

# NÄYTTÖÖN PERUSTUVA VENTROGLUTEAALINEN INJEKTIO

Ohjaus hoitohenkilökunnalle

Hiltunen Marika

Opinnäytetyö  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

2019

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijä</b>	Marika Hiltunen	Vuosi	2019
<b>Ohjaaja</b>	Susanna Kantola		
<b>Toimeksiantaja</b>	Rovaniemen kaupunki, Pulkamontien terveyskeskus		
<b>Työn nimi</b>	Näyttöön perustuva ventrogluteaalinen injektio – Ohjaus hoitohenkilökunnalle		
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	46 + 10		

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa kaksi ohjaustilannetta ventrogluteaalisen injektion antamisesta Pulkamontien terveyskeskuksen osastojen sairaanhoitajille. Tavoitteena oli vahvistaa potilasturvallisuutta lihassinjektioiden antamisessa, tuoda ventrogluteaalisen injektion antaminen tutuksi hoitajille, vahvistaa heidän tietouttaan ventrogluteaalisen injektion näyttöön perustuvasta turvallisuudesta sekä antaa ohjauksiin osallistuville hoitajille varmuutta pistää itsenäisesti ventrogluteaalinen injektio. Omana tavoitteenani on oppia löytämään näyttöön perustuvaa tietoa ja syventää ohjausosaamistani.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet keskittyvät näyttöön perustuvaan hoitotyöhön, sairaanhoitajan lääkehoidon kliiniseen osaamiseen, lihaksensisäiseen injektioon ja ventrogluteaaliseen injektioon. Työssä käsitellään myös neulan valintaa lihaksensisäisessä injektiossa sekä Z-tekniikkaa ja sairaanhoitajan opetus- ja ohjausosaamista. Huomioon on otettu opetuksen ja ohjauksen käsitteen määrittelyn sekä pienryhmän ohjaamisen, yksilön ohjaamisen ja demonstraation, koska nämä olivat ohjauksissa käytettyjä menetelmiä.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisena tuotteena oli kaksi ohjaustilannetta ventrogluteaalisen injektion antamisesta. Ohjaustilanteet toteutettiin Pulkamontien terveyskeskuksessa tammikuussa 2019. Ohjausmenetelmänä oli pienryhmäohjaus, johon sisältyivät demonstraatio ja pistosharjoitukset yksilöohjauksena. Aluksi käytiin läpi teoria- ja tutkimustietoa ventrogluteaalista injektioista ja sen antamisesta sekä neulan valinnasta. Teorian jälkeen jokainen ohjattava harjoitteli ventrogluteaalisen alueen paikantamista ja pistämistä yksilöohjauksessa.

Johtopäätös opinnäytetyöstä on, että ohjaukset olivat todella tarpeellisia kyseiseen yksikköön. Sairaanhoitajien osaaminen ventrogluteaalisen injektion osalta oli heikkoa. Hoitajat olivat pääsääntöisesti motivoituneita ottamaan tietoa ja oppia vastaan sekä haluavat omalta osaltaan toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä myös ventrogluteaalisen injektion osalta. Saamani palautteen perusteella he pitivät ohjauksia tärkeinä ja tarpeellisena.

Avainsanat näyttöön perustuva hoitotyö, injektiot, ohjaus, lääkehoito

School of Social Services, Health  
and sport  
Degree Programme in Nursing  
Bachelor of Health Care

---

<b>Author</b>	Marika Hiltunen	Year	2019
<b>Supervisor</b>	Susanna Kantola		
<b>Commissioned by</b>	City of Rovaniemi, Pulkamontie Health Center		
<b>Subject of thesis</b>	Evidence-Based Ventrogluteal Injection – Guidance for the Health Care Professional		
<b>Number of pages</b>	46 + 10		

---

The purpose of this thesis was to implement a guidance session for health care professionals of giving a ventrogluteal injection. The aims of this thesis were to strengthen patient safety in the giving of an intramuscular injection, to make the ventrogluteal injection familiar to nurses, to strengthen their awareness of the ventrogluteal injection evidence-based safety, and to strengthen the nurses' confidence in injecting on a ventrogluteal site.

The key concepts of this thesis focus on evidence-based practice, nurse know-how of medical treatment, intramuscular injection and ventrogluteal injection. The thesis also deciphers the choice of a needle and the Z-track method in a intramuscular injection. In addition, the thesis considers the nurses' education skills and guidance skills regarding the injection. The concept of teaching and guidance, guiding a small group and an individual and demonstration as a guidance method have also been defined in this thesis. Demonstration, guiding a small group and an individual are the methods used in the guiding session.

This thesis was implemented as a functional thesis. Two guidance sessions of giving a ventrogluteal injection were implemented. Guidance sessions were executed in January 2019 in the Pulkamontie health centre. The method of guidance was a small group guidance. It included demonstration and training the injecting as an individual guidance. First, the participants got acquainted with the theory and research information about a ventrogluteal injection, about giving a ventrogluteal injection, and choosing the appropriate needle for the injection. Everyone trained finding the ventrogluteal site and giving of the ventrogluteal injection after the theory had been learnt. In the training sessions the participants were guided individually.

As a conclusion it can be said that the guidance sessions were necessary in the health center in question. The skills of the nurses in giving the ventrogluteal injection were initially not strong enough. The nurses were mainly motivated to learn the ventrogluteal injection. They wished to be given a chance to continue doing evidence-based practice with the ventrogluteal injection. Based on the feedback given they considered the guidance sessions important and necessary.

**Key words** Evidence-based practice, injections, guidance, pharmacological treatment

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	7
3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA LÄÄKEHOIDOSSA .....	8
3.1 Sairaanhoitajan näyttöön perustuva toiminta .....	8
3.2 Sairaanhoitajan lääkehoidon osaaminen .....	10
3.3 Potilasturvallisuus lääkehoidossa .....	11
4 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA LIHAKSENSISÄINEN INJEKTIO .....	13
4.1 Lihaksensisäinen injektio .....	13
4.2 Ventrogluteaalinen injektio .....	14
4.3 Neulan valinta ja Z-tekniikka .....	17
5 SAIRAANHOITAJAN OHJAUSOSAAMINEN .....	22
5.1 Ohjaaminen ja ohjaus .....	22
5.1.1 Ohjaaminen ja ohjaus käsitteinä .....	22
5.1.2 Sairaanhoitajan opetus- ja ohjausosaamisen kompetenssi .....	24
5.2 Ohjausmenetelmät .....	25
5.2.1 Pienryhmän ohjaaminen .....	25
5.2.2 Yksilöohjaus .....	26
5.2.3 Demonstraatio .....	27
6 OHJAUKSIEN TOTEUTTAMINEN .....	29
6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö .....	29
6.2 Ohjauksien suunnittelu .....	30
6.3 Ohjauksien toteutus ja arviointi .....	33
7 POHDINTA .....	37
7.1 Eettisyys ja luotettavuus .....	37
7.2 Oma ammatillinen kasvaminen .....	39
7.3 Jatkotyöskentely ja jatkotutkimusaiheet .....	41
LÄHTEET .....	42
LIITTEET .....	46

## 1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan lääkehoidon perusosaamiseen sisältyy lihaksensisäisen injektion antaminen potilasturvallisesti ja oikein, sekä pistopaikka tulee osata valita näyttöön perustuen (Karttunen 2012b, 48). Tutkimusten mukaan lihaksensisäisistä injektioista suurin osa päätyy ihonalaiskudokseen eikä lihaskudokseen (mm. Burbridge 2007; Cockshott 1982), koska ihonalaiskudoksen paksuutta ei oteta huomioon injektion antamisessa ja paikan valinnassa. Erityisesti dorso-gluteaalisisissa injektioissa ihonalaiskudoksen paksuuden takia injektio harvoin päätyy oikeaan paikkaan. (Karttunen & Perälä 2012, 24; Ojala & Kaukkila 2008.) Pitkäaikaisen näytön perusteella ventrogluteaalinen alue on turvallisimman lihaksensisäisen injektion pistopaikka ja dorso-gluteaalista aluetta ei pitäisi enää käyttää, koska se aiheuttaa tarpeettomia riskejä potilaalle (Yimei 2017, 1; Rasika 2018, 1).

Opinnäytetyöni tarkoituksena on toteuttaa kaksi ohjaustilannetta Pulkamontien terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle ventrogluteaalisen injektion antamisesta. Ohjaukseen kuuluu teoriaosuus, ventrogluteaalisen pistopaikan etsimisen opettelua ja pistosharjoitukset. Valitsin tämän aiheen, koska mielestäni tutkimustuloksissa ja käytännössä on valtava ristiriita. Tutkimustulokset ja kansainväliset suositukset puhuvat ventrogluteaalista alueesta turvallisimpana lihaksensisäisen injektion pistopaikkana, mutta käytännössä tämä alue on useimmille hoitajalle täysin tuntematon. Lisäksi kokemukseni on, etteivät opiskelijat saa ohjausta ventrogluteaalisen injektion antamisesta, koska hoitohenkilökunta harvoin hallitsee sitä itse. Minua kiinnostaa siis etsiä aiheesta näyttöön perustuvaa tietoa ja haluan viedä tätä asiaa käytäntöön. Näin haluan pyrkiä omalta osaltani vakiinnuttamaan ventrogluteaalista injektiota hoitotyöhön.

Opinnäytetyöni tavoitteina on vahvistaa potilasturvallisuutta lihasinjektioiden antamisessa, tuoda ventrogluteaalisen injektion antaminen tutuksi ohjaukseen osallistuville hoitajille ja antaa heille lisää varmuutta pistää itsenäisesti injektio ventrogluteaalisesti. Tavoitteena on myös lisätä hoitajien tietoutta ventrogluteaalisen

injektion näyttöön perustuvasta turvallisuudesta. Minulle tavoitteena on oppia löytämään uutta, tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa ja syventää ohjausosaamistani.

Ensisijainen lihaksensisäisen injektion antoalue kaikille yli 7kuukauden ikäisille on ventrogluteaalinen alue (Karttunen 2012b, 48). Hochsetter on suositellut sitä kansainvälisesti jo vuonna 1954 (Greenway 2004, 40). Suomenkielisessä oppikirjallisuudessa ventrogluteaalinen injektio ja injektion antaminen on esitetty vasta vuonna 2006 (Ojala & Kaukkila 2008). Sairaanhoidajaopiskelijoiden rooli ventrogluteaalisen injektion tunnettavuuden tuomisessa kentälle on merkittävä. Valtaosalle sairaanhoitajista ventrogluteaalinen pistopaikka on tuntematon tai he ovat antaneet injektion ohjattuna vain kerran. Ventrogluteaalisen injektion antamiseen ei kuitenkaan saa yhdellä pistokerralla varmuutta, joten ongelmana onkin opiskelijoiden työharjoittelussa saama heikkolaatuinen ohjaus injektion antamisessa. (Karttunen 2012c, 13.)

Toimeksiantajani on Rovaniemen kaupunki (Liite 1) ja opinnäytetyöni kohteena on Pulkamontien terveysaseman kuntoutusosastot. Olen ollut paljon töissä kyseisillä osastoilla ja sitä kautta ajattelin opinnäytetyöni olevan aiheellinen juuri näille osastoille. Ehdotin osastonhoitajalle opinnäytetyöni aiheena ventrogluteaalisen injektion antamisen ohjauksia, joka kiinnostui heti asiasta. Kyseisissä yksiköissä yleisimpiä lihasinjektion pistospaikkoja ovat reisi- ja hartialihäs ja joskus käytössä on myös dorsogluteaalinen pistopaikka.

Käsittelen opinnäytetyön teoreettisessa osiossa näyttöön perustuvaa hoitotyötä, sairaanhoitajan kliinistä osaamista lääkehoidossa, lihaksensisäistä injektiota, ventrogluteaalista injektiota ja lisäksi vielä opetus- ja ohjausosaamista. En käsittele työssäni lihaksensisäisen injektion valmistelua enkä injektion antamista muuten kuin Z-tekniikan osalta. Pääpaino on ventrogluteaalisisessa injektiossa ja injektio paikan paikantamisessa.

## 2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on toteuttaa kaksi ohjaustilannetta Pulkamontien terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle ventrogluteaalisen injektion antamisesta. Ohjaukseen kuuluu teoriaosuus, ventrogluteaalisen pistospaikan etsimisen opettelua ja pistosharjoitukset.

Opinnäytetyöni tavoitteina on vahvistaa potilasturvallisuutta lihasinjektioiden antamisessa, tuoda ventrogluteaalisen injektion antaminen tutuksi ohjaukseen osallistuville hoitajille, sekä antaa heille lisää varmuutta pistää itsenäisesti injektio ventrogluteaalisesti. Tavoitteena on myös lisätä hoitajien tietoutta ventrogluteaalisen injektion näyttöön perustuvasta turvallisuudesta. Omana tavoitteenani on oppia löytämään uutta, tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa ja syventää ohjausosaamistani.

### 3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA LÄÄKEHOIDOSSA

#### 3.1 Sairaanhoidajan näyttöön perustuva toiminta

Näyttöön perustuvalla toiminnalla ja näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan parhaan ajantasaisen, saatavilla olevan tutkitun tiedon arviointia ja käyttämistä hoitotyössä (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 34; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53; Ahonen & Koivuniemi 2010, 72; Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2010, 42; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 11). Näyttö tarkoittaa todistusaineistoa, jotain totena pidettyä osoitusta tai todistusta. Se on siis nähtävissä oleva ja selvästi havaittava asia, joka sisältää olettamuksen, että asia voidaan todistaa objektiivisesti esimerkiksi tutkimuksen avulla (Sarajärvi ym. 2011, 11).

Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on vaikuttavaksi todetuilla menetelmillä ja hoitokäytännöillä vastata hoidon tarpeeseen (Sarajärvi ym. 2011, 11), sekä edistää hoidon laatua ja tasalaatuista osaamista yhtenäistämällä perusteettomasti vaihtelevia käytäntöjä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 33; Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 17). Hoitotyön tavoitteena taas on näyttöön perustuva toiminta, koska se lisää tehokkuutta, vaikuttavuutta ja henkilöstön osaamista, sekä yhtenäistää asiakkaiden hoitoa sekä toimintayksiköiden ja koulutuksen toimintatapoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53-54). Terveystieteiden laissa (30.12.2010/1326, 1, 8§) mainitaan, että ”Terveystieteiden toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.”

On tutkittu, että usein hoitotyö perustuu rutiineihin eikä tutkittuun tietoon (Sarajärvi ym. 2011, 11). Korhosen ja hänen kollegoidensa (2018, 7, 10, 77) mukaan työntekijät hoitoalalla pitävät kyllä tärkeänä tutkimusnäytön hyödyntämistä hoidon ja palveluiden kehittämisessä, mutta tästä huolimatta näytön käyttöönotto ja näytön vakiinnuttaminen työhön ovat tutkimusten mukaan osoittautuneet haasteellisiksi. Syyksi he kuvailevat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa olevan käsitteellisiä epäselvyyksiä näyttöön perustuvasta toiminnasta, jolloin toiminnan kehittäminen on haasteellista. Syyksi he sanovat myös hoitohenkilökuntaan kohdistuvat lisääntyvät osaamisvaatimukset, sekä työntekijän



epävarmuus omasta osaamisestaan. Lisäksi organisaatioihin tuodaan yksittäisiä näyttöön perustumattomia menetelmiä esimerkiksi kustannustehokkuuden parantamiseksi, jolloin toiminta kehittyy menetelmä edellä eikä sisällöllisten tavoitteiden ja kehittämisen tarpeiden mukaisesti.

