien tutkijoiden pyrkiä noudattamaan. Periaatteita sovellettiin tässä opinnäytetyössä. Näitä periaatteita ovat älyllisen kiinnostuksen periaate, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatiminen, ammattiharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus. (Pietarinen 1999.)

Älyllisen kiinnostuksen periaate näkyy työssä kiinnostuksena uuden tiedon hankkimisessa ja sen soveltamisessa. Kaikki ryhmän jäsenet olivat kiinnostuneita aiheesta ja etsivät aktiivisesti uutta tietoa. Tunnollisuuden vaatimus- periaate tarkoittaa, että alaan tulisi perehtyä mahdollisimman tarkasti, jotta annettu informaatio olisi mahdollisimman luotettavaa (Pietarinen 1999). Tässä työssä aiheeseen perehdyttiin tarkasti hakemalla tietoa luotettavista hakukoneista sekä tarkistamalla löydetyn tiedon luotettavuus.

Rehellisyyden vaatimus on tärkeä opinnäytetyön toteutuksessa. Vaaran eliminoiminen- periaatteen mukaan kohtuutonta vahinkoa tuottavasta tutkimuksesta tulisi pidättäytyä. Vahingon kohteena voivat olla esimerkiksi tutkijat, tutkittavat henkilöt, sivulliset tai ympäristö. (Pietarinen 1999.) Tässä opinnäytetyössä tämä koskee yhteistyöosastoa, jossa hoidetaan syöpäpotilaita. Osaston potilaille tai hoitohenkilökunnalle ei tulisi koitua vahinkoa työn toteuttamisen tai julkistamisen vuoksi. Myös ihmisarvon kunnioittaminen huomioidaan tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyön tekeminen ei saa loukata kenenkään yksittäisen ihmisen tai ihmisryhmän moraalista arvoa.

Sosiaalisen vastuun vaatimuksena huolehditaan, että tieteellistä informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Pietarisen (1999) mukaan terveydenhuoltoon erikoistunut tutkimus täyttää tämän vaatimuksen lähes itsestään. Ammatinharjoituksen edistämisen periaatteessa toimitaan tavalla, joka edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. Viimeisessä periaatteessa pyydetään kollegiaalista arvostusta. Arvostuk-

sen puute ilmenee perinteisesti jonkin tieteenalan vähättelynä. (Pietarinen 1999.) Tässä opinnäytetyössä ei syyllistyä vähättelyyn ja kunnioitetaan sekä projektin jäsenien että yhteistyössä olevan osaston hoitohenkilökunnan ammattitaitoa ja toimimme kollegiaalisesti.

9 Työn luotettavuus

Lähdekritiikki on tutkijan tärkein väline tiedon luotettavuuden arvioinnissa (Mäkinen 2006). Tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin tiedonhakuprosessin sekä lähdekriittisyyden avulla. Huomiota kiinnitettiin erityisesti lähteiden aitouteen, riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen sekä puolueettomuuteen. Työssä suosittiin primaari- eli ensikäden lähteitä, sillä ne ovat luonteeltaan alkuperäisiä. Sekundaariset lähteet, eli monen eri reitin kautta kulkenut tieto on usein altistunut muutoksille ja virheille (Mäkinen 2006).

Opinnäytetyöhön valittiin pääsääntöisesti lähteitä vuosilta 2000–2013. Työhön valittiin tuoreita lähteitä, jotta saatu tieto olisi mahdollisimman ajantasaista ja näin myös luotettavaa. Tutkimuksen kehitys esimerkiksi lääke- ja hoitotieteessä on nopeaa, joten vanhat lähteet voivat sisältää virheellistä tietoa ja vanhentuneita toimintamalleja. Lähteet tähän työhön on valittu puolueettomasti. Työhön ei ole valittu mukaan tutkimuksia, joita on esimerkiksi sponsoroitu taloudellisesti. Ulkopuoliset intressit voivat vaikuttaa merkittävästi lähteen asiasisältöön. (Mäkinen 2006.)

Tiedonhaku suoritettiin ryhmän kesken sekä suomenkielisistä että englanninkielisistä tietokannoista. Jokainen ryhmän jäsen on lukenut työssä käytetyt aineistot sekä tarkastanut lähteiden luotettavuuden. Työhön valitut aineistot sovittiin yhdessä ryhmän kesken. Tiedonhaun luotettavuutta lisää myös se, että eri tietokannoissa pyrittiin käyttämään samoja hakusanoja. Aineistoa löytyi eniten englanninkielisistä lähteistä, joten itse suorittamamme käännökset voivat vaikuttaa jonkin verran haetun tiedon luotettavuuteen.

