

Saija Kinnunen

INTACT-Breast lesion excision system
toimenpiteen potilasohjeistuksen kehittäminen
Naistenklinikan röntgenissä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Röntgenhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja
johtaminen

Opinnäytetyö

05.09.2013

| | |
|---|--|
| Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika | Saija Kinnunen INTACT-Breast lesion excision system toimenpiteen ohjeistuksen kehittäminen Naistenklinikan röntgenissä 42 sivua + 5 liitettä 05.09.2013 |
| Tutkinto | Röntgenhoitaja YAMK |
| Koulutusohjelma | Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen |
| Suuntautumisvaihtoehto | |
| Ohjaaja(t) | Yliopettaja Eija Metsälä, Metropolia ammattikorkeakoulu Röntgenhoitaja Liisa Rasi, HUS-Kuvantaminen Naistenklinikan röntgen |
| <p>Intact® Breast lesion excision system on uusi menetelmä, jolla rinnasta voidaan poistaa paikallispuudutuksessa kokonainen kudoksenmuutos. Naistenklinikan röntgen on Suomessa ensimmäinen yksikkö, joka aloitti menetelmän käytön syksyllä 2011. Toiminnan alkaessa laadittiin menetelmää koskeva potilasohjeistus. Koska Suomessa ei ole aikaisempaa kokemusta menetelmän käytöstä, eikä potilasohjeistuksen kehittämiseen voitu panostaa halutulla tavalla, valittiin tämän opinnäytetyön tavoitteeksi Intact® Breast lesion excision system - menetelmän potilasohjeistuksen kehittäminen. Työn tarkoituksena on kuvata naisten kokemuksia saamastaan ohjauksesta Intact® - BLES -menetelmällä tehdyssä toimenpiteessä.</p> <p>Naistenklinikan röntgenissä suoritettiin kysely (N=7) Intact® Breast lesion excision system toimenpiteessä käyville potilaille viikoilla 9-18 keuhällä 2013. Ensimmäinen kysely suoritettiin heti toimenpiteen jälkeen kyselylomakkeella ja toinen osa viikon kuluttua toimenpiteestä puhelinhaastattelun avulla. Kyselylomakkeen laadinnan pohjana käytettiin kriittisten tapausten tekniikkaa. Aineisto analysoitiin teoriasidonnaisella abduktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Analyysin tuloksena esiin nousi seitsemän kategorialaajaa siitä, millaisena potilaat kokivat ohjeistuksen. Esiin nousseet kategoriat olivat: epävarmuus, vaivattomuus, riittävyys, turvallisuus, selkeys, läsnäolo ja joustamattomuus. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tärkeää ohjauksessa on alusta asti luoda potilaalle turvallinen olo. Tietoa tulee antaa jatkuvasti ja riittävästi. Ohjauksen tulee olla selkeää ja johdonmukaista. Epävarmuutta aiheuttavat tekijät tulee pyrkiä poistamaan. Kaikissa ohjeistusta antavassa yksikössä tulisi olla selkeät toimintaohjeet miten toimitaan komplikaatioiden sattuessa.</p> <p>Konkreettisia kehitysehdotuksia aineistosta nousi muutamia. Potilaat toivoivat, että jo lähettävä yksikkö antaisi heille enemmän tietoa toimenpiteestä. Lisätietoa kaivattiin muun muassa toimenpiteen kulusta ja toimenpiteen jälkeen rintaan laitettavasta merkkiklipsistä. Röntgeniltä toivottiin konkreettisia esimerkkejä siitä, millainen komplikaatio vaatii hoitoa. Kirjallisiin ohjeisiin haluttiin selkeämpää ohjeistusta liikunnan rajoittamisesta toimenpiteen jälkeen. Jälkihoitoa antavissa yksiköissä tulee laatia komplikaatioiden varalle selkeä toimintaohje.</p> | |
| Avainsanat | Intact®, BLES, Breast, lesion, excision, system, toimenpide, Kriittisten tapausten tekniikka. |

| | |
|--|--|
| Author(s) Title Number of Pages Date | Saija Kinnunen Intact® Breast lesion excision system operation guidance for the development of women's clinic x-ray department 42 pages + 5 appendices 5 september 2013 |
| Degree | Master of Health Care |
| Degree Programme | |
| Specialisation option | |
| Instructor(s) | Eija Metsälä, Principal Lecturer Liisa Rasi, Radiographer |
| <p>Intact® Breast lesion excision system is a new method to remove lesion from the breast under local anesthesia. Women's clinic x-ray department is the first unit in Finland for using this method. Method has been used there since autumn 2011. When the action began, patient guidelines were compiled. As it was not possible to invest on the patient guidelines as much as it was hoped for, it was decided to do a final project on the topic.</p> <p>The data were collected through a survey (N=7) in the spring of 2013 during weeks 9-18. The first survey was carried out immediately after the procedure and the second part of the week after the procedure a phone interview. Critical incident technique was used when compiling the questionnaire. Data were analyzed by using abductive analysis.</p> <p>Seven categories emerged on how the patients experienced the guidance. The categories were: uncertainty, ease, adequacy, safety, clarity, presence and flexibility. It can be concluded that it is important that the patient feels safe. Information should be given all the time and guidance should be clear and consistent. Factors causing instability should be eliminated. All the units should have clear instructions on how to function in case complications arise.</p> <p>Data showed a few concrete suggestions. Patients had requested that they would be given more information regarding the procedure. More information was needed for example regarding the procedure and the marker that is placed in the breast after the operation. The patients hoped for concrete examples on what kind of complication requires treatment. Clearer instructions on exercise limitations after the procedure were hoped for. Units providing aftercare should compile instructions regarding possible complications.</p> | |
| Keywords | Intact®, BLES, Breast, lesion, excision, system, procedure, The Critical Incident technique. |

Sisällys

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Johdanto | 1 |
| 2 | Keskeisimmät käsitteet sekä Intact® BLES - menetelmän käyttötarkoitukset | 2 |
| 3 | Rintojen tutkimusten potilasohjeistukseen liittyvät tekijät | 5 |
| 3.1 | Psykososiaalinen ulottuvuus rintojen tutkimuksessa | 5 |
| 3.2 | Naisten ahdistuksen ja pelon kokeminen liittyen rintatutkimuksiin | 5 |
| 3.2.1 | Ahdistus ja pelko liittyen mammografiaseulontoihin | 6 |
| 3.2.2 | Ahdistus ja pelko liittyen kliinisiin mammografiatutkimuksiin | 8 |
| 3.2.3 | Ahdistus ja pelko liittyen varmistustutkimuksiin | 8 |
| 3.3 | Psykososiaaliset mallit | 9 |
| 3.3.1 | Terveysuskomusmalli eli Health Belief Model (HBM) | 9 |
| 3.3.2 | Leventhal's Self-Regulatory Model | 11 |
| 3.4 | Hyvä potilasohje | 12 |
| 3.5 | Mammografiapotilaiden potilasohjeistus | 15 |
| 4 | Rintojen tutkimukset ja Intact® BLES - menetelmän käyttö HUS-Kuvantamisessa | 16 |
| 5 | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset | 18 |
| 6 | Menetelmät ja aineisto | 19 |
| 6.1 | Otanta ja aineiston kerääminen | 19 |
| 6.2 | Kriittisten tapausten tekniikka | 20 |
| 6.3 | Kriittisten tapausten tekniikan käyttö terveydenhuollossa | 21 |
| 6.4 | Kysymyslomakkeen laatiminen | 22 |
| 6.5 | Tiedonkeruuvälineen rakentamista ja analyysiä ohjanneet keskeiset käsitteet | 23 |
| 6.6 | Aineiston käsitteleminen ja analysoiminen | 24 |
| 7 | Tulokset | 26 |
| 7.1 | Vastaajien taustatiedot | 26 |
| 7.2 | Potilasohjaus ennen toimenpidettä lähettävästä yksiköstä | 27 |
| 7.3 | Potilasohjaus toimenpiteen aikana | 28 |
| 7.4 | Potilasohjaus toimenpiteen jälkeen ja jälkihoito-ohjeissa | 29 |

| | | |
|-----|--|----|
| 6.5 | Aineistosta nousseet kehitysehdotukset | 31 |
| 8 | Johtopäätökset | 31 |
| 9 | Pohdinta | 32 |
| 9.1 | Eettiset kysymykset | 32 |
| 9.2 | Tutkimuksen luotettavuus | 34 |
| 9.3 | Tutkimuksen uskottavuus | 35 |
| 9.4 | Opinnäytetyön siirrettävyys | 36 |
| 9.5 | Oman oppimisprosessin pohdinta | 36 |
| 10 | Lähdeluettelo | 38 |

LIITTEET

Liite 1 Intact® laitteisto

Liite 2 Näytteenotto ja näytepalat

Liite 3 Saatekirje ja tiedokeruuväline

Liite 4 Liitetaulukko tutkimusten kuvaus

Liite 5 Analyysirunko

Liite 6 Intact® toimenpiteen prosessikuvaus

Johdanto

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä. Siihen sairastuu vuosittain yli 4000 suomalaisnaista. Rintasyövän ennuste on varsin hyvä, sillä 89 % sairastuneista on elossa viiden vuoden jälkeen sairauden toteamisesta. Kuitenkin joka vuosi rintasyöpään kuolee noin 850 naista. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Väestön sairastumista voidaan ehkäistä kansanterveystoimin. Kansanterveystoimien mukaan kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee järjestää seulontaa ja muita joukkotarkastuksia sekä ylläpitää terveysneuvontaa, johon luetaan muun muassa kunnan asukkaiden yleisten terveystarkastusten järjestäminen. Valtakunnallinen rintasyöpäseulonta käynnistyi Suomessa vuonna 1987. Uusien rintasyöpien määrä on viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana nelinkertaistunut. Tästä huolimatta rintasyöpäkuolleisuudessa on tapahtunut vain vähäistä kasvua. Suuren elossa ololuvun katsotaan johtuvan taudin varhaisessa vaiheessa tehdystä diagnoosista ja tehostuneesta hoidosta. Tärkein eloonjäämisen ennustetekijä onkin syövän levinneisyys sen toteamishetkellä. (Opas kunnille kansanterveystyöhön kuuluvien seulontojen järjestämisestä 2007: 13.)

Rintasyöpä voidaan löytää joko seulontatutkimuksissa tai vaihtoehtoisesti kliinisen radiologian avulla. Suomessa kutsutaan oireettomat 50–69-vuotiaat naiset mammografiaseulontaan 20–26 kuukauden välein. Osallistuminen seulontaan on aktiivista, lähes 90 % kutsun saaneista noudattaa sitä. (Käypä hoito suositus 2010; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012; Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011§.) Kliinisellä radiologialla tarkoitetaan sitä, että nainen itse hakeutuu tai hänen lääkäriinsä lähettää hänet rintatutkimuksiin jonkin oireen tai muun tutkimuksia vaativan syyn vuoksi. Yleisimmät rinnan tutkimuksiin johtavat oireet ovat rinnassa tuntuva patti, rinnan kipu, rinnasta tuleva vuoto tai rinnan ihottuma. Jokin muu syy tutkimuksiin voi olla esimerkiksi aikaisemman rintasyövän kontrollikäynti, hormonikorvaus-hoidon aloittaminen, rintasyövän perinnöllisyys tutkimukset ja niin edespäin. (Käypä hoito suositus 2010.) Sekä seulontamammografiassa että kliinisessä radiologiassa mammografiakuvaus (MGR) on ensisijainen menetelmä tutkia rintoja. Mammografiakuvausten perusteella naiset kutsutaan tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Jatkotutkimuksina voidaan käyttää tarkentavia mammografiatutkimuksia,

ultraäänitutkimusta, magneettitutkimusta tai galaktografiatutkimusta. Rintasyöpädiagnoosi varmennetaan aina neulanäytteellä. Luotettavin tulos saadaan kudoksenäytteellä ja yleisin käytetty menetelmä on niin sanottu paksuneulanäyte eli karkeaneulabiopsia. Epäselvissä tapauksissa kudoksenäyte voidaan poistaa kokonaan paikallispuudutuksessa. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Vuonna 2001 Intact Medical Corporation kehitti uuden menetelmän nimeltään Intact® Breast lesion excision system. Tämän uuden menetelmän avulla voidaan paikallispuudutuksessa joko ottaa hyviä kudoksenäytteitä tai jopa poistaa kokonaisia kudoksenäytteitä. Koska toimenpide tehdään paikallispuudutuksessa, se aiheuttaa vähemmän riskejä ja komplikaatioita kuin leikkaus sekä on myös edullisempi vaihtoehto. (Allen – Nerurkar – Guidabaldo – Rovere 2011; Seror – Lesieur – Scheuer-Niro – Zerat – Rouzier - Uzan 2011: 921-923; Killebrew – Oneson 2006: 302-308 Intact Medical Corporation 2012.)

Rintasyöpän pelko sekä rintoihin liittyvien tutkimusten ja toimenpiteiden kivun pelko aiheuttavat paljon ahdistusta naisten keskuudessa. Pelkoa ja ahdistusta voidaan lievittää antamalla tietoa sairaudesta, tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä. Ohjaus tulisi aloittaa heti potilaan tullessa tutkimuksiin. Tutkimukset osoittavat, että potilaat kokevat suurta pelkoa ja ahdistusta jo ennen varsinaisia toimenpiteitä sekä diagnoosia odottaessaan. Asianmukainen ja oikein kohdennettu tieto auttaa potilasta ennakoimaan tulevia tilanteita ja orientoitumaan niihin. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen. 2006: 16; Metsälä – Pajukari – Aro 2012: 3-12.) Tässä työssä kuvataan millä tavalla potilaat kokevat ohjeistuksen liittyen Intact® Breast lesion excision system - menetelmällä tehtyyn toimenpiteeseen Naistenklinikan röntgenissä. Työn avulla tuodaan esille konkreettisia kehitysehdotuksia potilasohjeistuksessa.

Keskeisimmät käsitteet sekä Intact® BLES - menetelmän käyttötarkoitukset

Opinnäytetyön kohteena olevan menetelmän nimi on virallisesti Intact® Breast lesion excision system eli BLES. *Intact* tarkoittaa suomen kielellä koskematon tai yhtenäinen ja tämä sana kuvaakin näytteen laadullista ominaisuutta. Sanat *breast lesion excision system* eli *BLES* taas kertoo mistä menetelmässä on tarkemmin kyse eli rinnassa olevan leesioon poistamismenetelmästä. Tulen jatkossa käyttämään menetelmästä pelkkää lyhennettä Intact® BLES.

Leesio (lat. laedere, lyödä, vahingoittaa) on lääketieteessä käytetty termi, joka tarkoittaa elimen toimintaan tai rakenteeseen liittyvää sairaalloista vammaa, vauriota tai häiriötä. Kyse voi olla esimerkiksi iskun tai syövän aiheuttamasta haavasta ihossa tai jonkin sairauden aiheuttamasta sisäelimen vaurioitumisesta. (Duodecim 1999: 307.) Tässä työssä leesio tarkoittaa rinnassa olevaa kudosuutosta, jonka epäillään olevan jotain muuta, kuin normaalia rintarauhaskudosta.

Ohjauksella tarkoitetaan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa. Ohjaus on sidoksissa sekä ohjaajan että ohjattavan kontekstiin eli taustaan: niihin lähtökohtiin ja periaatteisiin, joiden pohjalta toimitaan. Ohjauksen sisältö ja tavoitteet puolestaan määräytyvät tämän taustan mukaan ja rakentuvat edelleen ohjaussuhteessa. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen. 2006: 6.)

Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain nojalla *potilas* on terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä tai niiden kohteena oleva henkilö; potilasvahinkolain mukaan potilaana pidetään myös veren, kudoksen tai elimen luovuttajaa sekä lääketieteellisen tutkimuksen tervettä tutkittavaa. (Duodecim terveyskirjasto 2012). Tässä työssä *potilasohjeella* tarkoitetaan kirjallista tai suullista ohjetta, jonka hoitohenkilö antaa potilaalle liittyen Intact® BLES - menetelmällä tehtyyn toimenpiteeseen.