Holopaisen, Junttilan, Jylhän, Korhosen & Seppäsen (2013, 19) mukaan, hoitotyössä paras saatavilla oleva ja ajantasainen tieto on tietoa, joka on helposti löydettävissä. Joidenkin mielestä siis tutkimustulosten etsiminen on koettu haastavaksi tai niiden lukeminen on vaikeaa. Tällöin parhaaksi saatavilla olevaksi tiedoksi on koettu oppikirjat tai kokemustieto. Mutta määritelmän mukaan tutkimustieto on parasta ajantasaista tietoa, jota täytyy hakea päätöksenteon tueksi. Vaikka tutkimustiedon etsiminen vaatiikin vaivannäköä ja kykyä arvioida tiedon luotettavuutta, sitä ei silti pidä ohittaa.

Näyttöön perustuva toiminta edellyttää hoitajalta kriittistä tiedon arviointia sekä osaamista käyttää tietoa toimintansa perustana. Hoitajalla on oltava myös ajantamukaista hoito-, luonnon- ja lääketieteellistä sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellistä tietoa. (Kassara ym. 2006, 34; Anttila ym. 2010, 42.) Henkilöstön hyvinvointia, työyhteisön voimavaroja, potilaiden inhimillistä ja asiallista kohtelua edistävät työntekijöiden hyvä ammattitaito sekä työyhteisön ilmapiiri. Jokaisen työyhteisöön kuuluvan velvollisuus on kehittää ammattitaitoaan, koska hyvä hoito ei ole mahdollista ilman ammattitaitoa. Työntekijän ammattitaito näkyy esimerkiksi tiedossa, johon päätöksenteko perustuu. (Korhonen ym. 2018, 27–28.)

Näyttö on luonteeltaan uusiutuvaa, eli uusi tutkimustieto saattaa kumota edellisen tai vahvistaa sitä. Tämä tarkoittaa sitä, että päivitetty tutkimustieto saattaa vaikuttaa hoitokäytäntöihin. (Holopainen ym. 2013, 18). Näytön käyttöönotto eli muutos työorganisaatiossa vaatii monialaista yhteistyötä, koska se tapahtuu sosiaalisen järjestelmän eli työyksikön tai organisaation sisäisessä vuorovaikutuksessa (Korhonen ym. 2018, 44). Muutos kuitenkin tarvitsee aikaa, koska viive tutkimuksesta vakiintuneeksi käytännöksi on pitkä prosessi. Prosessissa oleva viive on ehdoton sen turvallisuuden, tehokkuuden ja vaikuttavuuden turvaamiseksi. (Hanney ym. 2015, 15.)

### 3.2 Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559, 3, 15§) velvoittaa, että ammattihenkilön on ”*ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat.*” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 3:15§.) Terveydenhuollon ammattihenkilöistä sairaanhoitajat ovat huomattava osa niistä, jotka vastaavat moniammatillisessa työryhmässä lääkehoidon toteuttamisesta. Tärkeä osa sairaanhoidajan työtehtävistä on turvallinen, tehokas, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito. (Sairaanhoitajaliitto 2013, 13–14.) Lääkehoitoa toteuttavan henkilön tulee tuntea lääkehoitoa ohjaava lainsäädäntö, sekä noudattaa annettuja ohjeita (Sairaanhoitajaliitto 2013, 14; Inkinen, Volmanen & Haikonen 2016, 30).

Lääkehoito on vaativa kliinisen osaamisen alue, joka koostuu sekä teoreettisista että käytännön tiedoista, taidoista ja toiminnoista sekä hoitajan omista arvoista ja asenteista (Kassara ym. 2006, 307; Sairaanhoitajaliitto 2013, 14; Sneck 2016, 25). Lääkehoitoon sisältyy useita vaiheita; lääkehoidon tarpeen ja kokonaistilanteen arviointi, lääkehoidon suunnittelu, lääkkeen käyttökuntoon saattaminen, annostelu, lääkehoidon ohjaus, vaikuttavuuden seuranta ja lääkehoidon arviointi. Lisäksi lääkehoidon osaamiseen kuuluu myös esimerkiksi lääkkeiden tilaaminen, säilyttäminen ja hävittäminen asianmukaisesti. (Kassara ym. 2006, 307; Sairaanhoitajaliitto 2013, 14.) Edellä mainittujen lisäksi lääkehoito sisältää kriittistä ja monimutkaista päätöksentekoa sekä pohdintaa (Sairaanhoitajaliitto 2013, 14; Sneck 2016, 25).

Sairaanhoitaja saa lääkehoidon osaamisensa perustan koulutuksessa, työkokemuksen kautta ja täydennyskoulutuksista. Työkokemus ja täydennyskoulutukset täydentävät osaamista varsinkin erityisalueilla. (Sairaanhoitajaliitto 2013, 17; Inkinen ym. 2016, 25.) Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559, 3, 18§) veloitetaan työnantajaa seuraamaan ammattihenkilöiden ammatillista ke-

hittymistä ja myös luomaan mahdollisuudet ammatilliselle täydennyskoulutukselle, jotta ammattihenkilö voi kehittää ammattitaitoaan työskenneläkseen turvallisesti ja asianmukaisesti. Sairaanhoidajan on hallittava kaikki lääkehoidon vaiheet (Sneck 2016, 24). Vastaavalla lääkäriellä on vastuu lääkehoidon kokonaisuudesta, mutta jokainen, joka toteuttaa lääkehoitoa tai osallistuu lääkehoidon toteutukseen, vastaa itse omasta toiminnastaan (Inkinen ym. 2016, 30).

### 3.3 Potilasturvallisuus lääkehoidossa

Potilasturvallisuus on käsitteenä laaja, koska se kattaa kaikki potilaan hoitoon liittyvät tekijät (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 317). Siihen kuuluu sekä hoidon turvallisuus että lääkityksen ja laitteiden turvallisuus (Sairaanhoidajaliitto 2013, 99). Turvallinen lääkehoito on osa potilasturvallista hoitoa. Lääkehoitoa pidetään yleisesti riskialttiina toimintana, joten sitä ohjaavat useat määräykset ja säädökset. Lääkehoidon virheitä estetään noudattamalla ohjeita, omaksumalla toimipaikan käytännöt ja ajattelemalla loogisesti. Tärkeää olisi panostaa sairaanhoitajien koulutukseen, koska tuntemus lääkehoitoa ohjaavista määräyksistä ja säädöksistä on valmistuvilla sairaanhoitajilla puutteellista. (Kassara ym. 2006, 308.) Sairaanhoidajaliiton Hoitotyön vuosikirjan (2013, 100) mukaan lääkehoidossa tapahtuvat vahingot aiheuttavat suurimmat haitat terveydenhuollossa.

Potilasturvallinen lääkehoito edellyttää hoitajalta ammattitaitoa soveltaa teoriassa oppimiansa asioita käytännössä sekä noudattaa lääkehoitoon liittyviä sääntöjä (Kassara ym. 2006, 308; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 317). Lisäksi hoitajalla tulee olla kehittynyt potilasturvaomatunto, joka tarkoittaa eettistä käsitystä potilaan turvallisuutta edistävästä toiminnasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa hänen saavan tarvitsemaansa hoitoa ja siitä aiheutuvan mahdollisimman vähän haittaa hänelle. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 317.) Yksikön turvallisuuskulttuuri on yhteydessä potilastyytyväisyyteen ja -kuolleisuuteen, haittatapahtumiin ja muun muassa infektioihin (Kuosmanen, Liukka, Aaltonen, Roine & Kinnunen 2018, 518). Kulttuuri viittaa yhteisiin arvoihin ja uskomuksiin, jotka muodostavat hyväksytyt käyttäytymissäännöt yksikköön. Tämä taas vaikuttaa suoraan potilasturvallisuuteen määrittelemällä hyväksytyt käytännöt sekä estä-

mällä tai mahdollistamalla potilasturvallisuutta edistäviä käyttäytymismalleja. Yksikön ja organisaation on ymmärrettävä, mistä turvallisuuskulttuuri yksikössä muodostuu, jotta he kykenevät tarjoamaan potilaille mahdollisimman turvallista hoitoa. (CPSI 2016; Kuosmanen ym. 2018, 518.) Myönteisessä turvallisuuskulttuurissa on avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri. Tällöin vaaratapahtumistakin voi puhua avoimesti ilman pelkoa, joka taas osaltaan lisää potilasturvallisuutta. (Kuosmanen ym. 2018, 518.)

Potilasturvallisuuden ja lääkehoidon hallinta perustuu suunnitelmallisuuteen, vaaratapahtumien kirjaamiseen, niistä oppimiseen ja toiminnan kehittämiseen. Lisäksi niiden hallintaan kuuluu selkeä vastuualueiden määrittely, yhteiset toimintatavat ja säännöllinen riskien arviointi. (Kassara ym. 2006, 308.) Jokaisen yksikön lääkehoito perustuu lääkehoitosuunnitelmaan (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 34), jossa kuvataan sisältö ja toimintatavat, vastuut, velvollisuudet ja työnjako, yksikön lupakäytännöt, lääkehuolto, lääkkeiden jakaminen ja antaminen, osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi, tiedonkulku sekä palaute- ja seurantajärjestelmät (Sairaanhoitajaliitto 2013, 102; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 35). Jokaisen opiskelijan ja työntekijän tulee perehtyä lääkehoitosuunnitelmaan ja toimia sen ohjeiden mukaisesti. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 37)

## 4 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA LIHAKSENSISÄINEN INJEKTIO

### 4.1 Lihaksensisäinen injektio

Lihaksensisäinen eli intramuskulaarinen injektio on yleinen parenteraalinen lääkitsemismuoto. Lihaksen koon mukaan siihen voidaan annostella aikuisella lääkettä 2–5 ml ja lapsella 2 ml. Lihakseen voidaan annostella myös jonkin verran ärsyttäviä lääkeaineita, koska lihas ei ole kovin kipuherkkä. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 237.) Lääkeaine imeytyy lihaksesta 10–30 minuutin aikana, näin ollen elimistön lääkeainepitoisuuskin nousee hitaasti (Iivanainen & Syväoja 2016, 391; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 237). Injektion turvallinen antaminen vaatii hoitajalta tietoa ja taitoa, kuten aseptiikan tuntemusta, tietämystä potilaasta ja hänen sairauksistaan, kyseisestä lääkeaineesta sekä ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta. Lisäksi on hallittava ruiskeenantotekniikka ja lääkelaskenta. Hänen on myös kyettävä ohjaamaan potilasta taitavasti. (Kassara ym. 2006, 328.)

Lihaksensisäisen injektion haittapuolena on, että lääkeaine saattaa saostua tai aiheuttaa lihasvaurioita ja kipua injektion jälkeen, tai lääke voi imeytyä oletettua hitaammin (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 237; Taam-Ukkonen & Saano 2018, 101). Hoitajan injektion antotaitojen puutteellisuus lisää huomattavasti riskialttiutta injektion antamisessa. Riskejä voi ehkäistä hyvällä injektiotekniikalla, aseptiikalla, oikeilla välineillä sekä huomioimalla potilaan yksilöllisyys. Komplikaationa voi olla esimerkiksi infektio, hermovaurio, paikallinen ärsytys, kipu, ihon kovettuminen tai abskessi. (Kassara ym. 2006, 328-329; Mann 2016, 1.)

Lihaksensisäisen injektion pistopaikkoja on 4 (taulukko 1): ventrogluteaalinen alue (max 5 ml aikuiselle), reisilihas (max 5 ml aikuiselle), hartialihhas (max 2 ml aikuiselle) ja vielä 2018 päivitettyssä kirjassakin on mainittu dorsogluteaalinen alue eli pakarän yläulkoneljännes (max 5 ml aikuiselle) (Iivanainen & Syväoja 2016, 391; Mann 2016, 1; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 240). Ventrogluteaalilla alueella on vähiten riskejä. Reisilihaksen alue on kivuliaampi, hartialihakseen injisoitavan aineen suositeltu määrä on todella vähäinen ja pistoalue on pieni. Dorsogluteaalilla alueella taas on isoja verisuonia ja hermoja sekä rasvakudosta enemmän kuin muissa pistopaikoissa, jolloin lääkeaine ei välttämättä

päädy lihakseen saakka. (Karttunen 2012a, 22; Karttunen 2012b, 48; Karttunen & Perälä 2012, 24; Kim & Park 2014, 888; Kara, Uzelli & Karaman 2015, 507, 509; Mann 2016, 1–2; Yimei 2017, 1; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 240, 242–244; Taam-Ukkonen & Saano 2018, 103–104.)

Taulukko 1. Lihaksensisäisten injektioiden lääkemäärät pistopaikoittain

	<b>Ventrogluteaalinen alue</b>	<b>Reisilihas</b>	<b>Hartialihas</b>	<b>Dorsogluteaalinen alue</b>
<b>Lääkemäärä (enintään)</b>	5ml	5ml	2ml	5ml

Walshin ja Brophyn tekemä tutkimus (2011, 1034–1040) osoittaa, että sairaanhoitajat perustelivat injektion pistopaikan valinnan itselleen mukavimmalla pistopaikalla ja helpolla paikan löytämisellä. Juuri kukaan ei perustellut valintaa suosituksilla. Potilaille on aiheutunut huomattavasti enemmän terveydellisiä haittoja, epämukavuutta, vammoja ja sairastuvuutta dorsogluteaalista pistopaikkaa käytettäessä, kuin muita pistopaikkoja käytettäessä (Small 2004, 287–296). Tähän on syynä se, että dorsogluteaalaisella alueella sijaitsee suuria verisuonia ja hermoja. Lisäksi dorsogluteaalisen pistopaikan ihonalaiskudoksen paksuuden takia injektio päättyy harvoin lihakseen saakka. (Karttunen 2012b, 48; Karttunen & Perälä 2012, 25; Kaya, Salmasslıoğlu, Terzi, Turan & Acunas 2014, 355–360; Mann 2016, 2.)

#### 4.2 Ventrogluteaalinen injektio

Ensisijainen lihaksensisäisen injektion pistopaikka on useiden tutkimusten mukaan ventrogluteaalinen alue (mm. Beyea 1996; Rodger & King 2000; Cook & Murtagh 2006; Hunt 2008; Hunter 2008; Malkin 2008; Zimmermann 2010) ja sitä tulisi käyttää ensisijaisesti kaikilla yli 7 kuukauden ikäisillä (Greenway 2004, 40; Karttunen 2012a, 22; Karttunen 2012b, 48; Karttunen 2012c, 11; Yimei 2017, 1; Rasika 2018, 1; Taam-Ukkonen & Saano 2018, 103). Hochsetter on suositellut tätä aluetta lihaksensisäisessä injektiossa kansainvälisesti jo vuonna 1954 (Greenway 2004, 40). Ventrogluteaalaisella alueella sijaitsee keskimäinen ja pieni pakaralihas. Alueella lihakset ovat yleensä hyvin kehittyneet, siellä ei ole

suuria hermoja eikä verisuonia, sekä ihonalaiskudosta on vähemmän kuin muissa lihaksensisäisen injektion pistopaikoissa. (Greenway 2004, 39; Karttunen 2012b, 48; Karttunen & Perälä 2012, 25; Mann 2016, 1; Yimei 2017, 1; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 240.) Näytön perusteella ventrogluteaalinen injektio tuottaa vähemmän kipua potilaalle kuin dorsogluteaalinen injektio (Yimei 2017, 2). Ventrogluteaaliselle alueelle voi pistää Taam-Ukkosen ja Saanon (2018, 103) sekä Ojalan ja Kaukkilan (2008) mukaan enintään 5ml aikuiselle, kun taas Greenwayn (2004, 40) mukaan tyypillisesti pistetään 1–4ml. Kim ja Park (2014, 894) sanovat määrän vaihtelevan 3–5ml välillä.