10 Pohdinta

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa kaikki tuntui hyvin selkeältä, sillä työn tarkoitus ja tavoite oli heti selvillä. Suunnitelmavaiheessa tiedonhakua aloitettaessa alkoi opin-

näytetyön tekeminen tuntua työläältä ja haasteelliselta. Ajantasaista tietoa ei tuntunut löytyvän mistään. Teimme tiedonhakuja useamman kerran ja saimme siihen myös hyvin ohjausta. Kävimme myös keskustelemassa yhteistyöosastolla hoitajien kanssa, joilta saimme tärkeää tietoa opasta varten. Materiaali saatiin loppujen lopuksi kasaan suhteellisen nopeasti. Pysyimme aikataulussa ja pystyimme toteutusvaiheessa aloittamaan varsinaisen käsikirjan työstämisen. Tällöin saimme myös tukea ja ohjausta englanninkieliseen abstraktiin sekä lähdeviitteiden merkitsemiseen. Olimme miettineet jo suunnitelmavaiheessa käsikirjan sisällön valmiiksi, joten sen työstäminen ei tuntunut kovin vaikealta ja työskentely oli sujuvaa. Haastavinta käsikirjan tekemisessä oli saada oppaasta selkeä, lyhyt ja ytimekäs.

Kokonaisuutena opinnäytetyö projektina oli haastava, mutta opettavainen. Lisähaasteita työn etenemiselle toi samaan aikaan tehtävä innovaatioprojekti sekä osalla ryhmän jäsenillä ollut seitsemän viikon pituinen työharjoittelu. Opimme hyvin aikatauluttamaan työn tekemistä ja asettamaan välitavoitteet työn etenemiselle. Asettamamme välitavoitteet sekä aikarajat pitivät melko hyvin ja työ eteni suunnitellusti aikataulussa alkuvaikeuksista huolimatta. Olemme oppineet etsimään kriittisesti tietoa sekä oppineet hyödyntämään sitä. Tästä taidosta tulemme hyötymään paljon tulevaisuudessa myös työsamme. Jokainen ryhmämme jäsen koki prosessin jossakin vaiheessa motivaationpuutetta, mutta onneksi ryhmän muut jäsenet kannustivat jatkamaan loppuun asti. Myös yhteistyöosastolta saamamme positiivinen palaute auttoi jaksamaan projektin läpi. Projekti on ollut mielekäs, ja tuntui hyvältä tehdä työ joka tuli konkreettisesti osaston käyttöön. Kun saimme käsikirjan valmiiksi laminoituna, tuntui mahtavalta nähdä lopullinen ja valmis työ. Opinnäytetyön jatkokehityksenä on syntynyt myös potilasopas askitespunktioon tulevalle potilaalle innovaatioprojektina. Mielestämme myös tuotoksena syntynyt käsikirja voi toimia innoittajana tulevaisuudessa vastaaville projekteille tai opinnäytetöille.

Valmis opinnäytetyö esiteltiin yhteistyöosastolle osastotunnilla huhtikuun 2014 lopussa. Osastolla opas otettiin hyvin vastaan ja hoitajille tarkoitettu käsikirja sekä innovaatioprojektina toteutettu potilasopas koettiin hyviksi ja tarpeellisiksi kyseiselle osastolle. Molemmat oppaat otettiin heti käyttöön osaston hoitajien toimesta. Saimme myös kirjallisen palautteen apulaisosastonhoitajalta.

Lähteet

Becker, Gerhild – Galandhi, Daniel – Blum, E Hubert 2005. Malignant ascites: Systematic review and guideline for treatment. *European Journal Of Cancer* 42 (2006) 589-597.

Day, Rebecca – Mitchell, Theresa – Keen, Alison – Perkins, Paul 2013. The experiences of patients with ascites secondary to cancer: A qualitative study. *Palliative Medicine* 27(8) 793–746. Verkkodokumentti. <<http://pmj.sagepub.com/content/27/8/739.full.pdf+html>>. Luettu 10.9.2013.

Grenman, Seija – Auranen, Annika 2011. Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, Olavi – Tapanainen, Juha. (toim.): Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim.

Hartikka, Pirkko – Suominen, Airi 2006. Kovan drenaasiletkun jälkihoito-ohje. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Verkkodokumentti. <http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/37dfb69867f7dde27a654e6799dea8a82dfbda.pdf>. Luettu 10.9.2013

Heikkinen, Risto – Agander, Anja – Ijäs, Eva – Laitinen, Mirja 2001. Tiedonhankkijan teho-opas. Jyväskylä: Docendo Finland Oy.