Kirjallisuushaku Intact® BLES -menetelmän käyttötarkoituksista

Opinnäytetyön pohjaksi tehtiin Intac® BLES – menetelmää käsittelevä systemoitu kirjallisuushaku. Haun tarkoituksena oli tutustua menetelmään mahdollisimman laajasti ja saada siitä kaikki saatavilla oleva tutkimustieto (Salminen 2011: 9; Johansson – Axelin – Stolt. – Ääri 2007: 3). Intac® BLES - menetelmä on uusi, joten tutkimustietoa aiheesta löytyi vain viiden tutkimuksen verran. Haut suoritettiin aikavälillä 1.10.2012 - 30.12.2012. Aluksi käytiin läpi eri tietokantoja ja pohdittiin mistä niistä löytyisi parhaiten ja kattavasti luotettavaa tietoa työhön. Lopulta valittiin 13 hakuportaalia jotka olivat: Helka, Linda, Ovid, Medic, Medline, Pubmed, Sience Direct, Suomen lääkärilehti, Cinahl, Cohrane, Arto, Google ja Google Scholar. Tämän jälkeen valittiin käytettävät hakusanat jotka olivat: Intact, BLES, breast, lesion, excision, system, piobsy, directions, guidelines, instructions, hoito-ohjeet. Haussa käytettiin myös sanoja radiofrequency-assisted, jolloin tulokseksi tuli tutkimuksia joissa tutkittiin kirurgien tekemiä avopiobsoita. Lopulta tuloksiksi saatiin vain viisi tutkimusta, jotka löytyivät kaikki myös Google Scholarin kautta (liite4).

Kirjallisuudessa löytyi lisäksi tutkimuksia liittyen muihin rinta-tutkimuksiin ja -hoitoihin liittyviin menetelmiin kuten Vacora ja Mammotome vakuumi-biopsiat, rinnan radiotaajuinen ablaatio, vartijaimusolmuke biopsiat jne. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen. 2009: 69–74; Johansson ym. 2007: 5.) Löydetyt viisi tutkimusta on kaikki tehty ulkomailla. Kolme tutkimusta on tehty USA:ssa, yksi Englannissa ja yksi Ranskassa. Koska Intact® BLES menetelmä on niin uusi menetelmä, nämä kyseiset tutkimukset ovat suuntautuneet luonnollisesti menetelmän luotettavuuteen ja käyttömahdollisuuksiin. Nykyisin käytetään paljon vakuumi- eli imubiopsia-menetelmällä otettuja kudospäytteitä, koska ne katsotaan hyvin luotettaviksi näytteen runsaan koon vuoksi. Näytteenotossa voi kuitenkin käydä niin, että näyte jää liian pieneksi tai se ei ole osunut kohteeseen. Tästä syystä patologi voi aliarvioida näytteen eli arvioida väärin kudospäytteen laadun tai koon. Aliarviointi aiheuttaa lisää kustannuksia. Aliarvioimisen kustannukset vaihtelevat ADH:n osalta 10 % - 50 % ja DCIS:n osalta 4 % - 28,6 %. (Sie – Bryan – Gaines – Killebrew – Kim – Morrison – Poller – Romilly – Schilling - Sung 2006: 945-946.)

Intact® BLES - menetelmällä saadaan kookkaampi kudospäyte ja sillä on mahdollista poistaa jopa koko muutos ehjänä rinnasta, joten tästä syystä menetelmien luotettavuutta ja osuvuutta on vertailtu keskenään. Tutkimusten tulosten perusteella näiden kahden menetelmän välillä biopsian luotettavuudessa tai niiden aiheuttamissa komplikaatioissa ei tullut esille merkittäviä eroja. Tutkimuksissa kuitenkin huomattiin, että Intact® BLES - menetelmää käyttämällä voidaan rinnasta poistaa kokonainen kudospäyte ehjänä. Patologit voivat jo alustavassa diagnoosissa kertoa paremmin muutoksen koon ja onko se saatu poistettua kokonaan näytteenotossa. Näin mahdollinen tuleva leikkaus voidaan suunnitella paremmin tai jopa välttää koko leikkaus. Parempi patologin diagnoosi vaikuttaa leikkausten parempaan onnistumiseen ja uusintaleikkausten vähenemiseen. (Killebrew - Oneson 2006: 305-307; Sie ym. 2006: 947-949.)

Kolmessa muussa tutkimuksessa, oli selvitetty voidaanko menetelmän avulla poistaa kokonaisia muutoksia rinnasta ja näin vähentää varsinaisia leikkauksia. Oli myös tutkittu, voidaanko menetelmällä vähentää leikkauksien kustannuksia siten, että saataisiin parempi alustava diagnoosi ja näin voitaisiin suunnitella leikkaukset paremmin. Näiden kolmen tutkimuksen tulokset tukevat sitä, että Intact® BLES - menetelmällä voidaan poistaa tehokkaasti pieniä kudospäytteen muutoksia puhtain marginaalein, eikä yleensä tarvita uusintaleikkausta. (Allen ym. 2011: 924; Killebrew - Oneson 2006: 306-307; Schonholz 2005; Seror ym. 2011: 723.)

Intact® BLES - menetelmällä poistetaan paljon hyvänlaatuisia muutoksia, jolloin usein ei enää tarvita leikkausta (Allen ym. 2011: 923–924). Tilanne on vielä toinen pahanlaatuisten muutosten osalta. Kun epäillään pahanlaatuista muutosta, menetelmällä yleensä otetaan kunnon näyte. Tämän näytteen perusteella saadun diagnoosin pohjalta suoritetaan varsinainen leikkaus. Useampi tutkimus kuitenkin osoittaa, että muutoksen poistaminen Intact® BLES - menetelmän avulla on edullisempaa, siinä ei ole anestesiaan tai leikkaukseen liittyviä riskejä ja se on kosmeettisesti sekä muutenkin parempi vaihtoehto potilaalle. (Allen ym. 2011: 923; Killebrew - Oneson, 2006: 306–307; Schonholz, 2005; Seror ym. 2011: 723.) Otettaessa huomioon kaikki positiiviset tekijät, joita tutkimuksissa käy ilmi, menetelmää aletaan oletettavasti käyttää enemmän myös pahanlaatuisten muutosten poistoon kun se saadaan kehitettyä luotettavammaksi.

Rintojen tutkimusten potilasohjeistukseen liittyvät tekijät

Kirjallisuushakuja suoritettiin myös potilasohjeistuksen, psykososiaalisten mallien sekä rintatutkimuksiin liittyvien tutkimusten osalta. Tarkoituksena oli saada luotettavaa tietoa ja kattava kuvaus siitä, mitkä erilaiset tekijät vaikuttavat potilasohjeistuksen suunnitteluun, toteutukseen ja onnistumiseen. (Salminen 2011: 6.) Seuraavissa kappaleissa käsitellään naisten ahdistuksen ja pelon kokemista liittyen rintatutkimuksiin. Kuvataan mikä on hyvä potilasohje, mitä tarkoittaa itsesääteily ja miten se liittyy rintojen tutkimuksiin ja toimenpiteisiin.

1.1 Psykososiaalinen ulottuvuus rintojen tutkimuksessa

Psykososiaalisella termillä tarkoitetaan sekä psyykkisiin että sosiaalisiin tekijöihin liittyviä tekijöitä kuten esimerkiksi itsekontrolli, moraali-, ja sosiaaliset taidot. Rintojen tutkimuksessa tulee huomioida nämä potilaiden erilaiset psyykkiset ja sosiaaliset tekijät ja aiemmat kokemukset, koska ne vaikuttavat vahvasti siihen, miten potilas tulkitsee erilaisia ohjeita ja tilanteita. (Vilkkö-Riihelä 1999: 223-224.)

1.2 Naisten ahdistuksen ja pelon kokeminen liittyen rintatutkimuksiin

On tutkittu, että rintatutkimuksiin liittyy paljon psykologisia seurauksia kuten rintasyövän pelko, huoli ja ahdistus (Metsälä ym. 2012: 773). Ne naiset, jotka saavat mammografiaan liittyvän epänormaalin tuloksen, kokevat psykologisia haittavaikutuksia 1.28–2.07 kertaa niin usein, kun ne, jotka saavat kuukauden kuluessa negatiivisen tuloksen (Austoker - Brett, 2001: 294). Naiset jotka saavat heti tuloksen mammografiasta, kokevat helpotuksen tunteen jo muutaman päivän tai viikon päästä mammografiasta (Metsälä ym. 2012: 782).

On tärkeää pyrkiä vähentämään naisten kokemaa pelkoa ja ahdistusta ja näin parantaa heidän elämänlaatuaan. Tutkimusten mukaan ahdistusta ja pelkoa voidaan vähentää hoitohenkilökunnan antaman tuen ja ohjauksen avulla. Tutkimusten mukaan olisi parempi, jos joku muu hoitohenkilö kuin lääkäri ilmoittaisi naiselle epänormaalin mammografiatuloksen. Odotusajan jatkotutkimuksiin sekä odotusajan jatkotutkimuksen ja diagnoosin saamisen välillä tulisi olla mahdollisimman lyhyt. Ahdistusta ja pelkoa vähentää myös se, että lääkäri antaa diagnoosin henkilökohtaisesti potilaalle. Lääkäriä antaessa diagnoosia potilaalle, tulisi tilanteessa olla läsnä myös muuta hoitohenkilökuntaa antamassa potilaalle emotionaalista tukea. Huomiota tulisi kiinnittää ja tukea antaa erityisesti niille naisille, joilla on alhainen koulutustaso, ensimmäinen epänormaali mammografiatulokset, tiiviimpi rintojen tutkimusseuranta ja joilla ei ole aikaisempaa kokemusta rintatutkimuksista. (Metsälä ym. 2012: 782-784.)

1.2.1 Ahdistus ja pelko liittyen mammografiaseulontoihin

Seulontamammografia tehdään oireettomille naisille ja tästä syystä kuvaukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Seulonnalla katsotaan olevan myös useita haittavaikutuksia, joita ei Pohjoismaiden Cochrane-keskuksen mukaan tuoda tarpeeksi esille tai ne luetellaan seulonnasta aiheutuviksi hyödyiksi. Seulonnasta aiheutuviksi luetellaan Pohjoismaiden Cochrane-keskuksen oppaassa muun muassa turhat leikkaukset, säteilyn aiheuttama syöpäriski, tutkimuksen epämiellyttävyys ja emotionaalinen rasitus. Yksi merkittävin seulonnasta aiheutuva haittavaikutus on seulontaan liittyvä naisten kokema ahdistus ja huoli. On tärkeää tarjota naisille rintasyöpäseulonnasta puolueetonta tietoa hyödyistä ja haitoista. Jokaisella naisella tulee olla mahdollisuus tehdä päätös osallistumisestaan uusimman tutkimustiedon pohjalta. (Gøtzsche - Hartling – Nielsen – Brodersen 2012: 4-5.) Myös Suomessa ovat rintasyöpäseulonnat puhuttaneet asiantuntijoita jo pitkään. Toisten mielestä yli-diagnoosinnista on suurta haittaa, toiset pitävät seulomatta jättämistä

suurena riskinä. (Ahlblad 2011). Vuonna 2008 kuului Pohjoismaisen Cochrane-keskuksen tekemän tiedotteen yhteenveto näin:

"Saattaa olla järkevää osallistua rintasyövän seulontaan mammografialla, mutta voi myös olla järkevää jättää osallistumatta, koska seulonnalla on sekä hyödyllisiä että haitallisia vaikutuksia. Jos 2000 naista osallistuu seulontaan säännöllisesti 10 vuoden ajan, saa yksi heistä seulonnasta sen hyödyn, että välttää rintasyöpäkuoleman. Seulonnan takia hoidetaan samana aikana 10 tervettä naista tarpeettomasti syöpäpotilaina. Näiltä naisilta poistetaan rinta tai osa siitä; monet heistä saavat myös sädehoitoa ja joskus solunsalpaajalääkityksen. Lisäksi noin 200 terveellä naisella syöpäepäily osoittautuu aiheettomaksi. Väärä hälytys voi aiheuttaa ison psyykkisen rasituksen." (Pohjoismainen Cochrane-keskus 2013: 3.)

Useissa tutkimuksissa on näytetty toteen, että naiset tuntevat epämiellyttävyyttä ja kipua mammografiakuvauksen aikana. (Almog – Hagoel – Tamir – Barnett – Rennert 2008: 112-113; Doyle – Stanton 2002: 161; Myklebust – Seierstad – Stranden – Lerdal 2009: 68.) Kuvauksen aiheuttama kipu ja epämiellyttävyys ovat merkittäviä osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä (Miller – Livingstone – Herbison 2009: 2; Lambertz ym. 2008: 771). Potilaan kokemaan epämiellyttävyyden ja kivun tunteeseen on yhteydessä röntgenhoitajan asenne potilaaseen ja hänen yksityisyyteensä sekä röntgenhoitajan antama tieto sitä haluaville potilaille (Almog ym. 2008: 113).

Potilaan kokemaa kipua ja epämiellyttävyyttä voidaan vähentää ennen tutkimusta sekä tutkimuksen aikana annettavalla tiedolla. Myös pehmustetyynyjen käyttö vähentää kivun kokemusta, mutta samalla se huonontaa kuvan laatua, joten tästä syystä pehmusteiden käyttöä ei voida suositella ainakaan ennen lisätutkimuksia. (Miller Ym. 2009: 2.) Ympäristön vaikutus henkilön mielentilaan on tärkeä tekijä. Ei kliininen ympäristö, jossa on lämmin ilmapiiri auttaa vähentämään naisten ahdistusta kuvausten aikana (Doyle – Stanton 2002: 159–172). On tutkittu myös esilääkityksen käyttöä ennen mammografiaa. Parhaiten kipuun auttoi 4 % Lidocaine geeli, joka levitettiin ihon pinnalle ennen tutkimusta (Lambertz – Johnson – Montgomery – Maxwell 2008: 765). Suurta ahdistusta naisille aiheuttaa varsinkin tulosten odottaminen sekä odotusaika jatkotutkimuksiin (Olsson – Andersson – Karlberg – Bjurstam – Frodis - Håkansson 2000: 15). Seulontakokemukseen tyytyväisempiä ovat ne naiset, jotka kokevat röntgenhoitajan kuuntelevan heitä ja säättävän puristusta potilaan mielipiteen kuunnellen. Myönteistä kokemusta lisää myös koko kuvausprosessin selittäminen

termeillä, jotka potilas ymmärtää. On tärkeää, että potilas kokee tulevansa kohdelluksi yksilönä. (Lambertz ym. 2008: 770.)

1.2.2 Ahdistus ja pelko liittyen kliinisiin mammografiatutkimuksiin

Rintojen kliiniseen tutkimukseen kuuluvat rintojen ulkoinen tarkastaminen sekä rintojen, kainaloiden ja soliskuoppien tunnustelu käsin. Jos jotain poikkeavaa todetaan, tehdään mammografia eli rintojen röntgenkuvaus. Mammografiaa täydennetään usein vielä kaiku- eli ultraäänitutkimuksella. Vasta neulanäyte varmistaa, onko kyseessä hyvänlaatuinen vai pahanlaatuinen muutos. Joissakin ongelmatilanteissa voidaan käyttää yllä mainittujen lisäksi rintojen magneettikuvausta. (Syöpäinfo 2010.)

On tärkeää, että kliinisiä mammografioita suorittavat yksiköt omaavat tarvittavan ammattitaidon, jotta varmasti löydettäisiin ja saataisiin nopeasti hoidettua naisten rintasyöpä. Tämä olisi tärkeää varsinkin oireisen potilaan kohdalla. Hoidon viivästyminen voi aiheuttaa pahimmassa tapauksessa potilaan kuoleman. Eri yksiköiden välillä voi olla valitettavasti suuriakin eroja herkkyydessä ja spesifisyydessä (Jensen – Vejborg – Severinsen – Nielsen – Rank – Mikkelsen – Hilden - Vistisen – Dyreborg – Lynge 2006: 188–190.) Olisikin tarpeellista laatia valtakunnalliset suositukset ja kattava laaduntarkkailujärjestelmä myös kliinisiä rintatutkimuksia suorittavia paikkoja varten.

Suurin pelon ja huolen aiheuttaja kliinisen mammografiatutkimuksen osalta on varmasti oire tai syy jonka perusteella nainen lähetetään rintatutkimuksiin. Tämä käy ilmi siten, että naiset jotka osallistuvat kliinisiin rintatutkimuksiin ja joilla on rintasyöpää suvussa, ovat selvästi ahdistuneita vaikka kuvauksen tulos on negatiivinen. (Gurevich – Devins – Wilson – McCready – Marmar – Rodin 2004: 109.) Stressi-reaktioita naisille aiheuttaa kliinisen mammografian yhteydessä varsinkin aikaisempi syöpä, huonot mammografiakokemukset, lääkärin antama vähäinen tuki, alhainen koulutustaso sekä psykiatriset sairaudet. Naisilla joilla oli ollut aiemmin syöpä vaikuttaa tutkimusten mukaan lääkärin antama tuki päinvastoin. He ahdistuvat sitä enemmän mitä tarkemmin heihin kiinnitetään huomiota. (Gurevich 2004: 104–109.)