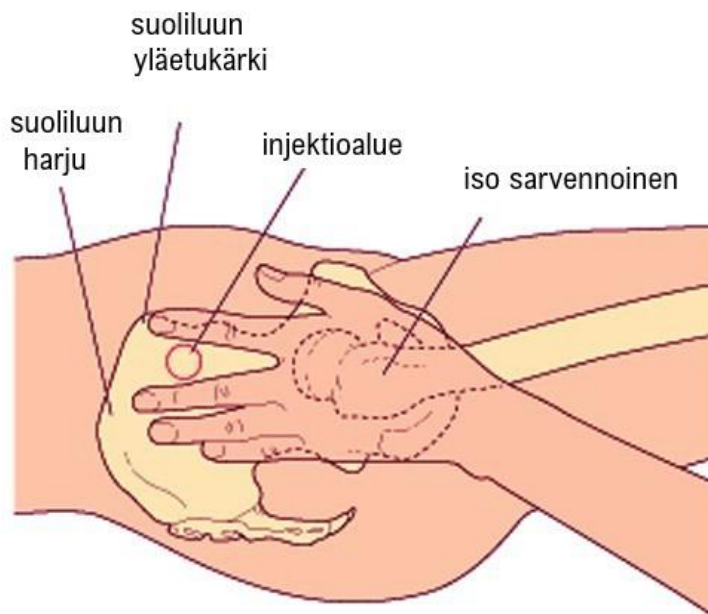
Injektio voidaan antaa potilaan ollessa selällään, kyljellään jalat koukussa, vatsallaan tai istualtaan. Tärkeintä on, että pakaralihas on rentona. Tämän takia seisoma-asentoa ei suositella. (Karttunen 2012b, 49; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 240.) Hoitaja käyttää alueen paikantamiseen vastakkaista kättään (kuva 1), eli jos injektio annetaan oikealle puolelle, hoitaja käyttää vasenta kättään paikantamisessa (Greenway 2004, 40; Karttunen 2012b, 49; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 240).

Ensin etsitään iso sarvennoinen eli trokanter ja asetetaan kämmen sen päälle. Sen jälkeen etusormi tulee viedä suoliluun yläetukärkeen ja keskisormi suoliluun harjulle, keskiviivassa kainaloa kohti. Etusormen ja keskisormen väliin muodostuu V-kirjain, eli von Hochsetterin kolmio (kuva 1, kuva 2). Hoitajan ollessa pienikätinen tai potilaan ollessa suurikokoinen riittää, kun keskisormi osoittaa kohti suoliluun harjua ja etusormi kohti yläetukärkeä. Tällöin kämmen asetetaan ensin ison sarvennoisen päälle, osoitetaan keskisormella suoliluun harjua kohti ja etusormella suoliluun yläetukärkeä kohti. (Greenway 2004, 40; Karttunen 2012b, 49; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 240.)



Kuva 1. Ventrogluteaalisen alueen paikantaminen vastakkaisella kädellä.

Kuvassa 1 potilas on vasemmalla kyljellään jalat hieman koukussa, jolloin pakaralihas on rentona. Hoitaja paikantaa ventrogluteaalisen alueen vastakkaisella kädellään, eli kuvassa hoitajan vasemmalla kädellä. Hoitajan kämmen on trokanterin päällä ja keskisormi osoittaa kainaloviivassa suoliluun harjua kohti. Etusormi on suoluun yläetukärjellä. Kuvassa näkyy Von Hocsetterin kolmio keski- ja etusormen välissä. Vasenkätisyys ei vaikuta ventrogluteaalisen alueen paikantamiseen, samantyyppisellä vasenkätinen etsii alueen vastakkaisella kädellä.



Kuva 2. Ventrogluteaalisen alueen paikantaminen maamerkkien avulla. (Mukailen Pearson Education, Inc. 2010.)



Ventrogluteaalista aluetta ei voi käyttää alle 7kuukauden ikäisillä lapsilla tai henkilöillä, joiden lihakset ovat kuihtuneet. Tällainen on esimerkiksi henkilö, joka ei kykene kävelemään (Karttunen 2012b, 48; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 240). Näillä henkilöillä toissijainen pistopaikka on reisilihas. Mikäli injeksiota ei jostain syystä voi reisilihakseenkaan antaa, tulee pistopaikaksi tällöin valita hartialihäs. Hartialihaksen alueella suositeltu injektion määrä on kuitenkin hyvin vähäinen ja pistosalue on pieni. (Karttunen 2012a, 22; Karttunen 2012b, 48; Karttunen 2012c, 11; Karttunen & Perälä 2012, 25.)

Sairaanhoitajaopiskelijoiden rooli ventrogluteaalisen injektion antotavan tunnetavuuden tuomisessa kentälle on merkittävä. Valtaosalle sairaanhoitajista ventrogluteaalinen pistopaikka on tuntematon tai he ovat antaneet injektion ohjattuna vain kerran. Ventrogluteaalisen injektion antamiseen ei kuitenkaan saa yhdellä kerralla varmuutta, joten ongelmana onkin opiskelijoiden työharjoittelussa saama huono ja heikkolaatuinen ohjaus injektion antamisessa. (Karttunen 2012b, 13.) Hoitotyön opiskelija saa koulutuksessaan valmiudet näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Nämä valmiudet siirtyvät käyttöön vain, jos oppimiskokemukset harjoituksissa antavat konkreettisia esimerkkejä näytön käytöstä sekä tukevat näyttöön perustuvaa hoitotyötä. (Sarajärvi ym. 2011, 16.)

#### 4.3 Neulan valinta ja Z-tekniikka

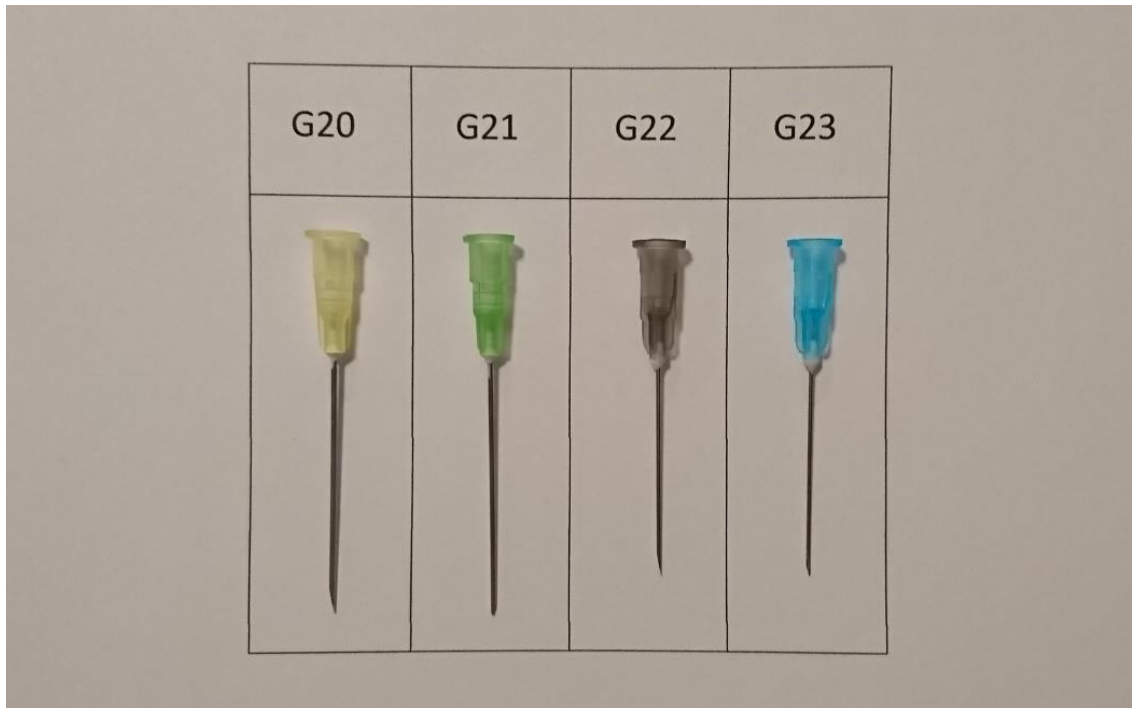
Lihaksensisäisen injektion ongelmana usein on liian lyhyen neulan käyttäminen. Hoitaja ajattelee tuottavansa potilaalle vähemmän kipua valitessaan lyhyemmän neulan. Liian lyhyen neulan käyttäminen voi aiheuttaa lääkeaineen jäämisen ihonalaiskudokseen, joka taas vaikuttaa lääkkeen imeytymiseen ja voi pahimmillaan aiheuttaa ihonalaiskudoksen vaurioita. (Ojala & Kaukkila 2008.) Tutkimusten mukaan vain noin kolmasosa lihaksensisäisistä injektioista päättyy lihakseen saakka ja dorsogluteaalisesti annetuista injektioista naisilla päättyy vain noin 5% ja miehillä noin 15% lihakseen saakka. (Ojala & Kaukkila 2008; Karttunen 2012a, 22; Karttunen 2012c, 11.) Lääkeaineen tulee päästä lihakseen, joten rasvakudoksen määrä on huomioitava neulan valinnassa (Iivanainen & Syväoja 2016, 391; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 237). Lisäksi on otettava huomioon, että injeksiota

annettaessa neulasta pistetään vain kaksi kolmasosaa, jolloin kolmasosa jää ihon ulkopuolelle. Tällä varmistetaan neulan saaminen pois kudoksesta, mikäli se katkeaa (Ojala & Kaukkila 2008; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 238; Taam-Ukkonen & Saano 2018, 101.)

Oikean kokoisen neulan valintaan vaikuttavat potilaan rasvakudoksen määrä, lääkkeen viskositeetti ja injektioipaikka (Mann 2016, 2; Taam-Ukkonen & Saano 2018, 101). Viskositeetti tarkoittaa nesteen fysikaalista rakenneominaisuutta, sen synonyyminä voi käyttää sanaa sitko (Suomisanakirja 2019). Neulan valinnassa voi käyttää apuna potilaan painoindeksiä eli BMI:tä. Rasvakudos kuitenkin jakautuu yksilöllisesti ja BMI ei suoraan kerro rasvakudoksen paksuutta, joten sitä voi käyttää vain suuntaa-antavana. (Ojala & Kaukkila 2008; Rautava-Nurmi, Westergård & Henttonen 2012, 149; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 238). Ojala ja Kaukkila (2008) kirjoittavat artikkelissaan, että neulan pituuden tulisi olla 38mm, jos BMI on naisella alle 26 ja miehellä alle 30. Jos BMI on enemmän, tulisi neulan pituuden olla jopa 50mm.

Injektioneulan valinnassa on ajateltava neulan halkaisijaa ja pituutta. Halkaisija ilmoitetaan yksiköllä G eli gauge. Luku on sitä pienempi, mitä suurempi on neulan halkaisija. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 224; Taam-Ukkonen & Saano 2018, 94; BD 2019.) Neulojen kannat ovat erivärisiä neulan koon mukaan (kuva 6), mutta värikoodit voivat vaihdella valmistajien mukaan (Ojala & Kaukkila 2008; livanainen & Syväoja 2016, 384; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 225; Taam-Ukkonen & Saano 2018, 94). Yimei (2017, 2) toteaaakin suosituksessaan, että neulaa ei tule koskaan valita värin perusteella.

livanainen ja Syväoja (2016, 384, 391) suosittelevat lihasinjektioon neulaa, joka on kooltaan G21–G23. Kun taas Taam-Ukkonen ja Saano (2018, 94) suosittelevat kokoja G20–G23 (kuva 3) ja Saano ja Taam-Ukkonen (2018, 225) kokoja G20–G25. Yimei (2017, 2) suosittelee lihasinjektioon myöskin neulaa, joka on kooltaan G21–23. Mann (2016, 2) toteaa suosituksessaan, että pidempiä neuloja käytettäessä ilmenee vähemmän punoitusta ja turvotusta kuin lyhyempiä neuloja käytettäessä, koska pidemmällä neulalla lääkeaine pääsee syvemmälle lihaskudokseen.



Kuva 3. Lihasinjektion antamiseen suositellut neulat G20–G23.

Z-tekniikka tarkoittaa pistotekniikkaa, jossa ennen pistämistä vedetään vapaana olevalla kämmensyrjällä ihoa ja ihonalaiskudosta sivuun (kuva 4), tämän jälkeen pistetään neula lihakseen 90 asteen kulmassa (kuva 5). Aspiroinnin ja lääkkeen ruiskuttamisen jälkeen neula vedetään pois ja välittömästi tämän jälkeen vapautetaan ihon veto (kuva 6). (Mann 2016, 2; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 240; Taam-Ukkonen & Saano 2018, 105.) Tällöin palautunut iho ja ihonalaiskudos muodostavat suojan pistopaikan päälle, jolloin injektioestettä ei pääse valumaan ulospäin pistokanavasta. (Karttunen 2012a, 23; Karttunen 2012c, 12; Mann 2016, 2.)



Kuva 4. Ihon ja ihonalaiskudoksen veto kämmensyrjällä.

Kuvissa rasti on paikka, joka on merkitty pistopaikaksi ventrogluteaalista aluetta paikantaessa. Ympyrä taas on paikka, johon ihon ja ihonalaiskudoksen vedon jälkeen pistetään, koska vedosta johtuen ihoon merkitty pistopaikka siirtyy. Kaikissa kuvissa potilas on vasemmalla kyljellään jalat hieman koukussa, koska tällöin pakaralihas on hyvin rentona. Kuvassa 4 vedetään kämmensyrjällä ihoa ja ihonalaiskudosta vasemmalle päin ennen pistoa.



Kuva 5. Ihon ja ihonalaiskudoksen veto pidetään piston ajan.

Kuvassa 5 pidetään ihon ja ihonalaiskudoksen veto vasemmalla kämmensyrjällä. Samaan aikaan oikealla kädellä pistetään, aspiroidaan ja ruiskutetaan lääkeaine lihakseen rauhallisesti. Potilaalle tulee kertoa koko toimenpiteen ajan mitä tehdään, jotta hän jännittäisi vähemmän eikä säikähdä pistämisen tuottamaa pientä pistokipua. Ennen pistämistä pistoalue on pyyhkäisty desinfioivalla alkoholipitoisella lapulla.



Kuva 6. Ihon vapautus.

Kuvassa 6 lääkkeen antamisen jälkeen neula poistetaan ja samalla ihon veto vapautetaan. Tällöin injektionantoreitti sulkeutuu, eikä lääkeainetta pääse pistokanavaan.

Z-tekniikkaa on hyvä käyttää lihaksensisäisen injektion antamisessa, koska se estää lääkeaineen takaisinvirtausta ja siten vähentää ärsytystä (Yilmaz, Khorshid & Dedeoğlu 2016; Mann 2016, 2; Yimei 2017, 2; Saano & Taam-Ukkonen 2018, 240; Taam-Ukkonen & Saano 2018, 105). Z-tekniikkaa tulee käyttää varsinkin ärsyttävien lääkeaineiden injisoimisessa. Injektio on kivuttomampi Z-tekniikkaa käytettäessä (Taam-Ukkonen & Saano 2018, 105).

