

Jaana Liedes & Marjo Vääräniemi

**ROBOTTIAVUSTEISEN ETURAUHASEN POISTOLEIKKAUKSEN PREOPERA-
TIIVINEN POTILASOHJAUS**

Eturauhassyöpöpotilaiden kokemana

ROBOTTIAVUSTEISEN ETURAUHASEN POISTOLEIKKAUKSEN PREOPERATIIVINEN POTILASOHJAUS

Eturauhassyöpöpotilaiden kokemana

Jaana Liedes & Marjo Vääräniemi
Opinnäytetyö
Kevät 2020
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma

Tekijät: Jaana Liedes ja Marjo Vääräniemi

Opinnäytetyön nimi: Robottivusteisen eturauhasen poistoleikkauksen preoperatiivinen potilasohjaus, eturauhassyöpöpotilaiden kokemana

Työn ohjaaja: Outi Kajula ja Sanna Sandström

Työn valmistusluku ja -vuosi: Kevät 2020

Sivumäärä: 52 + 5

Potilasohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja leikkaukseen valmistautumista. Preoperatiivisen potilasohjauksen avulla voidaan lisätä potilaiden itseohjautuvuutta, kuntoutumiseen sitoutumista ja edistää toipumista. Preoperatiivisen potilasohjauksen osa-alueisiin kuuluu ohjauksen resurssit, ohjauksen sisältö sekä ohjausvalmiudet. Opinnäytetyön taustalla on teoreettinen viitekehys. Aineistona käytettiin aiempia tutkimuksia ja artikkeleita potilasohjauksesta.

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimi yliopistollisen sairaalan urologian poliklinikka. Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla eturauhassyöpöpotilaiden kokemuksia saamastaan preoperatiivisesta potilasohjauksesta ja potilasohjaukseen liittyvistä kehittämistarpeista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää eturauhasen poistoleikkauksen preoperatiivisen potilasohjauksen kehittämisessä. Opinnäytetyönä tehdyssä tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista kyselytutkimusmenetelmää. Kyselytutkimukseen osallistujien taustatietojen ja taustakysymyksien tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista menetelmää.

Kyselytutkimus toteutettiin syksyn 2019 aikana. Aineisto kerättiin syksyllä 2019. Aineisto koostui eturauhassyöpään sairastuneista robottivusteisessa laparoskooppisessa eturauhasen poistoleikkauksessa (RALP) käyneistä miehistä (n=25), jotka osallistuivat preoperatiiviseen ohjaukseen. Aineisto analysoitiin induktiivisen ja deduktiivisen sisällönanalyysin yhdistelmällä.

Tulosten mukaan kokemukset preoperatiivisesta potilasohjauksesta olivat pääosin positiivisia. Tulosten perusteella psykososiaalista tukea tarvittiin enemmän, mitä potilasohjauksen aikana saatiin. Kokemukset potilasohjaukseen käytetystä ajasta liittyivät ajan rajallisuuteen ohjauksessa. Kehittämistarpeet olivat potilaiden kokemusten mukaan henkilökunnan tavoitettavuuden parantaminen ja vuorovaikutus, tiedon saaminen toimenpiteeseen ja toipumiseen liittyvistä asioista, konkreettisen potilasohjauksen toteutus ja psykososiaalisen tuen lisääminen. Jatkotutkimuksena tulevaisuudessa voitaisiin tutkia potilaiden psykososiaalisen tuen merkitystä potilaille ja läheisille.

Asiasanat: Preoperatiivinen ohjaus, potilasohjaus, urologia, eturauhassyöpä

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

Authors: Jaana Liedes and Marjo Vääräniemi

Title of thesis: Preoperative Patient Guidance for Robotic Assisted Laparoscopic prostatectomy, experienced by Prostate Cancer Patients

Supervisors: Outi Kajula and Sanna Sandström

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2020

Number of pages: 52 + 5

Patient guidance is an important part of nursing care and preoperation for surgery. Preoperative patient guidance can enhance patient self-direction, commitment to rehabilitation, and promote recovery. The areas of preoperative patient counseling include the resources of the counseling, the content of the counseling, and the skills of the counseling. The thesis is based on a theoretical framework. Previous studies and articles on patient counseling were used as the material.

This thesis was commissioned by the Urology Outpatient Clinic of the University Hospital. The purpose of this thesis was to describe the experiences of prostate cancer patients with the preoperative patient guidance they received, and the development needs related to patient guidance. The aim of this thesis was to produce information that could be used to develop preoperative patient guidance for prostate removal. The qualitative survey method was used in the thesis. The quantitative method was used as a method for studying background information and background questions of the survey participants.

The survey was conducted during the autumn of 2019. The data was collected in the autumn of 2019. The data consisted of robotic assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) men (n=25) with prostate cancer who underwent preoperative guidance. The data was analyzed using a combination of inductive and deductive content analysis.

The results showed that experiences with preoperative patient guidance were largely positive. The results indicated that more psychosocial support was needed than was achieved during patient counseling. Experiences with the time spent on patient counseling were related to the limited time in counseling. According to the patients' experiences, the development needs were to improve the accessibility and interaction of the staff, to get information about the procedure and recovery, to provide concrete patient counseling and to increase psychosocial support. Future research could explore the importance of patient psychosocial support for patients and their families.

Keywords: Preoperative guidance, patient education, patient counseling, urology, prostate cancer

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	ETURAUHASSYÖPÄ.....	9
2.1	Eturauhasen poistoleikkaus.....	9
2.2	Robottiavusteinen eturauhasen poistoleikkaus.....	11
3	POTILASOHJAUS.....	13
3.1	Preoperatiivinen potilasohjaus.....	15
3.1.1	Potilasohjauksen resurssit.....	16
3.1.2	Potilasohjauksen sisältö.....	17
3.1.3	Ohjaajan ohjausvalmiudet.....	18
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT.....	21
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	22
5.1	Tutkimusmenetelmät.....	22
5.2	Kyselylomakkeen kehittäminen.....	23
5.3	Kyselyyn osallistujat.....	26
5.4	Aineistonkeruu.....	26
5.5	Aineiston analysointi.....	27
6	TULOKSET.....	30
6.1	Aineiston kuvaus.....	30
6.1.1	Taustatiedot.....	30
6.1.2	Taustakysymykset.....	32
6.2	Eturauhasen poistoleikkauksen preoperatiivinen potilasohjaus.....	33
6.2.1	Potilasohjauksen resurssit.....	34
6.2.2	Potilasohjauksen sisältö.....	34
6.2.3	Ohjausvalmiudet.....	35
6.3	Preoperatiivisen potilasohjauksen kehittämistarpeet.....	37
7	POHDINTA.....	39
7.1	Tulosten tarkastelu.....	39
7.1.1	Eturauhassyöpöpotilaiden kokemuksia saamastaan preoperatiivisesta potilasohjauksesta.....	39
7.1.2	Eturauhassyöpöpotilaiden tarpeet preoperatiivisen potilasohjauksen kehittämiseksi.....	41

7.2	Johtopäätökset	42
7.3	Tutkimuksen luotettavuus	43
7.4	Tutkimuksen eettisyys	44
7.5	Jatkotutkimusaiheet.....	46
7.6	Aiheen pohdinta ja oma oppimisemme	46
LÄHTEET	48

1 JOHDANTO

Väestön ikääntymisen ja kansansairauksien lisääntymisen myötä terveydenhuollon kulujen kasvu sekä resurssien puute antavat aiheita potilasohjauksen tehostamiseen. Potilaan ohjauksen merkitys kasvaa hoitotyön painottuessa yhä enemmän avohoitoon ja vuodeosastohoitoaikojen lyhentymisessä. Potilaat ovat myös entistä tietoisempia oikeuksistaan, sairaudestaan ja sen hoidosta. Potilasohjaus on hoitotyön keskeinen auttamiskeino ja sen kehittäminen on tärkeää, koska ohjaus on pystyttävä toteuttamaan aiempaa lyhyemmässä ajassa. (Lipponen 2014, 17.)

Potilasohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja leikkaukseen valmistautumista. Paremman ohjauksen avulla voidaan lisätä potilaan itseohjautuvuutta ja kuntoutumiseen sitoutumista, joka edistää toipumista. Potilaan ohjaaminen kuuluu kaikkiin hoidon vaiheisiin ja se tulee toteuttaa yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 41) Potilasohjauksen ja palveluiden asiakaslähtöisyyden kehittäminen perustuu terveydenhuoltolakiin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1. §4) ja lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 2. §3). Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä antamaan riittävän ymmärrettävän selvityksen potilaan terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista potilaan hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Potilaalle on taattava mahdollisuus osallistua päätöksentekoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 2. §5). Ohjaustilanteessa on huomioitava potilaan kunnioitus hänen taustoistaan tai hoitajan omasta asenteesta riippumatta. Kaikilla potilailla on oikeus saada hyvää hoitoa, luottamuksellisesti ja potilaan yksityisyyttä suojaten. Potilaan terveydentilasta on annettava tutkittuun tietoon perustuvaa rehellistä tietoa ja hoitovaihtoehdoista on keskusteltava potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. (Valvira 2018, viitattu 24.4.2019.)

Terveydenhuollon etiikka ohjaa hoitotyöntekijöiden tapaa toimia. Eettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä toimintamalleja ja sen avulla voidaan arvioida oikeaa ja väärää tai hyvää ja pahaa toimintaa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on asettanut terveydenhuollon eettiset periaatteet. Sen avulla perustellaan valintoja, mikä on hoitotyössä tärkeää ja kuinka ihmisiä kohdellaan oikeudenmukaisesti. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006a, 17.) Myös laki pohjautuu eettiseen ajatteluun ja terveydenhuollon toimintaa määrittelee laki. Lain tarkoituksena on edistää

terveyttä ja hyvinvointia, ylläpitää työ- ja toimintakykyä, sekä suunnitelmallisesti kohdentaa voimavaroja terveyttä edistävällä tavalla. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1. §2.) Eettisiä periaatteita on kuusi: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonto (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden neuvottelukunta 2019, viitattu 12.4.2019).

Tämän opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla eturauhassyöpäpotilaiden kokemuksia saamastaan preoperatiivisesta potilasohjauksesta ja potilasohjaukseen liittyvistä kehittämistarpeista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää eturauhasen poistoleikkauksen preoperatiivisen potilasohjauksen kehittämisessä. Opinnäytetyöllä haettiin vastausta seuraaviin tutkimustehtäviin: Millaisia kokemuksia eturauhassyöpäpotilailla on saamastaan preoperatiivisesta potilasohjauksesta? Millaisia tarpeita eturauhassyöpäpotilailla on preoperatiivisen potilasohjauksen kehittämiseksi?

Potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää ohjauksen laadun parantamiseksi, hoitoprosessin keskeytymättömyyden parantamiseksi, ohjauksikäytäntöjen yhtäläisyyden luomiseksi, hoitoaikojen lyhentämiseksi ja omahoidon toteutuksen parantamiseksi. (Kanste, Kyngäs, Lipponen & Ukkola 2007, 30–33.) Aiheen tutkiminen on tärkeää myös hoitotyön näkökulmasta, sillä ohjauksen laatu ja strukturoidut potilasohjausmallit lisäävät potilasturvallisuutta sekä potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon. Kun vuodeosastojen hoitoajat lyhenevät ja hoitotyö painottuu enemmän avohoitoon, potilasohjauksen laadun merkitys korostuu. (Lipponen 2014, 17.)

Opinnäytetyön tutkimusryhmä muodostui kahdesta sairaanhoitajaopiskelijasta. Ohjausryhmän muodostivat menetelmäasiantuntija ja sisällönohjaaja ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyön toimikuntajäsen oli erään yliopistollisen sairaalan urologian poliklinikka. Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin urologian poliklinikalla ja urologisella vuodeosastolla kyselylomakkeilla. Urologian poliklinikka haluaa saada tietoa, kuinka he ovat onnistuneet preoperatiivisessa potilasohjauksessa. Urologian poliklinikalla preoperatiivinen potilasohjaus aloitettiin syksyllä 2017. Aiemmin ohjausta annettiin leikkaukseen kotoa -yksikössä eli leikossa.

2 ETURAUHASSYÖPÄ

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä ja siihen sairastuu vuosittain noin 5000 suomalaismiestä. Sairastuneiden keski-ikä on noin 70 vuotta diagnoosin toteamishetkellä. (Rankinen 2008, 41–50; Saarelma 2019, viitattu 24.1.2019.) Varhaisvaiheessa eturauhassyövän oireet muistuttavat hyvänlaatuisen eturauhasen- tai virtsarakkosairauden virtsaamisoireita. Yleisimpiä oireita ovat virtsaamisen tarpeen lisääntyminen, virtsasuihkun paineen alentuminen ja virtsaamisen vaikeutuminen. Näiden oireiden vuoksi miehet hakeutuvat lääkärin vastaanotolle työterveyteen tai terveysasemalle. Virtsaamisvaikeiden vuoksi lääkäriin hakeutuneelta mieheltä mitataan seerumin prostataspesifinen antigeeni -pitoisuus (PSA). Ainoastaan prostata- eli eturauhassolut tuottavat tätä proteiinia ja PSA-pitoisuus plasmassa on sitä suurempi, mitä suurempi on prostata. Iän myötä ilmenee eturauhasen hyvänlaatuista liikakasvua, joten PSA-pitoisuuden nousu ei kaikissa tapauksissa tarkoita syöpää. (Eskelinen 2017, viitattu 26.2.2019.) Pitkälle edennyt eturauhassyöpä leviää etäispesäkkeinä luustoon ja aiheuttaa luustokipua sekä murtumia (Käypä hoito suositus 2014a, viitattu 26.2.2019).

Perusterveydenhuollossa todettujen PSA-arvojen kohoamisen tai muiden eturauhassyöpään viitattavien tekijöiden perusteella lääkäri tekee lähetteen urologian poliklinikalle. Poliklinikan urologi ottaa eturauhasesta neulanäytteen, joka lähetetään patologin tutkittavaksi. Syöpädiagnoosi tehdään mikroskooppisella tutkimuksella eturauhasesta otetuista koepaloista, jolla voidaan määrittää syövän aggressiivisuus ja laajuus. Jos potilaalla on luustoperäisiä kipuja, tai muita suuren riskin syövän ominaisuuksia, tehdään luuston gammakuvaus. Mikäli eturauhasesta löytyy syöpäkudosta, potilas kutsutaan urologian poliklinikalle preoperatiiviseen ohjaukseen keskustelemaan leikkauksenhoidosta. Potilaalle parhaiten sopivaa hoitomuotoa harkitaan potilaan iän, peruskunnon, perussairauksien ja odotettavissa olevan eliniän perusteella, potilaan mielipide huomioon ottaen. Potilasta informoidaan eri hoitovaihtoehdoista ja niiden sivuvaikutuksista. (Käypä hoito suositus 2014a, viitattu 26.2.2019.)

2.1 Eturauhasen poistoleikkaus

Eturauhasen syöpää hoidetaan leikkauksella, missä eturauhanen poistetaan kokonaisuudessaan kapseliseinään (Terveyskylä 2019, viitattu 10.12.2018). Leikkaushoito tulee kyseeseen, mikäli eturauhassyöpä on paikallinen. Potilaan on oltava hyväkuntoinen ja yleensä leikkauksen yläikäraja on 70 vuotta. (Syöpäjärjestöt 2019, viitattu 24.3.2019.)

Eturauhasen poistoleikkaus eli radikaaliprostatektomia on eturauhasen syövän leikkaushoito. Radikaaliprostatektomia -päätöksen saatuaan potilaan leikkauspolkua ryhdytään suunnittelemaan. Suunnitelmaan kuuluu suurena osana potilaan ohjaus ja leikkauksen aiheuttamien urologisten vaikeuksien esille tuominen. Potilaalle kerrotaan, miten urologinen leikkaus voi tulla vaikuttamaan hänen tulevaisuuteensa ja mitä pitää ottaa huomioon paranemisvaiheessa. Leikkauksen jälkeen voi esiintyä erektiohäiriöitä, virtsainkontinenssia, hormonihoitojen aiheuttamaa hikoilua, kuumia aaltoja, väsymystä, rintarauhasrudoksen aritusta ja kasvua, lihasvoiman vähentymistä sekä seksuaalista haluttomuutta. Tarvittaessa potilasta ohjataan ottamaan yhteyttä seksuaalineuvojaan. Potilaan kanssa käydään läpi lantionpohjalihasten harjoitteluohjeet ja keskustellaan mahdollisista virtsainkontinenssivälineiden valinnoista. Vertaistukea on mahdollista saada esimerkiksi Suomen syöpäyhdistys ry:n ja Suomen eturauhassyöpäyhdistys ry: kautta. (Vahtera & Uutela 1994, viitattu 24.4.2019; Leskinen 2019, viitattu 6.3.2019.)