1.2.3 Ahdistus ja pelko liittyen varmistustutkimuksiin

Mammografiaseulonnessa pyritään havaitsemaan normaalista poikkeavia muutoksia, joiden suhteen pahanlaatuisuuden mahdollisuutta ei voida pois sulkea. Jos tällainen muutos havaitaan, kutsutaan potilas varmistustutkimuksiin. Tutkimusten avulla löydös pyritään analysoimaan mahdollisimman tarkoin. Suuri osa poikkeavista havainnoista osoittautuu lisäkuvauksissa ja tutkimuksissa hyvänlaatuisiksi. Keskimäärin vain n. 14–15%:lla varmistustutkimuksiin kutsutuista löydös osoittautuu rintasyöväksi. (Terveystalo 2013.)

Mammografiakuvauksen jatkotutkimuksiin liittyen naiset ovat ahdistuneita johtuen epänormaalista mammografiatuloksesta. Jatkotutkimuksiin kutsutut naiset ovat selvästi ahdistuneempia ja voivat olla ahdistuneita jopa 1-2 vuotta epänormaalien mammografiatuloksen jälkeen (Brett – Austoker 2001: 294). Rintatutkimuksista johtuvat psykologiset seuraukset huonontavat naisten elämänlaatua ja vaikeuttavat arjessa selviytymistä. Tutkimustulosten perusteella pelkoa ja ahdistusta lisäävät huonot aikaisemmat tutkimuskokemukset, alhainen koulutustaso, huonot selviytymisstrategiat, se onko naisella aikaisempia kokemuksia irtosolunäytteenotosta ja onko saatu epänormaali mammografiatulos ensimmäinen. (Metsälä ym. 2012.: 783.) Ne naiset joille on suositeltu tiukempaa seurantaa ovat myös ahdistuneempia kuin ne naiset, joilla seuranta on harvempaa (Barton – Morley – Moore – Allen – Kleinman – Emmons – Fletcher 2004: 532).

1.3 Psykososiaaliset mallit

Saadaksemme ihmiset toimimaan terveyttä edistävällä tavalla, meillä tulee olla tietoa siitä, mikä motivoi terveystyöskäytymistä. Psykososiaaliset mallit perustuvat erilaisille teoreettisille näkemyksille ihmisen toiminnasta ja painottavat eri tekijöiden merkitystä. Mallien avulla kuvataan, ennustetaan ja selitetään terveyteen liittyvää käyttäytymistä. (Grönroos – Perälä – Sihvonen 2003: 208.) Psykososiaalisten mallien avulla saadaan tietoa ihmisten terveystyöskäytymisestä. Mallien avulla on esimerkiksi tutkittu mikä saa naiset osallistumaan rintasyöpäseulontaan (Fulton – Buechner – Denmann – DeBuono – Feldman – Smith – Kovenock 1991: 414–417.) ja millaisia käsityksiä naisilla on rintasyövästä (Rees – Fry – Cull – Sutton 2004: 760–762).

1.3.1 Terveysuskomusmalli eli Health Belief Model (HBM)

Terveysuskomusmalli on yksi ensimmäisistä ja tunnetuimmista psykososiaalisen lähestymisen malleista. Sen kehitti Rosenstock 1966 ja Becker kehitti sitä edelleen vuosina 1970–80 (Baum – Newman – Weinman – West – McManus 1997: 113). Malli on kehitetty selittämään yksilön terveyteen liittyvää päätöksentekoa. Se auttaa ymmärtämään, miksi ihmiset käyttävät jotain tiettyä terveystalveta tai miten he reagoivat terveyteensä liittyviin tapahtumiin. Mallin avulla keskitytään tarkastelemaan yksilöiden asenteita ja uskomuksia. (Baum ym. 1997: 113) Terveysuskomusmalli sisälsi alkuvaiheessaan seuraavat muuttujat: terveyttä edistävästä toiminnasta koetut edut ja esteet, sille koettu sairastumisalttius ja sairauden vakavuus sekä yleinen terveystalvetaatio (Gröroos ym. 2003: 210).

Koettu sairastumisalttius kuvaa mallissa sitä, että mitä suurempi on yksilön arvioima riski saada sairaus, sitä enemmän hän pyrkii käytöksellään varmistamaan pysymisen terveenä ja ehkäisemään altistusta sairaudelle. Esimerkiksi ihminen ottaa rokotuksia, kun matkustaa alueelle jossa on malariaa. Sairauden vakavuus taas kuvaa sitä, että mitä vakavammaksi ihminen kokee sairastumisen, sitä enemmän hän välttää sitä. Esimerkiksi toisen suuteleminen ei tunnu kovin vaarallista jos voi saada normaali flunssan, mutta tilanne muuttuu jos voitkin saada suudelmasta ebolatartunnan. Koetut edut tarkoittavat mallissa yksilön arviota myönteisistä seurauksista, joita tietystä toiminnasta tulee. Ihminen esimerkiksi lopettaa tupakoinnin, jos hän kokee saavansa siitä suuren terveystalvetyödyn. Koetut esteet taas tarkoittavat mallissa sitä, miten vaikeaksi yksilö kokee toiminnan aloittamisen eli fyysiset ja sosiaaliset esteet. Toiminnan aloittamisen esteiksi voidaan kokea esimerkiksi toiminnan kalleus tai siihen uhrattava aika. Jos saatu hyöty ei ole suurempi kuin siihen tehty uhraus, ei ihminen muuta toimintaansa. (Gröroos ym. 2003: 2010; University of Twente 2012.)

Myöhemmin malliin lisättiin kaksi kohtaa. Nämä ovat kysymyksiä: voiko kannustavat vihjeet ja luottamus omiin kykyihin toimia terveyttä edistäväällä tavalla. Kannustavat vihjeet ovat ulkoisia tapahtumia, jotka helpottavat ihmistä muuttamaan toimintaansa ja saavat heidät myös haluamaan muuttaa käytöstään. Nämä ulkoiset tapahtumat voivat olla hyvin erilaisia tapahtumia kuten verenpaineenmittaustulos, terveyden edistämiseen tähtäävä juliste tai sukulaisen kuolema syöpään. Luottamus omiin kykyihin toimia terveyttä edistäväällä tavalla tarkoittaa ihmisen omaa uskoa kyetä tekemään joku muutos toiminnassaan. Esimerkiksi ihminen uskoo, että hän kykenee muuttamaan

ruokailutottumuksiaan sekä lisäämään liikuntaa ja näin laihduttamaan. (Grönroos ym. 2003: 2010; University of Twente, 2012.)

Terveysuskomusmallia käytettiin 1980 luvulla Rhode Islandilla kun tutkittiin naisten osallistumista rintasyöpäseulontaan ja mitkä tekijät lisäävät heidän osallistumistaan. Havainnot tukivat itsesäätelymallin toimintaa ja toivat ilmi, että lääkäreiden tulisi suositella seulontaa kaikille siihen oikeutetuille naisille. Naisille tulisi myös korostaa rintasyöpäseulonnan vaikutusta ja turvallisuutta. Erityisesti sosioekonomisesti heikommassa olevia naisia tulisi rohkaista seulontaan osallistumiseen ja kertoa mitä hyötyä sillä saavutetaan. (Fulton ym. 1991: 414–417.) Mallin avulla on tehty katsaus, jossa tarkasteltiin latinalaisamerikkalaisten naisten osallistumista rintasyöpä- ja kohdunkaulasyöpäseulontaan. Tulosten mukaan yleisemmin esteitä osallistumiseen ovat syövän pelko, pelko kuolla syöpään, kieliongelmat ja kulttuuriin perustuva häveliäisyys. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kannustavia viestejä ovat lääkärin suositus, yhteiskunnalliset vaikuttamisen ohjelmat joita tuottavat latinalaisamerikkalaiset terveydenhuollon johtajat, espanjalainen kirjallinen materiaali sekä kulttuurispesifisen median käyttö. (Austin – Ahmad – McNally – Stewart 2002: 122.) Nämä edellä kuvatut tutkimukset todistavat, että naisten terveystyötyymistä voidaan tutkia ja ohjata psykososiaalisten mallien avulla.

1.3.2 Leventhal's Self-Regulatory Model

Toinen hyvin tunnettu malli on Leventhal's Self-Regulatory model. Leventhal alkoi tutkia ihmisen itsesäätelyjärjestelmää 1960-luvulla. Hän huomasi, että pelko saa ihmiset toimimaan tietyllä tavalla erilaisissa tilanteissa kuten esimerkiksi käyttämään turvavyötä. Hän totesi, että antamalla erilaista tietoa voitiin vaikuttaa ihmisten käyttäytymiseen. Seuraavaksi Leventhal halusi tutkia miten krooninen sairaus vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen ja hän kehitti tätä varten mallin Leventhal's Self-Regulatory Model (SRM) 1987. (Hele – Treharne - Kitas 2007: 904.)

Tämä itsesäätelyteoria kuvaa yksilön henkilökohtaista terveydenhallintaa. Tärkein ajatus mallissa on se, että Leventahlin mukaan ihmisillä on ennakkokäsityksiä ja maallikkouskomuksia sairauksista. Nämä ennakkokäsitykset ohjaavat ihmisen terveystyötyymistä. Leventhalin mallin mukaan ihmistä ohjaavat viisi ennakkokäsitystä, jotka liittyvät identiteettiin, sairauksien syyhyn, sairauden keston,

sairauden seurauksiin ja sairauden hallittavuuteen. (Hele ym. 2007:904; Rees ym. 2004: 751.)

Identiteettiin liittyvä käsite tässä mallissa merkitsee sitä, että henkilö antaa eri oireille tai sairauksille erilaisia merkityksiä ja jatkossa nämä hänen antamansa merkitykset määrittävät aina hänen käsitystään tästä tietyistä oireista tai sairaudesta. Sairauksien syyhyn liittyvä käsite merkitsee mallissa sitä, että ihminen saa erilaisten kokemusten ja tietojen kautta uskomuksia siitä mikä sairauden aiheuttaa. Sairauden kestoon liittyvä käsite tarkoittaa sitä, että henkilö pohtii sairastuessaan, kauanko sairaus tulee kestämään ja onko sairaus akuutti vai krooninen. Tätä ennakkokäsitystä ihminen muuttaa ajan kuluessa ja erilaista tietoa saadessaan. Sairauden seurauksiin liittyvällä käsitteellä tässä mallissa tarkoitetaan sitä, että yksilö miettii miten sairaus vaikuttaa häneen fyysisesti ja sosiaalisesti. Nämä käsitykset muuttuvat realistisemmiksi ajan kuluessa. Sairauden hallittavuuteen liittyvä käsite tarkoittaa sitä, että henkilö pohtii sairastuttuaan voidaanko sairaus parantaa tai saada edes hallintaan ja voiko ihminen itse vaikuttaa tähän mitenkään. (Hele ym. 2007: 904 - Rees ym. 2004: 751.) Ihminen saa tietoa jatkuvasti ja muuttaa sen mukaan ennakkokäsityksiään. Hän hyväksyy, hylkää, mukauttaa tai sisällyttää uutta tietoa vanhoihin käsityksiin näiden. Henkilö yhdistää nämä ennakkokäsitykset toimintaansa ja selviytymisstrategioihinsa ja muokkaa käytöstään näiden avulla. On tärkeää tiedostaa, miten vahvasti nämä ennakkokäsitykset muokkaavat ihmisen toimintaa ja hyödyntämällä niitä, voimme ohjata ihmisen käyttäytymistä haluttuun suuntaan. (Hele ym. 2007: 904.)

Leventhalin mallia on sovellettu esimerkiksi vuonna 2004, toteutetussa tutkimuksessa jossa vertailtiin keskenään naisia joilla oli kokemuksia rintasyövästä ja naisia joilla ei ollut kokemuksia rintasyövästä. Vertailussa haluttiin selvittää millaisia kokemuksia, käsityksiä sekä pelkoja näillä kahdella eri ryhmällä oli liittyen rintasyöpään ja erosivatko ne toisistaan. Keskeisimmät tulokset olivat, että naiset joilla oli lisääntynyt rintasyövän riski, uskoivat enemmän, että he saisivat rintasyövän elinaikanaan. Naisilla joilla oli kohonnut rintasyöpäriski, olivat myös selvästi ahdistuneempia ja heillä oli yhtenäisempi käsitys rintasyövästä sekä siitä mitkä ovat riskitekijät jotka aiheuttavat rintasyöpää. Tulokset vahvistivat sitä, että geneettinen neuvonta on tehokas keino valistaa naisia rintasyövän synnystä ja sen tunnistamisesta ja näin naisten käytökseen voidaan vaikuttaa ennakkokäsitysten kautta. (Rees ym. 2004: 760–762)

1.4 Hyvä potilasohje

Potilasohjeistusta valvovat erilaiset lait ja asetukset. Tärkeimpinä niistä mainittakoon laki potilaan asemasta ja oikeuksista, kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki. Terveystieteiden henkilöstön tulee noudattaa näitä lakeja ja asetuksia, jotta jokaisessa hoitotilanteessa kuten ohjauksessakin saavutetaan ainakin näiden lakien ja asetusten asettama minimitaso. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992§.)

Potilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan käsitysten selvittäminen ohjauksesta on tärkeää, koska monissa tutkimuksissa on todettu, että heidän käsityksensä ohjauksesta poikkeavat toisistaan (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen. 2006: 66). Terveystieteiden alalla on tärkeää hioa palveluketjut toimiviksi sekä kehittää henkilöstön ohjaustaitoja. Terveystieteiden ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa, eikä yksikään palveluprosessi voi olla tyydyttävä ellei siihen sisällytetä hyvää potilasohjausta. (Lipponen – Kanste – Kyngäs - Ukkola 2008: 121.)

Potilaiden hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet jo huomattavasti ja tämä kehitys jatkuu edelleen. Tämän vuoksi sekä aikaa, että mahdollisuuksia henkilökohtaiseen ohjaukseen on yhä vähemmän. Kirjallisten ohjeiden käyttäminen on noussut tärkeään osaan, jotta potilas saisi tarvitsemansa tiedot ennen hoitoa ja vielä hoitokontaktin päättymisen jälkeen. Väistämättä tämä edellyttää nykyistä tiiviimpää paneutumista kirjalliseen ohjaukseen. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 66; Lipponen ym. 2008: 121.)

Kirjalliseen ohjeeseen huolellinen laatiminen on tärkeää, koska hyvä kieliasu varmistaa tiedon ymmärtämisen. Ohjeeseen tulee edetä loogisesti ja siinä olevien tietojen tulee olla oikeellisia. Ohjeeseen ei tule olla käskynjakoa, vaan sen tulee tukea potilaan itsemääräämisoikeutta. Ohjeeseen ensisijainen tavoite on antaa potilaalle ohjausta hänen

sairauteensa liittyvissä asioissa sekä vastaaminen häntä askarruttaviin kysymyksiin. Antamalla potilaalle kirjallisia ohjeita pyritään välttämään ja korjaamaan väärinkäsityksiä, vähentämään potilaan ahdistuneisuutta ja lisäämään tietoa saatavilla olevista palveluista. Kirjallisilla ohjeilla myös valmistellaan potilas tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä autetaan potilasta sopeutumaan sairauteensa hoidon aikana. (Hyvärinen, 2005; 1769; Lipponen Ym. 2006: 66.) Kirjallinen potilasohje ei ole vain tiedon siirtoa potilaalle, vaan se välittää myös viestin potilaan asemasta terveydenhuoltojärjestelmässä, sekä määrittelee käsitystä terveydestä ja sairaudesta. (Lipponen ym. 2006: 66).

Kirjallinen ohje annetaan yleensä potilaalle suullisen ohjauksen yhteydessä, jolloin on mahdollista läpikäydä ja täydentää sitä. Potilaan ohjauksen perustana tulee olla potilaslähtöisyys, mikä tarkoittaa potilaan tarpeen mukaista ohjausta. Hoitohenkilöstölle potilaiden ohjaustarpeiden arviointi on vaativaa, koska tarpeet vaihtelevat potilaiden taustatekijöiden kuten heidän terveydentilansa ja sen muutosten mukaan. Ohjaustarpeeseen vaikuttavat potilaan ikä, sukupuoli, koulutus, siviilisääty, elinolosuhteet sekä sairauden laatu ja sen vaikutus potilaan jokapäiväiseen elämään. (Kääriäinen, 2007: 33) Hyvä potilasohjaus edellyttää hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa hallita potilaan ohjausprosessin eri osa-alueet. Potilaan ohjaus on jatkuvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa ja hoidon kaikissa vaiheissa tapahtuu ohjauksen tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Ohjausprosessin luonteeseen kuuluu, että ensin määritellään ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Tämä ohjausprosessi toteutuu potilaan hoidon kaikissa vaiheissa. Ohjauksen tarpeen määrittelyyn ja toteutukseen vaikuttavat yksilön sekä yhteisön voimavarat. (Lipponen ym. 2006: 11.)