## 5 SAIRAANHOITAJAN OHJAUSOSAAMINEN

### 5.1 Ohjaaminen ja ohjaus

#### 5.1.1 Ohjaaminen ja ohjaus käsitteinä

Ohjaaminen on aina tavoitteellista ja aktiivista toimintaa ja sen päämääränä on ohjattavien henkilöiden oppimisen edistäminen (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 41; Mykrä & Hätönen 2008, 7). Ohjaaminen on myös sidoksissa ohjattavan ja ohjaajan väliseen kontekstiin. Ohjauksessa ohjattava ja ohjaaja ovat vuorovaikutuksellisesti suhteessa, jossa heillä on yhteinen tavoite (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250–251; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 57). Ohjaus-käsite on yleisesti käytössä hoitotyössä sekä hoitotieteessä (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250–251).

Kääriäisen ja Kynkään tutkimuksessa (2005a, 250, 252–253) ohjaamisen kerrotaan olevan ohjauksen antamista jollekin, esimerkiksi käytännön opastuksena. Asiakkaat ovat heidän mukaansa mieltäneet ohjauksen neuvojen ja ohjeiden saamiseksi ja informoinniksi. Yleisesti ohjata-käsitteessä on ohjaajalähtöinen sävy. Hoitotieteessä ohjaus on ammatillista toimintaa tai prosessi, esimerkiksi hoitoprosessi. Synonyyminä sitä käytetään sanoille neuvonta, opetus ja tiedon antaminen (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250; Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 209). Käsitteet kuitenkin hieman eroavat toisistaan muun muassa vuorovaikutuksen asteen, toiminnan jatkuvuuden ja asiantuntijuuden jakautumisen suhteen (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 209).

Neuvonta on enemmänkin opetusta, jossa ohjattavaa neuvotaan tekemään valintoja esimerkiksi omaan elämäänsä liittyen. Tällöin ohjaaja auttaa ohjattavaa tekemään päätöksiä. Ohjauksessa ei niinkään anneta suoria neuvoja. Tiedon antamisessa taas korostuu enemmän ohjattavan asian sisältö, tällöin yleensä käytetään runsaasti kirjallista materiaalia ja vuorovaikutus jää vähemmälle kuin neuvonnassa ja ohjauksessa. Se ei perustu yksilöllisiin tarpeisiin ja on usein vain

lyhyttä ja ajoittaista. Ohjaus-käsitteen tunnuspiirteitä ovatkin vuorovaikutus, ohjaussuhde, ohjaajan ja ohjattavan välinen konteksti sekä tavoitteellinen ja aktiivinen toiminta (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250, 253).

Ohjaaja-käsitteellä tarkoitetaan yleensä ohjausprosessin asiantuntijaa. Ohjattavalla taas tarkoitetaan tilanteensa ja tavoitteidensa asiantuntijaa, sekä hänet mielletään usein potilaaksi, asiakkaaksi tai omaiseksi. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 251.) Ennen ohjaamista ohjaajan tulee tietää ohjattavan taustatiedot sekä hänen toiveensa ohjaukselle (Kyngäs ym. 2007, 47; Korteso 2010, 83). On myös hyvä tietää, millä tavalla ohjattava oppii parhaiten. Ohjaajan tulee olla tietoinen myös omista taustatekijöistään, koska ne voivat vaikuttaa ohjaussuhteeseen. (Kyngäs ym. 2007, 47.) Taustatekijöihin kuuluvat esimerkiksi omien henkilökohtaisten ja ammatillisten arvojen tunnistaminen, omakohtaisten kokemusten ja uskomusten tarkastelu, ohjauksen merkityksen sekä mahdollisten ennakkoluulojen tunnistaminen (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 255).

Ohjaamisessa motivointi on hyvin tärkeää, koska se rohkaisee ohjattavaa tutkimaan käyttäytymistään ja tutustumaan muutoksiin koskeviin käsityksiinsä, omiin asenteisiinsa ja uskomuksiinsa. Motivointi perustuu ristiriidan tuottamiseen, vastarinnan myötäilyyn, väittelyn välttelyyn ja pystyvyyden tunteeseen. Ohjaajan on muistettava, että uusiin näkökulmiin voi vain houkuttaa, ei pakottaa. Motivoivalla ohjauksella pyritään omaehtoiseen näkökulman muuttamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 49.) Jotta ohjattava tai hänen toimintansa muuttuu, vaatii se uusien näkökulmien omaksumisen. Ilman tätä ohjattava ei osaa tehdä uusia havaintoja. Hänen täytyy myös omaksua uusia tapoja toimia, tuntea ja ajatella tietynlaisissa vuorovaikutussuhteissa tai tilanteissa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 256.)

Hyvä ohjaaja ei ohjaustilanteessa pelkästään puhu, vaan hyödyntää asiantuntijuuttansa ohjattavien tukemisessa (Kyngäs ym. 2007, 87; Kupias & Koski 2012, 17). Hänen on myös mietittävä millaista oppimista ja oivalluksia ohjauksen pitää tuottaa, jotta toiminta voisi kehittyä ja muuttua. Haastavaksi koetaan usein tilanteet, joissa ohjattavilla on osaamista ja työkokemusta, mutta ohjauksessa he joutuvat miettimään ja muuttamaan omia käsityksiään ja toimintatapojaan. Sitä vaikeampaa ohjaaminen on, mitä vahvempaa ohjattavien osaaminen ja näkemys

aiheesta on. (Kupias & Koski 2012, 17, 29.) Ohjattavan tietämys karttuu ohjauksessa parhaiten silloin, kun hänellä on aikaa miettiä ja arvioida tuntemuksiaan ja kokemuksiaan, sekä harkita niiden sopivuutta erilaisiin ympäristöihin. Ohjaamisen onnistumisen edellytys on, että ohjaamista arvioidaan jatkuvasti. Tämä taas vaatii, että ennen ohjausta on asetettu tavoitteet sekä lyhyelle, että pitkälle aikavälille. Positiivisten vaikutusten arviointi on tärkeää, mutta mahdolliset epäonnistumiset täytyy myös hyväksyä. Ohjaaja kehittyy ohjaajana vain, jos hän arvioi omia ohjaustaitojaan ja ohjauksien toteutuksia kriittisesti ja palautetta kuunnellen. (Kyngäs ym. 2007, 45, 87.)

### 5.1.2 Sairaanhoidajan opetus- ja ohjausosaamisen kompetenssi

Suomessa on toteutettu Sairaanhoidajan tulevaisuus- hanke, jonka avulla on yhtenäistetty ja tasalaatuistettu suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen tuomaa osaamista. Hankkeessa on määritelty yleissairanhoidosta vastaavan sairaanhoidajan (180op) ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset, osaamisen kuvaukset ja keskeiset sisällöt. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 3; Nurmi, Korhonen & Mahlamäki-Kultanen 2016, 25.)

Hankkeen myötä on määritelty sairaanhoitajakoulutukseen yhdeksän ammatillista osaamisaluetta, joista yksi on opetus- ja ohjausosaaminen. (Nurmi ym. 2016, 26). Kompetenssiin sisältyy opetuksen ja ohjauksen kontekstien, opetus- ja ohjausprosessin ja menetelmien osaaminen (Kuvio 1). Sairaanhoitajakoulutuksessa keskeinen osa-alue on potilasohjaus, mutta opetus- ja ohjausosaamisen kompetenssin tavoitteet sisältävät myös kollegoiden ja opiskelijoiden ohjauksen. (Nurmi ym. 2016, 24, 26)



6. Ohjaus- ja opetusosaaminen	Osaamiskuvaus	Sisällöt
Ohjaus- ja opetusprosessi	Ymmärtää ohjauksen ja opetuksen filosofiset, eettiset ja pedagogiset lähtökohdat ja niiden merkityksen toteuttaessaan ohjausta ja opetusta  Osaa suunnitella, toteuttaa ja arvioida ohjausta ja opetusta asiakas- ja ryhmälähtöisesti yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erilaiset ohjaus-/opetusfilosofiat, oppimisenäkemykset ja niiden merkitys ohjaus- ja opetusprosessissa</li> <li>• Ohjauksen ja opetuksen käsitteet</li> <li>• Ohjaus- ja opetusprosessin eettiset näkökohdat</li> <li>• Ohjaus- ja opetusprosessi: tarpeen arviointi, suunnittelu, toteutus, arviointi ja kirjaaminen</li> <li>• Erilaiset ohjauksen vaikuttavuuden arviointimenetelmät</li> </ul>
Ohjauksen ja opetuksen kontekstit	Hallitsee ohjauksen ja opetuksen sairaanhoitajan työmenetelmänä eri konteksteissa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilaan/asiakkaan opetus ja ohjaus</li> <li>• Mentorointi</li> <li>• Perehdytys</li> </ul>
Ohjaus- ja opetusmenetelmät	Osaa käyttää tilanteeseen sopivia asiakaslähtöisiä opetus- ja ohjausmenetelmiä  Osaa käyttää tarkoituksenmukaisesti jo olemassa olevaa sekä tuottaa uutta opetus- ja ohjausmateriaalia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohjaus- ja opetusmenetelmät ja muodot</li> <li>• Ohjauksessa käytettävät sisällöt ja ohjauksen laatu</li> <li>• Ohjaus ja viestintä tieto- ja viestintätekniikkaa hyödyntäen</li> <li>• Ohjaus- ja opetustoiminnan arviointi ja kehittäminen</li> <li>• Ohjaus- ja opetusmateriaalin hyödyntäminen asiakaslähtöisesti ja tavoitteellisesti</li> </ul>

Kuvio 1. Sairaanhoitajan ohjaus- ja opetusosaamisen kompetenssin sisältö (Eriksson ym. 2016, 43).

## 5.2 Ohjausmenetelmät

### 5.2.1 Pienryhmän ohjaaminen

Pienryhmäohjaaminen on tehokkaampaa yksilötasolla kuin suuremman ryhmän ohjaaminen. Pienryhmässä ohjaus on yksilöllisempää ja keskustelelevampaa. Jos ohjaaja voi vaikuttaa ryhmäkokoon, kannattaa siitä tehdä mahdollisimman pieni. (Kortesuo 2010, 75.) Ryhmän koko vaikuttaa olennaisesti ryhmän toimintaan ja ryhmädynamiikkaan. Ryhmäohjaus voi olla ohjattaville voimaannuttava kokemus, joka tukee heitä pääsemään tavoitteeseen (Kyngäs ym. 2007, 104–105). Hyvässä ohjaustilanteessa ohjattavia yhdistää jokin yhteinen nimittäjä, esimerkiksi ammatti, asema organisaatiossa tai motivaatio oppia ohjattava asia. (Kortesuo 2010, 83.) Toimivassa ryhmässä kaikki tuntevat toisensa ja lisäksi heillä on ohjauksen kannalta yhteinen tavoite tai päämäärä (Kyngäs ym. 2007, 106).

Ryhmäohjauksessa vuorovaikutustaidot ovat todella tärkeitä. Vuorovaikutus perustuu kuuntelemiseen, kysymiseen ja tarkkailemiseen. (Kortesuo 2010, 87.) Hyvin merkityksellistä on myös jäsenten välinen vuorovaikutus (Kyngäs ym. 2007, 105). Ohjaajan kannattaakin seurata ryhmän reaktioita ohjauksen aikana, koska siitä voi päätellä liian nopean etenemisen, oman epäselvyyden tai ohjattavien vastustuksen. Reaktiota voi kysyä myös suoraan. Jos ohjaaja ei oikein saa vastausta, kysymys kannattaa kohdentaa tiettyyn henkilöön. (Kortesuo 2010, 88.)

Ryhmäohjauksen voi toteuttaa esimerkiksi kokemuksellisen oppimiskäsityksen mukaisesti, joka kattaa neljä vaihetta; omakohtainen kokemus, reflektointi, käsitteellistäminen ja aktiivinen kokeileva toiminta. Nämä vaiheet tuottavat uusia kokemuksia ja tämä neljän vaiheen sykli voi alkaa aina uudelleen alusta. Lähtökohdana kokemuksellisen oppimiskäsityksen mukaiselle ohjaukselle on ohjattavien omien kokemusten kartoittaminen ja niiden ottaminen esille. Kokemuksista keskustellaan, niitä arvioidaan, peilataan muiden kokemuksiin sekä reflektoidaan eli tarkastellaan eri näkökulmista. Syntyneeltä pohjalta tehdään käsitteellinen malli, jota kokeillaan käytännössä. Tästä kokeilusta taas saadaan uusia kokemuksia, joita voidaan reflektoida ryhmässä. (Kupias & Koski 2012, 36–38.)

### 5.2.2 Yksilöohjaus

Ohjattavat yleensä arvostavat yksilöohjausta, koska siinä keskitytään yksilöllisesti ohjattavan tarpeisiin, motivaation tukemiseen, jatkuvaan palautteen antamiseen sekä aktiivisen ilmapiirin ylläpitämiseen. Yksilöohjaus on lisäksi oppimisen kannalta tutkitusti tehokkain menetelmä, mutta se vaatii ohjaajalta enemmän aikaa kuin ryhmäohjaus. Toisaalta Kyngäs kumppaneineen kertoo tutkineensa, että yksilön näkökulmasta ryhmäohjaus voi olla tehokkaampaa esimerkiksi kuntoutuksen tai terveyden edistämisen käynnistämisessä kuin yksilöohjaus. (Kyngäs ym. 2007, 74, 104.)

Usein yksilöohjauksessa tilanteen aloittaminen on helpompaa, kun ohjaaja esittää ohjattavalle kysymyksiä esimerkiksi hänen voinnistaan, kokemuksistaan ja tunteistaan. Tällainen keskustelu ylläpitää ja luo miellyttävää ilmapiiriä ja yhtei-

söllisyyden tunnetta. On myös tärkeää, että yksilöohjauksessa ohjattava voi esittää kysymyksiä, keskeyttää ohjaajan, kertoa omista kokemuksistaan sekä käyttää puheaikaa. (Kyngäs ym. 2007, 82.) Yksilöohjaus on aina reflektiivistä ja sosiaalista toimintaa sekä käytännöllisten ongelmien ratkaisemista ja yksilöllisten tarpeiden mukaista yksilön tukemista (Vehmas 2015, 162). Yksilöohjauksessa tavoitteet määritellään yhdessä ohjattavan kanssa, tämä lisää ohjattavan tyytyväisyyttä ja sitoutumista. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, realistisia ja mitattavissa olevia. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Ohjaajan tärkeänä tehtävänä on auttaa ohjattavaa selkiyttämään ajatuksiaan ja kannustaa häntä tarkastelemaan asiaa uuden näkökulman kautta. Joskus yksilöohjausta toteutetaan tilanteissa, joissa ohjattava ei ole valmistautunut ottamaan vastaan ohjausta. On myös tilanteita, jolloin ohjaaja toteuttaa ohjausta omasta aloitteestaan, eikä kuuntele ohjattavan toiveita. Tällöin ohjaus voi vahvistaa asiakkaan omaa ratkaisukykyä, toisaalta se saattaa myös provosoida häntä luottamaan vain hoitajan tietoon ja tietämykseen. (Kyngäs ym. 2007, 82, 86.) Vehmas (2015, 162) kertoo väitöskirjassaan, että kuuntelu on ohjaustilanteessa tärkeä taito, mutta eläytyvä kuuntelu on tärkein yksilön tukemisen taito.