Radikaaliprostatektomiolla pyritään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen poistamalla syöpäkudos, vähentämällä sairauden haittavaikutuksia ja pidentämällä potilaan odotettua elinaikaa (Käypä hoito suositus 2014a, viitattu 26.2.2019). Vähentämällä haittavaikutuksia pyritään säilyttämään virtsan pidätyskyky, vähentämään erektiohäiriöitä radikaaliprostatektomian jälkeen, sekä leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita, jotka voivat johtaa uuteen leikkaukseen ja sairausloman pidentymiseen. (Forsmark, Gehrman, Angenete, Bjartell, Björholt, Carlsson, Hugosson, Marlow, Stinesen-Kollberg, Stranne, Wallerstedt, Wiklund, Wilderäng, & Haglind 2018, 817.) Radikaaliprostatektomia voidaan tehdä täyhystys- tai avoleikkauksena. Avo- ja täyhystysleikkauksen tulokset syövän hoidossa ovat yhtä hyvät. Avoleikkauksen jälkeen vuodeosastohoitoa tarvitaan 3–6 päivää. (HYK-Sin yksityissairaala 2019, viitattu 24.1.2019.)

Urologian poliklinikalle valtaosa suunniteltuun leikkaukseen tulevista eturauhassyöpäpotilaista kutsutaan leikkausta edeltävälle käynnille keskimäärin 1–2 viikkoa ennen leikkausta. Sovitulle käynnille potilas palauttaa täytetyn esitietokaavakkeen, josta käy ilmi terveystiedot, mahdolliset allergiat, elämäntavat, pitkäaikaissairaudet ja aiemmin tehdyt leikkaukset. Potilasta pyydetään käymään myös verikokeissa ja ekg:ssä ennen sovittua tapaamista urologian poliklinikalla. Urologisen leikkauspotilaan ohjaamisessa on otettava huomioon potilaan riskitekijät. Riskitekijöihin kuuluu yli-paino, tupakointi, MRSA-kantajuus, ravitsemustaso, diabeetikon verensokeritaso tai hoitotasapaino. Sairaanhoidaja käy tapaamisessa potilaan kanssa läpi leikkaukseen valmistautumiseen, sairaalassa oloa ja leikkauksesta toipumiseen liittyviä asioita. Jos potilaalla on useita päivittäin otettavia lääkkeitä, saa hän mukaansa kirjallisen ohjeen, mitkä lääkkeet voi ottaa leikkauspäivänä ja

mitkä on tauotettava ennen leikkausta. Vitamiinit, hivenaineet ja luontaistuotteet on myös ilmoitettava. Mikäli potilas ei pääse ennen leikkausta vastaanotolle, sairaanhoitaja huolehtii potilaan informaation saannista ja preoperatiivisesta ohjauksesta puhelimitse. (Käypä hoito suositus. 2014b, viitattu 3.2.2020.)

Eturauhassyöpöpotilaan asianmukaiseen hoitoon kuuluu seuranta. PSA-arvoja seurataan säännöllisesti koko seurantajakson ajan. Eturauhasen poistoleikkauksen jälkeen potilaat käyvät ensimmäisessä kontrollissa urologian poliklinikalla noin kolmen kuukauden kuluttua toimenpiteestä. Tarkastuksia edeltää aina PSA-mittaus, elämänlaatuselvityskaavakkeen täyttäminen ja tarvittaessa virtsan virtausmittaus ja joskus virtsanäyte. Kontrollikäynnillä tarkistetaan potilaan toipuminen ja haavojen paraneminen, käydään läpi patologin tutkimustulokset, joista ilmenee kasvaimen aggressiivisuusaste. Kontrollikäynnillä arvioidaan toimenpiteeseen liittyviä haittoja, kuten virtsankarkailua ja erektiöhäiriöitä. Välitarkastus sovitaan puolen vuoden ja lopputarkastus vuoden päähän leikkauksesta. Mikäli tilanne on puolen vuoden jälkeen palautunut virtsanpidätyskyvyn ja seksuaalitoimintojen osalta toimenpidettä edeltävälle tasolle, niin jatkoa voidaan seurata etänä. Potilas käy sovitusti PSA-mittauksissa ja lääkäri arvioi tuloksia mobiiliseurannan kautta. Mikäli haittoja vielä ilmenee, voidaan niihin järjestää lisähoitoa. (Terveyskylä 2019, viitattu 10.12.2018.)

2.2 Robottivusteinen eturauhasen poistoleikkaus

Robottivusteinen laparoskooppinen radikaaliprostatektomia eli RALP on tähyysteikkaustekniikalla toteutettu toimenpide. Toimenpiteessä kirurgi käyttää leikkausrobotin ohjauskonsolia, koskettamatta potilasta. Kahden kameran optisen järjestelmän avulla leikkausalueelta välittyy korkealaatuinen kolmiulotteinen vahvasti suurennettu kuva. Kirurgisissa toimenpiteissä robotilla tarkoitetaan yleensä laitetta, jota kirurgi käyttää apuvälineenä. Robottia ei vielä nykyisin ohjelmoida tekemään leikkausta itsenäisesti. Kirurgisissa toimenpiteissä on tavoitteena auttaa potilasta aiheuttaen mahdollisimman vähän kipua ja haittaa terveelle kudokselle. Pienemmät leikkaushaavat, vähäisemmät kudolvauriot sekä vähäisempi verenvuoto lyhentävät sairaalahoitoaika ja potilaalle se on myös kosmeettinen etu. (Aarnio 2012, 3172.) Robottivusteisella laparoskooppisella tekniikalla toteutettu eturauhasen poistoleikkaus on lisääntynyt, sen motivaattorina on odotukset paremmista kliinisistä ja toiminnallisista tuloksista (Forsmark ym. 2018, 817). Noin 80 prosenttia Suomessa tehtävistä eturauhasen radikaalileikkauksista tehdään robottivusteisella tähyystekniikalla (Terveyskylä 2019, viitattu 10.12.2018). Australialaisen tutkimuksen mukaan kahdeksan vuoden aikana

RALP-leikkauksessa käyneistä miehistä suurin osa ilmoitti virtsan pidätyskyvyn parantuneen ennalleen vuoden sisällä RALP-leikkauksesta (Ahn, Roberts, Strahan, Malone, Paterdis, Wood & Heathcote 2019, viitattu 9.5.2019). RALP-tekniikka on yleisin eturauhasen poistoleikkauksen muoto. Robottileikkauksen jälkeen potilas pääsee kotiin useimmiten jo seuraavana päivänä (HYK-Sin yksityissairaala 2019, viitattu 24.1.2019). Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan, RALP-leikkauksen etuina ovat lyhyempi sairausloma, lyhyempi vuodeosastohoito, avoleikkausta vähemmän uusinta toimenpiteitä sekä verensiirtoa ei tarvita RALP-toimenpiteessä lainkaan. RALP-leikkaukset ovat vielä kokonaiskustannuksiltaan kalliimpia, mutta tulevaisuudessa robottilaitteiden hankintahintojen laskiessa ja kirurgien robottilaitteiden käyttötaitojen karttuessa voidaan päästä suurempiin säästöihin. (Forsmark ym. 2018, 822.)

3 POTILASOHJAUS

Potilasohjaus on prosessi, joka sisältää tarpeen määrittelyn, suunnittelun, sekä toteutuksen. Lopuksi arvioidaan ohjauksen vaikuttavuus ja onnistuminen. Uudelleenarviointia tehdään koko hoitosuhteen ajan ja ohjausta suunnitellaan uudelleen potilaan tarpeiden mukaisesti. (Lipponen ym. 2006b, 222.)

Tehokkaalla potilasohjauksella on yhteys kansantalouteen, se lyhentää vuodeosastohoitoaika ja vähentää infektioita. Potilasohjaus on tavoitteellista ongelmanratkaisua, potilaan omien kokemusten erittelyä ja niistä oppimista. Käsitettä potilasohjaus käytetään hoitotyössä paljon. Se on osa moniammatillista toimintaa, sekä opetus- ja hoitoprosessia. Potilasohjauksessa painotetaan potilaan kokemusten huomioonottamista ja hoitajan tutkittuun tietoon perustuvaa asiantuntijuutta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, viitattu 10.12.2018.) Potilasohjauksella pyritään vaikuttamaan potilaan vastuunottoon sairauden hoidosta ja sitoutumista itsehoitoon. Esimerkiksi kirurgian kehittyminen mahdollistaa potilaiden nopeamman kotiutumisen toimenpiteestä, vaikka toipuminen on vasta alussa. Se edellyttää potilaalta sitoutumista lääke- ja haavanhoitoon, sekä ruokavalion ja kuntouttavan toiminnan ylläpitämiseen itsenäisesti, mikäli toimenpiteen jälkeen ei esiinny komplikaatioita. (Gruman, Holmes Rovner, French, Jeffress, Sofaer, Shaller, & Prager 2010, viitattu 26.2.2019.)

Potilasohjaus on potilaan ja hoitajan aktiivista sekä tavoitteellista toimintaa, joka tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (Kääriäinen & Kyngäs 2006, viitattu 10.12.2018). Potilas ja ohjaaja muodostavat tasavertaisen asiantuntijatiimin, joka suunnittelee yhdessä potilasohjauksen sisältöä potilaslähtöisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilas on oman tilanteensa ja ratkaisujensa paras asiantuntija ja ohjaaja ohjausprosessin asiantuntija, joka ei esitä valmiita ratkaisuja vaan tukee potilasta päätöksenteossa. (Saarela 2013, 8.) Potilaan kokemukset ja terveysuskomukset vaikuttavat hänen suhtautumiseensa saamaansa potilasohjaukseen ja sen vaikuttavuuteen. Ohjaajan tulee ymmärtää potilaan näkökulmaa, jolloin he yhdessä voivat etsiä sopivaa kompromissia hoidon toteuttamisessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, viitattu 10.12.2018.) Ihmisen sairastuessa hän joutuu kohtaamaan uuden todellisuuden, joka nostaa esiin tunteita ja paljon kysymyksiä. Potilasta kuuntelemalla hoitaja antaa tukea ja saa tietoa, kuinka potilas kokee sairautensa ja kuinka paljon hä-

nellä on tietoa siihen liittyvistä asioista. Hoitaja hyödyntää potilaan ohjaamisessa hoitotyön sisältöä ja potilaskohtaisia ohjausmenetelmiä tukemaan potilaan omahoidon valmiuksia. (Kassara ym. 2005, 42.)

Vuorovaikutuksellinen keskustelu potilaan ohjaukselle asettamista odotuksista on tärkeää, koska potilaan ja hoitajan käsitykset ohjaustarpeista voivat olla erilaiset. Osa potilaista ei osaa tuoda omia ohjaustarpeita esille, joten olisi hyvä kysellä potilaalta tarkemmin, millaista tietoa hän ohjaukselta odottaa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, viitattu 10.12.2018.) Potilaan ennakkotietojen huomioon ottaminen on tärkeää yksilöllisen potilasohjauksen kannalta. Onnistunut potilasohjaus vastaa yksilöllisesti potilaan tarpeita toimenpiteeseen valmistautumisessa ja tukee postoperatiivista toipumista. (Kruzik 2009, 381; Tervo-Heikkinen, Huurre, Saaranen & Turunen 2018, 182)

Potilasohjauksen perustana on potilaan taustatekijöiden huomiointi. Taustatekijät jaetaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin ominaisuuksiin, sekä muihin ympäristötekijöihin. Fyysisiin ominaisuuksiin vaikuttavat potilaan fysiologiset tekijät, esimerkiksi ikä. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, viitattu 10.12.2018.) Ikääntyneen potilaan ohjauksessa täytyy ottaa huomioon iän tuomat haasteet. Potilaalla voi olla rajoittunut näkökyky, muita fyysisiä rajoitteita tai muistihäiriöitä. Taustatekijät on syytä selvittää ja huomioida niiden vaikutukset ohjaukseen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26–37) Psyykkisiin ominaisuuksiin luokitellaan potilaan motivaation taso, terveysuskomukset, mieltymykset ja odotukset. Sosiaalisilla taustatekijöillä tarkoitetaan potilaan uskonnollisia ja eettisiä näkökulmia hoidon suhteen, sekä henkilön omaa kulttuuria. Sosiaalisen tuen antamien potilaalle on tärkeää ja sillä on suuri merkitys potilaan terveyden edistämiseksi ja stressin vähenemiseksi (Vahtera & Uutela 1994, viitattu 24.4.2019). Muita ympäristötekijöitä voivat olla mahdolliset potilasohjauksen esteet, esimerkkinä potilaan sairastuminen tai muut ohjauksen häiriötekijät (Kääriäinen & Kyngäs 2006, viitattu 10.12.2018). Laadukas potilasohjaus koostuu potilaslähtöisyydestä sekä vuorovaikutuksesta, jossa huomioidaan potilaan taustatekijät, tarpeet sekä omaiset (Kääriäinen 2007, 33). Erityisesti kirurgisen hoitohenkilöstön täytyisi enemmän huomioida omaisten ohjaamista, jotta omaiset osaisivat paremmin suhtautua potilaan tilanteeseen ja antaa tukea toipumiseen (Lipponen 2014, 72).

Tiedetään, että potilasohjauksella on positiivisia vaikutuksia potilaan terveyteen ja valintoihin terveyteen liittyvissä asioissa. Potilasohjauksen onnistumisen edellytyksenä on hoitajan ohjausosaaminen. Hyvät vuorovaikutustaidot ja tieto lainsäädännöstä, eettisistä periaatteista sekä ohjauksen eri muodoista vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Näyttöön perustuvaa tietoa ja sen käyttöä on

edelleen vahvistettava, koska sillä on myönteinen vaikutus potilasohjauksen vaikuttavuudessa. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 180.)

Ihmiset omaksuvat tietoa eri tavoin. Omaksumistapoja ovat esimerkiksi kielellinen-, visuaalinen- tai tekemisen kautta omaksuminen. Hyvään ja tehokkaaseen potilasohjaukseen tulisi sisällyttää eri muotoja tai yksilöidä potilaan tarpeiden mukaisesti, jotta potilas hyötyisi ohjauksesta mahdollisimman paljon. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, viitattu 10.12.2018.) Potilasohjauksessa käytetään suullisen ohjaamisen apuna myös kirjallisia ohjeita. On myös mahdollista käyttää apuna muita havaintovälineitä, kuten kuvia tai 3D-malleja. Kolmiulotteisten mallien tulostaminen 3D-printtereiden avulla on yleistymässä. Potilaan kasvaimesta otettujen kuvien perusteella on mahdollista tulostaa 3D-malli. Tätä menetelmää on tutkittu ja todettu potilaiden pystyvän paremmin hahmottamaan syövän sijainnin ja hoitotoimenpiteen vaatimukset. Potilaat ja omaiset ovat kokeneet 3D-mallien käytön parantavan heidän kykyään ymmärtää kasvaimen kokoa ja sijaintia sekä syöpäleikkauksen tavoitetta. Potilaskohtainen 3D-mallien hyödyntäminen on lisääntynyt leikkauksen suunnittelussa, toimenpiteen harjoittelussa, sekä potilasohjauksessa. (Wake, Rosenkrantz, Huang, Park, Wysock, Taneja, Huang, Sodickson & Chandarana 2019, viitattu 27.2.2019.)

3.1 Preoperatiivinen potilasohjaus

Potilasohjausta annetaan koko kirurgisen hoitajakson ajan. Kirurgisen potilaan hoito jakautuu preoperatiiviseen eli ennen leikkausta annettavaan, intraoperatiiviseen eli leikkauksen aikana annettavaan (Erämies 2017b, viitattu 2.1.2020) ja postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeen annettavaan hoitoon (Erämies 2017a, viitattu 2.1.2020). Preoperatiivinen hoito on sairaanhoitajan potilaalle antamaa hoitoa ennen kirurgista toimenpidettä. Preoperatiivinen vaihe alkaa leikkauspäätöksen jälkeen. (Erämies 2017b, viitattu 2.1.2020.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään preoperatiivisen hoidon aikana annettuun potilasohjaukseen. Preoperatiivisen potilasohjauksen lähtökohdat esitetään kuviossa 1.

Tiedetään, että tarkoituksenmukaisesti annettu preoperatiivinen potilasohjaus on tärkeää, koska hyvää ohjausta saaneet potilaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisempiä toimenpiteeseen ja toipuvat nopeammin (Sood & Gupta 2018, 44). Tehokkaan preoperatiivisen potilasohjauksen ansiosta vuodeosastohoitoajat lyhentyvät, kipulääkityksen tarve vähenee ja potilaan sekä omaisten tyytyväisyys kirurgiseen toimenpiteeseen lisääntyy. Potilasohjauksen onnistuminen on haastavaa, koska se on pystyttävä antamaan mahdollisimman kattavasti ja yksilöllisesti tietyissä aikarajoissa. (Kruzik 2009,

381.) Potilaan tukeminen ja riittävä tiedon antaminen sairauden alkuvaiheessa on tärkeää, koska se auttaa potilaita kohtaamaan tulevat sairauden ja hoitotoimenpiteiden aiheuttamat haitat ja selviytymään niistä paremmin (Lehto, Helander & Aromaa 2010, 3961–3968). Lehtonen, Kääriäinen & Elo, tutkivat suolistosyöpäpotilaan preoperatiivista ohjausta ammatillisen näkökulmasta. Heidän tavoitteenaan oli saada tietoa leikkauksen preoperatiivisesta ohjauksesta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaan ohjaus on aloitettava ennen leikkausta heidän tarvitsemansa tuen ja tiedon saamiseksi. (2017, 302.) Preoperatiivisen potilasohjauksen avulla pyritään tarjoamaan potilaalle relevanttia tietoa hoitovaihtoehdoista, mahdollisista komplikaatioista ja hoidon hyödyistä. Potilaskeskeisessä hoidossa kunnioitetaan potilaan tarpeita ja valintoja sekä huomioidaan myös potilaan läheiset. Potilaan ja ohjaajan välinen kommunikaatio on terapeutista ja rohkaisevaa, ohjauksen avulla pyritään helpottamaan potilaan jännitystä. (Sood & Gupta 2018, 44.) Toivonen ja Virtanen (2012) tutkiessaan päiväkirurgisten potilaiden kokemuksia preoperatiivisesta potilasohjauksesta toteavat, että potilaat tarvitsevat tietoa monipuolisesti eri osa-alueista, kuten toimenpiteestä, leikkauksen jälkeisestä ajasta ja anestesiasta.