Etiikalla tarkoitetaan oppia oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta toiminnasta. Etiikka on tärkeä tekijä hoitotyössä ja se on siten huomioitava myös ohjauksessa. Etiikka auttaa tekemään valintoja, jotka katsotaan hyviksi ja oikeanlaisiksi sekä arvioimaan omaa ja toisten toimintaa. (Lipponen ym. 2006: 6.) Terveystieteiden ammattilaisten toimintaa ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet. Ne ovat valtakunnallisen eettisen neuvottelukunnan asettamat. Periaatteet koskevat jokaista terveydenhuollossa toimivaa ja ne on laadittu jokaiselle ammattiryhmälle erikseen. Terveystieteiden ammatti-ryhmien eettiset ohjeistot perustuvat yhteisiin arvoihin, vaikka ne painottuvat eri ohjeistoissa eri tavoin. Keskeisinä niissä on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämänsuojelu ja terveyden edistäminen. (Valtakunnallinen

terveyden-huollon eettinen neuvottelukunta 2001.) Eettisiä periaatteita on kuusi ja ne ovat: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Terveysthuollon eettiset periaatteet määrittävät myös ohjauksen perustaa ja lisäävät ymmärrystä eettisesti oikeasta tavasta toimia ohjaustilanteessa. Tältä perustalta ohjauksessa on eettisestä näkökulmasta huomioitava potilaan näkemys ja kokemus ja toisaalta ne velvoittavat hoitajan toimimaan potilaan parhaaksi yhteistyössä toisten saman ja muiden ammatin edustajien kanssa. Ohjauksen tavoite on puolestaan ymmärrettävissä terveydenhuollon etiikan tehtävän kautta: tavoitteena on potilaan hyvinvoinnin edistämisen. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001; Lipponen ym. 2006: 7.)

1.5 Mammografiapotilaiden potilasohjeistus

Mammografiapotilaiden ohjeistus tulisi olla suunniteltu sen mukaan, onko nainen osallistumassa seulontakuvaukseen, klinisiin mammografiatutkimuksiin vai varmistustutkimuksiin. Kuten aiemmassa luvussa kävi ilmi, näiden jokaisen tutkimusosa-alueen osalta naisia pelottavat hieman eri asiat ja he tarvitsevat tietoa juuri siitä osa-alueesta johon osallistuvat. Edellä kuvataan myös millainen on hyvä potilasohje. Tässä luvussa otan esille mammografiapotilaan ohjeistukseen liittyviä erityispiirteitä ja millaista mammografiapotilasohjeistus on nykyisin.

Mammografiakuvaus voi aiheuttaa potilaalle kipua ja epämukavuutta, joten jotkut naiset eivät halua osallistua mammografiakuvauksiin tästä syystä. (Miller ym. 2009:2.) Tutkimusten nojalla tiedetään, että myös potilaan ennakoasenteet vaikuttavat hänen osallistumiseensa seulontaan ja siihen miten hän kokee mammografiakuvausten (Lambertz ym. 2008: 771). On erittäin tärkeää, että naisille jaetaan relevanttia ja ajankohtaista tietoa rintasyövästä ja sen vaikutuksista. Ohjeistukseen tulee liittää tutkimusten varsinkin mammografian tärkeys syövän löytämisessä. Valistamalla naisia rintatutkimusten kulusta, voidaan vaikuttaa heidän asenteisiinsa ja saadaan heidät osallistumaan rintatutkimuksiin. Potilaat, tässä tapauksessa naiset, jotka tietävät etukäteen mitä tutkimuksessa tapahtuu uskaltavat osallistua seulontaan paremmin ja kokevat kuvauksen aikana vähemmän kipua. (Salanterä 2008: 42–43.) Mammografian erittäin kivuliaaksi kokeville naisille voidaan suositella tarvittaessa myös kipulääkitystä. Lidocaine 4 % geeli tulee levittää rinnan iholle tuntia ennen kuvausta ja se pyyhitään

pois juuri ennen kuvausta. (Lambertz ym. 2008: 771.) Kivunlievityksen avulla voidaan saada tutkimuksiin myös naisia, jotka muuten eivät osallistuisi. Naisten ohjaus osallistua rintatutkimuksiin on erittäin tärkeää. Yhtä tärkeää on ohjata potilas myös suorittamaan säännöllisesti itse rintojen tutkimus sekä osallistumaan ajoittain ammattilaisen suorittamaan rintojen palpaatiotutkimukseen. Näiden tarkastusten avulla on mahdollista huomata seulontakertojen välissä rintoihin ilmaantuva muutos. Erityisen tärkeää palpaatiotutkimusten tekeminen on silloin, kun ei ole mahdollista osallistua mammografiaseulontaan tai ei iän puolesta kuulu seulonnan piiriin. Varhaisella oireen toteamisella voidaan vähentää rintasyöpäkuolleisuutta. (Roger – Foster – Worden – Costanza – Solomon 1992: 1992–1997.)

Kuten kaikessa ohjeistuksessa myös mammografiapotilasohjeistuksessa tulisi hyödyntää psykososiaalisia malleja. Näiden mallien avulla on tutkittu ja tutkitaan sitä, mikä vaikuttaa ihmisten terveystyöskäytymiseen. Tässä tapauksessa tietoa tulisi hakea siitä, mikä vaikuttaa naisten terveystyöskäytymiseen liittyen rintatutkimuksiin. On tutkittu, että varsinkin terveydenhuoltohenkilöstön suositukset ja ohjaus ohjaavat naisia osallistumaan mammografiaseulontoihin (Fulton ym. 1991: 414–417). Naisten käyttäytymistä voidaan ohjata myös kirjallisella materiaalilla, median avulla ja yhteiskunnallisen vaikuttamisen ohjelmien avulla (Austin ym. 2002: 122.) Geneettinen neuvonta on hyvin tehokas keino valistaa naisia rintasyövän synnystä ja tunnistamisesta (Rees ym. 2004: 760–762). Aiemmistä tutkimuksista käy ilmi, että erityisesti potilasohjausta ja tukea tarvitsevat naiset joilla on alhainen koulutustaso, ensimmäinen epänormaali mammografiatulokset, suositeltu tiiviimpää seurantaa sekä niitä joilla ei ole aikaisempaa kokemusta rintatutkimuksista (Metsälä ym. 2012: 782–784).

Tarkasteltaessa yleisesti eri rintatutkimuksia tarjoavien yksiköiden internet sivustoja huomataan että siellä annetaan tietoa mammografiakuvauksen ja ultraäänitutkimuksen etenemisestä. Sivustoilla voisi olla enemmän ja monipuolisemmin tietoa myös rintasyövästä sekä rintatutkimusten hyödyllisyydestä mutta myös haitoista. Työssä saamani oman kokemuksen pohjalta, olisi tärkeää painottaa mammografiakuvauksen nopeutta ja sitä, että sen aikana tunnettu epämiellyttävyyys ja kipu ovat aina yksilöllisiä tunteita.

Rintojen tutkimukset ja Intact® BLES - menetelmän käyttö HUS-Kuvantamisessa

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri kuntayhtymä on 24 kunnan muodostama kuntayhtymä. Sen tehtävänä on tuottaa jäsenkunnille ja niiden asukkaille tarpeellisia erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluja. (HUS 2013.) HUS-Kuvantaminen on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymää. HUS-Kuvantaminen on Suomen johtava lääketieteellisen kuvantamisen, fysiologisten ja neurofysiologisten tutkimusten, niihin liittyvien toimenpiteiden ja asiantuntijapalvelujen sekä lääkintäteknisten asiantuntijapalvelujen tuottaja. HUS-Kuvantaminen vastaa valtakunnallisesti useista erityisosaamista ja -tekniikkaa vaativista tutkimuksista sekä yliopistolliselle sairaalalle kuuluvasta alan tutkimuksesta ja opetuksesta. (HUS-Kuvantaminen 2013.)

HUS-Kuvantamisella on 34 radiologian, kahdeksan kliinisen neurofysiologian, neljä kliinisen fysiologian, kaksi isotooppilääketieteen sekä 17 lääkintäteknikan toimipistettä Uudellamaalla. Vuonna 2011 radiologisia tutkimuksia ja toimenpiteitä tehtiin 900 000, kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen tutkimuksia 250 000 ja kliinisen neurofysiologian tutkimuksia 20 000. Lääkintäteknisiä palveluja tuotettiin 65 000. HUS-Kuvantamisessa työskentelee yli 1100 henkilöä, joista yli 600 on hoitohenkilökuntaa, noin 250 lääkäreä ja 85 lääkintäteknikan ammattilaista. (HUS-Kuvantaminen 2013.)

Naistenklinikan röntgen on osa HUS-Kuvantamista ja yksi Pohjoismaiden suurimpia rintatutkimuksiin erikoistuneita röntgeneitä (HUS 2013; Hukkinen 2012). Tutkimuksia Naistenklinikan röntgenissä tehtiin vuonna 2011 7126 kappaletta (HUS-Kuntayhtymä 2012). Naistenklinikan röntgen on valtakunnallisesti edelläkävijä monessa asiassa. Röntgenissä tehdään esimerkiksi uudenlaisia rintojen kudostenmuutoksenmerkkauksia radioaktiivisilla jyvillä sekä Intact® - Breast lesion excision system ultraääniohjattuja toimenpiteitä ensimmäisenä yksikkönä Suomessa. Intact® BLES toimenpiteet aloitettiin syksyllä 2011 ja niitä on tehty 15.1.2013 mennessä 70 kappaletta. Potilaat tähän toimenpiteeseen tulevat ainoastaan HYKS Rintarauhaskirurgian yksikön kautta. HYKS Rintarauhaskirurgian yksikköön potilaat saavat lähetteen rintasyöpäseulonnan, julkisen terveydenhuollon, yksityisten lääkäriasemien tai työterveyshuollon kautta (Nieminen 2012). Intact® BLES potilaan prosessikuvaus Naistenklinikan röntgenissä on kuvattu liitteessä 6.

Intact® näytteenottolaitteeseen kuuluu virran tuottava yksikkö, näytteenottokahva johon laitetaan näytteenottokauha sekä vakuumiyksikkö. Näytteenottokahva yhdistetään virtaa tuottavaan yksikköön, sekä vakuumiyksikköön (liite 1). Laite toimii siten, että Radiofrekvenssi (RF) virtaa näytteenottokahvassa sijaitsevassa näytteenottokauhan langassa, joka leikkaa kudosta ja tekee samalla hemostaasia. Menetelmä on vastaava

kuin kirurgien käyttämä diatermiaterä. Laitteessa oleva vakuumiyksikkö imee näytteenoton aikana kudoksen ja kärryn. Näytteenottokorin eli -kauhan poikkimitat ovat 12, 15 ja 20 mm ja pituus 15-26 mm riippuen neulan koosta (liite 2). Tällä menetelmällä biopsoitava alue onkin mahdollista poistaa kokonaan yhdellä kertaa. (Hukkinen 2012: 3.)

Naistenklinikan röntgenissä kyseistä menetelmää käytetään tällä hetkellä vain ultraääniohjauksessa. Laitteentoimittaja on valmistelemassa tiettyä adapteriosaa, jotta toimenpiteet voidaan aloittaa myös mammografialaitteen avulla stereotaksia ohjauksessa. Naistenklinikan röntgenissä toimenpiteen avulla otetaan joko runsas kudoksenäyte tai sitten poistetaan kokonainen kudoksenmuutos, jonka oletetaan olevan hyvänlaatuisen. Menetelmää on käytetty myös pari kertaa pienen pahanlaatuisen muutoksen poistoon, koska leikkaushoito ei ollut mahdollinen näiden potilaiden kohdalla. Poistettu kudospala lähetetään aina tutkittavaksi patologille ja tarvittaessa potilaille tehdään uusintaleikkaus tai annetaan muita jatkohoitoja.

Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämä opinnäytetyö tehtiin Naistenklinikan röntgenosaston tarpeisiin. Naistenklinikan röntgenosastolla on ollut henkilöstövajausta sekä -vaihtuvuutta, jonka vuoksi siellä ei ole kyetty kehittämään Intact® - BLES - menetelmän potilasohjeistusta halutulla tavalla. Työn tarkoituksena on kuvata naisten kokemuksia saamastaan ohjauksesta Intact® - BLES- menetelmällä tehdyssä toimenpiteessä ja kehittää potilaiden ohjeistusta laadukkaammaksi sekä asiakaslähtöisemmäksi. Työn yksityiskohtaiset tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista ohjeistusta potilaat kokevat saavansa heitä hoitavasta yksiköstä eli röntgenosaston näkökulmasta katsoen lähettävästä yksiköstä?
2. Millaista ohjeistusta potilaat kokevat saavansa toimenpiteen aikana röntgenhoitajilta?
3. Millaista ohjeistusta potilaat kokevat saavansa toimenpiteen jälkeen ja jälkihoito-ohjeissa?

4. Miten Intact® BLES toimenpiteen potilasohjeistusta tulisi kehittää?

Työn tuloksena saatiin konkreettisia kehitysehdotuksia ohjeistukseen liittyen. Näiden kehitysehdotusten pohjalta voidaan Naistenklinikan röntgenissä työstää ohjeita edelleen.

Työn lopullisena tavoitteena oli röntgenosaston sekä hoitavan/lähettävän yksikön saama hyöty ohjeiden konkreettisina kehitysehdotuksina. Potilaiden osalta työn hyöty tulee esille siten, että potilaat tulevat saamaan parempaa ohjeistusta ja se helpottaa heidän pelkojaan ja ahdistustaan. Hyötyä saavutetaan mahdollisesti myös siinä, että toimenpiteet ja tutkimukset tulevat onnistumaan paremmin ja niihin liittyvät mahdolliset komplikaatiot vähenevät. Paremmalla ohjauksella voidaan alentaa myös mahdollisista komplikaatioista aiheutuvia kustannuksia. Toimenpiteet kyetään suorittamaan nopeammin, joten myös toimenpiteiden määriä voidaan lisätä.

Menetelmät ja aineisto

Tässä luvussa selitetään mikä on kriittisten tapausten tekniikka. Tämä teoria ohjasi opinnäytetyön aineiston keruuta sekä aineiston analyysia.

1.6 Otanta ja aineiston kerääminen

Opinnäytetyölle myönnettiin tutkimuslupa viikolla 8. Samalla viikolla suoritettiin myös pilottitutkimus kyselylomakkeelle. Kyselyyn vastasi kaksi potilasta ja tämän jälkeen lomakkeet tarkastettiin. Lomakkeista selvitettiin oliko kysymyksiin tullut vastauksia ja olivatko vastaukset relevantteja. Vastaajilta myös kysyttiin suullisesti mitä mieltä he olivat kysymyslomakkeista. Vastaajilla ei ollut kehitysehdotuksia ja lomakkeiden vastaukset vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tämän vuoksi kyselylomakkeisiin ei tehty enää muutoksia. Näitä kahta pilottikyselyä ei otettu mukaan varsinaiseen aineiston analyysiin. (KvantiMOTV, Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, menetelmäopetuksen tietovaranto 2012.)

Opinnäytetyön empiirinen osio suoritettiin laadullisena tapaustutkimuksena kyselylomakkeiden avulla Naistenklinikan röntgenissä viikoilla 9-18 (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen. 2009: 83). Röntgenhoitajat ohjeistettiin selittämään potilaille

kyselyn tarkoitus, käymään heidän kanssaan läpi kyselyn eteneminen sekä varmistamaan potilaan suostumus kyselyyn osallistumiseen. Mukaan kyselyyn pyrittiin ottamaan kaikki potilaat, joille tehtiin Intact® - BLES toimenpide. Kyselystä suljettiin pois potilaat, jotka eivät kyenneet kommunikoimaan suomen kielellä tai eivät kyenneet täyttämään itsenäisesti kyselylomaketta. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen. 2009: 83.) Kysely suoritettiin kahdessa eri osassa, koska potilaiden jälkiohjeistukseen liittyvää tietoa on luotettavampaa kysyä jonkin ajan kuluttua toimenpiteestä, jolloin potilaat voivat arvioida oliko ohjeistus riittävää. Ensimmäinen kysely suoritettiin röntgenosaston tiloissa heti toimenpiteen jälkeen ja jatkokysely noin viikon päästä toimenpiteestä puhelimitse.