### 5.2.3 Demonstraatio

Demonstraatiolla tarkoitetaan näyttämällä opettamista, havainnollistamista ja konkretisoimista (Kyngäs ym. 2007, 128; Suomisanakirja 2019). Se on yksi ohjauksen osa-alue (Lipponen ym. 2006, 57). Prosessissa demonstraatio voidaan jakaa havainnollistamiseen ja harjoitteluun, ne ovat myös parhaita menetelmiä motoristen taitojen opettelemiseen. (Kyngäs ym. 2007, 128–129.) Taitojen opettelussa demonstraatio ja suullinen ohjaus ovat tehokkaampia menetelmiä kuin kirjallinen materiaali (Lipponen ym. 2006, 57). Harjoittelu tulee aina sisältyä ohjauksen suunnitelmaan. (Kyngäs ym. 2007, 128–129.) Ohjauksessa tarkoituksenmukaista on soveltaa teoretietoa käytäntöön harjoittelemalla ohjattavaa asiaa. Tärkeää harjoittelussa on antaa ohjattavalle palautetta siitä, mitä hän tekee väärin ja mitä oikein. Näin estetään, ettei vääriä toimintatapoja pääse syntymään. Suorituksen jälkeen on hyvä yhdessä arvioida onnistumista. (Lipponen ym. 2006, 58–59.)

Hyvä havainnollistaminen on aina valmisteltu hyvin ja ohjattavalle on selvitetty ohjauksen tarkoitus, eteneminen, ohjauksen vaatimat välineet ja siellä tapahtuva toiminta. Suunnittelu ja ohjaus ovat aina ohjaajan vastuulla. Ennen havainnollistamista ohjaajan tulee testata välineiden toimivuus ja valita sellainen tila, jossa ohjaukseen osallistuvat näkevät ja kuulevat esityksen sekä havainnollistamisen. Havainnollistaminen sopii erinomaisesti sekä yksilö-, että pienryhmäohjaukseen. Havainnollinen esittäminen voi helposti passivoida ohjattavia, joten ohjaajan on tärkeä aktivoida heitä. Ohjattavat ovat aktiivisia, jos ohjaaja saa herätettyä heissä mielenkiinnon ohjattavaa asiaa kohtaan. (Kyngäs ym. 2007, 128–129.) Ohjauksessa omien kokemusten ja muiden konkreettisten esimerkkien kertominen konkretisoivat ohjattavaa asiaa ja ovat siten tehokkaita menetelmiä ohjauksessa. Ne ankkuroivat teorian tiedon käytännön kokemukseen ja näin motivoivat tehokkaasti ohjattavia. (Lipponen ym. 2006, 58.)

## 6 OHJAUKSIEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on ammattikorkeakoulussa vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Se tavoittelee ammatillisen käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla, alasta riippuen, vaikka käytäntöön suunnattu ohjeistus, opas, ohje, perehdyttämisoapas tai vaikka tapahtuman toteuttaminen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Opinnäytetyöni toiminnallisena tuotoksena eli produktina on ohjaustilanne, jonka järjestän kaksi kertaa. Ohjauksien aiheena on ventrogluteaalisen injektio-antaminen, jota käyn huolellisesti läpi ensin teoriassa ja sen jälkeen ohjaan ventrogluteaalisen injektioalueen paikantamisen ja pistosharjoitukset.

Tavoitteena toiminnallisessa opinnäytetyössä on siis tuotos eli produkti, ei tutkimus. Produktin lisäksi on kirjoitettava opinnäytetyöraportti, jonka on täytettävä tutkimusviestinnän vaatimukset. Eli raportin tekstin on oltava argumentoivaa, analysoivaa ja kriittistä, sekä oltava sidoksissa viitekehykseen ja tietoperustaan. Laadukas opinnäytetyöraportti on ymmärrettävää, kieleltään sujuvaa, yleiskielen sääntöjen mukaista sekä noudattaa ulkoasullisia ohjeita. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 6–7.) Työssä tärkeää onkin, että siinä yhdistyvät käytännön toteutus ja toteutuksen raportointi tutkimusviestinnän keinoilla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Valmistuttuaan opiskelija voi työskennellä asiantuntijatehtävissä ja hänen tulee tietää ja taitaa alaan liittyvät kehittämisen ja tutkimuksen perusteet, joten opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen ja käytännönläheinen, sekä sen on osoitettava tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10.) Opinnäytetyöni on ajankohtainen ja todella käytännönläheinen. Se on aihe, jonka hoitohenkilökunta tietää, mutta jonka oppimista ei ole mahdollistettu tai halua oppimiseen ei ole. Ventrogluteaalinen injektio on kuitenkin näyttöön perustuva, jota puoltavat tutkimukset ja suositukset. Ymmärrän sen niin, että jokaisen hoitajan olisi opetettava paikantamaan ventrogluteaalinen pistopaikka ja ymmärrettävä, miksi se on tärkeää. Ventrogluteaalisen injektio-antamiseen vakiintuminen vaatii sen, että se

tulee tunnetuksi, hoitohenkilökunta uskoo siihen ja saa varmuuden oikean pistospaikan löytämiseen sekä siihen pistämiseen.

Valitsin toiminnallisen opinnäytetyön, koska haluan konkreettisesti tuoda tietoa hoitotyöhön ja käytäntöihin, sekä motivoida hoitohenkilökuntaa uuden oppimiseen. Toiminnallinen menetelmä sopii myös persoonalleni todella hyvin. Aluksi pohdin, tuotanko hoitajille ohjauksen jälkeiseksi tueksi oppaan, mutta kyselyäni hoitajien mielipidettä, jätin sen kokonaan pois suunnitelmista. Toteutustapana on siis ohjaus ja toteutustavan valintaan ovat vaikuttaneet hoitajilta kysytyt mielipiteet sekä oma mieltymys. Toiminnallisessa opinnäytetyössäni etenen lineaarisen mallin mukaisesti.

## 6.2 Ohjauksien suunnittelu

Lineaarinen malli on suoraviivainen opinnäytetyön vaiheistettu malli. Opinnäytetyö alkaa tavoitteen määrittelystä ja etenee kaavamaisesti suunnittelusta toteutukseen, prosessin päättämiseen ja arviointiin. Aloitusvaiheessa tehdään kirjallinen opinnäytetyösuunnitelma, jossa tulee ilmetä tavoitteet, vaiheet, toimijat, menetelmät, tiedonhankinnat ja muut työhön liittyvät oleelliset asiat sillä tarkkuudella, kun ne aloitusvaiheessa voidaan tietää. (Salonen 2013, 15,17.) Tavoitteet määrittelin tarkasti opinnäytetyösuunnitelmassa. Olin jo tällöin yhteydessä toimeksiantajaani ja hänen kanssaan yhdessä pohdittiin prosessiin liittyviä asioita, jotka ilmenevät suunnitelmasta. Pian tämän jälkeen aloitin ohjauksien suunnittelun.

Aloitusvaiheessa kartoitetaan tarve, tehtävä ja osallistuvat toimijat sekä keskustellaan asioista, joilla on merkitystä projektin onnistumisen kannalta (Salonen 2013, 17). Olin sähköpostitse aktiivisesti yhteydessä toimeksiantajaani varsinkin suunnittelun alkuvaiheessa. Pohdimme ohjaukseen liittyviä käytännön asioita, kuten ryhmäkokoja, ohjauksien määrää, ohjaukseen käytettävää aikaa ja aikataulutukseen liittyviä asioita. Sovimme myös, että eräs sairaanhoitaja toimii tarvittaessa mentorina.

Aikojen sopimisesta hankalan teki se, että halusimme ohjauksiin pääsevän mahdollisimman monen sairaanhoitajan, joten aika oli sovittava niin, että sekä aamu- että iltavuorolaisia pääsee osallistumaan. Tavoitteena oli myös, että jokaiselta osastolta pääsisi noin kaksi hoitajaa ohjaukseen, jolloin he voisivat osastoilla opettaa ventrogluteaalisen injektion antamista muille hoitajille. Päätimme kahden ohjauksen riittävän ja molempiin osallistuvan max. 6 hoitajaa, jotta pystyn ohjaamaan ryhmiä tasokkaasti. Lopulta ajankohdiksi päätimme 14.1.2019 ja 18.1.2019 klo 13–14. Aikaa ohjauksille oli varattu tunti, mutta alustavasti suunnittelin sen kestävän noin 45 minuuttia.

Aloitin ohjauksen suunnittelun pohtimalla, saanko minä sairaanhoitajaopiskelijana lain mukaan ohjata tällaista asiaa työntekijöille ja kenen vastuulla tulevat pistosharjoitukset ovat. Kysyin asiaa kahdelta eri opettajalta, jotka eivät osanneet vastata kysymykseeni. Otin yhteyttä Lapin AMK:n lakimieheen Päivi Ervastiin, joka pohdinnan jälkeen vastasi minulle näin: *”Asia ei ole yksiselitteinen ja tällaista asiaa on pohdittu ennenkin. Mutta pääsääntönä on, että työntekijät ovat työaikana työnantajan vastuulla. Osallistujat ovat sairaanhoitajia, joilla kaikilla on lihainjektion antamiseen tarvittavat luvat ja näytöt, joten asia on ok.”* Keskustelin asiasta vielä toimeksiantajani kanssa, joka kuitenkin pyysi, voisiko mukaani tulla joku koulun henkilökuntaan kuuluva. Lopulta saimme sovittua, että opinnäytetyöni ohjaaja Susanna Kantola tulee mukaan pistosharjoituksiin ja käyn ennalta ohjauksen sisällön läpi hoitotyön opettajan Anna-Leena Nousiaisen kanssa.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa toimijat kykenevät vain harvoin suunnittelemaan työskentelyn kaikki asiat tarkasti. Etukäteen on hankala sanoa, mikä on toimivaa ja mikä ei, usein osatekijät ajan myötä tarkentuvat. Tärkeintä on huolellinen suunnittelu. (Salonen 2013, 17.) Kirjoitin loka- ja marraskuun 2018 aktiivisesti toiminnallisen opinnäytetyöni kirjallista osuutta. Ajattelin aiheen tulevan mahdollisimman tutuksi itselleni, jos kirjoitan työn lähes valmiiksi ennen ohjauksia. Tein PowerPoint-esityksen (Liite 2), jonka esittämistä harjoittelin useasti kotona. Tein esityksestä yksinkertaisen, ajattelin esityksen olevan lähinnä muistilista asioista, joista haluan ohjauksessa puhua. Ennen ohjauksia en tiennyt minikälaisessä tilassa pidän ohjaukset, joten varauduin siihen, ettei tilassa välttämättä ole videotykkiä tai muuta heijastusmahdollisuutta. Valmistauduin tähän

niin, että opettelin esitykseni hyvin ja lisäksi tulostin siitä paperisen version. Ajattelin myös näyttää tietokoneeni näytöltä esityksen, jos osallistujia on vain vähän. Tein alustavan suunnitelman ohjauksien aikataulusta (Liite 3).

Marraskuussa 2018 mietin, miten saisin selvitettyä hoitohenkilökunnan taustatietoa aiheesta. Tietojen kysyminen auttaisi minua kovasti valmistautumisessa. Päätin luonnostella epävirallisen kyselyn Google Formsin avulla. Kyselyssä oli 9 kysymystä, joissa kysyin hoitajien taustatietoja ventrogluteaalista injektiosta, heidän käymiään edellisiä ohjauksia/koulutuksia, heidän osaamisestaan ventrogluteaalisen injektion antamisessa sekä ennakkoluuloja, ajatuksia ja mielipiteitä (Liite 4). Lähetin linkin toimeksiantajalleni, joka välitti kyselyn hoitajille. Sain ohjauksiin mennessä 11 vastausta, joita kävin huolellisesti itsekseni läpi ja tulostin ne mukaani ohjauksiin. Vastauksia katsoessa huomasin, että järjestelmä oli automaattisesti päättänyt, millä värillä mikäkin vastaus näkyy taulukossa. Joten huomionarvoista on, että punainen väri kuvaa kaikissa kysymyksissä vastausta ”kyllä”, vaikka ”kyllä” on positiivinen ja hyvä tulos.

Sain kyselyn avulla tietää esimerkiksi ohjattavista osan käyneen aiemmin ventrogluteaalisen injektion antamisen koulutuksessa kerran ja yksi oli käynyt jopa kaksi kertaa. Suurin osa tiesi ventrogluteaalisen injektioalueen olevan ensisijainen lihaksensisäisen injektion pistopaikka, mutta kukaan ei käyttänyt sitä ensisijaisesti. Syinä tähän oli muun muassa epävarmuus, koulutuksen puuttuminen, vaikea alueen paikantaminen ja ristiriitaiset tiedot ventrogluteaalisen alueen käytämisestä. Kyselyn lopuksi kysyin ajatuksia ja mahdollisia ennakkoluuloja aiheesta ja jopa 2 vastaajaa kertoi, että ventrogluteaalista injektiosta on ristiriitaisia tietoja. Heidän mukaansa osa opiskelijoistakin on puhunut, ettei sitä suositella tai sitä ei kannata opetella ja osa pitää sitä ensisijaisena pistopaikkana. Sain tästä kyselystä siis rakennettua todella hyvää ja mielenkiintoista keskustelua ohjauksissa.

Pyysin toimeksiantajaani puhumaan hyvissä ajoin ohjauksista viikkopalaverissa ja kertomaan, keitä hän on suunnitellut osallistuvan ohjauksiin. Näille henkilöille oli suunniteltu myös työvuorolistaan ”U-aikaa”, eli tässä tapauksessa aikaa ohjauksessa käymiseen. Näillä asioilla halusin varmistaa, että osallistujat tietävät



ohjauksista ja näin osaavat tulla paikalle oikeaan aikaan, sekä pystyvät valmistautumaan ja asennoitumaan tietyllä tapaa ennen ohjaukseen osallistumista. Pyysin toimeksiantajaltani noin kahta viikkoa ennen ohjauksia nimilistan osallistujista. Kävin sovitus hoitotyön opettajan Anna-Leena Nousiaisen luona ennen ohjauksia. Kävimme huolellisesti läpi esitykseni ja mietimme mahdollisia eteen tulevia ongelmatilanteita. Mietimme myös yleisimpiä väittämiä, joita olemme kuulleet ventrogluteaalista injektioista ja hän varmisti minun osaavan perustella faktapohjaiset vastaukset väittämiin. Hän varmisti minun osaavan itse paikantaa ventrogluteaalisen pistopaikan niin vahvasti, että pystyn ohjaamaan sen erilaisissa tilanteissa erilaisille henkilöille.

Ohjauksen suunnitteluvaiheessa olen käyttänyt runsaasti aikaa lähteiden etsimiseen eri tietokannoista, sekä lähteiden luotettavuuden arviointiin. Olen myös selvittänyt omien tietojeni todenperäisyyttä olemalla yhteydessä mm. BD:n suomen yhteyshenkilöön, OAMK:n ja TAMK:n hoitotyön opettajiin ja vanhoihin työkavereihini, joilta olen omat tietoni ja taitoni oppinut. Kaikkiin asioihin en löytänyt luotettavia lähteitä, joten jätin ne kokonaan pois työstäni ja keskityin luotettavista lähteistä saamiini tietoihin. Lähteiden avulla olen opetellut tuoreimmat tiedot käsittelemistäni aiheista. Olen ollut aktiivisessa yhteistyössä toimeksiantajani, ohjaajani sekä hoitotyön opettajan kanssa. Olen myös käynyt opinnäytetöiden seminaareissa ja työpajoissa. Lisäksi olen joutunut perusteellisesti tutustumaan erilaisiin ohjausmenetelmiin ja muun muassa havainnollistamisen keinoihin.