Vuosina 2004–2007 tutkittiin yhteensä 1470 eturauhassyöpää sairastanutta miestä, joilta oli poistettu eturauhanen avoleikkauksella tai laparoskooppisesti. Ennen toimenpidettä miehet saivat preoperatiivista potilasohjausta itse toimenpiteestä sekä mahdollisista postoperatiivisista komplikaatioista kuten ponnistusinkontinenssista ja erektiohäiriöistä. Potilaat saivat ohjausta lantionpohjanlihasten vahvistamisesta ja suositeltiin osallistumista ohjattuun lantionpohjanlihaskuntaan ennen toimenpidettä. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että potilasohjaus parantaa potilaiden suhtautumista toimenpiteeseen ja edistää toipumista. (Kretschmer, Buchner, Grabbert, Sommer, Herlemann, Stief & Bauer 2017, 1205–1212.)

3.1.1 Potilasohjauksen resurssit

Hyvä potilasohjaus edellyttää asianmukaisia resursseja, joita ovat riittävä hoitohenkilöstö, sopiva rauhallinen tila, kirjalliset ohjeet ja ohjaukseen varattu aika (Vahtera & Uutela 1994, viitattu 24.4.2019; Fitzpatrick & Hyde 2006, 676–677; Kääriäinen 2007, 7; Lipponen 2014, 18). Potilasohjauksen olosuhteisiin vaikuttavat asianmukaiset tilat. Riittämätön aika potilasohjauksessa luo potilaissa tyytymättömyyttä. (Lipponen 2014, 20.) Lyhentyneet hoitoajat ja potilasohjauksen puutteelliset resurssit ovat hyvän potilasohjauksen toteuttamisen ongelmia (Kääriäinen & Kyngäs 2006, viitattu 10.12.2018). Potilaan ja ohjaajan välinen dialogi on erittäin tärkeää. Potilaalle on annettava aikaa kertoa omista huolistaan ja keskustella hoitoon liittyvistä riskeistä sekä hyödyistä. (Sartor

2008, 770.) Potilaat kokevat kasvotusten saamansa potilasohjauksen tärkeänä ja ohjaukselle varattu tila tulisi olla rauhallinen (Kajula, Kuusimäki, Kääriäinen & Kyngäs 2017, 125). Tervo-Heikkinen ym. tutkimuksen tarkoitus oli arvioida potilasohjauksen taustatekijöitä, kuten aikaa, näyttöön perustuvuutta, tietoja, taitoja ja laatua. Potilasohjaukselle varattu aika vaikuttaa ohjauksen laatuun. Potilasohjaukselle täytyy antaa riittävästi aikaa laadun ylläpitämiseksi. Tutkimus osoitti, että yhdestä kahteen tuntia annettu aika antoi potilailta paremman arvion kokonaisvaltaisen potilasohjauksen toteutumisesta. Tässä ajassa potilasohjauksen osa-alueet toteutuivat. Alle tunnin ohjaukseen käytetty ohjausaika pudotti arviot heikommiksi. (2018, 187.)

3.1.2 Potilasohjauksen sisältö

Preoperatiivista potilasohjausta voidaan antaa eri keinoin, kuten suullisesti ja kirjallisen materiaalin avulla. Yleisin ohjaustapa on antaa potilaalle mukaan kirjallisia ohjeita toimenpiteeseen liittyvistä asioista. Kirjalliset materiaalit tulee olla potilasta tukevia ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavia. (Lipponen ym. 2006a, 66.) Toivonen ja Virtanen (2012) tutkimuksessaan toteavat, että hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet antavat tukea potilaalle. Kirjallisilla materiaaleilla on tarkoitus kasvattaa potilaiden tiedon määrää ja vastata potilaiden esittämiin kysymyksiin. Kirjalliset materiaalit ehkäisevät väärinkäsityksiä ja ahdistuneisuutta. Kirjallinen materiaali on tärkeä apu tiedon antamisessa. (Lipponen ym. 2006a, 66; Toivonen & Virtanen 2012, 65–66.) Iso-Britanniassa Tarrant, Sinfield, Agarwal & Baker tutkivat hoitajan roolia tiedon tarjoajana potilaiden kokemana. Potilailla oli positiivisia kokemuksia saamastaan kirjallisesta tiedosta, ja potilaat kuvasivat hoitajan tarjoavan tietoa sekä tukea sairastumisen jälkeiseen aikaan (2008, 1). Potilaalle voidaan antaa ohjausta myös videomateriaalin avulla. Potilasohjauksen apuna voidaan käyttää myös verkkosivuja, jonne on koottu tietoa esimerkiksi kirurgisesta toimenpiteestä, omahoidosta ja toipumisesta edistävistä ohjeista. Verkkosivujen avulla voidaan myös kerätä tietoa potilailta käyttäen esitestejä ja jälkitestejä arvioimaan verkossa saadun ohjauksen tehokkuutta. (Kruzik 2009, 385.) Esimerkiksi terveystieteiden verkkosivut ovat asiantuntijoiden ja potilaiden yhteistyössä kehittämä erikoissairaanhoidon verkkopalvelu, joka tarjoaa monipuolisesti tietoa ja ohjeita. Kirjalliset ohjeet toimivat suullisen potilasohjauksen tukena ja ovat kotiohjeena potilaalle (Vahtera & Uutela 1994, viitattu 24.4.2019).

Salonen, Meretoja, Vahlberg & Leino-Kilpi tutkivat vuosina 2013–2014 eturauhassyöpään sairastuneiden kokemuksia heidän tiedontarpeestaan sairaalan ensikäynnillä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden tiedon tarpeita hoitoprosessin alkuvaiheessa. Tutkimuksessa ilmeni, että

potilailla oli tiedontarvetta oireista, oireiden hoidosta, kuten komplikaatioiden hoidosta ja hoitovaihtoehtoista sekä tutkimuksista, sairauden ja hoidon vaikutuksesta päivittäisiin toimintoihin ja selviytymiseen, muun muassa erityistoimintaan ja liikuntaan. Potilaat halusivat myös tietoa toimimisesta sosiaalisissa yhteisöissä sairaudesta huolimatta, sekä tietoa läheisten mahdollisuudesta osallistua hoitoon ja mahdollisesta jatkohoitopaikasta, potilaan kokemustiedon ja tunteiden hyödyntämisestä omaan terveyteen, sairauteen tai sairauden hoitoon liittyen. Tiedontarvetta koettiin olevan myös yksilön kunnioittamisessa ja taloudellisessa toimimisessa omien voimavarojen pohjalta. Sosiaalisella ja taloudellisella tasolla ei koettu olevan suurta tarvetta. Potilaat kokivat myös tiedontarvetta kivunhoidosta, syöpälääkkeiden käytöstä, lääkkeiden sivuvaikutuksista ja sairauden ja hoidon vaikutuksesta seksielämään. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että tiedontarve sairaalan ensikäynnillä on suuri, erityisesti biofyysisellä, toiminnallisella, kokemuksellisella ja eettisellä tasolla. (2017, 3–5, 9–10.)

3.1.3 Ohjaajan ohjausvalmiudet

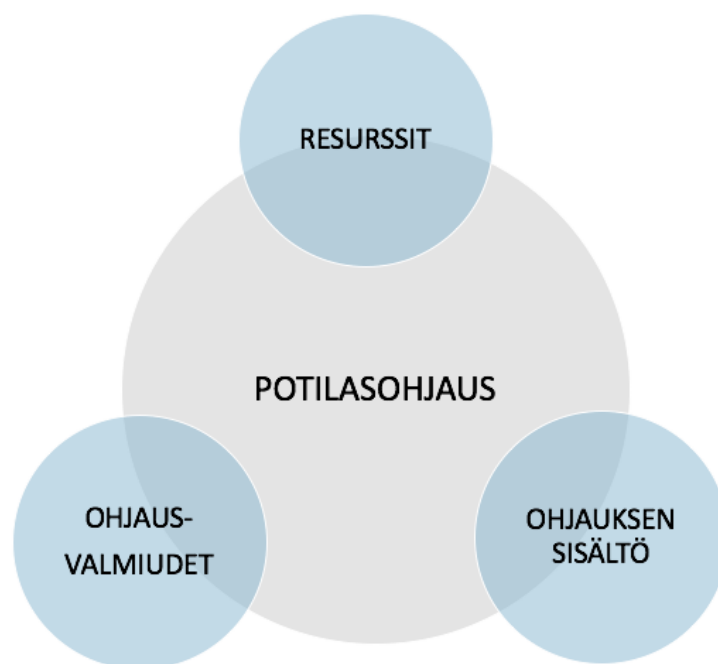
Riittävän potilasohjauksen osatekijöitä ovat ohjaajan tiedot ja taidot. Ohjaajan tärkeimpiä vahvuuksia on kyky ymmärtää potilasta, kokemus potilasohjauksesta, kiinnostus asiaa kohtaan ja vuorovaikutustaidot. (Kynäs, Kukurainen & Mäkeläinen 2005, 12–17.) Potilasohjauksen tavoite ja tarkoitus on antaa potilaalle riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä tukea potilaan hallinnan tunnetta pärjätä sairautensa kanssa (Lipponen 2014, 17). Ohjaajan on annettava potilaalle tietoa hänen sairaudestaan ja erilaisista hoitovaihtoehtoista (Sartor 2008, 766). Hoitajan asiantuntijuus perustuu tutkittuun tietoon ohjattavasta asiasta (Kääriäinen 2007, 28). Puutteet ohjaajan tiedoissa ja ohjaustaidoissa voivat vähentää potilasohjauksen selkeyttä, tai potilasohjausta ei ole mahdollista järjestää potilaan omalla kielellä (Saarela 2013, 8). Potilasohjauksen on oltava selkeää ja ymmärrettävää, potilasohjaus tulisi antaa potilaan omalla kielellä ja välttää potilaalle vieraiden sanojen käyttöä (Valvira 2018, viitattu 24.4.2019).

Potilaan itsemääräämisoikeuden huomioiminen ja potilaan osallistaminen päätöksentekoon on todettu potilastyytyväisyyttä lisääväksi tekijäksi. Ohjaajan on kyettävä huomioimaan potilaan yksilöllisiä tarpeita ja varmistaa, että hän on ymmärtänyt potilasohjauksessa annetun tiedon (Sartor 2008, 767; Kajula ym. 2017, 124). Toivonen ja Virtanen tutkimuksessaan totesivat, että yksilöllisellä ohjauksella oli vaikutusta potilaan kokemuksiin leikkauksesta aiheutuvaan kipuun ja pahoinvointiin. Yksilöllisen tarpeen huomioimisella oli vaikutusta myös preoperatiivisiin valmisteluihin, potilaiden tunteisiin ja komplikaatioihin. Yksilöllinen ohjaus tuo positiivisia kokemuksia leikkausta edeltävään

jännitykseen ja pelkoon. (2012, 65–66.) Ohjaajalla on oltava taito kuunnella potilasta ja ottaa huomioon potilaan itsemääräämisoikeus. Potilaalle ei anneta valmiita ratkaisuja, vaan potilaan kanssa yhteistyössä laaditaan hoidon tavoitteet. (Kassara ym. 2005, 42.) Hoitajan rooli on oltava ohjausprosessin asiantuntijana. Asiantuntijuuden lisäksi hyvät vuorovaikutus- ja päätöksentekotaidot, potilaan kehitystä edistävä potilasohjauksen ajoitus, hyvän ilmapiirin luominen ja ohjaustilan hyödyntäminen tukevat laadukkaasti ohjauksen onnistumista. (Kääriäinen 2008, 10–15.) Iso-Britanniassa Tarrant ym. tutkimuksessa kävi ilmi, että ammattilaisten hyvä osallistuminen hoitoon parantaa potilaiden kokemuksia. Tutkimus osoitti, että hoitajilla on ainutlaatuinen rooli potilaan hoidossa ja tiedontarpeissa (2008, 1). Potilaalle tarjottava tuki potilasohjauksen aikana on tiedollista, emotionaalista sekä konkreettista tukea. Tiedollisen tuen avulla voidaan tukea potilasta päätöksien tekemisessä ja antaa neuvoja vertaistukimahdollisuuksista. Tiedollista tukea tarvitsevat myös potilaan omaiset. Emotionaalilla tuella välitetään potilaalle tunne arvostuksesta ja voidaan kannustaa häntä käyttämään omia voimavaroja toipumisessa. Konkreettisella tuella autetaan potilasta toimimaan mahdollisimman itsenäisesti ja ottamaan vastuuta omasta toipumisesta, sekä tarvittaessa antamalla ohjeita mahdollisista apuvälineistä arjessa selviämiseen. (Eloranta & Virkki 2011, 57.) Lehtonen ym. tutkimuksessa selvisi, että preoperatiivisessa potilasohjauksessa täytyy antaa tietoa hoidosta ja sairaudesta sekä psykososiaalista tukea toipumiseen. Tietoa täytyy antaa myös tutkimustuloksista, hoidon vaihtoehdoista, hoitosuunnitelmasta, leikkauksen tarpeesta, syövästä, levinneisyydestä ja ennusteesta. Potilaan on saatava tietoa sairauden hoidosta sairaalassa, leikkaukseen liittyvistä asioista ja riskitekijöistä, potilaan omatoimisuuden vaikutuksista toipumisessa ja kotiutumisesta, sekä sosiaalisuuden tukemisesta ja elämästä leikkauksen jälkeen. (2017, 302–303.)

Yksi psykososiaalisen tuen muoto on erilaiset vertaistukiryhmät ja niistä tiedottaminen potilaille, tai kartoittaminen vertaistukiryhmiin osallistumisen halukkuudesta (McKinnon, Naud, Ashikaga, Colletti & Wood 2007, 434). Lehtonen ym. tutkimuksessa ilmeni, että psykososiaalinen tuki toipumiseen nähden toteutetaan kiinnittämällä huomiota potilaan voimavaroihin ja voimavarojen vahvistamiseen. Tällä pyritään lievittämään ahdistusta ja pelkoa, sosiaalisuuden tukemiseen ja vaikuttamaan positiivisesti elämään leikkauksen jälkeen. Potilaille annetaan positiivista informaatiota selviytymiseen vaikuttavista tekijöistä. Läheinen on potilaalle suuri tuki, jolloin läheisen pääsy potilasohjaukseen on merkityksellinen. Läheisen pääsyn estyminen ohjaukseen vaikuttaa perheen tietoon potilaan tilasta. Tällöin potilaita kannustetaan kertomaan läheiselle ohjauksessa esille tulleista asioista. Potilasohjauksen pohjana on selvittää potilaan tiedontarve sairauteen ja hoitoon liittyen. Psykososiaalinen tukeminen, kuten katseen suuntaaminen toipumisen jälkeiseen elämään on tärkeä

toipumisen kannalta. Potilaat tarvitsevat tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat täytyy ottaa jokaisen potilaan kanssa puheeksi. (2017, 309.) Eturauhassyöpä ja sen hoitomuodot voivat aiheuttaa potilaille impotenssia (Rankinen 2008, 41–50). Sairastuneen kehonkuva muuttuu ja sen vaikutus seksuaalisuuteen voi olla suuri. Kehonkuvan muutokset vaikuttavat suhtautumiseen omaan miehisyyteen. (Hautamäki-Lamminen 2012, 24.) Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää tutkivat ortopedisten leikkauspotilaiden voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista 2009–2010 välisenä aikana sekä hoitajilta, potilailta, että läheisiltä. Potilasohjauksen lähtökohdana on yksilöllisten tiedon tarpeiden ja tilanteiden erilaisuuden huomioiminen, jolla edistetään potilaiden voimavaroja. Tutkimus osoitti, että potilailla, heidän läheisillään ja hoitajilla oli näkemuseroja potilasohjauksen sisällön tietojen suhteen etenkin eettisellä ja taloudellisella tasolla. Sosiaalisella tasolla tulokset ovat yhtenäisiä. Läheisiä tulisi kutsua aktiivisemmin ohjaustilanteisiin mukaan, sillä se nähdään suurena voimavarana hoidon jatkuvuuden turvaamisena potilaalle. (2014, 13–23.)