Intact® BLES toimenpiteessä käyvät potilaat ovat normaalikäytännön mukaisesti röntgenosastolla puoli tuntia tarkkailussa toimenpiteen jälkeen. Tämä aika hyödynnettiin ja pyydettiin potilaita täyttämään ensimmäinen kyselylomake tuon tarkkailun aikana. Jatkokysely suoritettiin siten, että potilaille annettiin mukaan toinen lomake ja ohjeistettiin heitä tutustumaan siihen etukäteen. Potilaan kanssa sovittiin, että hänelle soimitaan noin viikon kuluttua toimenpiteestä ja haastatellaan häntä puhelimen avulla. Potilaat saivat halutessaan itse valita soittoajankohdan arkisin klo 8-15.30 välillä.

Opinnäytetyöhön ei sisälly yleistä laatuun liittyvää kyselyä, koska HUS:in organisaatio tekee laatukselyn asiakaspalveluun liittyen joka vuosi. Empiirinen osio käsittelee ainoastaan Intact® - BLES - menetelmään liittyvää potilasohjeistusta. Aihe rajattiin tarkoituksella, koska Naistenklinikan röntgenissä haluttiin saada tietoa nimenomaan tämän potilasohjeistuksen osalta.

1.7 Kriittisten tapausten tekniikka

The Critical incident tekniikka suomeksi kriittisten tapausten tekniikka on joustava laadun tutkimisen menetelmä. Sen on kehittänyt JC. Flanagan 1954 ja sitä käytetään paljon näyttöön perustuvassa ongelmanratkaisussa. (Kemppainen 2000: 1264.)

Kriittisten tapausten tekniikan juuret juontuvat jo Sir Francis Galtonin 70 vuotta sitten tekemiin tutkimuksiin sekä sitä myöhempään kehitykseen kuten kontrolloidut havaintotestit ja empiiriset asiakirjat. Kriittisten tapausten menetelmä kehittyi muotoonsa toisen maailmansodan aikana USA: armeijan ohjelman nimeltä The Aviation Psychology program jälkimainingeissa. Alkuperäisen ohjelman tarkoitus oli valita ja

luokitella ilmastojoukkoja. Yksi ensimmäisistä menetelmää kehittävistä tutkimuksista, suoritettiin syksyllä 1941. Sen tehtävänä oli löytää ja analysoida erilaiset syyt, jotka estävät lentämisen oppimisen. Toinen tärkeä tutkimus suoritettiin talvella 1943–1944 ja siinä tutkittiin miksi pommituslennot epäonnistuvat. Kesällä 1944 suoritettiin useita tutkimuksia, joissa etsittiin syitä ongelmiin, joita esiintyy ilmavoimien johtajuudessa. Nämä tutkimukset olivat ensimmäinen laajamittainen pyrkimys koota tiettyyn erityiseen tapahtumaan liittyvää tietoa tehokkaasta ja tehottomasta käyttäytymisestä. Tietoa kerättiin ja analysoitiin useista tuhansista tapauksista. Tulokset kerättiin kuvaileviksi luokiksi, jotka nimettiin ”kriittiset vaatimukset” johtajuudessa. (Flanagan 1954: 328.)

Toisen maailmansodan lopulla joukko psykologeja, jotka olivat olleet mukana The Aviation Psychology ohjelmassa, perustivat The American Institute for Research laitoksen. Organisaation tarkoitus oli tutkia ihmisen käyttäytymistä samojen periaatteiden mukaan kuin aiemmin The Aviation Psychology ohjelman tutkimuksissa. Tuolloin kehitettiin virallisesti kriittisten tapausten tekniikka ja annettiin sille sen nykyinen nimi. (Flanagan 1954: 330.) Sodan jälkeen Flanagan jatkoi tekniikan kehittämistä käytännön ongelmien ratkaisuun (Kempainen 2000:1264).

Flanaganin kehittämä tekniikka on käytännöllinen ja tehokas. Se eroaa joissain suhteissa perinteisistä menetelmistä. Toisissa laadullisissa tutkimuksissa pääpaino on kuvailla ilmiötä sen luonnollisessa ympäristössä. Kriittisten tapausten tekniikka keskittyy etsimään ratkaisuja käytännön ongelmiin. Näitä ratkaisuja pyritään etsimään siten, että tarkastelemalla jotain tiettyä tapahtumaa löydetään siinä piilevät kriittiset toiminnat. Puuttamalla näihin kriittisiin toimintoihin voidaan kehittää toimintaa ja ratkaista ongelmia. Tekniikassa keskitytään osoittamaan tosiasioita ja tuottamaan persoonallisia mielipiteitä, päätelmiä ja yleistyksiä. Flanaganin mukaan huomiosta tulee tosiasia, kun suuri joukko toisistaan riippumattomia havainnoitsijoita tuottaa saman kuvauksen asiasta. Aineiston voi koota havainnoimalla, mutta myös muiden metodien avulla kuten kyselyillä, puhelinhaastatteluilla, joukko haastatteluilla ja käytännön kautta. Päämääränä on auttaa tiedonantajia kuvailemaan mahdollisimman tarkasti tiettyä tapausta muistista ja liittämään mukaan oleellisia yksityiskohtia. Kriittisten tapausten tekniikan mukaan aineisto käydään läpi induktiivisen analyysin kautta. Tapaukset lajitellaan ja luokitellaan tunnistettujen käyttäytymismallien mukaan ja muodostetaan lopulta erityinen luokitus. (Kempainen 2000:1264–1265.)

Jotta Kriittisten tapausten tekniikan tuottama raportti olisi tehokas ja siitä olisi hyötyä, tulee sen sisältää kolme tärkeää osiota. Raportissa tulee kuvata tilanne, joka johti

kriittiseen tapahtumaan. Raportissa tulee kuvata kriittisessä tilanteessa mukana olleiden henkilöiden toiminta sekä tulokset johon heidän käyttäytymisensä johti. (Kemppainen 2000: 1265.)

1.8 Kriittisten tapausten tekniikan käyttö terveydenhuollossa

Kriittisten tapausten tekniikkaa on käytetty jo pitkään ja usealla eri tavalla terveydenhuollon tutkimuksessa. Tekniikkaa on käytetty tiedon keräämiseen ja analysoimiseen sekä erilaisista tilanteista että ihmisten käyttäytymisestä. (Kemppainen 2000: 1265). Bailey käytti menetelmää jo vuonna 1956 identifioidakseen käyttäytymisen kriteerit, jotka johtavat tehokkaaseen tai menestyksekkääseen hoitamiseen. (Bailey 1956: 52). Tutkimuksessa suoritettiin kysely kolmeen eri sairaalaan Pohjois-Kaliforniassa. Kyselyyn osallistui sekä hoitohenkilökuntaa että potilaita. Tutkimuksen tuloksina saatiin lista ominaisuuksista, jotka ammattitaitoisen hoitajan tulisi vastaajien mukaan omata. Listalla olevia ominaisuuksia olivat: potilaan ohjaus taidot, tekninen pätevyys, tehokkaat työtavat, tehokas toiminta stressaavissa ja hätätilanteissa, emotionaalisen tuen antaminen potilaille, hyvä yhteistyö vierailijoiden ja kollegoiden kanssa, henkilökohtainen läsnäolo ja äänen kontrollointi kyky, ammatillinen ja eettinen toiminta. (Bailey 1956: 62–63.)

Longo, Connor ja Barnhart tutkivat menetelmän avulla vuonna 1993 Kaliforniassa terveyskeskuksen palveluiden laatua. Tutkimuksessa suoritettiin kysely 147 potilaalle ja 188 terveydenhuollonpalveluiden tarjoajalle terveyskeskuksessa Modestossa. Tulosten mukaan potilaiden käsitykset terveydenhuollon palveluiden laadusta liittyivät usein vaalivaan ja hoivaavaan käytökseen. (Kemppainen 2000: 1265.) Rubin tutkimukseen osallistui 3868 potilasta kuudesta sairaalasta USA:n koillisosista. Tässä tutkimuksessa potilaat kuvasivat terveystarjoajien käytöstä, joka johti joko potilaiden tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen palveluiden laadussa. Tulosten mukaan potilaiden tyytyväisyyteen vaikutti eniten hoitajan henkilökohtaiset taidot potilaiden hoidossa ja kommunikaatiossa. (Kemppainen 2000:1265–1266.)

Kommunikaatioon liittyvät ongelmat voivat aiheuttaa paljon haittaa potilaiden hoidossa. Myös tätä osa-aluetta on tutkittu kriittisten tapausten tekniikan avulla. Vuonna 2005 tutkittiin potilaiden uloskirjautumisprosessia sairaaloista Chicagossa. Tutkimuksessa haastateltiin 26 hoitohenkilöä 82 potilaan hoidon aikana. Tutkimusten tulosten perusteella havaittiin, että epäonnistunut uloskirjautumisprosessi johti epävarmoihin

päätöksiin potilaan hoidossa. Epävarmuus ilmeni tehottomana hoitona kuten tarpeettomina tutkimuksina tai lääkitykseen liittyvinä ongelmina. (Arora – Johnson – Lovinger – Humphrey – Meltzer 2005: 401.)

1.9 Kysymyslomakkeen laatiminen

Kyselylomakkeen laadinnan pohjana käytettiin kriittisten tapausten tekniikkaa. Kuten edellisessä luvussa kävi ilmi, kriittisten tapausten tekniikassa on tarkoituksena löytää toiminnasta kriittiset tapahtumat ja näitä tarkastelemalla ratkaista käytännön ongelmia. Tässä työssä menetelmää sovelletaan siten, että aina kun potilaalle annetaan ohjeita, se on juuri Flanaganin tarkoittama kriittinen tapahtuma. Saamalla tietoa juuri tästä tapahtumasta, voidaan löytää mahdolliset kehitystarpeet toiminnasta eli tässä tapauksessa potilasohjeistuksesta. (Kempainen 2000: 1264–1271.)

Kysymyslomake laadittiin huolella ja sitä hiottiin useiden viikkojen ajan. Kysymysten muotoilun pohjana käytettiin Kempaisen kirjoittamaa artikkelia, jossa kerrottiin kriittisten tapausten tekniikan käytöstä terveydenhuollon laadun tutkimisessa. Artikkelissa tuotiin esille konkreettisia esimerkkejä kysymysten muotoilusta. Esimerkkikysymyksiä artikkelissa olivat esimerkiksi Ajattele sairaalassa viettämäsi aikaa ja kuvaile parilla lauseella parhaiten mieleen jääneet kokemuksesi? Ajattele aikaa potilaana, jolloin koit erityisen tyydyttävän tai epätydyttävän kokemuksen sairaalassa? (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2009:152.: Kempainen 2000: 1267–1268.)

Ennen varsinaista tiedonkeruuta, kysymyslomakkeella suoritettiin pilottikysely. Kysely tehtiin kahdelle potilaalle, jotta saatiin selville toimiiko kyselylomake käytännössä. Pilottikyselyn avulla pyrittiin varmistamaan, että potilaat ymmärtävät oikein kysymykset ja kykenevät vastaamaan lomakkeeseen. Haluttiin myös varmistaa, että lomake antaa vastauksia juuri tutkimuskysymyksiin. Pilottikyselyn pohjalta korjauksia lomakkeeseen ei tarvinnut enää tehdä. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2009: 152–154: KvantiMOTV, Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, menetelmäopetuksen tietovaranto 2012.)

1.10 Tiedonkeruuvälineen rakentamista ja analyysiä ohjanneet keskeiset käsitteet

Tiedonkeruuvälineen laadintaa ja analyysiä ohjanneet keskeisimmät käsitteet olivat potilas, potilasohjaus, jälkihoito-ohjeistus sekä Intact® BLES menetelmä.

Potilas on potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain mukaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä tai niiden kohteena oleva henkilö; potilasvahinkolain mukaan potilaana pidetään myös veren, kudoksen tai elimen luovuttajaa sekä lääketieteellisen tutkimuksen tervettä tutkittavaa. (Duodecim terveyskirjasto 2012).

Potilasohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jonka avulla pyritään tukemaan potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Potilasohjaus on aktiivista, tavoitteellista ja dynaamista ja se on koko hoitotapahtuman jatkuva prosessi. Potilasohjaus vaatii ohjaajalta tietoa ja taitoa. Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja siihen vaikuttavat ohjattavan sekä ohjaajan kontekstit sekä ohjaajan ihmiskäsitys. (Jaakonsaari 2009: 8-9.)

Hoito-ohje: Yksittäistä hoitoa tai toimenpidettä koskeva ohje. Protokolla voi sisältää useita hoito-ohjeita. Esimerkiksi katetrintiohje. (Holmberg-Marttila – Länsipuro - Kuusisto 2012: 2).

Potilasohjauksella tässä työssä tarkoitetaan kaikkea hoitohenkilökunnan antamaa informaatiota, ohjausta ja neuvontaa potilaalle koskien Intact® BLES toimenpidettä. *Intact® BLES* toimenpide on kudoksenpoistamismenetelmä, josta kerrotaan tarkemmin aiemmissa luvuissa. *Jälkihoito-ohjeistuksella* tarkoitetaan suullista ja kirjallista ohjausta, jonka röntgenhoitaja antaa potilaalle toimenpiteen jälkeen liittyen Intact® BLES toimenpiteeseen. Aineiston analyysi aloitettiin etsimällä siitä ilmauksia, jotka kuuluvat edellä kuvattujen käsitteiden alle.

1.11 Aineiston käsitteleminen ja analysoiminen

Tässä luvussa esittelen aineiston käsittelyä ja analyysiä sekä omaa etenemistäni aineiston tarkastelussa. Aineiston keruun tuloksena saatiin seitsemän henkilön vastaukset. Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla kyselyn vastaukset huolellisesti läpi. Tämän jälkeen laadittiin kaksi lomaketta, johon kerättiin kysymyslomakkeista vastaajien taustatiedot. Toiseen lomakkeeseen kerättiin yleiset taustatiedot kuten ammatti ja ikä. Toiseen lomakkeeseen kerättiin vastaajien aiemmat kokemukset kudoksenäytteistä ja rintatutkimuksista sekä toimenpiteen aiheuttamat komplikaatiot. Lopuksi tehtiin

yhteenvedo saaduista tiedoista sekä laskettiin keskiarvot toimenpiteeseen odotusajasta ja vastaajien iästä. Keskiarvot laskettiin myös vastaajien kokemasta ahdistuksesta/pelosta ja kivusta toimenpiteen aikana, sekä viikon kuluttua toimenpiteestä. Laadullista aineistoa tarkasteltiin abduktiivisen päättelyn kautta, jolloin havaintojen tekoon liittyy jokin johtoajatus tai johtolanka. Tässä työssä analyysin johtoajatuksena oli kriittisten tapausten tekniikan kautta havaitut ”kriittiset tapahtumat” eli tilanteet joissa potilaille annettiin ohjeistusta. Tätä kautta työn keskeisiksi käsitteiksi nousivat potilas, intact® BLES toimenpide, potilasohjeistus ja hoito-ohje. Nämä käsitteet ohjasivat myös varsinaista analyysia, joten ne olivat seuraavaksi laaditun analyysirungon (liite 5) pohjana. Analyysirungon yläluokiksi valittiin siis toiminnassa hahmotetut kriittiset tapahtumat, eli tapahtumat jolloin potilas saa ohjausta. Nämä kriittiset tapahtumat olivat myös tutkimuskysymyksinä sekä työtä ja analyysiä ohjaavina käsitteinä. Työn tavoitteena oli lisätä ymmärrystä Intact® BLES toimenpiteen potilasohjeistuksesta ja tämän vuoksi pyrin olemaan analyysiä tehdessäni avoin ja löytämään aineistosta potilaiden tärkeinä kokemat asiat. (Kankkunen ym. 2009: 135–137. Tuomi – Sarajärvi 2009: 107–119.)