### 6.3 Ohjauksien toteutus ja arviointi

Linearisessa opinnäytetyön etenemismallissa edetään laaditun suunnitelman mukaisesti. Työstövaiheessa työskennellään aktiivisesti kohti tavoitteita ja tuotosta. Tämä vaihe on raskain työn tekijälle, mutta ammatillisen oppimisen kannalta tärkein vaihe. Tällöin ilmenee tekijän suunnitelmallisuus, aktiivisuus, sitkeys, vastuullisuus, itsenäisyys, itsensä kehittäminen ja epävarmuuden sietokyky. (Salonen 2013, 13, 17.) Työstövaihe alkoi heti tammikuun 2019 alussa, kun harjoittelin ahkerasti esitystäni ja valmistauduin muutenkin ohjauksiin. Epävarmuutta täytyi sietää ja yrittää saada mahdollisimman paljon varmuutta lisää.

Maanantaina 14.1.2019 klo 13 oli ensimmäinen ohjaus. Saavuin paikalle tuntia aiemmin, jotta saan selville tilan ja pääsen valmistelemaan ohjausta. Toimeksiantajani kanssa käytiin läpi mahdollisia vapaana olevia tiloja, mutta ikäväkseni huomasimme, ettei tilavia tiloja ollut saatavilla. Saimme kuitenkin järjestettyä pienen yhden hengen huoneen ohjaukselle. Keräsin injektioihin tarvittavat välineet valmiiksi ja järjestelin huoneen toimivaksi. Kävin jokaisella kolmella osastolla muistuttamassa ohjauksesta, mutta paikalle saapui vain 2 hoitajaa. Usein lineaarisessa mallissa ei kyetä ennakoimaan tarpeeksi projektin etenemiseen vaikuttavia tekijöitä (Salonen 2013, 13). Pyrin suunnitelmavaiheessa ottamaan hoitajien kiireen ja ohjausajasta tietämättömyyden kaikin tavoin huomioon ja omalla toiminnallani minimoimaan riskin, mutta ilmeisesti se ei kuitenkaan aivan riittänyt.

Ohjauksessa oli mukana myös opinnäytetyöni ohjaaja. Näytin PowerPoint-esitykseni (Liite 2) tietokoneeni näytöltä ohjattaville, ja kävimme keskustellen läpi teoriaosuuden, johon sisältyi opinnäytetyöni aiheen valintaperustelut, keskustelua tekemästani kyselystä, tietoa siitä, miksi ventrogluteaalinen injektioalue on ensisijainen lihakseen pistopaikka, mitä ventrogluteaalisella alueella sijaitsee ja miten alue paikannetaan sekä mitkä ovat suositellut injektioneulat lihasinjektioihin perusteluineen eri kokoisille ihmisille ja Z-tekniikan käytön. Olin hakenut Lapin ammattikorkeakoulun Jokiväylän kampukselta mukaani luurangon, jota apuna käyttäen havainnollistin suoliluun kuperuuden ja näin perustelin turhaksi väitteen, että ventrogluteaalisella alueella on iso riski pistää luuhun. Sen jälkeen ohjasin henkilökohtaisesti molemmille ventrogluteaalisen alueen paikantamista, kävimme perusteellisesti ja useamman kerran läpi paikan etsimistä ja varmistamista, ohjattavat toimivat siis parina, jolloin toinen oli ”potilaana” ja toinen harjoitteli. Käytimme apuna ihoon piirrettyjä merkkejä. Lopuksi ohjasin myös injektion antamisen Z-tekniikkaa käyttäen. Molemmille ohjattaville Z-tekniikka oli tuntematon, joten ohjasin ja perustelin tämän tekniikan käyttämisen. Aikaa ohjaukseen kului noin 40 minuuttia.

Perjantaina 18.1.2019 klo 13 alkoi toinen ohjaus. Tulin paikalle taas tuntia aiemmin ja sain tällä kertaa järjestettyä tyhjän potilashuoneen ohjaustilaksi. Edellisestä ohjauksesta viisastuneena kävin kirjoittamassa osastojen ilmoitustauluille

koulutuksen tilan ja kellonajan. Lopulta ohjaukseen osallistui 4 hoitajaa. Ohjattavilla oli hyvin vaihteleva pohjatieto ventrogluteaalista injektioista, joten kävin teorian perusteellisesti läpi. Osallistujat olivat hyvin aktiivisia, kiinnostuneita ja keskustelevia. Yksi osallistuja ei olisi halunnut harjoitella pistämistä, mutta lyhyen keskustelun jälkeen hän suostui pistämään mutta ei pistettäväksi. Lopuksi hän oli tyytyväinen osallistumiseensa, josta myös minä olin tyytyväinen.

Ohjaukseen kului yllättävän paljon aikaa, vaikka osallistujia oli vähemmän kuin olin suunnitellut. Kaikki 4 harjoittelivat yksitellen alueen paikantamista minun ohjauksellani ja antoivat injektion. Tämänkään kertaisista ohjattavista kukaan ei osannut Z-tekniikkaa, joten kävin sen heidänkin kanssaan läpi ja perustelin sen käytön. Ohjattavat olivat olleet sairaanhoitajina jo pitkään ja heidät oli aikaan opetettu aspiroimaan irrottamalla ruisku neulasta. Ohjasin heille nykyisen aspiointitekniikan, josta he olivat ensin vähän hämillään, mutta oppivat sen pian. Ohjaus kesti tunnin. Ohjattavat antoivat palautteen kirjallisena vapaamuotoisesti ohjauksen lopuksi. Esimerkkejä palautteista: ”*Ohjaus oli selkeää, ohjaaja osaa ohjata, puhua ja toimia niin kuin työssä*”, ”*Kiitos opastuksesta. Asiallinen ja perusteellinen opastus. Oppi meni perille*”, ”*Hyvä ja tarpeellinen koulutus. Tarpeeksi yksinkertaisesti kerrottu. Erittäin hyvä*”, ”*Onko tämä vain kerran? Haluaisin käydä uudestaan, koska innostuin opettelemaan tämän. Haluan saada tämän yhteiseksi käytännöksi osastoille*”. Ohjaukseen kului aikaa noin 50 minuuttia.

Arviointi kuuluu jokaiseen työstövaiheeseen, mutta opinnäytetyön prosessin lopuksi sillä on tärkeä rooli. Tällöin toimijat arvioivat yhdessä tuotosta ja tarvittaessa palaavat takaisin työstövaiheeseen. (Salonen 2013, 17.) Olen koko prosessin ajan arvioinut omaa työskentelyäni ja pyytänyt palautetta myös esimerkiksi toimeksiantajaltani. Pyysin ohjattavilta palautetta, ne olenkin esittänyt edellisessä kappaleessa. Pyysin palautteen tyhjälle paperille, johon he saivat kirjoittaa vapaasti. Olen itse todella tyytyväinen ohjauksiin, ne sujuivat todella luontevasti ja pärjäsin tilanteissa, jotka eivät menneet suunnitelmien mukaisesti. Esimerkiksi ventrogluteaalisen alueen paikantamisessa tuli eteen asia, johon olin onnekseni valmistautunut hyvin. Osalla ohjattavista oli hyvin pienet kädet, kuten itselläni, ja osalla pistettävistä oli isokokoinen lonkan seutu. Tällaisiin tilanteisiin olen itse-

kin hoitajana monesti joutunut, joten pystyin neuvomaan vaihtoehtoisen yksinkertaisen tekniikan pienikätisille injektio antajille. Omasta mielestäni saavutin hyvin opinnäytetyölleni asettamat tavoitteet. Olen tyytyväinen myös siihen, että huomasin ohjattavien kiinnostuvan asiasta ja heidän todella haluavan oppia asian ja viedä sitä eteenpäin osastoillaan.

Pyrin kuitenkin ohjaamaan alueen paikantamisen niin selkeästi, perusteellisesti ja kiireettömästi, että ohjattava alkoi olla varma tekniikasta. Rohkaisin heitä myös olemaan kiireettömiä injektio antotilanteissa ja rauhassa paikantamaan alueen, sekä tarvittaessa merkitsemään kynällä pistopaikkaa.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Uskottavuus ja eettisyys kulkevat opinnäytetyössä käsi kädessä. Uskottavuus perustuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat esimerkiksi puutteellinen viittaaminen tiettyihin aiempiin tutkimuksiin, muiden tutkijoiden osuuden vähättely, käytettyjen menetelmien tai tulosten huolimaton tai virheellinen raportointi ja harhaanjohtaminen tai puutteellinen tulosten kirjaaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.) Minulla on opinnäytetyöni aiheesta vankka kokemus työkokemuksen kautta ja vahva käsitys tämän hetkisistä suosituksista ventrogluteaalisen injektioalueen suhteen. Pyrin lisäämään työni luotettavuutta ja hyvää tieteellistä käytäntöä sillä, että otan huomioon työssäni erilaiset tutkimustulokset ja myös ne, jotka ovat selkeästi eri mieltä asiasta kuin muut. Opinnäytetyössä on selkeästi erotettava toisistaan sekä tekijän, että tiedonlähteen mielipiteet ja tiedot (Vilka & Airaksinen 2003, 106).

Olen itse oppinut ventrogluteaalisen injektioalueen paikantamisen useita vuosia sitten erilaisella tekniikalla, kuin mitä nykyään opetetaan. Mielestäni tekniikka, jonka osaan on helppo, koska se sopii pienikätiselle hoitajalle. Pohdin valtavasti tätä asiaa ennen kuin aloin tekemään opinnäytetyötäni, koska olisin halunnut opettaa sen tekniikan muillekin. Otin yhteyttä vanhaan työkaveriini, joka kertoi, että Tampereen ammattikorkeakoulussa on opetettu tätä tekniikkaa. En kuitenkaan etsimisestä huolimatta löytänyt yhtäkään tätä tekniikkaa tukevaa lähdeä. Hankin TAMK:in hoitotyön opettajan yhteystiedot ja laitoin hänelle sähköpostia. Hyvin nopeasti hän vastasikin ja kertoi, että todella he opettavat TAMK:ssa tätä tekniikkaa, mutta vain varmistamaan pistos kohtaa. Hän kertoi BD:n (Becton Dickinson Oy) kouluttaneen Tampereella tätä tekniikkaa vuonna 2001. Aloin tietysti etsimään tietoa BD:stä ja laitoin viestiä heidän Suomen yhteyshenkilölleen. Monen mutkan kautta sain vihdoin kopioita heidän opetusmateriaaleistaan, josta kovasti etsitty tieto todella löytyikin. Opetusmateriaalit olivat kuitenkin kovin vanhoja.

Viestittelin asiasta TAMK:n hoitotyön opettajan kanssa. Hän kertoi heidän käytävän ensisijaisena virallista tekniikkaa, joka on tutkitusti ja todistetusti oikea ja turvallinen tekniikka (opinnäytetyössä käsittelemäni tekniikka, Von Hocsetterin kolmio). Mutta tällä toisella tekniikalla pystyy paikan vielä varmistamaan. Ja myöhemmin alueen tullessa tutuksi, voi sitä tekniikkaa käyttää ensisijaisena. Se on myös todella toimiva tilanteissa, joissa hoitajalla on pienet kädet, tai potilas on suurikokoinen. Päätin kuitenkin lähteiden puuttuessa jättää tämän tekniikan työni ulkopuolelle.

Lähdekritiikki lisää luotettavuutta. On hyvä arvioida lähde jo ennen siihen perehtymistä tietolähteen auktoriteetin, tunnettavuuden, iän laadun ja lähteen uskottavuuden mukaan (Vilkka & Airaksinen 2003, 72). Keskeistä on, että lähdekirjallisuus on korkeatasoista, alkuperäistä, sekä tuoretta. Yleisesti tuoreena pidetään alle 10v vanhaa lähdetä, poikkeuksena alakohtaiset klassikkoteokset sekä lähteet, joihin uudemmat tutkijat ovat tukeutuneet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 159.) Työssäni olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman tuoreita ja luotettavia lähteitä, sekä löytämään luotettavia tutkimustuloksia. Aiheesta löysin muutaman suomalaisen artikkelin, suomalaisia tutkimuksia ei ole. Käytin työssäni kuitenkin useita kansainvälisiä tutkimuksia ja suosituksia, jotka lisäävät luotettavuutta. Osa opinnäytetyöni lähteistä on yli 10 vuotta vanhoja, mutta tekijät ovat aiheen asiantuntijoita ja yleensä julkaisseet runsaasti julkaisuja asiaan liittyen. Artikkeleiden käytössä pyrin etsimään alkuperäisen lähteen, mutta kaikista sitä en onnistunut löytämään.

Opinnäytetyöhöni ei liity eettisiä ristiriitoja, koska pidin ohjaukset hoitohenkilökunnalle, joissa en käsitellyt henkilötietoja, enkä joutunut pohtimaan tietosuojaan liittyviä asioita. Eettisyyteen liittyen haluan mainita, että ohjaukset sujuivat hyvin kollegiaalisessa ilmapiirissä. Asiasisältöön liittyvää luotettavuutta ja uskottavuutta lisään niin, että ennen ohjauksien toteutuksia kävin asiasisällön läpi Lapin ammattikorkeakoulun hoitotyön opettajan kanssa, jolloin osaamiseni varmistettiin luotettavasti. Lisäksi ohjauksissa oli mukana opinnäytetyöni ohjaaja. Ennen opinnäytetyön aloitusta varmistin Lapin ammattikorkeakoulun lakimieheltä ohjauksien toteutusten laillisuuden. Opinnäytetyössäni olevat valokuvat ovat ystäväni ottamia, potilaana näissä kuvissa on toinen ystäväni. Molemmat ovat olleet tietoisia,

että kuvat tulevat opinnäytetyöhöni. Olen itse injektioita antajana kuvissa ja kuvan neuloista olen ottanut itse. Olen hyvin kiitollinen ystäväni avusta.

## 7.2 Oma ammatillinen kasvaminen

Tein opinnäytetyöni yksin, joten olin myös yksin vastuussa työn etenemisestä. Alussa suunnittelin aikataulun, jossa myös pysyin todella hyvin. Tein työtä todella tiiviisti loppuvuoden 2018, mutta alkuvuodesta 2019 työharjoitteluiden takia opinnäytetyön tekeminen jäi vähemmälle. Opinnäytetyöni valmistui hieman aikaisemmin, kun alun perin olin suunnitellut.

Sairaanhoitajan osaamisen kompetensseista opinnäytetyön tekemisessä korostuivat kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus. Lisäksi siihen liittyi johtaminen ja yrittäjäjyyskin, koska olin vastuuhenkilönä opinnäytetyön toiminnallisen osion suunnittelussa ja toteutuksissa ja toteutin itseni johtamista tässä prosessissa. Koen kehittyneeni valtavasti näiden kaikkien kompetenssien osalta prosessin aikana.