KUVIO 1. Preoperatiivisen potilasohjauksen lähtökohdat

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla eturauhassyöpöpotilaiden kokemuksia saamastaan preoperatiivisesta potilasohjauksesta ja potilasohjaukseen liittyvistä kehittämistarpeista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää eturauhasen poistoleikkauksen preoperatiivisen potilasohjauksen kehittämisessä. Tiedon avulla voidaan vastata paremmin potilaiden tiedon tarpeeseen toimenpiteeseen valmistautumista ja toipumista ajatellen.

Tällä opinnäytetyöllä haettiin vastausta seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Millaisia kokemuksia eturauhassyöpöpotilailta on saamastaan preoperatiivisesta potilasohjauksesta?
2. Millaisia tarpeita eturauhassyöpöpotilailta on preoperatiivisen potilasohjauksen kehittämiseksi?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin alkusyksyllä 2018. Pyrkimyksenä oli rakentaa vuorovaikutteinen työprosessi tilaajan kanssa. Yliopistollisen sairaalan yhdys henkilön tapaamisen pohjalta alkoi tutkimussuunnitelman laatiminen. Aiheeseen perehdyttiin tutustumalla urologian poliklinikalla annettavaan preoperatiiviseen potilasohjaukseen ja hankkimalla kirjallisuutta, jonka pohjalta tietoperusta kirjoitettiin. Syksyn toisessa tapaamisessa asiantuntijoiden kanssa tarkentui tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä. Kesäkuussa 2019 suunnitelma hyväksyttiin ja tutkimuslupa myönnettiin. Urologisen vuodeosaston ja urologian poliklinikan henkilökunnalle kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista, sekä aloituksen ajankohdasta. Potilaskysely toteutettiin elo-lokakuu 2019 aikana. Potilaskyselytoteutuksen jälkeen aloitettiin tutkimusaineiston analysoinnin sekä opinnäytetyön raporttiosuuden kirjoittaminen.

5.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksessa voidaan käyttää kvantitatiivista eli määrällistä, kvalitatiivista eli laadullista tai niitä yhdistelevää lähestymistapaa. Laadullisessa tutkimuksessa kerätään tietoa haastattelun tai kyselyn avulla ihmisten omista kokemuksista ja saadaan empiiristä tietoa siitä, miten kyselyyn osallistuneet ovat itse asian kokeneet. (Polit, Beck & Hungler 2001, 186; Taylor, Bogdan & DeVault 2016, 7–8.) Laadullisen tutkimuksen keskeisiin piirteisiin kuuluu kokonaisvaltaisuus, havaintojen tekeminen, induktiivisuus, aineistonkeruun joustavuus, tarkan kohderyhmän valinta, tutkimussuunnitelman muovautuminen tutkimuksen edetessä, aineiston rikkaus ja tulosten ainutlaatuisuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.) Määrällisessä tutkimuksessa tutkittua tietoa tarkastellaan numeerisesti. Määrällinen tutkimusmenetelmä kertoo aineistossa esille tulleen tiedon erot jakaumista ja vastaa kysymyksiin: kuinka moni, kuinka paljon. (Vilka 2007, 14.)

Tässä opinnäytetyönä tehdyssä tutkimuksessa tutkimusmenetelmänä oli laadullinen kyselytutkimus. Vastaajilta haluttiin henkilökohtaisiin kokemuksiin perustuvaa tietoa potilasohjauksen laadusta. Kyselytutkimuksella hankitaan ja tarkastellaan tietoa ihmisten toiminnasta, käsityksistä, asenteista ja arvioinneista. Kyselylomake on mittausväline, jolla mitataan mielipiteitä ja palautteita. (Vehkalahti 2008, 11.) Kyselyn osioita voidaan kutsua avoimiksi tai suljetuiksi. Avoimessa osiossa voidaan kysymyksiin vastata vapaamuotoisesti, suljetussa osiossa vastausvaihtoehdot on annettu

valmiiksi. (Vehkalahti 2008, 24.) Näin tehtiin tämän kyselyn taustakysymysten kohdalla. Taustakysymysten kohdalla käytettiin määrällistä tutkimusmenetelmää, joka palveli toimeksiantajan tarpeita. Määrällisillä kysymyksillä mitattiin kyselyyn osallistuneiden yleiskäsityksiä ohjauksen sisällöstä.

Kyselyssä aineisto kerätään standardoidusti. Kysymykset ovat yhtenäiset ja täsmälleen samanlaiset kaikille vastaajille. (Hirsjärvi ym. 2009, 193.) Kyselytutkimuksessa on myös omat edut ja haitat. Kyselytutkimuksella voidaan kerätä laaja osallistujajoukko vastaajia ja sillä voidaan myös kysyä kattavammin asioita. Kyselytutkimuksessa aikataulu ja kustannukset voidaan määritellä tarkemmin. (Hirsjärvi ym. 2009, 196.) Ongelmaksi voi mainita aineiston analysoinnin haastavuuden. Avoimia kysymyksiä käyttäessä aineiston analysointi vie enemmän aikaa, kuin monivalintakysymyksiä analysoidessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

5.2 Kyselylomakkeen kehittäminen

Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin tutkittuun tietoon perustuen. Tutkittua tietoa haettiin useista eri tietokannoista. Tiedonhaku tehtiin sekä kotimaisten, että kansainvälisten tietokantojen kautta. Tiedonhaussa käytettiin apuna Oulun ammattikorkeakoulun Kontinkankaan kirjaston informaatiikoita. Tietoa haettiin seuraavista tietokannoista: Finna.fi, Leevi – Arto, Medic, Ebsco, CINAHL, Elsevier Science Direct Freedom Collection, Wiley Online, Library sekä PubMed. Hakusanoina käytettiin: potilasneuvonta, potilasohjaus, patient education, patient counselling, patient guidance, eturauhassyöpä, prostate cancer. prostate removal, resurssit, valmiudet, haasteet, preoperatiivinen, preoperative, perioperatiivinen, perioperative, urologinen, sekä prostatektomia, prostatectomy.

Kyselylomakkeen kehittäminen (kuvio 2.) aloitettiin laatimalla avoimet kysymykset potilasohjauksen teoriaan perustuen. Avoimilla kysymyksillä kyselyyn osallistujien on mahdollista kertoa omin sanoin, millaista potilasohjausta he kaipaavat, jos he eivät koe ohjauksen olevan riittävää. Avoimet kysymykset haastavat vastaajaa kertomaan tarkemmin omista kokemuksistaan (Salmon 2013, 1). Kyselylomakkeen potilasohjauksikysymykset pohjautuivat kolmeen teemaan, jotka perustuivat aikaisempiin tutkimuksiin potilasohjauksesta. Teemat olivat potilasohjauksen resurssit, -sisältö ja ohjauksen ohjausvalmiudet. Kysymykset muokattiin avoimeen muotoon, joihin oli vastattava useammalla sanalla. Näin saatiin mahdollisimman rikkaita kokemuspohjaisia vastauksia. Kyselylomake tehtiin ainoastaan suomenkielellä, koska ruotsia tai muita kieliä puhuvia oli tutkittavien joukossa selkeästi vähemmän. Kyselylomake on liitteenä. (Liite 1.)

Kyselylomake oli viisisivuinen. Ensimmäiselle sivulle laadittiin tiedote ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden tekemästä tutkimuksesta opinnäytetyönä, jossa kävi ilmi mitä tutkitaan. Osallistumisen vapaaehtoisuutta ja vastaajan yksityisyyden suojaa korostettiin. Tiedotteessa kerrottiin lyhyesti potilasohjauksen teoriasta ja miksi aiheesta oli tärkeää saada lisää tietoa. Kyselytutkimuksen toteutuksen ajankohta ja tutkimustulosten julkaisupaikka ilmoitettiin. Tiedotteesta löytyivät myös opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot.

Ennen varsinaista kyselytutkimuksen aloittamista asiantuntija-arviointiryhmä kommentoi kyselylomaketta. Asiantuntija-arviointiryhmä koostui yhdestä menetelmäasiantuntijasta, kahdesta sisällönasiantuntijasta, sekä yhdestä ammattikorkeakoulun terveystalon opiskelijasta. Asiantuntija-arvioinnin tarkoituksena oli varmistaa, että potilaskyselyn kysymykset olivat ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä sekä tutkimuksen kannalta relevantteja (Hiltunen 2009, viitattu 20.5.2019). Asiantuntija-arvioinnin ja siitä saamien kommenttien jälkeen kyselylomaketta työstettiin uudelleen ja sitä tarkasteltiin vielä kesäkuussa asiantuntijapaneelissa. Kesäkuussa 2019 asiantuntijapaneeli kokoontui urologian poliklinikalla kyselylomakkeen muokkausta varten. Asiantuntijapaneeliin osallistui yksi menetelmäasiantuntija, kaksi sisällönasiantuntijaa ja kaksi opinnäytetyön tekijää. Paneelissa käsiteltiin opinnäytetyön kyselylomakkeen sisältöä ja kyselyyn lisättiin urologian poliklinikan ehdottamia taustakysymyksiä. Ennen varsinaista tutkimusta kyselylomake esiteltiin kahdella kohdehenkilöllä, jotka löytyivät sairaanhoitajaopiskelijoiden lähipiiristä. Kohdehenkilöiden iät olivat 56 ja 73 vuotta. Esitestauksessa kävi ilmi, että kysymykset olivat ymmärrettäviä ja kyselylomakkeen ulkoasu selkeä.



KUVIO 2. Kyselylomakkeen kehittäminen.

Kyselylomakkeen alussa kysyttiin potilaan taustatietokysymysten lisäksi kolme urologian poliklinikan valitsemaa taustakysymystä. Taustatiedoissa kysyttiin tutkittavan ikä, siviilisääty ja milloin eturauhassyöpä on todettu. Taustakysymysten pohjalta urologian poliklinikka halusi tietää, ovatko potilaat hankkineet taustatietoa Terveyskylän internetsivuilta. Kokivatko potilaat hoitoneuvotteluviideon ja lantiopohjanlihasjumppa-ohjauksen hyödylliseksi, tai millaista lantiopohjanlihasjumppa-ohjausta potilaat olisivat kaivanneet, jos he kokivat sen riittämättömäksi. Lopuksi potilaat saivat antaa kokonaisarvosanan sairaanhoitajan toteuttamasta preoperatiivisesta ohjauksesta.

Potilasohjauksen resursseja ovat ohjaukseen käytetty aika sekä ohjaustila ja niistä kysyttiin kokemuksia seuraavilla kysymyksillä: ”Kerro, millaiseksi koit ohjaukseen käytetyn ajan riittävyyden? Jos aikaa ei mielestäsi ollut ohjaukselle riittävästi, niin miksi ei?” sekä ”Millainen tila oli missä ohjaus toteutettiin? Millainen kokemus sinulle jäi tilasta?”

Potilasohjauksen sisältöön liittyviä tekijöitä ovat ohjattavaan aiheeseen liittyvä tieto ja kuinka tietoa annetaan. Sisällöstä pyydettiin kertomaan kokemuksia seuraavilla kysymyksillä: ”Mistä asioista halusit tietoa ennen ohjausta? Miten tiedontarpeesi huomioitiin ohjauksen aikana?”, ”Mitkä asiat koit hyödylliseksi ennen toimenpidettä annetussa ohjauksessa?” sekä ”Minkälaisiksi koit saamasi kirjalliset ohjeet toimenpiteeseen valmistautumisesta ja toipumiseen vaikuttavista asioista?”

Ohjausvalmiuksilla tarkoitetaan ohjaajan ohjaustaitoja. Miten kyselyyn osallistujat kokivat ohjaajan taidot, sitä selvitettiin seuraavilla kysymyksillä: ”Millaiseksi koit sairaanhoitajan ohjaustaidot? Kuvaile, miten se näkyi hänen tavassaan antaa ohjausta.” ja ”Millä tavoin ohjauksessa huomioitiin mahdollinen tarpeesi henkiseen tukeen?”

Kyselyn lopuksi osallistujat kertoivat kehittämistarpeitaan ohjaukselle seuraavien kysymysten alle ”Jäikö ohjauksesta jotain kysymyksiä, mihin et saanut vastausta? Jos jäi, niin mihin kysymyksiin olisit toivonut saavasi vastauksen?” sekä ”Millaisia kehitysehdotuksia sinulla on toimenpiteeseen tulevan potilaan ohjaukseen?”

Avoimia kysymyksiä käyttämällä saatiin tietoa potilaiden omista kokemuksista potilasohjauksesta. Antamalla potilaan kertoa tutkimusaiheesta omin sanoin saadaan mahdollisesti ennakoimatonta tietoa (Salmon 2013, 1).

5.3 Kyselyyn osallistujat

Tässä opinnäytetyönä tehdyssä tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa. Kyselyyn osallistujat olivat eturauhassyöpöpotilaita, jolle oli tehty RALP-leikkaus. Tutkittavien valinta kohdistui RALP-potilaisiin, koska heidän saamasta ohjauksesta on vähän tutkimustietoa ja urologian poliklinikka halusi saada tietoa siitä, kuinka ohjausta voitaisiin kehittää. Kyselytutkimuksen sisäänottokriteereitä olivat: 1) kaikki 18 vuotta täyttäneet-, 2) suomenkieliset, 3) eturauhasen syöpään sairastuneet RALP-leikkauksella hoidetut potilaat, 4) jotka olivat saaneet preoperatiivista potilasohjausta tällä tietyllä urologian poliklinikalla.

5.4 Aineistonkeruu

Kyselytutkimus toteutettiin urologisella vuodeosastolla sekä urologian poliklinikalla. Aineisto kerättiin vuodeosastolla olevilta ja kontrollikäynneillä käyneiltä eturauhassyöpöpotilailta. Aineistonkeruun perusmenetelminä pidetään kyselyä, haastattelua, havainnointia ja dokumentteja (Polit ym. 2001, 263, 267; Hirsjärvi ym. 2009, 192). Aineistokeruun joustavuus on yksi keskeisimmistä laadullisen tutkimuksen piirteistä (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä.

Kyselylomakkeita toimitettiin yhteensä 44 kappaletta ja niitä palautui 25 (vastausprosentti 57). Urologian poliklinikan sekä urologisen vuodeosaston hoitajat ohjeistettiin rekrytoimaan kyselytutkimukseen sopivat miehet. Urologisen vuodeosaston hoitajat antoivat kyselytutkimuksesta tiedotteen potilaille ja ohjasivat kaikki kyselytutkimukseen osallistumisesta kiinnostuneet vastaamaan kyselylomakkeeseen. Hoitajat antoivat kyselytutkimukseen osallistumisesta tarvittavaa informaatiota ja tekivät yhteistyötä opinnäytetyön tekijöiden kanssa. Mukana kyselytutkimuksessa olivat myös aiemmin toimenpiteessä käyneet, jotka olivat ensimmäisellä kontrollikäynnillä urologian poliklinikalla toimenpiteen jälkeen. Kontrollikäynnillä sairaanhoitaja varmisti potilaalta, onko hän vastannut kyselyyn aikaisemmin vuodeosastolla. Kyselyyn osallistuja vastasi kyselyyn itsenäisesti. Kyselyn ajoittaminen on tärkeää, jotta vastausprosentti olisi mahdollisimman hyvä (Vilka 2007, 28). Vastaamisen jälkeen potilaat palauttivat kyselylomakkeet kirjekuoreissa vuodeosastolla ja poliklinikalla hoitajalle, jonka jälkeen vastauskuoret säilytettiin vastauslaatikoissa.

5.5 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on nykyisin terveydenhoidon laadullisissa tutkimuksissa eniten käytetty malli (Elo & Kyngäs 2007, 108). Analyysitavat voidaan jakaa selittämiseen pyrkivään ja ymmärtämiseen pyrkivään lähestymistapaan. Laadullisen tutkimuksen kohdalla analyysitapana käytetään ymmärtämiseen pyrkivää, jossa käytetään laadullista analyysia ja tehdään päätelmiä tutkitusta ilmiöstä. Tavallisimmat analyysimenetelmät ovat teemoitus, tyypittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi. (Hirsjärvi ym. 2009, 224.)

Määrällisten kysymysten analyysitapa valitaan tutkittavan asian mukaan (Vilka 2007, 119). Tässä opinnäytetyönä tehdyssä tutkimuksessa taustatietojen ja taustakysymysten analysointi tapahtui määrällisen aineiston analyysin mukaan ja analysoinnissa käytettiin hajontalukuja selvittämään esimerkiksi, kuinka moni kyselyyn osallistuneista oli parisuhteessa tai kuinka moni oli katsonut hoitoneuvotteluvideon. Sijaintilukua käytettiin selvittämään keskiarvoa kyselyyn osallistuneiden antamasta kokonaisarvosanasta sairaanhoitajan toteuttamasta potilasohjauksesta (kuvio 3.). Kokonaisarvosanaa arvioitiin Likertin viisiportaisella asteikolla: 5=kiitettävä – 1=huono. Likert asteikko on yleinen mielipiteiden ja asenteiden vastausasteikko. Se koostuu yleensä viidestä portaasta ja kyselyyn osallistuja valitsee asteikosta parhaiten omaa mielipidettään vastaavan vaihtoehdon. (Heikkilä 2004, 53.)