Opinnäytetyön analyysi erosi induktiivisesta ja deduktiivisesta sisällönanalyysistä siten, että työhön valittu teoria ja työn tekijän aikaisempi työkokemus antoivat valmiiksi käsitteet joita alettiin hakea aineistosta. Aluksi aineisto luettiin useaan kertaan huolellisesti läpi ja siitä etsittiin valittujen käsitteiden ilmentymiä. Koska aineisto oli suhteellisen pieni, ei sitä varsinaisesti koodattu vaan siitä nostettiin suoraan analyysirunkoon positiiviset ja negatiiviset ilmaukset jotka liittyivät valittuihin käsitteisiin. Positiivisten ilmausten avulla analyysissä pyrittiin löytämään potilasohjauksen vahvuuksia ja negatiivisten ilmausten avulla kehitysehdotuksia. Tämän ensimmäisen vaiheen jälkeen alettiin analyysirungosta poimia samaa tarkoittavia asioita eli pelkistämään aineistoa. Analyysin edetessä samaa asiaa tarkoittavia sanoja yhdisteltiin ja ryhmiteltiin, jolloin analyysin edetessä lopulta muodostuivat analyysirungon alaluokat. Analyysin tarkoituksena ei ollut testata valittua teoriaa vaan luoda uutta tietoa potilasohjeistuksesta. Teoriasidonnaisessa abduktiivisessa päättelyssä analyysiyksiköt valitaan aineistosta ja työn tekijän aikaisempi tieto ohjaa ja auttaa analyysiä sen loppuvaiheessa. Tarkastelemalla aineistoa valittiin analyysiyksiköksi lause, joka kuvasi potilaille tärkeitä asioita potilasohjauksessa. Analyysin tuotoksena alaluokiksi muodostuivat epävarmuus, vaivattomuus, riittävyys, turvallisuus, selkeys, läsnäolo ja joustamattomuus. Analyysin lopputuloksena muodostui käsitteellinen tulkinta naisten kokemuksista saamastaan ohjauksesta Intact® - BLES -menetelmällä

tehdyssä toimenpiteessä. (Kankkunen ym. 2009: 135–137. Tuomi – Sarajärvi 2009: 107–119.)

Analyysi toteuttamisessa päädyttiin jäämään tarkoituksellisesti teemojen eli yläkäsitteiden tasolle pyrkimättäkään induktiiviselle sisällönanalyysille ominaisiin pitkälle abstrahoituihin luokituksiin. Tämä on puolestaan abduktiiviselle analyysille ominaista. Analyysin avulla haluttiin löytää ne tekijät, jotka ovat potilaiden mielestä tärkeitä Intact® Bles toimenpiteen potilasohjeistuksessa. Analyysin avulla haluttiin löytää myös konkreettisia kehitysehdotuksia potilasohjeistukseen. Käsitteiden tai kokemusten välisiä suhteita ei tarkasteltu tässä analyysissä, koska haluttiin etsiä tietoa sellaiseen potilasohjeistukseen, joka palvelisi parhaiten koko potilasryhmää. Analyysi on vajavainen myös siltä osin, että siitä jäävät ulkopuolelle sellaisten naisten kokemukset, jotka eivät puhu Suomea hyvin tai eivät kykene itsenäisesti vastaamaan kyselyyn.

Tulokset

Kuten jo aiemmin työssä mainittiin, jäi lopullisten vastausten määrä seitsemään kappaleeseen. Vastausten vähäistä määrää on pohdittu aineiston keruu kappaleessa ja sen mahdollisia vaikutuksia pohditaan työn luotettavuus kappaleessa.

1.12 Vastaajien taustatiedot

Vastaajilta kysyttiin tiesivätkö he, oliko toimenpiteen tarkoitus muutoksenpoisto vai näytteenotto. Kaikki vastaajat vastasivat muutoksenpoisto. Jokaiselle vastaajalle oli tehty ennen toimenpidettä paksuneulanäytteenotto. Vastaajista neljä oli saanut lähetteen HYKS Rintarauhaskirurgian yksikköön yksityiseltä lääkäri asemalta, kaksi terveyskeskuksesta tai sairaalasta ja yksi seulontayksiköstä. Odotusaika toimenpiteeseen vaihteli 1-7 viikon välillä ja odotusajan keskiarvo oli noin neljä viikkoa. Potilailta kysyttiin heidän ahdistuksen ja pelon kokemustaan liittyen toimenpiteeseen asteikolla 0-10. Nolla tarkoitti, ei ahdistusta lainkaan. Kymmenen tarkoitti suurta ahdistusta. Vastausten keskiarvo heti toimenpiteen jälkeen oli noin kolme ja viikon kuluttua puhelinhaastattelun aikana noin yksi. Ahdistusta toimenpiteen jälkeen lievitti se, että jokainen vastaaja oli saanut jo paksuneulanäytteestä hyvänlaatuisen vastauksen. Potilailta kysyttiin myös heidän kokemaansa kipua toimenpiteen aikana ja

vastausten keskiarvo oli noin yksi. Toimenpide koettiin vastaustenkin mukaan kivuttomammaksi kuin paksuneulanäyte. Vastaajien ammatit olivat hyvin erilaisia, yhtään terveydenhuollon ammattilaista ei ollut vastaajien joukossa.

Vastaajilta kysyttiin heidän aikaisempia kokemuksiaan kudoksenäytteistä ja rintatutkimuksista. Jokaiselle oli tehty aiemmin paksuneulanäyte ja Intact® toimenpide koettiin hyvin samankaltaiseksi. Eroina koettiin Intact® toimenpiteeseen huolellisempi valmistautuminen ja sen pidempi kesto. Eräs vastaaja koki myös toimenpiteen rajummaksi kuin paksuneulanäyte. Yhdellä vastaajalla oli erittäin ikävä kokemus paksuneulanäytteenotosta, jossa neula oli vääntynyt. Rintatutkimuksista mainittiin, että aikaisempia kokemuksia oli gynekologin tutkimus vuositarkastuksen yhteydessä sekä normaalit mammografia ja ultraäänitutkimukset. Eräällä vastaajalla oli ikävä kokemus 1990 luvulta lankamerkkauksesta, joka oli ollut erittäin kivulias.

Vastaajille soitettiin viikon kuluttua toimenpiteestä ja heitä haastateltiin myös mahdollisten komplikaatioiden suhteen. Yleisimmin toimenpiteen jälkeen koettiin vähäistä kipua ja pientä verenvuotoa. Kipu meni ohi särkylääkkeellä ja vuoto oli niin vähäistä, että sen havaitsi haavakalvon läpi, mutta mitään toimenpiteitä ei tarvittu. Kahdella vastaajalla komplikaatioina oli runsas vuoto ja toisella myös kova kipu. Toimenpiteitä heidän kohdallaan olivat kylmähoito ja ultraäänitutkimus Naistenklinikan röntgenissä. Ultraäänen yhteydessä rinnasta tyhjennettiin pois vuotanut veri ja uusittiin haavateipit. Lisäksi ohjattiin itsehoitona kylmähoitoa.

1.13 Potilasohjaus ennen toimenpidettä lähettävästä yksiköstä

Analysoitaessa vastauksia koskien potilasohjeistusta ennen toimenpidettä, esiin nousi kolmenlaisia vastauksia. Osa potilaista koki saaneensa hyvää ja selkeää ohjausta. Heidän mielestään toimenpideaika oli myös hoitunut nopeasti ja sujuvasti. Yhteenvetona vastuksista potilaat kokivat ohjauksen ja ajan saamisen lähettävästä yksiköstä selkeäksi ja helpoksi, joten näiden vastausten perusteella muodostettiin alaluokat selkeys ja vaivattomuus.

”Lähettävä yksikkö kertoi selkeästi mitä toimenpiteessä tehdään.”

”Ajansaanti ja toimenpiteen järjestyminen sujui hyvin.”

”Asioista kerrottiin hyvin ja ne etenivät nopeasti”.

Toisessa vastausryhmässä esiin nousi epäselvyyttä aiheuttavia tekijöitä. Eräs vastaaja ei ollut ymmärtänyt koko toimenpiteen tarkoitusta ja toinen ei ollut ymmärtänyt ollenkaan miten toimenpide tullaan suorittamaan. Vastauksista nousi esiin pelokkuutta ja epäilevyyttä. Näitä vastauksia yhdisti parhaiten käsite epävarmuus.

”Säikähdys koska kerrottiin kudoshäytteen olevan hyvänlaatuinen, että miksi toimenpide tehdään.”

”Kotiin lähetettävässä kirjallisessa ohjeessa olisi voinut kuvailla toimenpidettä tarkemmin, koska niin uusi toimenpide. Työpaikkalääkärikään ei tiennyt millaisesta toimenpiteestä on kyse.”

Kolmannessa vastausryhmässä olisi toivottu enemmän tietoa toimenpiteestä etukäteen, joten luonnollisesti se muodosti alaluokan riittävyys. Potilaat toivoivat konkreettisesti enemmän tietoa toimenpiteestä jo etukäteen.

”Rintaan jätettävästä metallipalasta voitaisiin kertoa etukäteen.”

”Lääkäri kertoi vasta sen, että rinnan koolla on merkitystä – jos kovin pieni rinta – kauha ei mahdu avautumaan – ei voida tehdä. Voisi tietty lähettävä osasto infota.”

1.14 Potilasohjaus toimenpiteen aikana

Toimenpiteen aikana tärkeiksi asioiksi koettiin se, että toimenpiteen kulusta kerrottiin heti jo ennen toimenpiteen aloittamista. Jatkuva tiedon saanti ja ajan tasalla pysyminen oli potilaille hyvin tärkeää. Tämän vuoksi nostettiin myös toimenpiteen aikana saatavaan ohjaukseen alaluokaksi riittävyys. Hoitajan ja lääkärin ystävällisyys sekä ammattitaitoisuus nostettiin esiin monessa vastauksessa. Rauhallinen ja hyvä ilmapiiri koettiin turvallisuutta lisääviksi tekijöiksi. Potilaat pitivät siitä, että ohjaus annettiin rauhallisesti ja keskittyneesti. Ohjauksen antaminen muun toiminnan ohessa koettiin negatiiviseksi samoin puudutuksen kivuliaisuus. Koska vastauksissa tuotiin esille asioita jotka lisäsivät turvallisuuden tunnetta, nostettiin toimenpiteen aikana annettavasta ohjauksesta alaluokaksi turvallisuus. Positiivisuutta ja turvallisuuden tunnetta koettiin vastausten mukaan silloin, kun tilanteet etenivät selkeästi ja aiemmin kuvatulla tavalla sekä hoitajan ohjaus oli selkeää. Näiden vastausten perusteella

muodostettiin alaluokka selkeys. Potilaat ilmaisivat myös miten hyvältä ja turvalliselta tuntui, kun hoitaja ja lääkäri huomioivat jatkuvasti potilasta. Vastausten mukaan oli tärkeää, että potilaan vointia kysyttiin häneltä toimenpiteen aikana. Näiden vastusten perusteella alaluokaksi muodostettiin käsite läsnäolo.

”Oli mukavaa kun heti alussa kerrottiin mitä tapahtuu, toimenpide ei pelottanut.”

”Selkeä ja miellyttävä tilanne, koska kerrottiin koko ajan mitä tapahtuu”.

”Toimenpide eteni rauhallisesti ja kivutta etukäteen kerrotulla tavalla.”

”Kaikki oli positiivista salissa, hyvä henki selkeät ohjeet. Kaikki tapahtui asiantuntevasti, helposti ja nopeasti..”

”Tuntui hyvältä, kun toimenpiteen aikana kysyttiin useaan kertaan onko hyvä olla.”

”Palvelu hyvää ja ystävällistä myös lääkäriltä.”

1.15 Potilasohjaus toimenpiteen jälkeen ja jälkihoito-ohjeissa

Turvallisuus nousi tärkeäksi asiaksi myös toimenpiteen jälkeen. Potilaiden mielestä oli merkittävä asia, että ohjeet annetaan sekä suullisesti että kirjallisesti. Positiivisena asiana koettiin se, että ohjeet kerrattiin useaan otteeseen.

”Hoito-ohjeet olivat selkeät. Ystävällinen ja puheissaan rauhallinen hoitaja.”

”Turvallista, koska lupa ottaa yhteyttä heti tarvittaessa. Yhteydenotto paikat selvillä.”

Eräs vastaaja koki jääneensä täysin ilman ohjausta komplikaation sattuessa. Hän korosti sitä, että tunsu tilanteessa suurta turvattomuutta. Hän kertoi, ettei olisi tiennyt miten toimia jos hänen miehensä ei olisi omannut ensihoitotaitoja. Tämän vastauksen kohdalla pohdittiin pitkään, voidaanko yhden vastauksen perusteella luoda kokonainen alaluokka. Tämä vastaus koettiin kuitenkin erittäin tärkeäksi, koska komplikaation sattuessa potilaan tulee saada tarvittava hoito. Tämän vuoksi yhdeksi alaluokaksi

nostettiin joustamattomuus, koska kuten alla olevasta potilaan vastauksesta käy ilmi, hänelle annettiin ainoastaan yksi vaihtoehto hakeutua jatkohoitoon.

”Toimenpiteen jälkeen kotiin palatessani rinnastani alkoi vuotaa hyvin runsaasti verta ja siihen tuli kova kipu. Otin yhteyttä osastolle, josta vastasi nuori hoitaja. Hän ei antanut mitään ohjeita, eikä kysynyt neuvoa vanhemmalta hoitajalta. Olisin mennyt Jorviin, mutta hän sanoi että täytyy mennä Meilahteen. En mennyt sitten mihinkään vaan jäin odottamaan aamua ja Naistenklinikan röntgenin avautumista. Onneksi mieheni on ensiaputaitoinen, joten hän sai verenvuodon tyrehtymään ja vaihto haavateipit.”

Kyseinen vastaus saatiin puhelinhaastattelun aikana. Potilas ei osannut kertoa miksi HYKS Rintarauhaskirurgian yksikkö ei ollut kutsunut häntä jatkohoitoon sinne, vaan ohjannut häntä Meilahteen. Intact® Bles potilasohjeistuksen mukaan ensisijainen jatkohoitopaikka on Naistenklinikan röntgen arkisin klo 8-16. Arki-iltaisain ja lauantaisin ensisijainen jatkohoitopaikka on HYKS Rintarauhaskirurgian yksikkö. Ainoastaan lauantai iltaisin ja sunnuntaisin kun muut yksiköt ovat kiinni, potilaat ohjataan menemään Meilahden päivystykseen.

Ohjeiden riittävyys ja selkeys koettiin tärkeiksi asioiksi myös toimenpiteen jälkeen.

”Voisi selittää konkreettisesti esimerkin avulla milloin vuoto on runsasta ja milloin täytyy lähteä hoitoon.”

”Kirjallisessa ohjeessa voisi olla selkeämmin ohjeet liikunnan suhteen kauanko tulee olla liikkumatta. Nyt päätimme hoitajan kanssa että en mene allasjumppaan varmuuden vuoksi. Toimenpide maanantaina ja jumppa olisi torstaina.”

Epävarmuus nostettiin yhdeksi alaluokaksi, koska puhelinhaastattelun yhteydessä tuli ilmi siihen liittyvä vastaus. Epävarmuutta aiheutti se, että eräälle potilaalle oli luvattu soittaa vastauksista. Häneen ei kuitenkaan otettu yhteyttä ja hän aikoi itse soittaa osastolle, koska pääsiäinen oli alkamassa eikä hän halunnut odottaa vastausta pääsiäisen yli. Jälkihoito-ohjeistukseen liittyvissä kirjallisissa vastauksissa tuli esille myös se, että edelleen toimenpiteen jälkeen potilaalle ei ollut selvinnyt miksi kyseinen toimenpide tehtiin hänelle.

| | |
|---|-----------------|
| Miten potilaat kokivat potilasohjeistuksen ennen toimenpidettä lähettävästä yksiköstä? | Epävarmuus |
| | Vaivattomuus |
| | Riittävyys |
| Miten potilaat kokivat potilasohjeistuksen toimenpiteen aikana Naistenklinikan röntgenissä? | Turvallisuus |
| | Selkeys |
| | Riittävyys |
| Miten potilaat kokivat potilasohjeistuksen toimenpiteen jälkeen Naistenklinikan röntgenissä? | Läsnäolo |
| | Turvallisuus |
| | Riittävyys |
| | Selkeys |
| Miten potilaat kokivat potilasohjeistuksen komplikaation sattuessa? | Joustamattomuus |
| | Epävarmuus |
| | Turvallisuus |

6.5 Aineistosta nousseet kehitysehdotukset

Aineistosta nousi esiin muutamia konkreettisia kehitysehdotuksia.. Potilaat toivoivat, että heille selitettäisiin toimenpiteen kulku jo lähettävän yksikön toimesta. He toivoivat, että toimenpiteen tarkoitus selitettäisiin selkeästi ja se, että toimenpide ei mahdollisesti aina onnistu esimerkiksi rinnan koon vuoksi. Rintaan jätettävästä merkkiklipsistä ja sen merkityksestä haluttiin myös tietoa etukäteen. Komplikaatioiden kohdalla ilmeni yksi allergiatapaus, joko käytettyjen haavateippien tai haavakalvon johdosta. Potilaan oma toive oli, että haavaan olisi laitettu mieluummin tikit. Opinnäytetyön tekemisen aikana, ilmeni myös se, että suurien rintojen kohdalla tulisi rinta johon toimenpide tehdään tukea kunnolla esimerkiksi teippauksen avulla. Tämä vähentäisi vuodon riskiä. Potilaat toivoivat konkreettisia esimerkkejä siitä, milloin heidän tulee toimenpiteen jälkeen hakeutua hoitoon. He toivoivat myös että kirjalliseen jälkihoito-ohjeeseen lisättäisiin tarkempi ohjeistus liikunnan rajoituksesta. Ohjaus toiminnan lomassa koettiin negatiiviseksi asiaksi, joten ainakin tärkein ohjeistus tulisi antaa potilaalle rauhallisessa tilanteessa ja keskittyneesti.