Kliininen osaamiseni lääkehoidon osalta kehittyi huomattavasti. Opin paljon lihainjektioista, injektioantopaikoista, niihin annettavien lääkkeiden määristä, aseptiikasta, neulan valintaan vaikuttavista asioista ja tietysti ventrogluteaalisesta injektioista. Lisäksi opin löytämään tutkimuksia ja suosituksia liittyen lääkehoitoon ja esimerkiksi oikeanlaisten välineiden valintaan. Ohjaus- ja opetusosaaminen oli merkittävässä roolissa opinnäytetyössäni. Kehityin etsiessäni tietoa erilaisista ohjausmenetelmistä ja ohjaustyyleistä. Ymmärsin asiasta paljon enemmän jo käsitteen määrittelyn jälkeen. Tietysti ohjauksien suunnittelu, toteutus ja arviointi toivat sellaista käytännön kokemusta minulle, mistä on tulevaisuudessa paljon hyötyä. Minulla on paljon kokemusta potilasohjauksesta, mutta aiemmin en ollut ohjannut ammattilaisia, joten kokemus oli jännittävä ja opettavainen.

Näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko tulee työssäni ilmi jo otsikossa. Opin tästä aiheesta paljon kirjoittaessani kirjallista osiota ja ymmärrykseni näyt-

töön perustuvaa hoitotyötä kohtaan syveni merkittävästi. Opin ajattelemaan kriittisesti omia toimintatapoja ja hyödyntämään päätöksenteossa näyttöä. Sosiaali- ja terveystieteiden laatu ja turvallisuus korostuu työssäni lähinnä potilasturvallisuuden osalta. Ymmärsin, kuinka tärkeä lihasinjektioissa on hyödyntää näyttöä ja toimia näytön ja suositusten mukaisesti, koska se minimoi riskit lihasinjektioiden antamisessa.

Opinnäytetyöni tavoitteina oli vahvistaa potilasturvallisuutta injektioiden antamisessa, tuoda ventrogluteaalisen injektion antaminen tutuksi hoitajille ja antaa heille lisää varmuutta pistää injektio ventrogluteaalisesti. Lisäksi tavoitteena oli lisätä heidän tietouttaan ventrogluteaalisen injektion näyttöön perustuvasta turvallisuudesta. Näitä asioita arvioin ja pohdin ennen ohjauksia ja mietin, kuinka hyvin ne tulevat toteutumaan. Paras tieto näiden toteutumisesta tulisi, jos myöhemmin olisi mahdollisuus tehdä jatkotutkimus ventrogluteaalisen injektion käytön yleisyydestä Pulkamontien terveyskeskuksen osastoilla. Kirjallisen ja suullisen palautteen sekä oman arvioinnin myötä tulin siihen tulokseen, että tavoitteet toteutuivat ja asiat kehittyvät vielä jatkossa. Ohjattavat olivat innostuneita, motivoituneita ja olisivat halunneet minun tulevan vielä myöhemmin osastolle heidän mukaansa esimerkiksi päivän ajaksi, jolloin olisin apuna injektion antamisessa. Yksi ohjattava ehdotti, että pitäisin vielä yhden ohjauspäivän, jossa olisi mahdollista koko päivän ajan non-stoppina käydä harjoittelemassa alueen paikantamista ja injektion antamista. He jäivät myös miettimään, kuinka voisivat itse edistää ventrogluteaalisen injektion osaamista organisaatiossa.

Henkilökohtaisia tavoitteita minulle oli oppia löytämään uutta, tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa ja syventää ohjausosaamistani. Työtä tehdessäni etsin monipuolisesti eri tietokannoista ja pyrin löytämään luotettavia tutkimuksia ja suosituksia muiden lähteiden väitteiden tueksi. Mielestäni olen oppinut arvioimaan lähteitä kriittisesti sekä oppinut vertailemaan lähteitä keskenään. Olen todella tyytyväinen tiedonhakuini, joita tein todella runsaasti. Ohjausosaamiseni on syventynyt huomattavasti opinnäytetyön prosessin aikana. Olen saanut myös lisää esiintymisvarmuutta ja kokemusta asiantuntijuudesta.



### 7.3 Jatko työskentely ja jatkotutkimusaiheet

Ohjauksien jälkeen kävin sähköpostitse toimeksiantajani kanssa keskustelua jatko työskentelystä ja jatkotutkimusaiheista. Ohjauksissa moni sanoi haluavansa varmuutta ventrogluteaalisen pistospaikan etsimiseen lisää. He miettivät, voisiko organisaatio järjestää esimerkiksi päivän ajan non-stopina toimivan koulutuksen tai osastoittain järjestettävän koulutuksen. Vaihdoin näistä asioista ajatuksia toimeksiantajan kanssa. Jatkokoulutuksista päättää organisaatio. Ventrogluteaalisen injektion koulutuksia järjestää mm. Lapin ammattikorkeakoulu. Ohjauksissa olleet henkilöt ilmaisivat haluavansa ventrogluteaalisen injektion antamisen tulla kaikkien sairaanhoitajien osastoillaan ja he motivoituivat ohjaamaan sitä tarvittaessa työkavereilleen ja yhdessä harjoittelemaan paikan etsimistä.

Jatkotutkimuksena voisi tutkia ventrogluteaalisen injektion antamisen käyttöönottoa Pulkamontien terveyskeskuksessa, sairaanhoitajien varmuutta ventrogluteaalisen injektion antamisessa tai heidän osaamistaan ventrogluteaalisen injektion suhteen.

## LÄHTEET

Ahonen, P. & Koivuniemi, S. 2010. Vastauksia terveystieteen oppimishaasteisiin 4. Teemana aikuiskoulutus. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2010. Hoitamalla hyvää oloa. 14., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

BD 2019. Syringe Needle Size. Viitattu 21.1.2019. <https://www.bd.com/en-ca/products/diabetes-care/diabetes-learning-center/managing-diabetes-with-insulin/syringes-and-pens/syringe-needle-size>

Beyea, S. 1996. Administering IM injections the right way. *American Journal of Nursing* Vol. 96 No 1, 34–35

Burbridge, B. 2007. Computed tomographic measurement of gluteal subcutaneous fat thickness in reference to failure of gluteal intramuscular injections. *Canadian Association of Radiologists Journal* Vol. 58 No 2, 72–75.

Cook, I. & Murtagh, J. 2006. Ventrogluteal area- a suitable site for intramuscular vaccination of infants and toddlers. *Vaccine* Vol. 24 No 13, 2403–2408.

Cockshott, P., Thompson, G., Howlett, L. & Seeley, E. 1982. Intramuscular or Intralipomatous injection? *The New England Journal of medicine* 307, 356–358.

CPSI 2016. Patient safety culture. Viitattu 4.12.2018. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/PatientSafetyManagement/pages/patient-safety-culture.aspx>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry: Porvoo. Viitattu 27.2.2019. <https://sairanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Greenway, K. 2004. Using the ventrogluteal site for intramuscular injection. *Nursing standard* Vol. 18 No 25, 39–42.

Hanney, S., Castle-Clarke, S., Grant, J., Guthrie, S., Henshall, C., Mestre-Ferandiz, J., Pistollato, M., Pollitt, A., Sussex, J. & Wooding, S. 2015. How long does biomedical research take? Studying the time taken between biomedical and health research and its translation into products, policy, and practice. *Health Research Policy And Systems* Vol. 13 No 1, 15. Viitattu 12.11.2018. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297458/pdf/12961\\_2014\\_Article\\_368.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297458/pdf/12961_2014_Article_368.pdf)

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Hunt, C. 2008. Which site is best for an I.M. injection? *Nursing* Vol. 38 No 11, 62.

- Hunter, J. 2008. Intramuscular injection techniques. *Nursing Standard* Vol. 22 No 24, 35–40.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. *Hoida ja kirjaa*. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Haikonen, S. 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.11.2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN\\_ISBN\\_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Kara, D., Uzelli, D. & Karaman, D. 2015. Using Ventrogluteal Site in Intramuscular Injections is a Priority or an Alternative? *International Journal of Caring Sciences*. [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/31\\_kara-1.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/31_kara-1.pdf)
- Karttunen, M. 2012a. Intramuskulaarinen injektio oikeaan pistopaikkaan. *Kättilölehti* 3/2012, 177.
- Karttunen, M. 2012b. Lihaksensisäinen injektio vatsanpuoleiselle pakaralihasalueelle. *Sairaanhoitaja* 3/2012, 85.
- Karttunen, M. 2012c. Lihaksensisäinen injektio ventrogluteaalisesti näyttöön perustuen. *Spirium* 2/2012, 47.
- Karttunen, M. & Perälä, M. 2012. Hallitsetko oikean injektiotekniikan? *Terveydenhoitaja* 3/2012, 45.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. *Hoitotyön osaaminen*. 1.–2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Kaya, N., Salmasslıoğlu, A., Terzi, B., Turan, N. & Acunas, B. 2014. The reliability of site determination methods in ventrogluteal area injection: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. Istanbul University, 355–360.
- Kim, H & Park, S. 2014. Sciatic nerve injection injury. *Journal of international medical research*. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0300060514531924>
- Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeista tuloksiin. Skhole Oy.
- Kuosmanen, A., Liukka, M., Aaltonen, L-M., Roine, R. & Kinnunen, M. 2018. Pääsyy vai syypää- potilasturvallisuuskulttuuri ratkaisee. *Lääkärilehti* 8/2018, 73.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. *Hyvä kouluttaja*. Sanoma Pro oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Rensfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Käsitemaalyysi ohjaus- käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17, 250–257.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 17, 208–216.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet: käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Oulu.

Malkin, B. 2008. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? *Nursing Times* Vol. 104 No 50/51, 48–51.

Mann, E. 2016. Injection (intramuscular): Clinician Information. Viitattu 21.1.2019. [http://ovidsp.dc1.ovid.com.ez.lapinamk.fi/sp-3.32.1b/ovidweb.cgi?&S=NBANFPMP-BHACJLEBKPKDKJGHONOFCAA00&Link+Set=S.sh.35%7c10%7csl\\_190](http://ovidsp.dc1.ovid.com.ez.lapinamk.fi/sp-3.32.1b/ovidweb.cgi?&S=NBANFPMP-BHACJLEBKPKDKJGHONOFCAA00&Link+Set=S.sh.35%7c10%7csl_190)

Mykrä, T. & Hätönen, H. 2008. *Opas opetusmenetelmistä*. Educa-instituutti Oy.

Nurmi, R., Korhonen, T. & Mahlamäki-Kultanen, T. 2016. Sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmien ohjaus- ja opetusosaamisen tavoitteet. *Tutkivahoitotyö* Vol. 14 No 3, 25–33

Ojala, S. & Kaukkila H-S. 2008. Injektionanto lihakseen- Millä, miten ja mihin pistät? Viitattu 25.9.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/lehti/jutut/injektionanto-lihakseen-milla-miten-ja-mihin-pistat/>

Pearson Education, Inc., publishing as Pearson Prentice Hall. *Medication Administration Techniques. Injections*. Viitattu 25.9.2018. [http://wps.prenhall.com/chet\\_wilson\\_drugguides\\_1/0,5513,403564-,00.html](http://wps.prenhall.com/chet_wilson_drugguides_1/0,5513,403564-,00.html)

Rasika, J. 2018. Mental Health: Intramuscular injections (Ventrogluteal site). *JBI Evidence Summary*. Viitattu 20.9.2018. [http://ovidsp.uk.ovid.com.ez.lapinamk.fi/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=BKGMP-DGBBJHFMFBFFNEKNGPFOMHIAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl\\_190](http://ovidsp.uk.ovid.com.ez.lapinamk.fi/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=BKGMP-DGBBJHFMFBFFNEKNGPFOMHIAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_190)

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A. & Henttonen, T. 2012. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki: Sanoma Pro.

Rodger, M. & King, L. 2000. Drawing up and administering intramuscular injections: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 31 No 3, 574–582.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2012. *Lääkehoidon käsikirja*. 7., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sairaanhoitajaliitto 2013. *Hoitotyön vuosikirja 2013*. Sairaanhoitaja ja lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy.

Salonen, K. 2013. *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön*. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Helsinki: WSOYpro Oy.

Small, S. 2004. Preventing sciatic nerve injury from intramuscular injections: literature review. *Journal of advanced nursing*. vol. 47 no 3, 287–296.

Sneck, S. 2016. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:11. Viitattu 12.11.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suomisanakirja 2019. Demonstraatio. Viitattu 18.1.2019. <https://www.suomisanakirja.fi/demonstraatio>

Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2018. Turvallisen lääkehoidon perusteet. 11. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Terveystieteiden tutkimuslaki 30.12.2010/1326.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

Vehmas, H. 2015. Arvottomuudesta osallisuuteen. Opiskelijoiden käsitykset ohjaavan koulutuksen laadusta työllistymiseen tähtäävien palvelumallien kehittämisen pohjana. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Ohjaajan opas. Helsinki: Tammi.

Walsh, L. & Brophy, K. 2011. Staff nurses' sites of choice for administering intramuscular injections to adult patients in the acute care setting. *Journal of advanced nursing*. vol. 67 no 5, 1034–1040.

Yilmaz, D., Khorshid, L. & Dedeoğlu, Y. 2016. The Effect of the Z-Track Technique on Pain and Drug Leakage in Intramuscular Injections. *Clin nurse spec*. 6/2016, 30. Viitattu 28.9.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27753676>

Yimei, L. 2017. Injection (intramuscular). JBI Evidence Summary. Viitattu 28.9.2018. [http://ovidsp.ovid.com.ez.lapinamk.fi/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=DENEPDBPELHFBFCFFNEK-LEAGAHMLAA00&Link+Set=S.sh.21%7c2%7csl\\_190](http://ovidsp.ovid.com.ez.lapinamk.fi/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=DENEPDBPELHFBFCFFNEK-LEAGAHMLAA00&Link+Set=S.sh.21%7c2%7csl_190)

Zimmermann, P. 2010. Revisiting IM injections. The ventrogluteal site is the safest for intramuscular injections. *American Journal of Nursing* Vol. 110 No 2, 60–61.

## LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. Power-Point -esitys

Liite 3. Ohjauksien aikataulu

Liite 4. Taustatietokysely

## Liite 1

**LAPIN AMK**  
Lapland University of Applied Sciences

**OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi (esim. yritys) Rovaniemen kaupunki Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Siiri Lapinniemi, [REDACTED]	
	Työn aihe Ventrogluteaalisen injektion antaminen, koulutus hoitohenkilökunnalle	
<b>Tekijä</b>	Nimi Marika Hiltunen	Opiskelijanumero [REDACTED]
	Katuosoite [REDACTED]	Postinumero Postitoimipaikka [REDACTED] [REDACTED]
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite [REDACTED]
	Suoritettava tutkinto Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja	Ryhmätunnus [REDACTED]
<b>Lapin AMK</b>	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Susanna Kantola	Tehtävänimike Opinto-ohjaaja, hoitotyön lehtori
	Toimipaikka ja osoite Jokiväylän kampus, Jokiväylä 11 C 96300 Rovaniemi	
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite [REDACTED]
	<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>	
<b>Ohjaus</b>	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
<b>Dokumentointi</b>	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
<b>Oikeudet</b>	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtaan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
<b>Keksinnöt</b>	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
<b>Vastuut</b>	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
<b>Lisäksi sovitaan</b>		
<b>Salassapito</b>	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>
<b>Toimeksiantaja</b>	Rovaniemi 27.9.18	[Handwritten signature]
<b>Tekijä</b>	Rovaniemi 27.9.18	[Handwritten signature]
<b>Lapin AMK</b>	Rovaniemi 2.10.18	[Handwritten signature]

# VENTROGLUTEAALINEN INJEKTIO

Marika Hiltunen 1/2019

## OPINNÄYTETYÖ

- ❖ Tutkimukset ja suositukset puoltavat, perustuu näyttöön
  - Mutta ei ole käytössä?
- ❖ Opiskelijat tuovat kentälle ja pitävät tärkeänä
  - Mutta opiskelijaohjaus puuttuu

## MIKSI VENTRO?

Lihakset  
kehittyneet

Kivuttomin

Ensisijainen yli  
7kk -ikäiselle

Turvallisin

5ml injektiomäärä

Vähiten rasvakudosta



## Liite 2 2(3)

## IM-PISTOPAIKAT

- ❖ 1. ventrogluteaalinen alue
- ❖ 2. reisilihas
- ❖ 3. hartialihäs

- Karttunen, M. 2012. Lihaksensisäinen injektio vatsanpuoleiselle pakaralihasalueelle. Sairaanhoitaja 3/2012, 85.
- Karttunen, M. 2012. Lihaksensisäinen injektio ventrogluteaalisesti näyttöön perustuen. Spirium 2/2012, 47.
- Karttunen, M. 2012. Intramuskulaarinen injektio oikeaan pistopaikkaan. Kätilölehti 3/2012, 45.
- Karttunen, M. & Perälä, M. 2012. Hallitsetko oikean injektiotekniikan? Terveydenhoitaja 3/2012, 177.