Laadullista sisällönanalyysia voidaan tehdä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti (Elo & Kyngäs 2007, 109; Tuomi & Sarajärvi 2018, 107). Deduktiivisessä päätelyssä säilytetään totuus mukana koko prosessin ajan. Tutkimustuloksella voidaan uudistaa sekä vahvistaa jo tiedettyä käsitystä tutkimusaiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107.) Induktiivinen malli pohjautuu aineistolähtöiseen analysointiin. Mikäli aiheesta ei ole paljon aikaisempaa tutkimustietoa, tai tieto on pirstaleista, on suositeltavaa käyttää induktiivista mallia. Induktiivisessa sisällönanalyysissa kerätty laadullinen tieto ryhmitellään saman suuntaisten vastausten perusteella, eli hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan selkeää ja yhtenäistä informaatiota johtopäätöksen tekoa varten. (Elo & Kyngäs 2007, 109.) Induktiivisen mallin riskinä on tutkijan tulkinnanvaraisuus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109). Tässä opinnäytetyönä tehdyssä tutkimuksessa analysointitapana käytettiin sekä induktiivisen ja deduktiivisen sisällönanalyysin yhdistelmää. Aineiston pääkategorioiden valinnassa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia ja pääkategorioiden sisältöä analysoidessa analyysitapana käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.

Aineiston analyysillä haetaan vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineiston analyysissä aineisto puretaan ja sisällöltään yhtenevät yhdistetään. Aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, jolloin saadaan vastaus tarkoitukseen ja tehtäviin. Analyysi jakautuu analyysivaiheeseen ja tulkintavaiheeseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.) Analyysin tekemisen tarkka selittäminen on tärkeää, jotta lukijan on helppo ymmärtää analyysin vaiheet. Analyysin esityksessä on tärkeässä osassa luokittelujen tarkka toteuttaminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Analyysivaiheen alussa perehdytään aineistoon ja hahmotetaan aineiston yleiskuva (Kylmä & Juvakka 2007, 116).

Aineistoon perehtymisen jälkeen alkaa aineiston järjestäminen analysointia varten (Hirsjärvi ym. 2009, 222). Sisällönanalyysin päävaiheet jakautuvat kolmeen ryhmään, jotka ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Kylmä & Juvakka 2007, 116). Aineiston pelkistäminen ts. tiivistäminen tarkoittaa, että aineistosta poistetaan kaikki epäolennainen, jolloin vain olennainen sisältö säilyy (Kylmä & Juvakka 2007, 117). Merkityksellisiä alkuperäisilmauksia käytettiin aineiston analyysissä esimerkkeinä (Kylmä & Juvakka 2007, 116). Aineisto ja tekijöiden tulkinta aineistosta ohjaavat pelkistettyjen ilmaisujen yhdistämiseen, jonka jälkeen kategoria nimetään (Kylmä & Juvakka 2007, 118). Jo aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyvaiheessa on mukana abstrahointia. Se asettuikin liittämällä näiden vaiheiden kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 119.) Vastauksia on kyettävä pelkistämään kategorioihin, jotka vastaavat tutkittua aihetta luotettavalla tavalla (Elo & Kyngäs 2007, 112).

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen aineiston analysointi aloitettiin aineistoon perehtymisellä ja selvittämällä, mitä aineisto kertoo potilasohjauksesta. Teorialähtöisen sisällönanalyysin mukaan aineistosta lähdettiin etsimään pääkategorioita kysymysten pohjalta. Pääkategorioita olivat: potilasohjauksen resurssit, potilasohjauksen sisältö ja ohjausvalmiudet. Vastaukset koottiin Excel-tilukkomuotoon, jonka jälkeen vastauksista muodostettiin taulukot (taulukko 2. ja taulukko 3.). Tämän jälkeen potilasohjaukseen liittyvien pääkategorioiden sisällöt analysoitiin induktiivisen eli aineistolähtöisyyden mukaan. Vastaukset koottiin Excel-tilukkomuotoon, josta vastausten yhdenmukaisuutta ja toistuvia asioita oli helppo hahmottaa. Koko aineisto purettiin vielä Word-asiakirjapohjaan, johon saatiin selvästi vastauksien alkuperäisilmaisut ja niistä muodostuneet pelkistetyt ilmaukset, jotka ryhmiteltiin pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien mukaan.

Näin muodostettiin alakategoriat. Lopuksi aineisto abstrahointiin. Alakategorioissa esille tulleista asioista muodostettiin yläkategoriat. Tämän jälkeen yläkategoriat yhdistettiin pääkategorioihin, jolloin saatiin muodostettua analyysi potilaiden kokemuksista saamastaan potilasohjauksesta. Lopuksi palattiin vielä alkuperäiseen aineistoon ja tarkastettiin analyysin oikeinymmärrys.

Tulokset kuvailtiin sisällön mukaan niin, että käsitteet jaoteltiin ryhmiin kokemusten ja käsitteiden perusteella. Kaikista kyselytuloksista tehtiin taulukot, joiden avulla analysointia havainnollistettiin. Analysoinnin jälkeen tehtiin johtopäätökset siitä, miten saatua tietoa voidaan hyödyntää ohjauksen kehittämisessä ja mitkä olisivat jatkotutkimustarpeet. Analyysiprosessi alkuperäisilmauksista pääkategorioihin esitetään taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Esimerkkejä aineiston alkuperäisistä ilmauksista ja pelkistyksistä, sekä kategorioista

ALKUPERÄIS-ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Kirjalliset ohjeet riittävät ja tosi selkeät! Ei liikaa "tavaraa". Niistä 10.	Kirjalliset ohjeet riittävät ja selkeät.	Ulkoasu, sisältö, hyöty	Kirjallinen materiaali	Ohjauksen sisältö
Sivuvaikutuksista ja niiden todennäköisyyksistä.	Sivuvaikutukset käsiteltiin selkeästi.	Valmistautuminen, toimenpide, riskitekijät, sivuvaikutukset	RALP-toimenpide	
Virtsanpidätyksestä ja milloin se loppuu.	Virtsanpidätykseen liittyvät asiat.	Inkontinenssi	Fyysiset muutokset	
Leikkauksen jälkeisistä oireista. Toipumisesta.	Hyvä tiedontarpeen huomioiminen oireisiin ja toipumiseen.	Oireet	Toipuminen	

6 TULOKSET

6.1 Aineiston kuvaus

Kyselyyn osallistui yhteensä 25 RALP-potilasta, joista 7 (28 %) oli vastannut urologian poliklinikalla, kontrollikäynnillä ja 18 (72 %) urologisella vuodeosastolla. Taustatiedoilla selvitettiin osallistujien ikä, siviilisääty ja eturauhassyövän toteamisajankohta. Taustakysymyksillä selvitettiin, kuinka moni kyselyyn osallistuja oli hakenut lisätietoa eturauhassyövästä ja leikkaushoidosta Terveyskylän internetsivuilta, oliko lantionpohjanlihasjumperi riittävä ja millaista lantionpohjanlihasjumperiä osallistuja olisi kaivannut. Kyselyyn osallistuja antoi myös kokonaisarvosanan sairaanhoitajan toteuttamasta ohjauksesta. Kyselyyn osallistujien kokemus tarvitsemastaan lantionpohjanlihasjumperin ohjauksesta kuvaillaan osallistujien alkuperäisilmauksin. Tulokset potilasohjauksesta esitetään kuviossa 4. Kehittämistarpeet kuvaillaan osallistujien alkuperäisilmauksin.

6.1.1 Taustatiedot

Vastaajien ikävaihtelu oli 51–77 vuotta. Vastaajista 64 % oli avioliitossa ja 20 % avoliitossa. Naimattomia ilmoitti olevan 8 % ja eronneita myös 8 % vastanneista. Eturauhassyöpä oli pääsääntöisesti todettu vuoden 2019 aikana, jolloin 20 kyselyyn osallistujaa sai syöpädiagnoosin. Vuonna 2014 eturauhassyöpä todettiin vain yhdellä kyselyyn osallistujalla, samoin vuonna 2017. Kahdella kyselyyn osallistujalla eturauhassyöpä oli todettu vuonna 2018. Yksi kyselyyn osallistuja ei maininnut eturauhassyövän toteamisen ajankohtaa. Tutkittavien taustatiedot kuvataan taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Tutkittavien taustatiedot (n = 25)

Taustatiedot	n	%
Ikä		
50–54	2	8
55–64	5	20
65–74	16	64
75–84	1	4
Ei mainittu	1	4
Siviilisääty		
Naimaton	2	8
Avoliitossa	16	64
Avoliitossa	5	20
Rekisteröidyssä parisuhteessa	0	0
Eronnut	2	8
Leski	0	0
Syövän toteamisajankohta		
2014	1	4
2017	1	4
2018	2	8
2019	20	80
Ei mainittu	1	4

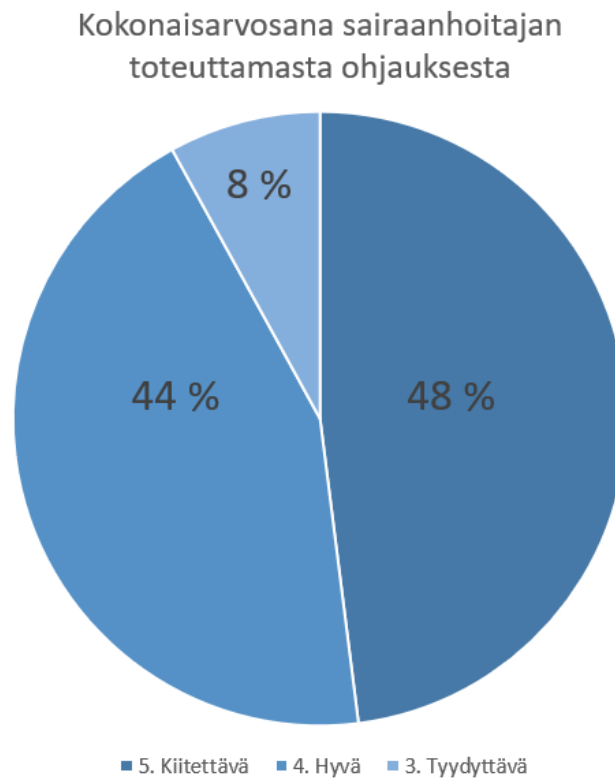
6.1.2 Taustakysymykset

52 % vastanneista kertoi hakeneensa lisätietoa eturauhassyövästä ja leikkaushoidosta Terveyskylän internetsivulta. 44 % vastanneista oli katsonut Urologian poliklinikan hoitoneuvotteluvideon. Yhdeksän 11:sta videon katsoneesta oli vastannut kokeneensa videon hyödylliseksi. Kukaan tähän vastanneista ei pitänyt videota hyödyttömänä. 80 % vastanneista koki lantionpohjanlihasjumppaohjauksen riittävänä, vain viidenneksen mielestä se ei ollut riittävää. Lantiopohjanlihasjumpan ohjauksen kehittämistarpeita selvitettiin yhdellä avoimella kysymyksellä. Potilaat kuvailivat lantionpohjanlihasjumpan kehittämistarpeitaan seuraavasti: ”Piirroksin rautalanka = yksin? lihastunnistus”, ”Perusteellista” ja ”Tukiryhmä”. Taustakysymysten vastaukset kuvataan taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Taustakysymykset (n = 25)

Taustakysymykset	n	%
Onko hakenut lisätietoa Terveyskylän internetsivuilta?		
Kyllä	13	52
Ei	12	48
Onko katsonut hoitoneuvotteluvideon?		
Kyllä	11	44
Ei	14	56
Koettiinko hoitoneuvotteluvideo hyödylliseksi? (n = 9)		
Kyllä	9	100
Ei	0	0
Koettiinko lantionpohjanlihasjumppaohjaus riittävänä?		
Kyllä	20	80
Ei	5	20

Sairaanhoidajien antama preoperatiivinen potilasohjaus sai kyselyyn osallistuneilta kokonaisarvosanan 4,4. Kiitettävän antoi 12 vastanneista, 11 antoi hyvän ja kaksi vastaajaa arvioi saamansa ohjauksen tyydyttäväksi. Yhtään välttävää tai huonoa arvosanaa ei annettu. Kokonaisarvosana potilasohjauksesta kuvataan kuviossa 3.



KUVIO 3. Kokonaisarvosana sairaanhoitajan toteuttamasta potilasohjauksesta

6.2 Eturauhasen poistoleikkauksen preoperatiivinen potilasohjaus

Kyselyn tulokset jakautuivat potilasohjauksen pääkategorioihin, jotka olivat: **potilasohjauksen resurssit, potilasohjauksen sisältö, ohjausvalmiudet**. Ensimmäisen tutkimustehtävän tulokset esitettiin ohjauksen resurssien, ohjauksen sisällön ja ohjausvalmiuksien mukaan. Toisen tutkimustehtävän tulokset esitettiin kehittämistarpeiden mukaan. Kyselyn tulokset potilasohjauksen resursseista, potilasohjauksen sisällöstä ja ohjausvalmiuksista esitetään kuviossa 4.

6.2.1 Potilasohjauksen resurssit

RALP-toimenpiteessä käyneiden kyselyyn osallistujien kokemukset jakautuivat potilasohjauksen resursseihin liittyen kahteen yläkategoriaan: **aika** ja **ohjaustila**. Kyselyyn osallistujat vastasivat kokemuksiensa mukaan potilasohjauksen resursseissa esiintyviin asioihin, joita olivat ajan riittävyys ja kokemus ohjaustilasta.

Kyselyssä tiedusteltiin tutkittavien kokemuksia potilasohjaukseen käytetystä ajasta. Potilasohjaukseen käytetty **aika** jakoi kokemuksia. Ohjaukseen käytetty aika muodosti vielä kolme alakategoriaa: priorisointi, teho ja ajan puute. Ohjaukseen käytetyn ajan koettiin olevan järkevää ja aika koettiin sopivana tarvittavien tietojen saamiseen. Aika käytettiin tehokkaasti hyväksi. Ohjauksessa käytetty aika nosti esiin myös kokemuksia ohjaukseen käytetyn ajan rajallisuudesta. Ohjaukseen käytetyn ajan koettiin olevan vähäistä ja kiireistä. Osallistujia pyydettiin kertomaan oma kokemus **ohjaustilasta**, jossa potilasohjaus toteutettiin. Kokemukset ohjaustilasta jakautui kahteen alakategoriaan: keskittymiseen vaikuttavat tekijät ja vaikutelma. Tila, missä ohjaus toteutettiin, koettiin pääsääntöisesti neutraalina. Tila koettiin pääasiassa rauhallisena ja häiriöttömänä, jolloin ohjaukseen oli helppo keskittyä. Tämä mahdollisti myös hyvään toimenpiteeseen valmistautumiseen; rauhallisessa tilassa saatu ohjaus koettiin ymmärrettävän paremmin. Ohjaustila herätti negatiivisia kokemuksia viihtyvyyden suhteen, koska se koettiin karuna ja pienenä.

”Ohjauksen ja siihen käytetty aika oli järkevä.”

”Kiireistä se oli”

”Hyvä ja asiallinen. Oli helppo kuunnella ja keskustella. Mitään häiriötekijöitä ei ollut.”

6.2.2 Potilasohjauksen sisältö

Kyselyyn osallistuneiden kokemukset potilasohjauksen sisällöstä jakautuivat neljään yläkategoriaan: **RALP-toimenpide**, **fyysiset muutokset**, **toipuminen** ja **kirjalliset materiaalit**. Kyselyssä tiedusteltiin kokemuksia hyödyllisistä asioista ennen toimenpidettä saadussa potilasohjauksessa ja kokemuksia potilasohjauksessa käytettävistä kirjallisista materiaaleista toimenpiteeseen valmistautumisessa. Kyselyssä tiedusteltiin potilaiden tiedontarvetta ennen potilasohjausta ja sen huomioon ottamista ohjauksessa.

RALP-toimenpide jakautui neljään alakategoriaan: toimenpiteeseen valmistautuminen, toimenpide, riskitekijät ja sivuvaikutukset. Toimenpiteeseen valmistautuminen ja toimenpiteen läpikäyminen koettiin tärkeänä asiana potilasohjauksessa. RALP-toimenpiteestä kertominen kokonaisuudessaan koettiin hyödyllisenä. Toimenpiteeseen liittyvistä riskitekijöistä ja sivuvaikutuksista haluttiin tietoa. Mahdolliset riskitekijät ja sivuvaikutukset koettiin käsiteltävän tarkasti ohjaustilanteissa. **Fyysiset muutokset** muodostivat alakategorian: inkontinenssi. RALP-toimenpiteen aiheuttamien fyysisten muutoksien huomioiminen ohjauksen aikana koettiin tärkeänä asiana. Hyödylliseksi koettiin lantionpohjanlihasjumpaan- ja virtsaamiseen liittyvien asioiden läpikäyminen. **Toipumisen** läpikäyminen ja siihen liittyvistä asioista kertominen koettiin tärkeänä ohjauksessa. Toipuminen muodosti alakategorian: oireet. RALP- toimenpiteestä toipuminen ja tieto sen aiheuttamista oireista koettiin hyödyllisenä. Toipumiseen ja toimenpiteen jälkeisiin oireisiin kiinnitettiin huomiota tarkasti. Toimenpiteen jälkeen ilmaantuvista oireista keskusteltiin ja annettiin ohjeita tulevaisuutta ajatellen. Kyselyyn osallistujat kokivat saavansa tietoa oman olonsa helpottamiseen toimenpiteen jälkeen. Tiedontarve koettiin otettavan hyvin huomioon selkeällä ja rauhallisella ohjeiden läpikäymisellä ja tarvittavien tietojen antamisella. Kokemukset **kirjallisista materiaaleista** jakautuivat kolmeen alakategoriaan: ulkoasu, sisältö ja hyöty. Kirjalliset materiaalit koettiin selkeinä ja helposti luettavina. Sisällöllisesti materiaalit olivat riittävät ja tarpeelliset, jotka tukivat toimenpiteeseen valmistautumista. Kirjalliset materiaalit aiheuttivat myös eriäviä kokemuksia niiden riittävydestä. Materiaaleja koettiin olevan jopa liikaa. Kirjalliset materiaalit koettiin kannustaviksi ja niillä koettiin olevan positiivinen vaikutus toipumiseen.