Johtopäätökset

Jokainen henkilö on yksilö ja kokee asiat eri tavalla. Jokainen potilas kokee myös ohjeistuksen eri tavalla. Tästä johtuen, ei ole yhtä oikeaa tapaa tehdä asioita. Ei

esimerkiksi voida laatia yhtä potilasohjetta, joka olisi kaikkien potilaiden mielestä hyvä. Opinnäytetyön analyysin tuloksista nousi esiin muutamia asioita, jotka potilaat kokevat tärkeiksi juuri Intact® Bles toimenpiteen potilasohjeistuksen kohdalla.

Kyselyn vastauksista havaitsee selvästi sen, että potilaat arvostavat ohjeistuksessa turvallisuutta ja hoitajan läsnäoloa. He mainitsevat negatiivisiksi asioiksi epävarmuutta aiheuttavat tekijät ja nostavat positiivisiksi asioiksi turvallisuutta lisäävät tekijät. Ohjeistuksen riittävyys ja selkeys lisäävät turvallisuuden tunnetta. Ohjeistuksen epämääräisyys ja tiedon vähyys taas lisäävät epävarmuuden ja turvattomuuden tunnetta. Potilaat arvostavat myös ohjeistuksen vaivattomuutta ja nopeutta, mikä on myös aikakauteen liittyvä tekijä. Ihmiset ovat tottuneet nykyisessä tietoyhteiskunnassa tiedon helppoon ja nopeaan saatavuuteen. Negatiiviseksi asiaksi koettiin ohjeiden joustamattomuus. Eräs potilas toi ilmi sen, että potilaan tulisi itse voida valita päivystävä yksikkö johon hakeutuu tarvitessaan apua. Tämä kuvaa myös hyvin nyky-yhteiskuntaa, jossa potilaat/asiakkaat ovat tottuneet valitsemaan itse hoitopaikkansa.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tärkeää ohjauksessa on alusta asti luoda potilaalle turvallinen olo. Hoitajan tulee olla aidosti läsnä tilanteessa. Tietoa tulee antaa riittävästi ja ohjauksen tulee olla selkeää ja johdonmukaista. Epävarmuutta aiheuttavat tekijät tulee pyrkiä poistamaan ja varmistamaan, että jokainen toimenpiteeseen osallistuja ymmärtää miksi toimenpide tehdään hänelle. Jokaisessa yksikössä tulisi olla selkeät toimintaohjeet miten toimitaan komplikaatioiden sattuessa. Potilasta ei tule jättää ilman ohjausta, vaan tarvittaessa tulee konsultoida kollegaa tai lääkäriä.

Pohdinta

Omasta mielestäni opinnäytetyö eteni hyvin ja laaditun aikataulun mukaan. Ainut asia mikä jää vaivaamaan on se, että vastauksia saatiin vain seitsemän kappaletta. Seuraavissa kappaleissa käsitellään opinnäytetyön eettisyyttä, luotettavuutta, uskottavuutta ja siirrettävyyttä. Lopuksi pohditaan myös omaa oppimista opinnäytetyön prosessin aikana.

1.16 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi, joka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. (Kankkunen- Vehviläinen-Julkunen 2009: 172.) Suomessa on sitouduttu turvaamaan eettisyys Helsingin julistuksen 1964 mukaisesti. Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus ja sen uusi suomennos hyväksyttiin Suomen lääkäriliiton hallituksessa 10.5.2001. Helsingin julistus on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se sopii hyvin myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. Julistuksessa todetaan muun muassa tutkimustyön perusteluja ja otetaan kantaa erityisesti haavoittuviin ryhmiin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 173.)

Julistuksessa määritellään millä tavalla tutkimussuunnitelma tulee arvioida eettisessä toimikunnassa. Helsingin julistuksessa annetaan myös ohjeita potilaiden turvallisuuden ja oikeuksien turvaamiseksi tutkimustyössä. Näistä nostettakoon esiin erityisesti se, että yksilölle tulee tarkoin selittää tutkimuksen sisältö ja siihen liittyvät riskit. Yksilöllä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta. Tutkijan tulee varmistaa, että tutkittava ymmärtää annetut tiedot ja antaa suostumuksen vapaaehtoisesti. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 174–175.) Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat myös kansallinen lainsäädäntö ja ohjeet niistä keskeisimpiä ovat: laki lääketieteellisestä tutkimuksesta, asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta, henkilötietolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki ja asetus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä, potilasvahinkolaki, asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta, asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta annetun asetuksen muuttamisesta ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 175.) Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa lisäksi American Nurses Association (ANA) 1995 julkaisemat hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet. Ohjeissa kuvataan tutkijaa ohjaavia periaatteita jotka pelkistettynä ovat: tutkittavan kunnioitus, tutkittavan hyvinvoinnin edistäminen ja mahdollisten haittojen ehkäiseminen, tutkittavan ja hänen perheensä erilaisuuden arvostaminen, kaikki tutkittavat ovat samanarvoisia tutkimuksessa, tutkittavien yksityisyyttä suojellaan mahdollisimman hyvin, tutkimuksen eettisyys varmistetaan tutkimuksen kaikissa vaiheissa, tutkimuksessa esiintyvät mahdolliset virheet raportoidaan, tutkija säilyttää kompetenssinsa ja tutkittaessa eläimiä suojataan eläimet haitoilta ja kärsimyksiltä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 176.)

Tutkimusaiheen valinta on jo itsessään eettinen ratkaisu. Tutkimuksen merkittävyyttä tulee pohtia yhteiskunnallisesti, mutta erityisesti sitä miten se vaikuttaa siihen

osallistuviin (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 176.) Tämän opinnäytetyön kohdalla vastaus on selkeä. Työn avulla pyritään parantamaan Intact® BLES-toimenpide potilaiden potilasohjeistusta, joten se tulee parantamaan potilaiden asemaa. Työ ei heikentänyt tutkimukseen osallistuvien potilaiden hoitoa. Nämä seikat antoivat oikeutuksen työlle.

Opinnäytetyöhön osallistuville henkilöille kerrottiin työn tarkoitus ja miten se suoritetaan. Potilaille myös painotettiin, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja kieltäytyminen ei vaikuta mitenkään heidän hoitoonsa. Jokaiselta työhön osallistuvalla pyydettiin allekirjoitus esitietolomakkeeseen suostumisen merkiksi. Toisaalta suostumukseksi voi lukea jo sen, että yksilö täytti kysymyslomakkeen. Kyselyn anonyymiyttä säilytettiin siten, että kyselylomakkeet oli numeroitu. Vastaaja sulki täytettyään kysymyslomakkeen kirjekuoreen. Puhelinhaastattelujen kysymyslomakkeissa oli sama numero, kuin vastaajalla oli ollut aiemmin vastatessaan ensimmäiseen kyselyyn. Näin molemmat vastaukset voitiin yhdistää yhdelle vastaajalle kuuluviksi. Vastauksia käsitteli ainoastaan opinnäytetyön suorittaja.

1.17 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään heti alusta asti keräämällä tietoa taholta joka sitä parhaiten voisi antaa. Tässä työssä haluttiin tietoa Intact® BLES potilasohjauksesta ja kukapa voisi paremmin kertoa ohjauksen onnistumisesta kuin potilaat itse (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 84–85.) Kysely haluttiin suorittaa anonyymisti, jotta potilaat vastaisivat mahdollisimman rehellisesti myös negatiivisiksi kokemistaan asioista. Kysely suoritettiin kahdessa osassa ja oli tärkeää, että voitiin yhdistää ensimmäinen ja toinen vastauslomake saman henkilön antamiksi tiedoiksi. Tästä syystä lomakkeet merkittiin numeroilla, jolloin on mahdollista myöhemmin yhdistää lomakkeet.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa otoskoko, joko tässä opinnäytetyössä olisi voinut olla suurempi. Aikaisemman kokemuksen perusteella ja oman henkilökohtaisen näkemykseni mukaan Intact® BLES-toimenpiteitä olisi pitänyt olla enemmän tuona aikana kun keräsin aineistoa. Jälkeenpäin katsottuna huomaa nyt ne syyt, jotka verottivat mahdollisten vastaajien määrää. Ensinnäkin HYKS Rintarauhaskirurgian yksikkö valmisteli remontin vuoksi väistömuuttoa Kirurgiseen sairaalaan keväällä 2013 ja tästä syystä toiminta ei heillä ollut ihan niin vilkasta kuin normaalisti. Toiseksi kaikille

potilaille ei voida tehdä Intact® BLES-toimenpidettä johtuen erilaisista kriteereistä esimerkiksi missä muutos sijaitsee ja minkä muotoinen muutos on. Tämä käy ilmi vasta siinä vaiheessa, kun potilas tulee toimenpiteeseen ja radiologi tekee hänelle alustavan ultraäänitutkimuksen. Kolmanneksi kyselyyn ei voitu ottaa mukaan henkilöitä, jotka eivät voineet kommunikoida tarpeeksi hyvin suomen kielellä tai eivät voineet vastata itsenäisesti kyselylomakkeeseen. Tiedonkeruunaika oli mielestäni riittävän pitkä 10 viikkoa. Toisaalta voidaan tuoda esille se, että työ on laadullinen ja kysymyslomakkeen kysymykset avoimia, joten pienempikin otoskoko antaa kirjallisuuden ja aikaisempien tutkijoiden kokemusten mukaan hyviä ja luotettavia tuloksia (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 83–84.) Tuomen ja Sarajärven mukaan aineiston koko ei ole niin ratkaiseva tekijä kuin tulkintojen kestävyys ja syvyys. He painottavat myös sitä, että on tärkeää että tiedonantajiksi valitaan henkilöitä joilla on paras mahdollinen tieto tutkittavasta asiasta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 85.) Tässä opinnäytetyössä parempia vastaajia kuin toimenpiteen läpi käyvät potilaat ei voisi olla. Tämän vuoksi uskon, että huolellinen sisällönanalyysi ja asiantuntevat tiedonantajat antavat opinnäytetyölle luotettavuutta.

Lopuksi voidaan vielä pohtia oliko kyselylomake hyvä ja vastasiko se oikeasti niihin kysymyksiin joihin haluttiin vastaus. Osasivatko ja kykenivätkö ihmiset vastaamaan lomakkeeseen annettujen ohjeiden mukaan. Kysymyslomakkeelle tehtiin ennen varsinaista tiedonkeruuta pilottikysely, jotta saatiin tietää saadaanko sillä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tuon pilottikyselyn ja muun saadun aineiston pohjalta työn tekijä itse on sitä mieltä, että kyselylomake oli hyvä ja vastaajat osasivat vastata siihen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 77, 152–154.)

1.18 Tutkimuksen uskottavuus

Tämän opinnäytetyön uskottavuutta on pyritty lisäämään prosessin kaikissa vaiheissa. Tiedonantajiksi on valittu henkilöitä, jotka tietävät tutkittavasti aiheesta eniten eli potilaat joille toimenpide tehdään. Valintaa suoritettiin myös tämän kohdejoukon sisällä. Mukaan kyselyyn otettiin vain henkilöt, jotka kykenivät itsenäisesti täyttämään lomakkeen ja jotka kykenivät kommunikoimaan suomenkielellä. Tällä pyrittiin saamaan vastauksia, joihin ei ole päässyt vaikuttamaan toinen henkilö esimerkiksi henkilökohtainen avustaja tai tulkki. Tutkimuksen analyysi pyrittiin suorittamaan mahdollisimman ennakkoluulottomasti ja objektiivisesti. Analyysin eri vaiheet on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti työssä, jota jokainen voi itse arvioida analyysin

kulkua. Analyysi oli ensimmäinen, jonka olen tehnyt. Yritin hakea tietoa analyysin eri vaiheista ja sen tekemisestä erilaisista lähteistä ja lukea myös töitä joissa analyysiä on käytetty. Koin silti analyysin tekemisen erittäin haastavaksi. Vaikka aineistoa ei ollut paljon, sen ymmärtäminen oli mielestäni vaikeaa. Koen kuitenkin onnistuneeni analyysin tekemisessä. (Kankkunen ym. 2009: 160.)

Opinnäytetyössä käytettyä kyselylomaketta laadittiin kauan aikaa. Lomakkeen pohjana käytettiin kriittisten tapausten tekniikkaa ja tämä lisää mielestäni opinnäytetyön uskottavuutta. Kriittisten tapausten tekniikka on todistetusti hyvä menetelmä tutkia terveydenhuollon palveluiden laatua. (Kempainen 2000:1264). Edelleen voidaan pohtia kyselylomakkeen onnistuneisuutta myös opinnäytetyön uskottavuuden tarkastelussa. Vastasiko lomake tutkimuskysymyksiin? Opinnäytetyön tekijän itsensä mielestä tähän kysymykseen voidaan vastata kyllä. Lomakkeen avulla esiin nousi myös konkreettisia kehitysehdotuksia. Ei pelkästään kirjallisen ohjeen suhteen, vaan myös suullisen ohjauksen suhteen. (Kankkunen Ym. 2009: 160.)

Opinnäytetyön uskottavuuteen liittyy myös tulosten vahvistettavuus Tämä tarkoittaa sitä, onko analyysin tekijä osannut tulkita oikein vastaajien antamaa aineistoa. Tämän asian voisi pyrkiä tarkistamaan siten, että analyysin tulokset annettaisiin luettavaksi kyselyyn vastanneille tiedonantajille ja kysyttäisiin ovatko he samaa mieltä. Tämän opinnäytetyön osalta ei ryhdytä mainittuun toimenpiteeseen, koska potilaita ei ohjeistettu kyseisen asian tiimoilta. Asia olisi pitänyt sopia vastaajien kanssa silloin, kun heiltä pyydettiin lupaa kyselyyn. (Kankkunen ym. 2009: 160.)

1.19 Opinnäytetyön siirrettävyys

Tämä opinnäytetyö on mielestäni siirrettävissä ja toistettavissa uudelleen. Olen pyrkinyt kuvaamaan hyvin huolellisesti koko opinnäytetyön prosessin vaiheet. Työ alkoi systemaattisista kirjallisuushauista. Tämän jälkeen valittiin teoriapohja ja laadittiin kyselylomake. Seuraavaksi valittiin osallistujat ja kerättiin aineisto. Lopuksi aineisto analysoitiin ja tulokset tulkittiin. Mielestäni olen onnistunut kuvaamaan tässä työssä käyttämäni menetelmät ja koko prosessin niin tarkasti, että opinnäytetyö olisi siirrettävissä myös toiseen yksikköön. Kun menetelmää aletaan käyttää muuallakin Suomessa, olisi mielestäni hyvin mielenkiintoista tehdä täysin samanlainen kysely toisaalla Suomessa ja tarkastella eroavatko vastaukset kovasti toisistaan. (Kankkunen Ym. 2009: 160.)

1.20 Oman oppimisprosessin pohdinta

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa. Aiemmistä opinnoistani on jo useampi vuosi, joten sinä aikana myös opiskelumaailma on muuttunut hyvin paljon. Oppiminen tapahtuu nykyisin paljon enemmän erilaisten sovellusten avulla verkossa. Aluksi oli haastavaa opetella käyttämään Metropolian sivustoja, jossa ovat eri kurssien työtilat ja jonne laitetaan kaikki opiskelumateriaali. Opinnäytetyön haastavin vaihe oli mielestäni työn aloitus ja aiheen rajaaminen. Oli kyettävä löytämään tieteellistä tietoa aiheeseen liittyen. Vaikeimmaksi koinkin koko prosessin aikana tiedon haut.

Minun ei ole tarvinnut käsitellä tieteellistä tekstiä moneen vuoteen, joten olin unohtanut täysin tutkimus menetelmät ja niiden käsitteistön. Minun täytyi aluksi kerrata alusta asti tutkimuksen perusasiat. Tämän jälkeen pääsin vasta paneutumaan opinnäytetyön tekemiseen. Kysymyslomakkeen laatiminen oli todella hankalaa ja se vei useita viikkoja. Hioimme ohjaajani kanssa kysymyksiä pitkän aikaa ja ilmeisemmin se kannatti, koska kun suoritettiin pilottikysely kahdelle potilaalle, ei lomakkeita tarvinnut enää muuttaa.