## VENTROGLUTEAALINEN ALUE

- ❖ Keskimmäinen ja pieni pakaralihäs
- ❖ Pistoalella kolme ”maamerkkiä”
  - Reisiluun iso sarvennoinen
  - Suoliluun harju
  - Suoliluun yläetukärki



## Liite 2 3(3)

## LÄHTEET

- Greenway, K. 2004. Using the ventrogluteal site for intramuscular injection. *Nursing standard*, vol 18 No 25, 39-42.
  - Kara, D., Uzelli, D. & Karaman, D. 2015. Using Ventrogluteal Site in Intramuscular Injections is a Priority or an Alternative? *International Journal of Caring Sciences*.  
[http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/31\\_kara-1.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/31_kara-1.pdf)
  - Karttunen, M. 2012. Lihaksensisäinen injektio vatsanpuoleiselle pakaralihasalueelle. *Sairaanhoitaja* 3/2012, 85.
  - Karttunen, M. 2012. Lihaksensisäinen injektio ventrogluteaalisesti näyttöön perustuen. *Spirium* 2/2012, 47.
  - Karttunen, M. 2012. Intramuskulaarinen injektio oikeaan pistopaikkaan. *Kättilölehti* 3/2012, 45.
  - Karttunen, M. & Perälä, M. 2012. Hallitsetko oikean injektiotekniikan? *Terveydenhoitaja* 3/2012, 177.
  - Kaya, N., Salmasshuglu, A., Terzi, B., Turan, N. & Acunas, B. 2014. The reliability of site determination methods in ventrogluteal area injection: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. Istanbul University, 355-360.
- 
- Kim, H & Park, S. 2014. Sciatic nerve injection injury. *Journal of international medical research*.  
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0300060514531924>
  - Pearson Education, Inc., publishing as Pearson Prentice Hall. Viitattu 25.9.2018.  
[http://wps.prenhall.com/chet\\_wilson\\_drugguides\\_1/0,5513,403564-,00.html](http://wps.prenhall.com/chet_wilson_drugguides_1/0,5513,403564-,00.html)
  - Rasika, J. 2018. Mental Health: Intramuscular injections (Ventrogluteal site). JBI Evidence Summary. Viitattu 20.9.2018. [http://ovidsp.uk.ovid.com.ez.lapinamk.fi/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=BKGMPCDGBJHFMFBBFNEKNGPFOMHIAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl\\_190](http://ovidsp.uk.ovid.com.ez.lapinamk.fi/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=BKGMPCDGBJHFMFBBFNEKNGPFOMHIAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_190)
  - Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2012. Lääkehoidon käsikirja. 7., uudistettu painos. Helsinki: Sanomapro.
  - Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2018. Turvallisen lääkehoidon perusteet. 11. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
  - Yimei, L. 2017. Injektion (intramuscular). JBI Evidence Summary. Viitattu 28.9.2018.  
[http://ovidsp.uk.ovid.com.ez.lapinamk.fi/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=DENEPDBPELHFBCFFNEKLEAGAHMLAA00&Link+Set=S.sh.21%7c2%7csl\\_190](http://ovidsp.uk.ovid.com.ez.lapinamk.fi/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=DENEPDBPELHFBCFFNEKLEAGAHMLAA00&Link+Set=S.sh.21%7c2%7csl_190)

## Liite 3 1(2)

## Ohjauksien aikataulu

Molemmat ohjaukset (14.1.2019 ja 18.1.2019) alkavat klo 13, aikaa on varattu tunti. Suunnitelman mukaan yksi ohjaus kestää 45min.

Saavun paikalle ajoissa, min. puolituntia ennen ohjauksen alkamista. Vasta paikan päällä selviää, missä tilassa voidaan toteuttaa ohjaus. Selvitän ensin tilan. Kerään osaston varastosta pistosharjoituksiin tarvittavat välineet valmiiksi ja valmistelen tilan ohjaukseen sopivaksi (1 sänky ja pöytä. Tuolit niin, että kaikki ovat pöydän ääressä, näkevät tietokoneen näytön ja kuuluvat hyvin).

Ennen ohjauksien alkamista kierrän osastot ja vielä muistutan ohjauksista sekä kerron paikan. Kirjoitan tiedot jokaisen osaston imoitustaululle.

**Klo 13 ohjaus alkaa.** Esittelen itseni lyhyesti.

**Klo 13.00-13.15** Teoriaosuus.

- Perustelen opinnäytetyöni aiheen valinnan. Keskustelemme taustatietokyselyn vastauksista.
- Käyn läpi ventrogluteaalista injektiota, perustelen sen näyttöön perustuvaa turvallisuutta.
- Käytän havainnollistavana apuvälineenä luurankoa.
- Perustelen asioita tutkimustuloksilla ja suosituksilla. Käymme asiaa läpi keskustellen.
- Vastailen kysymyksiin, keskustelemme kokemuksista.

**Klo 13.15-13.40** Havainnollistaminen ja pistosharjoitukset

- Ensin näytän esimerkkiä ventrogluteaalisen pistopaikan etsimisestä. Näytän sen useamman kerran, selkeästi ja perusteellisesti. Potilaana vapaaehtoinen ohjaukseen osallistuja.
- Tämän jälkeen varmistan, että kaikki haluavat pistää ja olla pistettävänä. Yritän suostutella kaikki pistämään, koska se lisää varmuutta ventrogluteaalisen injektio-antamisessa. Jos kaikki eivät halua olla pistettävänä, kysyn antaisiko joku pistää kahdesti. Jos ei, tällöin kaikki eivät voi pistää.
- Ohjaan kaikkia yksilöohjauksessa ventrogluteaalisen pistopaikan etsimisessä. Yritän luoda varmuutta ohjattaviin ja saada heidät tuntemaan, ettei paikan etsiminen ole vaikeaa ja

## Liite 3 2(2)

ventrogluteaalisen injektion antaminen on yksinkertaista, kun se tulee tutuksi.

- Pistosharjoituksissa kiinnitän huomiota myös neulan valintaan ja ohjaan Z-tekniikan käyttämisen injektion antamisessa.

**Klo 13.40-13.45** Keskustelua aiheesta ja palautteen antaminen.

**Klo 13.45-13.55** Tilan siivoaminen ja järjestely, vien tavarat paikoilleen.

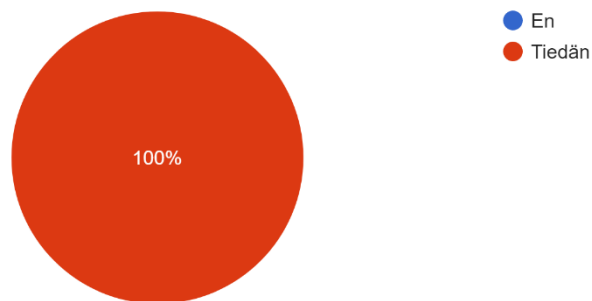
## Liite 4 1(4)

## Ventrogluteaalisen injektion antaminen

Hei! Pidän tammikuussa 2019 kaksi ohjaustilannetta osastojen K1, K2 ja K3:n sairaanhoitajille ventrogluteaalisen injektion antamisesta. Ohjauksiin mahtuu 6+6 sairaanhoitajaa. Vastaathan alla oleviin kysymyksiin, niin osaan suunnitella ohjaustilanteen sisällön mahdollisimman hyvin vastaamaan tarpeitanne. Vastaukset ovat anonymoituja.

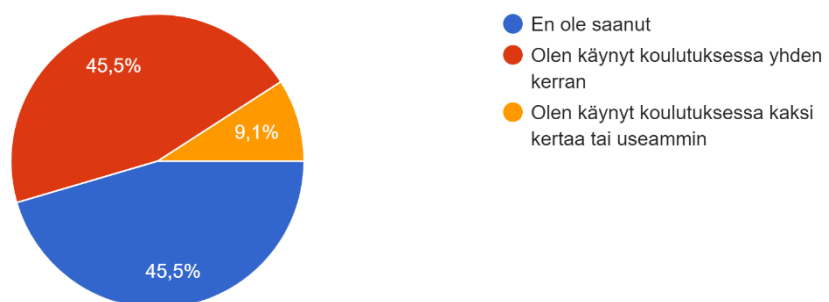
## Tiedätkö, mikä on ventrogluteaalinen injektio?

11 vastausta



## Oletko aiemmin saanut koulutusta ventrogluteaalisen injektion antamiseen?

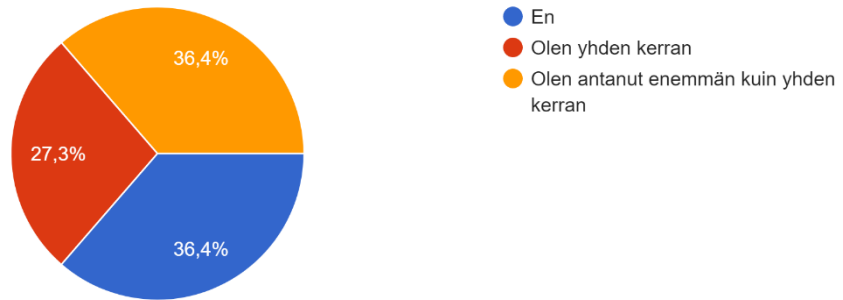
11 vastausta



## Liite 4 2(4)

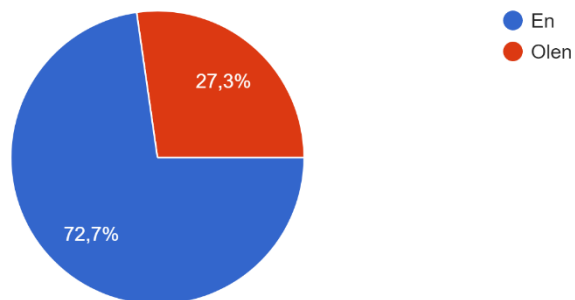
## Oletko koskaan antanut ventrogluteaalista injektiota?

11 vastausta



## Oletko antanut ventrogluteaalista injektiota itsenäisesti ilman ohjausta?

11 vastausta



## Tiedätkö, miksi ventrogluteaalista injektioaluetta suositellaan ensisijaiseksi im-injektioalueeksi?

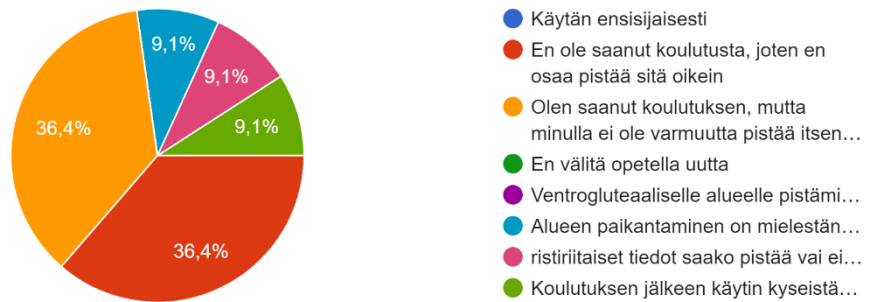
11 vastausta



## Liite 4 3(4)

## Jos et käytä ventrogluteaalista injektioaluetta ensisijaisesti, mikä siihen on syynä?

11 vastausta



## Vastaukset, jotka jäävät näkyvistä:

Keltainen: Olen saanut koulutuksen, mutta minulla ei ole varmuutta pistää itsenäisesti

Violetti: Ventrogluteaaliselle alueelle pistäminen on mielestäni vaarallista

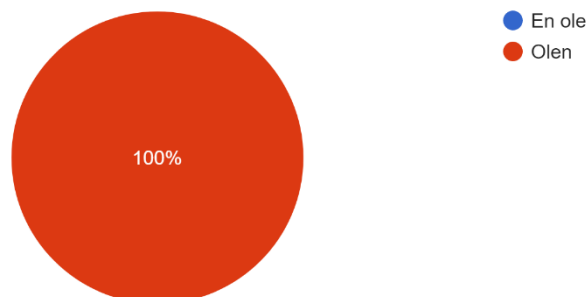
Vaalean sininen: Alueen paikantaminen on mielestäni vaikeaa

Muu, Mikä? Vapaamuotoinen vastaus

- Lila: Ristiriitaiset tiedot saako pistää vai ei
- Vaalean vihreä: Koulutuksen jälkeen käytin kyseistä tekniikkaa. Harvoin i.m pistoksia niin nykyään on epävarmaa

## Oletko kiinnostunut oppimaan ventrogluteaalisen injektion antamisen?

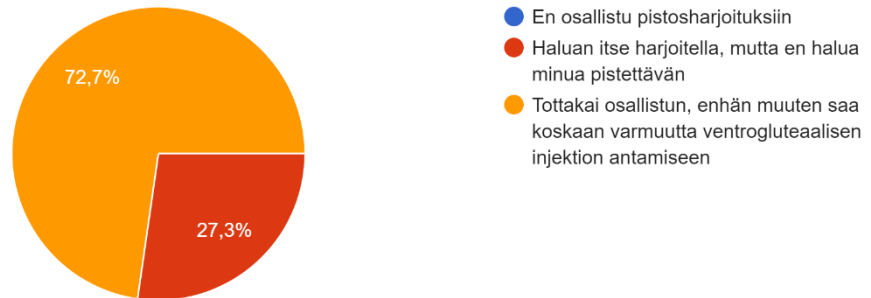
11 vastausta



## Liite 4 4(4)

Ohjaustilanteissa on vapaaehtoiset pistosharjoitukset pareittain. Mitä mieltä olet pistosharjoituksiin osallistumisesta?

11 vastausta



Mitä mieltä olet ventrogluteaalisesta injektioista? Kerro myös mahdollisista ennakoluuloistasi

3 vastausta

Ventrogluteaalinen pisto kiinnostaa, mutta sen suosituksista tulee ristiriitaista tietoa jopa opiskelijoilta. Toiset ovat ehdottomasti sen kannalla, toisille opetettu, että sitä ei kannata opetella.

tutkimustulosten mukaan lääke menee parhaiten tällä menetelmällä.

Olisi erittäin hyvä oppia.