”Leikkauksen jälkeisistä oireista. Toipumisesta. Huomioitiin hyvin.”

”Sivuvaikutuksista ja niiden todennäköisyydestä. Asioita käsiteltiin tarkoituksenmukaisesti ja selkeästi.”

”Ohjeet ovat kattavat ja tukevat toimenpiteen onnistumista.”

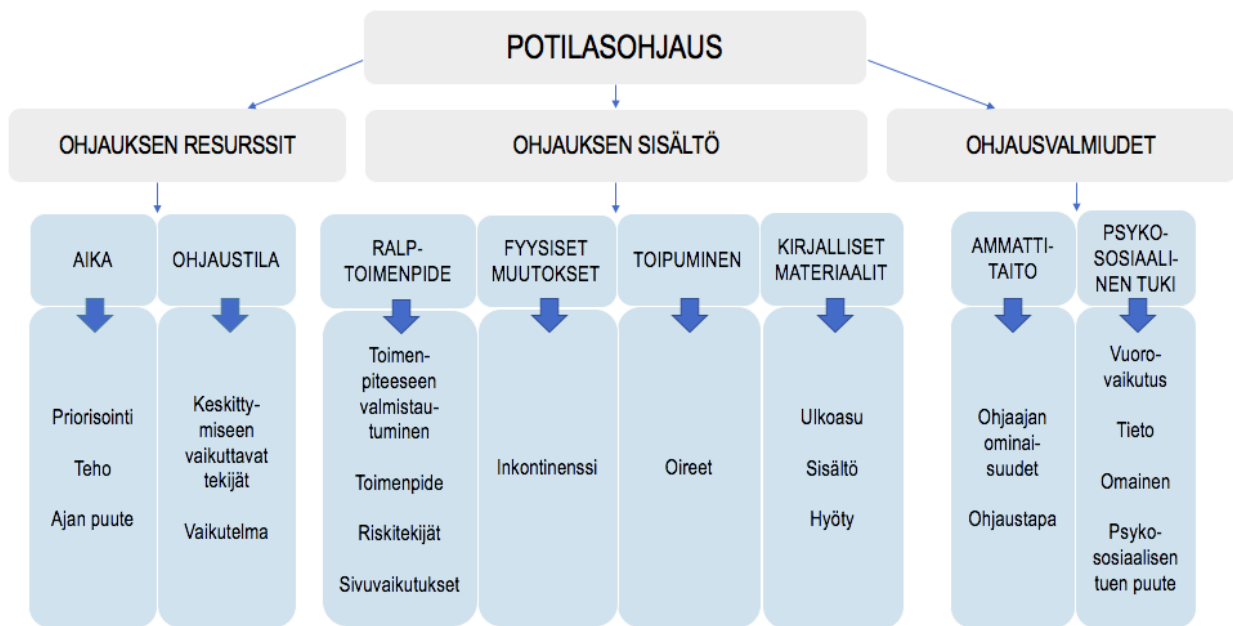
6.2.3 Ohjausvalmiudet

Kyselyyn osallistuvien kokemukset sairaanhoitajien ohjausvalmiuksista jakautuivat kahteen yläkategoriaan: **ammattitaito** ja **psykososiaalinen tuki**. Kyselylomakkeella tiedusteltiin kokemuksia sairaanhoitajien ohjaustaidoista ja niiden näkymisestä potilasohjauksessa. Kokemuseräistä tietoa saatiin myös psykososiaalisen tuen tarpeen huomioinnista.

Sairaanhoidajan ohjaustaidot koettiin näkyvän ohjaustilanteessa **ammattitaitona**, joka jakautui kahteen alakategoriaan: ohjaajan ominaisuudet ja ohjaustapa. Ammattitaito näkyi potilasohjauksessa rauhallisuutena ja ohjaajan luotettavuutena. Rauhallinen olemus, perehtyneisyys ja selkokieli ohjattavaan asiaan näkyi ohjauksessa, jonka seurauksena se koettiin luotettavuutena ohjaajaa kohtaan. Ohjaajaa koettiin myös olevan helppo lähestyä. Ohjaajan ohjaustapa, jolla potilasohjausta annettiin, koettiin olevan käytännönläheistä ja selkeää. Ohjaustapa koettiin myös negatiivisena asiana. Potilasohjauksessa esille tulleiden asioiden kertausta ei koettu tapahtuvan ohjauksen aikana. Tiedon kertaus olisi koettu hyödyllisenä tulevaisuutta ajatellen. Ohjaajan koettiin pitävän ohjauksessa läpikäytäviä asioita itsestään selvänä tutkittavalle. **Psykososiaalinen tuki** koettiin yhtenä ohjaajan ohjausvalmiuksista. Psykososiaalinen tuki jakautui neljään alakategoriaan: vuorovaikutus, tieto, omainen ja psykososiaalisen tuen puute. Psykososiaalinen tuki koettiin otettavan huomioon keskustelemalla psykososiaalisen tuen tarpeesta ja keskustelemalla psykososiaalisesta tuesta ja sen tärkeydestä. Tukea antoi myös ohjaajan positiivinen ote ohjaukseen ja potilaaseen. Psykososiaalisen tuen tarve koettiin otettavan huomioon antamalla tietoa psykososiaalisen tuen tarjonnasta ja koko leikkausprosessin kokonaisuudesta. Omaisen huomiointi ja aviopuolison läsnäolo ohjauksessa koettiin tärkeänä asiana ohjauksen onnistumisessa. Omaisen läsnäolo ohjauksen aikana koettiin tärkeänä psykososiaalisen tuen lähteenä. Psykososiaalisen tuen saaminen koettiin vahvasti myös puutteellisena. Kokemukset psykososiaalisen tuen saamisesta painottuivat tuen huomioimattomuuteen. Tuen saaminen koettiin riittämättömänä, heikkona tai sitä ei koettu saavan lainkaan. Psykososiaalista tukea koettiin tarvitsevan enemmän jo syövän toteamisvaiheessa.

“Ohjeet ja neuvot annettiin selkeästi ja ammattimaisesti.”

“Ei mielestäni mitenkään. Voisi painottaa enempi eri mahdollisuuksia.”



KUVIO 4. Tulokset potilasohjauksesta.

6.3 Preoperatiivisen potilasohjauksen kehittämistarpeet

Kyselyyn osallistuneilta tiedusteltiin potilasohjauksen kehittämistarpeita tulevaisuuden preoperatiivisen potilasohjauksen parantamiseksi. Kehittämistarpeet jakautuivat kuuteen yläkategoriaan: **tavoitettavuus, tieto, aika, konkreettinen ohjaus, vuorovaikutus** ja **psykososiaalinen tuki**. Kehittämistarpeita annettiin niistä asioista, joita potilasohjauksessa ei koettu olevan, jotka olivat potilasohjauksessa puutteellisia tai johon kyselyyn osallistujat olisivat toivoneet saavan vastauksen.

Parempaa **tavoitettavuutta** terveysalan ihmiseen kysymyksien ja ongelmien ilmetessä kaivattiin potilasohjauksessa: *"Saisi puhelimella jonku kiinni heti, jos/kun tulee jotain mieleen."* Yhtenä kehittämistarpeena koettiin tarvittavan **tietoa** tilastollisista luvuista RALP-toimenpiteen jälkeen esiintyvistä toipumiseen liittyvistä asioista ja pysyvistä haitoista: *"Sivuvaikutuskuvauksissa voisi kehittää tarkkuutta ja ilmoittaa vaikkapa prosentteina kuinka monelle jää ongelma pysyväksi."* Inkontinenssiin ja seksuaalisuuteen liittyviin asioihin toivottiin enemmän huomion kiinnittämistä. Virtsanpidätyksestä, lantiopohjanlihasjumpasta, erektiosta ja sukupuolielämän muutoksesta olisi koettu tarvitsevan enemmän tietoa: *"Sukupuolielämään ehkä enemmän tietoa ja ajatuksia."* Potilasohjaukselle koettiin tarvitsevan enemmän **aikaa**. Kehittämistarpeena kerrottiin olevan myös potilaan **konkreettinen ohjaus**, esimerkiksi tukisukkien pukemisessa. Koettiin, että konkreettisesta ohjauksesta hyödyttäisiin enemmän potilasohjauksessa. **Vuorovaikutus** ja siihen liittyvä ohjaajan rohkeus kysyä

tutkittavien kotioloista ja henkilökohtaisista asioista koettiin tärkeänä. Toipumisen onnistuminen kotioloissa, sekä päihteiden käytön huomiointiin ja niistä keskusteluun toivottiin kehitystä. **Psykososiaalisen tuen** lisääminen potilasohjaukseen näkyi kehittämistarpeissa. Hyödylliseksi kehittämistarpeeksi koettiin tukiryhmien parempi järjestäminen ja niistä tiedottaminen kotiin kaikille potilaille: *”Paikkakunnille tukiryhmiä ja niiden tiedottamista esim. kaikille potilaille tiedotuslehti kotiin.”* Parempi tiedottaminen keskusteluavusta ja sen saatavuudesta sekä ohjauksen aikana, että varhaisemmassa vaiheessa syövän todettua koettiin tärkeänä kehittämistarpeena tulevaisuuteen.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla eturauhassyöpöpotilaiden kokemuksia saamastaan preoperatiivisesta potilasohjauksesta ja potilasohjauksen kehittämistarpeista. Kyselyn pohjalta tuotettua tietoa voidaan hyödyntää eturauhasen poistoleikkauksen preoperatiivisen potilasohjauksen kehittämisessä.

Tulosten tarkastelussa käytettiin tietoperustassa olevia tutkimuksia ja teoretietoa. Tuloksia pohdittiin tutkimustehtävien kautta. Eturauhassyöpää sairastavien RALP-potilaiden saamasta preoperatiivisesta potilasohjauksesta on kansainvälisesti vähän tutkimustietoa. Preoperatiivisesta potilasohjauksesta löytyy enemmän tutkimustietoa, jonka pohjalta tuloksia tarkasteltiin. Tämä opinnäytetyönä tehty tutkimus tuo tietoa potilaiden kokemuksista preoperatiivisesta potilasohjauksesta urologian poliklinikalla. Tutkimustuloksissa nousi esille potilasohjauksen resursseihin, -sisältöön, -valmiuksiin ja kehittämistarpeisiin liittyviä asioita.

7.1.1 Eturauhassyöpöpotilaiden kokemuksia saamastaan preoperatiivisesta potilasohjauksesta

Tuloksia tarkastellessa nousi esille, että preoperatiivisesta potilasohjauksesta saadut kokemukset olivat pääasiassa yhdenmukaisia aiempien tutkimusten rinnalla. Tulosten perusteella huomattiin, että potilasohjauksen resursseilla oli suuri merkitys ohjauksen laatuun. Potilaiden kokemuksista kävi ilmi, että riittämättömänä koettu ohjausaika antoi potilaille tunteen vajanaisesta ohjauksesta. Ajan puute ohjauksessa estää tehokkaan ohjauksen, johon kuuluu tutustuminen potilaan tiedontarpeeseen ja kuinka potilas ottaa tietoa vastaan. (Bastable 2017, 14.) Tervo-Heikkinen ym. saivat tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Tutkiessaan potilasohjaukseen taustatekijöitä, tutkijat totesivat, että potilasohjaukselle varattu aika vaikuttaa ohjauksen laatuun. Yhdestä kahteen tuntia annettu ohjaus ylläpitää potilasohjauksen laatua, kun alle tunnissa annettava ohjaus heikentää sitä. Tuloksista selvisi myös, että ohjaustilalla oli merkitystä ohjauksen onnistumisessa. Häiriötön ja rauhallinen tila mahdollisti hyvän ohjauksen. (2018.) Kajula ym. toteavat, että potilaat kokevat kasvo-
tusten saadun ohjauksen tärkeänä ja ohjaukselle varattu tila tulisi olla rauhallinen. Häiriöttömässä

tilassa toteutettu ohjaus edistää ohjauksen vaikuttavuutta ja parantaa potilaan valmiuksia toipua toimenpiteestä. (2017.)

Tuloksia tarkastellessa potilasohjauksen sisällön näkökulmasta, huomattiin, että ohjauksen sisältö suunnitellaan tarkasti. Potilaat saivat tarkkaa tietoa toimenpiteeseen liittyvistä asioista ja toimenpiteen jälkeisestä ajasta. Salonen ym. saivat samansuuntaisia tuloksia potilaiden tiedontarpeista ohjauksessa. Ryhmän tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että potilailla on tiedontarve oireista, oireiden hoidosta, kuten komplikaatioiden hoidosta ja hoitovaihtoehdoista ja tutkimuksista, sairauden ja hoidon vaikutuksesta päivittäisiin toimintoihin ja selviytymiseen, muun muassa erityistoimintaan ja liikuntaan (2017, 10). Tässä opinnäytetyönä tehdyssä tutkimuksessa kävi myös ilmi, että potilaat kokivat fyysisistä muutoksista kertomisen ja ohjauksen tärkeänä asiana. Potilaiden kokemusten perusteella ohjaus toteutui selkeästi ja ohjaaja otti potilaiden tiedontarpeen pääasiassa hyvin huomioon. Tarrant ym. (2008) saivat tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Tarrant ym. (2008) tutkimuksessaan osoittivat, että hoitajan hyvä osallistuminen hoitoon ja heidän tarjoama tieto ja tuki sairastumisen jälkeiseen aikaan parantaa potilaiden positiivisia kokemuksia. Tämän tutkimuksen tuloksien mukaan kirjalliset materiaalit ovat merkityksellisiä ohjauksen onnistumiselle ja toimenpiteestä toipumiseen. Potilaiden kokemusten mukaan, ne tukevat toimenpiteeseen valmistautumista ja niillä oli positiivinen vaikutus toipumiseen. Toivonen ja Virtanen (2012) tutkimuksessaan saivat samansuuntaisia tuloksia siitä, että hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet antoivat tukea potilaalle. Myös Tarrant ym. (2008) tutkimuksen tulokset osoittivat, että kirjalliset materiaalit koettiin tärkeänä apuna.

Tuloksista kävi ilmi, että ohjaajan ohjausvalmiudet koettiin positiivisena ja ohjaajan ohjausvalmiudet näkyivät ohjauksen aikana ammattitaidon näkymisenä ja psykososiaalisen tuen antamisena. Kävi myös ilmi, että ohjaustapa toteutui käytännönläheisenä ja selkeänä, mutta potilaat myös kokivat, että ohjaajan antamassa potilasohjauksessa esille tulleiden asioiden kertausta ei tapahtunut. Hoitajasta riippuvia tekijöitä preoperatiivisessa ohjauksessa on tutkittu ja siinä todettu, että hoitajan kokemattomuus ja varmuuden puute olivat ohjausta heikentäviä tekijöitä (Fitzpatrick & Hyde 2006, 676.) Tuloksien perusteella psykososiaalisen tuen antamisesta ohjaustilanteissa oli ristiriitaisia kokemuksia. Osa potilaiden kokemuksista nosti esille psykososiaalisen tuen tarjoamisen riittämättömyyden. Tässä tutkimuksessa ohjaajan ohjausvalmiudet psykososiaalisen tuen antamiseen koostuivat keskustelusta psykososiaalisen tuen tarpeellisuudesta ja sen tärkeydestä, sekä ohjaajan positiivisesta otteesta potilasohjaukseen. Lehtonen ym. tutkimuksessaan totesivat, että positiivisella informaatiolla ja läheisten läsnäololla oli suuri merkitys toipumiseen. Tuloksista kävi myös ilmi, että potilaiden omaiset huomioitiin ohjauksen aikana, joka oli potilaille tärkeä psykososiaalisen tuen

lähde. Potilaiden kokemusten mukaan ohjauksessa näkyi potilaan voimavaraistumista ja potilaiden voimavarojen hyödyntämistä ohjauksessa. (2017.) Lehtonen ym. (2017) ja Eloranta ym. (2014) ovat saaneet samansuuntaisia tuloksia. Lehtonen ym. (2017) tutkimuksessaan osoittivat psykososiaalisen tuen tärkeyttä kiinnittämällä huomion voimavarojen vahvistamiseen. Eloranta ym. tutkimuksessaan osoittivat, että potilaan voimavaraistuminen lähtee potilaan tiedontarpeiden ja eritilanteiden huomioinnista. Tutkimuksen mukaan potilaiden läheiset nähtiin suurena voimavarana hoidon jatkuvuuden turvaamisena potilaalle. (2014.) Tässä tutkimuksessa ilmeni, että psykososiaalista tukea annettiin tietyillä osa-alueilla, mutta sitä ei huomioitu riittävän laajasti potilasohjauksen aikana.