Hietanen, Helvi – Iivanainen, Ansa – Seppänen, Salla – Juutilainen, Vesa 2002. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Holmio, Silja – Murtonen, Irja – Myllymäki, Hannele – Valtonen, Katariina 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

HUS Kuvantaminen 2013. Ohje lähetettävälle yksikölle, radiologia. Vatsan alueen ultraääni tai ultraääniohjattu toimenpide. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hus-kuvantaminen/U%20%20LO/Ultra%C3%A4%C3%A4nitutkimukset%20%20aikuiset.pdf>>. Luettu 3.11.2013

HUS Röntgen 2012. Ohje lähetettävälle yksikölle. Veren hyytymisen ja vuotoriskin arviointi ennen radiologista toimenpidettä. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hus-kuvantaminen/U%20%20LO/Veren%20hyytymisen%20ja%20vuotoriskin%20arviointi%20ennen%20radiologista%20toimenpidett%C3%A4.pdf>>. Luettu 3.11.2013

Isoniemi, Helena – Färkkilä, Martti 2012. Kroonisen maksapotilaan akuutit tilanteet. Akuuttihoito-opas. Terveysportti. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00268&>. Luettu 18.9.2013.

Keen, Allison – Fitzgerald, Debbie – Bryant, Andrew – Dickinson, Heather O. 2010. Management of drainage for malignant ascites in gynaecological cancer. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007794.pub2/pdf/standard>>. Luettu 15.9.2013.

Lanceley, Anne 2011. Ovarian cancer: symptoms, treatment and long-term patient management. *Cancer Nursing Practice*. May 2011 Volume 10, Number 4: 29–37.

Leminen, Arto – Loukovaara, Mikko 2011. Munasarja- ja munanjohdinkasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, Olavi – Tapanainen, Juha. (toim.): *Naistentaudit ja synnytykset*. Kustannus Oy Duodecim.

Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Verkkodokumentti. <http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf>. Luettu 29.10.2013.

Mäenpää, Johanna – Pakarinen, Päivi 2011. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, Olavi – Tapanainen, Juha. (toim.): *Naistentaudit ja synnytykset*. Kustannus Oy Duodecim.

Mäkinen, Olli 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki: Tammi.

Nordin, Arno – Mäkisalo, Heikki 2000. Askites - kuoleman merkki? *Duodecim* 2000; 116:2074–84. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91781.pdf>>. Luettu 19.9.2013.

Osaston lääkäri 2013. Naistenklinikka osasto 11. Henkilökohtainen tiedonanto keskustelussa 23.10.2013.

Osaston sairaanhoitajat 2013. Naistenklinikka osasto 11. Henkilökohtainen tiedonanto tapaamisessa 26.11.2013.

Paterson, Josephine 2013. Developing a nurse-led, day-case, abdominal paracentesis service. *Cancer nursing practice*, Volume 12, number 5.

Pietarinen, Juhani 1999. Tutkijan ammattietiikan perusta. Salla Lötjönen (toim.). Verkkodokumentti. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi>. Luettu 28.10.2013.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013. Tavanomaiset varotoimet. Verkkodokumentti. <<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=8772>>. Luettu 10.1.2014.

Rochling, Fedja A. – Zetterman, Rowen K. 2009. Management of ascites. *Drugs* 2009; 69 (13): 1739–1760.

Rushing, Jill 2005. Protect your patient during abdominal paracentesis. *Nursing* 2005, Volume 35, Number 8.

Röntgenosaston osastonhoitaja 2014. Naistenklinikan röntgenosasto. Henkilökohtainen tiedonanto sähköpostitse 24.1.2013.

Sachs, Brooke 2011. Abdominal Paracentesis. The Joanna Briggs Institute. Verkkodokumentti. <http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi?&S=CAMMPDMOHMHFPLNNFNNKLEPFCAOAA00&Link+Set=S.sh.92|1|sl_190>. Luettu 16.9.2013.

STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf>. Luettu 9.1.2014.

The Joanna Briggs Institute 2013. Closed Wound Suction Drainage: Removal. Verkkodokumentti. <<http://connect.jbconnectplus.org/ViewDocument.aspx?0=8737>>. Luettu 29.10.2013.

THL 2013. Potilasturvallisuutta taidolla. Mitä on potilasturvallisuus?. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus>. Luettu 26.11.2013.

THL 2011. Potilasturvallisuusopas. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>>. Luettu 3.10.2013.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Verkkodokumentti.

<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut>. Luettu 25.10.2013.