7.1.2 Eturauhassyöpäpotilaiden tarpeet preoperatiivisen potilasohjauksen kehittämiseksi

Tuloksista ilmeni, että potilaiden saaman preoperatiivisen potilasohjauksen aikana esiin nousi potilaiden erilaiset tarpeet ohjauksen kehittämiseksi. Potilaiden kokemusten mukaan parempi tavoitettavuus hoitajaan ongelmien ilmetessä kaipaa kehitystä. Kattavan ohjauksen antaminen ennen toimenpidettä on todettu vähentävän potilaiden tarvetta ottaa yhteyttä hoitajiin (Collin, Bellas, Haddock & Wagner 2015, 285). Vastauksista kävi ilmi myös se, että potilailla oli tarve ja toive saada sisällöllistä ja tilastollista tietoa toimenpiteeseen liittyvistä asioista, inkontinenssiin liittyvistä asioista ja seksuaalisuudesta. Salonen ym. saivat tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. He tutkivat eturauhassyöpäpotilaiden tiedontarvetta sairaalan ensikäynnillä. Tulokset osoittivat, että tiedontarve oli suuri biofysisellä, toiminnallisella, kokemuksellisella sekä eettisellä tasolla. Potilaat tarvitsivat tietoa oireista, komplikaatioista, hoitovaihtoehdoista, tutkimuksista, sairauden ja hoitojen vaikutuksesta päivittäisiin toimiin, erityistoiminnasta ja liikunnasta. He totesivat tutkimuksessaan potilailla olevan tiedontarvetta myös hoidon vaikutuksesta seksielämään. (2017, 10.) Kyselyn tuloksista myös ilmeni, että konkreettinen potilasohjaus kaipaa kehitystä. Potilaiden kokemusten mukaan potilailla oli tarve laajempaan vuorovaikutukseen ohjaajan kanssa ja keskusteluun henkilökohtaisista asioista hoitajan kanssa, joka tuloksien valossa jää vajaaksi. Ohjaajan rohkeuteen kysyä potilailta henkilökohtaisia kysymyksiä toivottiin kehitystä. Ohjaustaidoissa ja tiedoissa on eroja yksittäisten hoitajien kesken, joka johtaa potilaiden saaman preoperatiivisen ohjauksen eriarvoisuuteen (Fitzpatrick & Hyde 2006, 674). Tutkimuksen tuloksista nousi vahvasti esille myös psykososiaalisen tuen tarve. Psykososiaalisen tuen lisääminen potilasohjaukseen oli tärkeässä asemassa kehittämistarpeissa.

7.2 Johtopäätökset

Opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että potilaat tarvitsivat potilasohjaukseen enemmän aikaa, jolloin tunnetta vajanaisesta ohjauksesta ei syntyisi. Häiriötön ja rauhallinen tila mahdollisti hyvän potilasohjauksen, se edisti ymmärrettävyyttä ja keskittymistä vastaanottaa ohjeita. Mikäli resurssit olivat kattavat, potilasohjaus toteutui laadullisesti ja ohjaus ymmärrettiin ja muistettiin paremmin.

Potilaat saivat tarkkaa tietoa leikkauksen kulusta ja siihen valmistautumisesta. Mahdolliset riskitekijät otettiin hyvin huomioon ohjauksen sisältöä suunniteltaessa ja mahdollisista sivuvaikutuksista kerrottiin tarkasti. Leikkauksesta aiheutuvien fyysisten muutosten huomioiminen oli tärkeää. Inkontinenssiin liittyvien asioiden läpikäyminen ja ohjaus oli tärkeää potilaille. Toipumiseen liittyvistä asioista kerrottiin yksityiskohtaisesti ja niihin kiinnitettiin huomiota. Potilaille annettiin tietoa toimenpiteestä ja sairaudesta aiheutuvista oireista, sekä oireiden hallinnasta tulevaisuutta ajatellen. Tiedon tarve otettiin hyvin huomioon. Ohjeiden antaminen toteutui selkeästi ja rauhallisesti. Kirjalliset materiaalit olivat merkityksellisiä ohjauksen onnistumiselle ja toimenpiteen jälkeiseen elämään. Kirjalliset materiaalit olivat selkeät ja kattoivat kaiken tarpeellisen tiedon. Kirjalliset materiaalit tukivat toimenpiteeseen valmistautumista ja niillä oli positiivinen vaikutus parantumiseen.

Sairaanhoitajien ohjaustaidoilla ja ohjaustavalla oli merkitystä potilasohjauksen onnistumisessa. Ohjauksessa esille tulleiden asioiden kertaamista ei tapahtunut. Ohjaajan ohjausvalmiudet psykososiaalisen tuen antamiseen oli keskustelu psykososiaalisen tuen tarpeellisuudesta ja tärkeydestä, sekä ohjaajan positiivinen ote potilasohjaukseen. Psykososiaalinen tuki huomioitiin tarjoamalla tietoa tuen tarjonnasta ja leikkausprosessin kokonaisuudesta. Potilaiden omaiset huomioitiin ohjauksen aikana, mutta psykososiaalista tukea ei huomioitu tarpeeksi potilasohjauksessa.

Parempi tavoitettavuus ongelmien ilmetessä kaipaisi kehitystä. Tietoa kaivattiin laajemmin RALP-toimenpiteestä, inkontinenssiin liittyvistä asioista ja seksuaalisuudesta. Konkreettista ohjausta kaivattiin enemmän. Ohjaajan rohkeus kysyä henkilökohtaisia kysymyksiä oli puutteellista. Psykososiaalisen tuen tarve ohjauksen aikana oli suurempi, kuin mitä potilaille ohjauksessa tarjottiin. Psykososiaalisen tuen lisääminen potilasohjaukseen oli tärkeässä asemassa kehittämistarpeissa.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida sen uskottavuudella, vahvistettavuudella, reflektiivisyydellä sekä siirrettävyydellä. Uskottavuutta lisää syvälinen perehtyminen tutkittavaan aiheeseen ja tiedon kerääminen mahdollisimman monesta lähteestä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan ja arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiin. On tärkeää reflektiivisesti arvioida omia kokemuksia ja oppimista projektin aikana. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Palojoki 2019, viitattu 13.6.2019.) Tutkimuksen tekijän on raportoitava kuvailevasti tutkimuksen osallistujista ja toimintaympäristöstä, jotta tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Laadullisen aineiston luotettavuutta parantaa tutkimuksen huolellinen toteutus, selkeä selostus tutkimuksen toteuttamisesta ja raportoinnista. Validiteetilla eli tutkimuksen pätevyydellä voidaan arvioida, että mitataanko juuri sitä asiaa, mistä haluttiin tietoa. Reliabiliteetilla eli luotettavuudella osoitetaan, miten tarkasti asiaa mitataan. (Vehkalahti 2008, 41.)

Tutkimuksessa pyrittiin välttämään virheiden syntymistä, mutta oli selvää, että luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Kaikissa tutkimuksissa arvioidaan, kuinka luotettavia mittarit ja tutkimustulokset ovat. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tutkimuksen teorian muodostuksessa oli perusteltava ne seikat, joilla voitiin vakuuttaa tutkimuksen luotettavuutta (Varto 1992, 103–104).

Koska aineistoa kerättiin vuodeosaston lisäksi urologian poliklinikalla RALP-kontrollikäynnin yhteydessä, oli olemassa riski, että eturauhassyöpäpotilas voisi vastata kyselyyn kahdesti. Hoitajia ohjeistettiin varmistamaan kyselylomaketta annettaessa, ettei potilas ole vastannut kyselyyn jo aiemmin vuodeosastolla. Luotettavuuteen vaikutti myös se, että potilaat saivat ohjausta eri aikaan ennen toimenpidettä, vaihdellen parista viikosta kuukauteen.

Anestesia vaikuttaa ihmisen muistiin. Lähes kaikki yleisessä käytössä olevat anestesia-aineet ja sedatoivat lääkkeet ovat joko GABA-ergisiä valmisteita tai NMDA-antagonisteja, joilla on todettu olevan yhteys oppimis-, muisti- ja hahmottamishäiriöihin kehittyvissä aivoissa (Ahonen 2018, 45). Yleisanestesian ja spinaalipuudutuksen vaikutuksia ikääntyneillä ihmisillä on tutkittu ja todettu, että molemmissa ryhmissä sanallinen muisti ja lukeminen olivat heikentyneet vielä kolme vuorokautta leikkauksen jälkeen (Niemi-Murola 2000, 251). Voidaan olettaa, että toimenpiteen jälkeisenä päivänä vastanneet ovat olleet vielä anestesian vaikutuksen alaisena.

Varmuudella ei voi tietää, missä vaiheessa hoitopolkua potilaat vastasivat kyselyyn. Osa oli saanut kyselylomakkeen urologian poliklinikalla, preoperatiivisen ohjauksen yhteydessä ja on mahdollista, että kysymyksiin olisi vastattu ennen toimenpidettä. Kyselylomake on voitu palauttaa vasta vuodeosastolla tai jo urologian poliklinikalla. Vastaajat jakautuivat useaan ryhmään. Osa kyselyyn osallistujista oli saanut kyselyn vasta ensimmäisellä kontrollikäynnillä urologian poliklinikalla, jolloin ohjauksesta oli kulunut jo useita viikkoja. Vuodeosastopotilaat olivat juuri olleet RALP-toimenpiteessä ja preoperatiivisesta potilasohjauksesta oli kulunut vain vähän aikaa. Toipuminen oli heidän kohdallaan vasta alkamassa. RALP-kontrollikäynnille tulevilla oli kulunut toimenpiteestä 6–12 viikkoa, heillä oli kokemusta toipumisesta ja kuinka he olivat pystyneet hyödyntämään saatua preoperatiivista potilasohjausta. Tämä vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen, koska kyselyyn osallistujien lähtökohdat tutkimushetkellä ovat kovin erilaiset.

Laadullista aineistoa on haastavampaa analysoida kuin määrällistä, koska se, mihin asioihin tutkija kiinnittää huomiota aineistossa vaihtelee ja se vaikuttaa analysoinnin luotettavuuteen. (Polit & Beck 2017, 530.) Vastauksia analysoitaessa aineiston rikkautta ja siihen sopivaa analyysitapaa pohdittiin yhdessä opinnäytetyön ohjaajan kanssa luotettavuuden vahvistamiseksi.

7.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettiset periaatteet ovat: Vahingoittamattomuus, itsemääräämisoikeus, luottamuksellisuus sekä yksityisyys. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan työryhmän muistio 25.5.2018, viitattu 29.2.2020.) Tiedämme, että luotettavat tutkimustulokset kertovat meille, millainen potilasohjaus vastaa parhaiten asiakkaiden odotuksia. Mahdollisimman tarkalla ja yksilöllisellä ohjauksella voidaan parantaa potilaan toipumista. Tässä opinnäytetyönä tehdyssä tutkimuksessa emme loukanneet potilaiden yksityisyyttä, ihmisarvoa tai tietosuojaa, emmekä tuoneet missään vaiheessa tutkimusta kyselytutkimukseen osallistujan tietoja esille. Tämä asia mainittiin kyselylomakkeen saatekirjeessä.

Hyvän tutkimuksen hyvällä tieteellisellä käytännöllä ei loukata tutkimukseen osallistuvia, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. Tässä opinnäytetyönä tehdyssä tutkimuksessa kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys varmistettiin niin, ettei niistä aiheutunut harmia asianosaisille. Tutkimukseen osallistuvilla aiheutuvia haittoja minimoitiin esimerkiksi pitämällä kiinni lupauksesta kyselyn vastaamiseen arvioidun keston pituudesta, ettei vastaaminen käynyt hankalaksi missään vaiheessa ja vienyttä luvattua

enemmän aikaa. (Vilka 2007, 90.) Tutkimusetiikan noudattaminen on tutkijan velvollisuus, sama lainsäädäntö ja tutkimusetiikka koskee niin opinnäytetyötä valmistelevaa opiskelijaa kuin ammattitutkijaa (Vilka 2007, 91). Tutkija kantaa vastuun tutkimuksensa virheistä, puutteista sekä tuotetusta tutkimustiedosta. Tutkimusluvan pyytäminen ja muistaminen, että tutkittavilla oli oikeus vetäytyä tutkimuksesta kesken tutkimuksen tai kieltää jälkeen päin antamansa aineiston käyttö tutkimuksessa, olivat eettisesti tärkeitä seikkoja. Tutkittavien riittävä informointi helpottaa tutkimukseen osallistumista. (Vilka 2007, 97.)

Lainsäädännöllä pyritään suojaamaan tutkimukseen osallistuvien yksityisyyttä ja henkilötietoja, velvoittamalla henkilötietojen kerääjää käyttämään, säilyttämään sekä luovuttamaan tietoja asianmukaisella tavalla. Henkilötietoja voidaan suojata esimerkiksi muuttamalla ne tunnistamattomaksi, ettei asiattomat pääse tietoihin käsiksi ja käyttämään niitä väärin. Henkilötieto tarkoittaa luonnollista henkilöä, hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteita kuvaavia merkintöjä, joista voi tunnistaa henkilön tai hänen läheisiään. Henkilötietoja säilytetään henkilörekisterissä helposti löydettävässä järjestyksessä (Vilka 2007, 95). Tutkimusluvan tulee sisältää perustiedot tutkimuksesta, perustiedot kerättävien tietojen käytöstä ja tavan kuinka tunnistetietojen anonymisointi tapahtuu tutkimuksen aikana tai sen jälkeen (Vilka 2007, 97). Tunnistetietojen anonymisoinnilla tarkoitetaan henkilötietojen käsittelyä peruuttamattomasti tunnistamattomaksi, esimerkiksi tilastolliseen muotoon, niin ettei yksittäisten henkilöiden tietoja voi enää palauttaa järjestelmässä tunnistettavaksi. Anonymisoidut tiedot eivät ole enää henkilötietoja, eikä niihin sovelleta tietosuojasäännöksiä. (Tietosuojavaltuutetun toimisto, viitattu 17.2.2019.) Tietosuojalaki 1050/2018 5. §31 edellyttää tietojen anonymisointia.

Tähän opinnäytetyönä tehtyyn tutkimukseen ei tarvittu eettisen lautakunnan lupaa, koska tutkittavia ei tavattu, eikä heihin liittyviä potilasmateriaaleja käytetty missään kyselytutkimuksen vaiheessa. Kyselytutkimus toteutettiin tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Kyselyyn osallistujilta ei tarvittu erikseen kirjallista suostumusta, koska kyselylomakkeen saatekirjeessä kävi ilmi, että vastaamalla kyselyyn potilas antaa luvan käyttää vastauksia opinnäytetyössään.

Vastaukset palautettiin suljetuissa kirjekuorissa ja niitä säilytettiin poliklinikan ja vuodeosaston vastauslaatikossa. Vastauskuoret noudettiin ja vastaukset purettiin sähköiseen muotoon salasanasuojatulle tietokoneelle. Ainoastaan opinnäytetyön tekijöillä oli pääsy aineistoon. Tiedostot ja vastauslomakkeet tuhottiin tietoturvallisesti opinnäytetyön valmistuttua.

7.5 Jatkotutkimusaiheet

Kyselyyn osallistuneiden ilmaisemia kehittämistarpeita olivat tavoitettavuus, tieto, aika, konkreettinen ohjaus, ohjaajan rohkeus ja psykososiaalinen tuki. Psykososiaalisen tuen puute nousi tuloksissa parhaiten esiin. Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia psykososiaalisen tuen merkitystä potilaille ja läheisille, sekä millaista tukea potilaat ja omaiset kaipaavat. Vastauksista voisi koota oppaan henkilökunnan työvälineeksi, joka helpottaisi sosiaalisen tuen tarpeen puheeksi ottamista ja oppaseen olisi koottu tietoa, mistä kaikkialta eturauhassyöpään sairastuneet voivat saada esimerkiksi keskusteluapua, tai millaisia ryhmiä on tarjolla.

Jatkotutkimusaiheena voisi myös tutkia hoitajien näkemyksiä potilaan tukemisesta. Koska psykososiaalinen tuki on tärkeää sairauden toteamisen aikana ja positiivinen ote sairauden hoitoon edesauttaa toipumisessa, olisi tätä aihetta tärkeää selvittää lisää. Kuinka hoitaja voisi paremmin havaita potilaan tuen tarpeen ja kuinka paljon aikaa vastaanotolla on mahdollista käyttää näiden asioiden käsittelyyn.

7.6 Aiheen pohdinta ja oma oppimiskokemukseni

Aiheena potilasohjaus oli mielenkiintoinen tutkimuskohde. Opinnäytetyön edetessä potilasohjaukseen liittyvä sisältö tuli hyvin tutuksi. Potilasohjaus voidaan käsitellä hyvin pintapuoliseksi asiaksi. Todellisuudessa potilasohjaukseen sisältyy paljon huomioonotettavia asioita ohjauksen suunnittelussa, jotta voidaan toteuttaa laadukas ohjaustilanne. Potilasohjaus on merkittävä tekijä hoitotyössä ja ohjauksen toteutukseen täytyisi resursoida enemmän aikaa. Aiheena potilasohjausta on tärkeää tutkia jatkossakin, kun menetelmät kehittyvät. Esimerkiksi 3D-tekniikan hyödyntäminen potilasohjauksessa lisääntyy.

Opinnäytetyötä tehdessä opimme paljon laadullisesta sekä määrällisestä tutkimuksesta. Opinnäytetyön alussa menetelmä vaihteli laadullisen ja määrällisen välillä. Molempiin teorioihin tutustuttiin opinnäytetyön alkuvaiheessa. Laadullinen tutkimus vaatii paljon työtä ja pohdintaa, kuinka kysely toteutetaan laadullisesti, jos ei ole mahdollista tehdä haastattelua. Miten päästään tavoitteeseen, että mahdollisimman moni olisi halukas vastaamaan kyselyyn. Kuinka kyselyyn osallistuneiden kokemuksia analysoidaan ja voidaan minimoida tutkijoiden omien käsitysten vaikutusta aineistoon. Myös määrällisen tutkimuksen tekeminen tuli tutuksi kyselyyn osallistuneiden taustatietojen ja taust-

takysymysten analysoinnissa. Opimme kyselytutkimuksen tekemisestä sen, että kysymysten huolellisella muotoilulla on suuri merkitys, jottei väärinymmärryksiä syntyisi ja avoimeen kysymykseen vastattaisiin useammalla kuin yhdellä sanalla. Analysoinnin aikana huomasimme, että kyselylomakkeessa oli puutteita. Opinnäytetyön tutkimusprosessin aikana toiveena oli saada kattavasti tietoa potilaiden kokemuksista saadustaan preoperatiivisesta ohjauksesta urologian poliklinikalla ja potilaiden tarpeita kehittämistoiveista. Toiveemme kävi hyvin toteen, sillä kyselyyn osallistui enemmän potilaita, kuin mikä oli tavoitteemme. Tavoitteemme onnistui hyvin. Opimme opinnäytetyötä tehdessä käyttämään laajasti tiedonhakukantoja. Opinnäytetyön alussa tiedonhaku oli hankalaa. Prosessin edetessä tiedonhaku ja erilaiset tietokannat tulivat tutuiksi ja löysimme kattavasti tutkimustietoa. Koko opinnäytetyön ajan olimme hyvässä yhteistyössä ja pidimme kontaktia tilaajan ja opinnäytetyön ohjaajien kanssa. Opinnäytetyöprosessi oli opettavainen projekti. Olemme tyytyväisiä opinnäytetyöhömmä ja tulokset ovat mielestämme kattavia. Tuloksia ei voida yleistää, mutta niillä on suuntaa antava tieto urologian poliklinikalle heidän toteuttamasta preoperatiivisesta potilasohjauksesta. Tämän opinnäytetyön myötä saimme paljon hyödyllistä tietoa potilasohjauksesta, jota voimme hyödyntää tulevassa työssämme sairaanhoitajina.

LÄHTEET

- Aarnio, P. 2012. Robottivusteinen kirurgia vaatii uudenlaista ajattelua ja paljon harjoittelua. Lääkärilehti 67(44), 3172. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/robottivusteinen-kirurgia-vaatii-uudenlaista-ajattelua-ja-paljon-harjoittelua/>.
- Ahn, T., Roberts, M., Strahan, A., Malone, G., Paterdis, J., Wood, G. & Heathcote, P. 2019. MP54-05 Lower urinary track symptoms (LUTS) after robotic assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) in a large, multi-surgeon cohort: Implications for survivorship and treatment selection. Journal of Urology 201(4), 786. <https://www.auajournals.org/doi/10.1097/01.JU.0000556690.39331.8d>.
- Ahonen, J. 2018. Anestesia-aineiden vaikutus kehittyviin aivoihin. Finnanest 51(1), 44–50. http://www.finnanest.fi/files/ahonen_anestesia-aineiden.pdf.
- Bastable, S.B. 2017. Essentials of Patient Education. 2. painos. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Collin, C., Bellas, N., Haddock, P. & Wagner, J. 2015. Pre-Operative Education Classes Prior to Robotic Prostatectomy Benefit Both Patients and Clinicians. Urologic Nursing 35(6), 281–285. doi:10.7257/1053-816X.2015.35.6.281.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2007. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 62(1), 107–115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2014. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva hoitotyö 13(1), 13–23.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Erämies, T. 2017a. Postperatiivinen hoito. Sairaanhoitajien käsikirja. Duodecim. 2020. Sisäinen lähde. Päivitetty 27.10.2017. Viitattu 2.1.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>.
- Erämies, T. 2017b. Preoperatiivinen hoito. Sairaanhoitajien käsikirja. Duodecim. 2020. Sisäinen lähde. Päivitetty 28.10.2017. Viitattu 2.1.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>.
- Eskelinen, S. 2017. Prostataspesifinen antigeeni, ”eturauhaskoe” (P-PSA). Duodecim. Viitattu 26.2.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03230.

Finlex 1050/2018. Tietosuojalaki. Viitattu 9.1.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181050#Pidp448503968>.

Finlex 17.8.1992/785 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 5.1.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Finlex 30.12.2010/1326 Terveystieteiden lakien muuttamisesta. Viitattu 5.1.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Fitzpatrick, E. & Hyde, A. 2006. Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education. *Journal of Clinical Nursing*. 15(6), 671–677. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01327.x>.

Forsmark, A., Gehrman, J., Angenete, E., Bjartell, A., Björholt, I., Carlsson, S., Hugosson, J., Marlow, T., Stinesen-Kollberg, K., Stranne, J., Wallerstedt, A., Wiklund, P., Wilderäng, U. & Haglund, E. 2018. Health Economic Analysis of Open and Robot-assisted Laparoscopic Surgery for Prostate Cancer Within the Prospective Multicentre LAPPRO Trial. *European Urology* 74(6), 816–824. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2018.07.038>.

Gruman, J., Holmes Rovner, M., French, M.E., Jeffress, D., Sofaer, S., Shaller, D. & Prager, D.J. 2010. From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. *Patient Education and Counseling* 78(3), 350–356. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.002>.

Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66885/978-951-44-8760-6.pdf?sequence=1>.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Graduryhmän luentomateriaali. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 20.5.2019. http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf.

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

HYKSin yksityissairaala. 2019. Eturauhasen poistoleikkaus. Viitattu 24.1.2019. <https://www.hyksin.com/palvelut/hoitopalvelut/urologia/eturauhasen-poistoleikkaus/>.

- Kajula, O., Kuismin, O., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2017. Developing genetic counseling for male BRCA1/2 mutation carriers based on their own experiences. *Journal of Nursing Education and Practice* 7(10), 119–128. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n10p119>.
- Kanste, O., Kyngäs, H., Lipponen, K. & Ukkola, L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisen verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen. *Tutkiva hoitotyö* 5(3), 30–33.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. *Hoitotyön osaaminen*. Porvoo: WSOY
- Kretschmer, A., Buchner, A., Grabbert, M., Sommer, A., Herlemann, A., Stief, C.G. & Bauer, R.M. 2017. Perioperative patient education improves long-term satisfaction rates of low-risk prostate cancer patients after radical prostatectomy. *World Journal of Urology* 35(8), 1205–1212. doi:10.1007/s00345-016-1998-9.
- Kruzik, N. 2009. Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. *Aorn Journal* 90(3), 381–382, 385–387. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.06.022>.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H., Kukkurainen, M. L., Mäkeläinen, P., 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 2005, 3(2) 12–17.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito -suositus. 2014a. Eturauhassyöpä. Viitattu 26.2.2019. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi11060>.
- Käypä hoito -suositus. 2014b. Leikkausta edeltävä arviointi. Viitattu 3.2.2020. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50066#R2>.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. *Sairaanhoitajat*. Päivitetty 27.8.2014. Viitattu 10.12.2018 <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6(4), 10–15.

- Lehto, U-S., Helander, S. & Aromaa, A. 2010. Eturauhassyöpään sairastunut tarvitsee tietoa ja tukea. Valtakunnallinen tutkimus hoidosta ja potilaiden kokemuksista. Suomen lääkärilehti 48(65), 3961–3968.
- Lehtonen, K., Kääriäinen, M. & Elo, S. 2017. Suolistosyöpäpotilaan preoperatiivinen ohjaus: ammattilaisten näkökulma. *Hoitotiede* 29(4), 302–313.
- Leskinen, M. 2019. Eturauhassyöpää sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Duodecim. Sisäinen lähde. Viitattu 6.3.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>.
- Lipponen K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006a. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala 2006.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006b. Surgical nurses readiness for patient counseling. *Journal of Orthopaedic Nursing* 10(4), 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.joon.2006.10.013>.
- McKinnon, W., Naud, S., Ashikaga, T., Colletti, R., Wood, M. 2007. Results of an Intervention for Individuals and Families with BRCA Mutations: A Model for Providing Medical Updates and Psychosocial Support Following Genetic Testing. *Journal of Genetic Counseling* 16(4), 433–456. <https://doi.org/10.1007/s10897-006-9078-8>.
- Niemi-Murola, L. 2000. Ikääntyvä potilas ja anestesia. *Finnanest* 33(3), 249–253. http://www.finnanest.fi/files/a_niemimurola.pdf.
- Palojoki 2019. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi. Opetusmateriaali. Viitattu 13.6.2019. <https://www.mv.helsinki.fi/home/palojoki/OPETUS/kvali/luotettavuustepaluento.pdf>.
- Polit, D.F. & Beck, C.T 2017. *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10. painos. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B. P. 2001. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. 5. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rankinen, S. 2008. Eturauhassyöpää sairastavan potilaan voimavaraistumista tukeva tieto ohjauksessa. Potilasohjauksen lähtökohdat. Montin, L. A:55/2008. University of Turku.

- Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Saarelma, O. 2019. Eturauhassyöpä. Duodecim. Viitattu 24.1.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00210.
- Salmon, P. 2013. Assessing the quality of qualitative research. *Patient Education and Counseling* 90(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.018>.
- Salonen, A., Meretoja, R., Vahlberg, T., Leino-Kilpi, H. 2017. Eturauhassyöpään sairastuneiden tiedontarve sairaalan ensikäynnillä – pilottitutkimus. *Tutkiva Hoitotyö* 15(3), 3–11.
- Sartor, O. 2008. Counselling The Prostate Cancer Patient. *European Urology Supplements* 7(2008), 765–771.
- Sood, A. & Gupta, J. 2018. Patient counselling and consent. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 46(2018), 43–47. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.10.002>.
- Syöpäjärjestöt, 2019. Kaikki syövästä. Eturauhassyöpä. Viitattu 24.3.2019 <https://www.kaikki-syovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/eturauhassyopa/>.
- Tarrant, C., Sinfield, P., Agarwal, S., Baker, R. 2008. Is seeing a specialist nurse associated with positive experiences of care? The role and value of specialist nurses in prostate cancer care. *BMC Health Services Research* 8(65),1–8. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-8-65>.
- Taylor, S.J., Bogdan, R. & DeVault, M. 2016. *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource*. 4. painos. Wiley.
- Terveyskylä 2019. Paikallisen eturauhassyövän hoito. Päivitetty 6.5.2019. Viitattu 10.12.2018 <https://www.terveyskyla.fi/syopatalo/sy%C3%B6p%C3%A4taudit/eturauhassy%C3%B6p%C3%A4/paikallisen-eturauhassy%C3%B6v%C3%A4n-hoito>.
- Tervo-Heikkinen, T., Huurre, T., Saaranen, T., & Turunen, H. 2018. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjausosaamisestaan – kyselytutkimus yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 2018, 30(3), 179–190.

Tietosuojavaltuutetun toimisto. 2019. Anonymisoidut tiedot. Viitattu 17.2.2019. <https://tietosuojafi/pseudonymisointi-anonymisointi>.

Toivonen, M-T. & Virtanen, H. 2012. Päiväkirurgisten potilaiden kokemukset preoperatiivisesta ohjauksesta. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turun yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan työryhmän muistio 25.5.2018, Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet. Viitattu 29.2.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK_IEEA_tyoryhman_muistio_250518.pdf.

Vahtera, J. & Uutela, A. 1994. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 24.4.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1994/11/duo40219>.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta Etene 2019. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 12.4.2019. <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>.

Valvira. 2018. Potilaan asema ja oikeudet. Viitattu 24.4.2019. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet>.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrälliset tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Wake, N., Rosenkrantz A.B., Huang R., Park K.U., Wysock J. Taneja S.S., Huang W.C., Sodickson D.K. & Chandarana H. 2019. Patient-specific 3D printed and augmented reality kidney and prostate cancer models: impact on patient education. Viitattu 27.2.2019. <https://doi.org/10.1186/s41205-019-0041-3>.

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Eturauhasen poistoleikkausta edeltävä potilasohjaus eturauhassyöpöpotilaiden kokemana

Hyvä vastaanottaja,

12.6.2019

Olemme Oulun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyönä kyselytutkimusta ennen eturauhasen poistoleikkausta annetusta potilasohjauksesta. Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoosi. Kyselytutkimuksen vastaukset kerätään nimettöminä, eikä vastauksesi tule sinua hoitaneen hoitoyksikön tietoon, eikä henkilöllisyyttäsi voida tunnistaa.

Potilasohjaus on tärkeä osa potilaiden hoitoa. Hyvällä ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaiden ja heidän omaisten terveyteen sekä hyvinvointiin. Ohjauksella pyritään vähentämään potilaan toimenpiteeseen liittyvää pelkoa ja jännitystä. Potilasohjauksen kehittämiseksi on tärkeää saada tietoa sinun kokemuksistasi annetusta ohjauksesta.

Hoitaja antaa kyselyn kaikille eturauhasen poistoleikkauksessa elo-lokakuun aikana käyneille sekä elo-lokakuun aikana eturauhasen poistoleikkauksen kontrollikäynnille tuleville eturauhassyöpöpotilaille.

Vastaamalla kyselyyn annat meille luvan käyttää vastauksiasi opinnäytetyössämme. Kyselytutkimuksen tulokset raportoidaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden julkaisuarkisto Theseuksessa.

Kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia. Täytettyäsi vastaukset, sulje ne ohessa olevaan kirjekuoreen ja palauta kuori hoitajalle. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Ainoastaan tutkimuksen tekijät lukevat vastaukset. Kaikki vastauslomakkeet tuhoetaan tutkimuksen lopuksi.

Yhteistyöstänne kiittäen, sairaanhoitajaopiskelijat

Marjo Vääräniemi

Jaana Liedes

KYSELYLOMAKE:

Eturauhasen poistoleikkausta edeltävä potilasohjaus eturauhassyöpöpotilaiden kokemana

TAUSTATIEDOT:

1. Ikä _____

2. Siviilisääty _____

Naimaton	<input type="checkbox"/>
Avoliitossa	<input type="checkbox"/>
Avoliitossa	<input type="checkbox"/>
Rekisteröidyssä parisuhteessa	<input type="checkbox"/>
Eronnut	<input type="checkbox"/>
Leski	<input type="checkbox"/>

3. Milloin eturauhassyöpäne todettiin? _____

TAUSTAKYSYMYKSET:

4. Oletko hakenut lisätietoa eturauhassyövästä ja leikkaushoidosta Terveyskylän internetsivuilta? _____

Kyllä En

5. Katsoitko hoitoneuvotteluvideon? _____

Oliko se sinustä hyödyllinen? _____

Kyllä En

Kyllä Ei

6. Oliko lantionpohjanlihasjumppaohjaus mielestäsi riittävä? _____

Kyllä Ei

Jos ei, niin millaista ohjausta olisit kaivannut?

7. Kokonaisarvosana sairaanhoitajan antamasta ohjauksesta. _____

Kiitettävä	<input type="checkbox"/>
Hyvä	<input type="checkbox"/>
Tyydyttävä	<input type="checkbox"/>
Välttävä	<input type="checkbox"/>
Huono	<input type="checkbox"/>

OHJAUKSEN SISÄLTÖ:

10. Mistä asioista halusit tietoa ennen ohjausta? Miten tiedontarpeesi huomioitiin ohjauksen aikana?

11. Mitkä asiat koit hyödylliseksi ennen toimenpidettä annetussa ohjauksessa?

12. Minkälaisiksi koit saamasi kirjalliset ohjeet toimenpiteeseen valmistautumisesta ja toipumiseen vaikuttavista asioista?

OHJAUSVALMIUDET:

13. Millaiseksi koit sairaanhoitajan ohjaustaidot?
Kuvaile, miten se näkyi hänen tavassaan antaa ohjausta.

14. Millä tavoin ohjauksessa huomioitiin mahdollinen tarpeesi henkiseen tukeen?

KEHITTÄMISTOIVEET:

15. Jäikö ohjauksesta jotain kysymyksiä, mihin et saanut vastausta? Jos jäi, niin mihin kysymyksiin olisit toivonut saavasi vastauksen?

16. Millaisia kehitysehdotuksia sinulla on toimenpiteeseen tulevan potilaan ohjaukseen?

Kiitos vastauksestanne!