Tein ensimmäisen kerran aineiston analyysin tämän työn yhteydessä. Tutkin asiaa ensin useasta eri lähteestä ja se vaikutti helpolta asialta teoriassa. Analyysiä tehdessäni, huomasin että käytännössä se ei ole kuitenkaan mikään helppo asia. On helppo ymmärtää miten analyysin kuuluu edetä ja miten se tehdään. Kun aletaan käsitellä aineistoa, asia muuttuukin vaikeaksi. Sanojen ja lauseiden yhdistäminen ja niiden taustalla olevien merkitysten ymmärtäminen on todella vaikeaa. Koen kuitenkin onnistuneeni analyysin tekemisessä hyvin. Olen myös hyvilläni siitä, että aikatauluni piti loppuun saakka ja työ eteni tutkimussuunnitelman mukaan. Työtäni on kyselty jo parilta eri taholta, joten koen että siitä tulee olemaan hyötyä työelämässä. Työn tulokset tullaan esittelemään sekä Naistenklinikan röntgenosastolla, että HYKS rintarauhaskirurgian yksikössä.

Lähdeluettelo

Ahlblad, J. 2011. Seulonta ei juuri vähennä rintasyöpäkuolemia. Lääkärilehden uutisia 1.8.2011. Verkkodokumentti < http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=10763/type=1> Luettu 14.5.2013.

Allen, S. D. - Nerurkar, A. - Querci Della Rovere, G. U. 2011. The Breast lesion Excision system (BLES): a novel technique in the diagnostic and therapeutic management of small indeterminate breast lesions? European Society of Radiology 21. 919-924.

Almog, R. - Hagoel, L. - Tamir, A. - Barnett, O. - Rennert, G. 2008. Quality control in a national program for the early detection of breast cancer. Women's Health Issues 18/2008, 110-117.

Arora, V. – Johnson, J. – Lovinger, D. – Humphrey, H.J. – Meltzer, D.O. 2005. Communication failures in patient sign-out and suggestion for improvement: a critical incident analysis. Qual Saf Health Care 14. 401-407.

Austin, LT. – Ahmad, F. – McNally, M-J.– Stewart, D. 2002. Women's Health Issues 12 (3). 122-128.

Bailey T.J. 1956. The Critical incident technique in identifying behavioural criteria of professional nursing effectiveness. Nursing Research 5. 52-64.

Barton, MB. – Morley, DS. – Moore, S. – Allen, JD. – Kleinman, KP. – Emmons, KM. – Fletcher, SW. 2004. Decreasing women's anxiety after abnormal mammograms: a controlled trial. J Natl Cancer Inst. 96. 529-538.

Baum, A. - Newman, S. - Weinman, J. - West, R. - McManus, C. 1997. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge. Cambridge University Press. Saatavana myös sähköisenä: <http://www.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=zVh30FrAuDsC&oi=fnd&pg=PA113&dq=health+belief+model&ots=lj6TrvvNxp&sig=xEpHu90T5XifH0o8mA7SP6t9Ng4&redir_esc=y#v=onepage&q=health%20belief%20model&f=false>

Brett, J. – Austoker, J. 2001. Women who are recalled for further investigation for breast screening; psychological consequences 3 years after recall and factors affecting re-attendance. *J Public Health Med* 23. 292-300.

Doyle, C.A. - Stanton, M.T. 2002. Significant factors in patient satisfaction ratings of screening mammography. *Radiography* 8/2002, 159-172.

Duodecim. 1999. Lääketieteen termit 3. painos. Duodecim.

Duodecim. 2013. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02702&p_teos=ltt&p_osio=&p_selaus=> Luettu 2.1.2013.

Ekroos, V. 2012. Intact® laitemyyjä. Tuotetietoa sähköposti 27.9.2012.

Flanagan. J. 1954. The Critical incident technique. *Psychological Bulletin* 51 (4), 327-358.

Fulton, J. P. - Buechner, J. S. - Denmann Scott, H. - DeBuono, B. A. - Feldman, J. P.; Smith, R. A. – Kovenock, D. 1991. A study guided by the Health Belief Model of the predictors of breast cancer screening of women ages 40 and older. *Public Health Report* 106 (4), 410-420.

Glanz, K. - Rimer, B. K. - Viswanath, K. 2008. *Health Behaviour and Health Education*. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.

Grönroos, E. – Perälä, M-L. – Sihvonen, Marja 2003. Terveysuskomukset mammografiaseulontaan osallistumisen selittäjinä. Mittarin validointi. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 40. 208-216.

Gøtzsche, P.C. – Hartling, O.J. – Nielsen, M. Brodersen, J. 2012. Rintasyövän seulonta mammografialla. Pohjoismainen Cochrane-keskus. Verkkodokumentti. <<http://www.cochrane.dk/screening/mammography-fi.pdf>> Luettu 14.5.2013.

Hele, E. - Treharne, G. - Kitas, G. 2007. The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology* 46 (6), 904-906.

Holmberg-Marttila D. – Länsipuro L. – Kuusisto L. 2012. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin hoitoketjuopas. Perusterveydenhuollon yksikkö, PSHP. Verkkodokumentti. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=837&GUID=%7B36E07036-208E-48B2-BCEE-3FD3D720353A%7D> Luettu 23.7.2013.

Hsieh, H-F – Shannon, S.E. 2005. Three Approaches to Quantative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15,1277-1287.

Hukkinen, K. 2012. Rintatuumorin poisto UÄ-ohjauksessa. Luentodiat 1-24 ja keskustelu. 24.9.2012. Helsinki.

HUS-Kuntayhtymä 2012. HUS-Kuvantaminen radiologia. Tehdyt tutkimukset vastuuyksiköittäin tilasto. Tilasto saatu aoh Nieminen Seija 4.9.2012.

HUS-Kuvantaminen. 2013. Verkkodokumentti <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/liikelaitokset-ja-tukipalvelut/hus-kuvantaminen/Sivut/default.aspx>> Luettu 9.4.2013.

HUS 2013. HUS-tietoa. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>> Luettu 9.4.2013.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim: 121, 1769-1773.

Intact Medical Corporation. 2012. Intact Medical Corporation. Verkkodokumentti. <http://www.intactmedical.com/pdf/Intact_PET_trial.pdf> Luettu 7.11.2012.

Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa - hoitotyön opettajien käsityksiä. Turku. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Jensen, A. – Vejborg, I. – Severinsen, N. – Nielsen, S. – Rank, F. – Mikkelsen, G.J. – Hilden, J. – Vistisen, D. – Dyreborg, U. – Lyngge, E. 2006. Performance of clinical mammography: A nationwide study from Denmark. Cancer 119, 183-191.

Johansson, K. – Axelin, A. – Stolt, M. – Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku. Turun yliopisto.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos; Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen keskussairaala.

Kankkunen, P. - Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä 1. painos. Helsinki: WSOY pro OY.

Käypä hoito -suositus 2010. Rintasyövän toteaminen. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00026>> Luettu 8.9.2012.

Kemppainen, J. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. Journal of Advanced Nursing 32 (5). 1264-1271.

Killebrew, L. K. - Oneson, R. H. 2006. Comparison of the diagnostic accuracy of a vacuum-assisted percutaneous Intact specimen sampling device to a vacuum-assisted core needle sampling device for breast biopsy: Initial Experience. The Breast Journal 12 (4). 302-308.

KvantiMOTV. 2010. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/postikysely/postikysely.html#laatiminen>> Luettu 10.9.2012.

KvantiMOTV. 2010. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>> Luettu 10.9.2012

KvantiMOTV. 2010. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>> Luettu 10.9.2012

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992§. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Lambertz, C.K. - Johnson, C.J. - Montgomery, P.G. - Maxwell, J.R. 2008. Premedication to reduce discomfort during screening mammography. *Radiology* 248(3),765-772.

Lipponen, K. - Kanste, O. - Kyngäs, H. - Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45. 121-135.

Lipponen, K. - Kyngäs, H. - Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet: käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Oulun yliopistollinen sairaala.

Metsälä, E. - Pajukari, A. - Aro, A. R. 2012. Breast cancer worry in further examination of mammography screening--a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26 (4). 773-786.

Miller, D - Livingstone, V - Herbison, GP 2009. Interventions for relieving the pain and discomfort of screening mammography (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & sons, LTD. Haettu 9.4.2013 . osoitteesta <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002942.pub2/pdf/standard>

Myklebust, A.M. - Seierstad, T. - Stranden, E. - Lerdal, A. 2009. Level of satisfaction during mammography screening in relation to discomfort, service provided, level of pain and breast compression. *Radiography* 1/2009, 66-72.

Nieminen, E. Jonohoitaja. HYKS rintarauhaskirurgian yksikkö. Sähköposti 12.10.2012.

Olsson, S. - Andersson, I. - Karlberg, I. - Bjurstam, N. - Frodis, E. - Håkansson, S. 2000. Implementation of service screening with mammography in Sweden: from pilot study to nationwide programme. *Journal of Medical Screen* 7. 14-18.

Rees, G. - Fry, A. - Cull, A. - Sutton, S. 2004. Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychology and Health* 19 (6), 749-765.

Roger, S - Foster Jr, MD - Worden, J.K - Costanza, M.C. - Solomon, L.J. 1992. Clinical Breast Examination and Breast Self-Examination - Past and Present Effect on Breast Cancer Survival. *Cancer* 69, 1992-1998.

Salanterä, S. 2008. Kipua kokevan potilaan hyvä ohjaus. *Kipuviesti* 2. 42-43.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. *Opetusjulkaisuja* 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Sario, A. 2004. Haastava leikki lasten toimintaterapiassa. Jyväskylä. Jyväskylä yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Schonholz, S. 2010. Reexcision Rates and its Relationship with the Breast Lesion Excision System as the Initial Core Biopsy Device. *Annals of Surgical Oncology* 17. 187.

Tutkimuksen tiivistelmä. Verkkodokumentti. <<http://www.intactmedical.com/med-seedata.php>> Luettu 5.1.2013

Seror, J.-Y. - Lesieur, B. - Scheuer-Niro, B. - Zerat, L.;Rouzi-er, R. - Uzan, S. 2011. Predictive factors for complete excision and underestimation of one-pass en bloc exci-

sion of non-palpable breast lesions with Intact® breast lesion excision system. *European Journal of Radiology* 81 (4). 719-24.

Sie, A. - Bryan, D.C. – Gaines, V. – Killebrew, L. – Kim, C. – Morrison, C. – Poller, W. – Romilly, A. – Schilling, K. – Sung, J. 2006. Multicenter Evaluation of the Breast Lesion Excision System, a percutaneous, Vacuum-Assisted, Intact-Specimen Breast Biopsy Device. *Cancer* 107 (5). 945-949.

Spens, K – Kovacs, G. 2005. A content analysis of research approaches in logistics research. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management* 36 (5). 374-390.

Syöpäinfo 2010. Rintasyöpä. Verkkodokumentti. < <http://www.syopainfo.fi/erisyopamuodot/rintasyopa.html>> Luettu 14.5.2013.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2013. Tietoa rintasyövän seulonnasta. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/seulonnat/rintasyovan_seulonta> Luettu 7.9.2012.

Terveystalo 2013. Kysymyksiä mammografiasta ja rintasyöpäseulonnasta. Verkkodokumentti. <<http://www.terveystalo.com/fi/Palvelut/Tutkimukset/Mammografiatutkimus/Mammografiatutkimukset/Kysymyksiä-ja-vastauksia-mammografiasta/>> Luettu 14.5.2013.

Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Jouni Tuomi, Anneli Sarajärvi ja Kustannusosakeyhtiö Tammi. University of Twente. 2012. Verkkodokumentti. <http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/theory%20clusters/health%20communication/health_belief_model.doc/> Luettu 10.1.2013.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja I Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana myös sähköisesti http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011§. Annettu Helsingissä 6.4.2011.

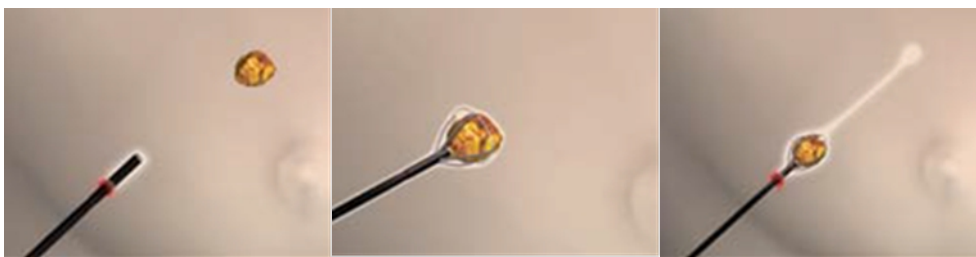
Vilkko-Riihelä, A. 1999. PSYYKE PSYKOLOGIAN KÄSIKIRJA. Porvoo: Anneli Vilkko-Riihelä ja Werner Söderström Osakeyhtiö.

Wikipedia The Free Encyclopedia. 2012. Wikipedia The Free Encyclopedia. Verkkodokumentti. <http://en.wikipedia.org/wiki/Health_belief_model> Luettu 10.1.2013.

Kuva 1 Intact® laitteisto.



Kuva 2 Intact® näytteenottokahva neuloineen



Kuva 3 näytteenotto

Video näytteenotosta internet sivulla <<http://vimeo.com/18783916> >



Kuva 4 Näytteiden koot 12 mm 15mm ja 20 mm

Tutkimussaate

Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Tämä kysely liittyy opinnäytetyöhöni, jota teen Naistenklinikan röntgenosastolla. Pyrimme Naistenklinikan röntgenissä siihen, että ohjauksemme olisi mahdollisimman asiakaslähtöistä ja laadukasta. Opinnäytetyöni tavoite on kehittää potilasohjeita liittyen Intact® BLES toimenpiteeseen.

Tulen suorittamaan tiedonkeruun kevään 2013 aikana. Ohjaajani Naistenklinikan röntgenissä on röntgenhoitaja Liisa Rasi ja työtäni Metropolia ohjaa Yliopettaja Eija Metsälä. Kyselylomake jaetaan kaikille potilaille, joille tehdään Intact® BLES toimenpide helmi-huhtikuussa 2013. Se suoritetaan kahdessa osassa siten, että teille jaetaan ensimmäinen kyselylomake röntgenosastolla heti toimenpiteen jälkeen, kun olette normaalikäytännön mukaisesti noin puoli tuntia tarkkailussa röntgenosaston tiloissa. Voitte tuona aikana vastata kysymyksiin. Lomakkeeseen vastataan nimettömänä ja vastaus suljetaan teille sitä varten annettuun kirjekuoreen.

Toinen osa tiedonkeruusta suoritetaan siten, että teille annetaan mukaan toinen kysymyslomake, jotta voitte tutustua siihen etukäteen ja pohtia vastauksia valmiiksi. Teiltä pyydetään myös puhelinnumero, josta teidät tavoittaa arkisin virka-aikaan klo 8-15. Noin viikon kuluttua röntgenhoitaja Saija Kinnunen soittaa teille, jotta voitte vastata toiseen osioon. Osallistujan nimeä ei liitetä myöskään toiseen vastauspaperiin. Vastauslomakkeita käsitellään luottamuksellisesti ja niitä käsittelee ainoastaan opinnäytetyön suorittaja röntgenhoitaja Saija Kinnunen.

Osallistuminen tähän kyselyyn on täysin vapaaehtoista, halutessanne voitte kieltäytyä siitä. Toivomme kuitenkin, että jokainen toimenpiteessä kävijä osallistuisi, koska tämän kyselyn avulla kehitetään röntgenin toimintaa paremmaksi, joten vastauksenne on todella tärkeä.

Kiitos vastauksestanne.

Helsinki 27.01.2013

Lisätietoja

Röntgenhoitaja Saija Kinnunen, p. 09 471 72872, saija.kinnunen@hus.fi

FT, Yliopettaja Eija Metsälä

Metropolia Ammattikorkeakoulu, Terveys- ja hoitoala, eija.metsala@metropolia.fi

Röntgenhoitaja
Saija Kinnunen

Röntgenhoitaja
Liisa Rasi

FT, Yliopettaja
Eija Metsälä

1. Tiedätkö toimenpiteen tarkoituksen, Rengastakaa oikea vaihtoehto

näytteenotto
muutoksenpoisto
en tiedä

2. Mikä yksikkö teki teille lähetteen Rintarauhaskirurgian erikoisyksikköön, Rengastakaa oikea vaihtoehto

terveyskeskus/sairaala

seulontayksikkö

yksityinen lääkäriasema

muu, mikä? _____

3. Kauanko odotitte toimenpiteeseen pääsyä muutoksen toteamisen jälkeen?

4. Ahdistuksen/pelon tunne liittyen tähän toimenpiteeseen, 0 = ei ahdistusta/pelkoa lainkaan ja 10 = suuri ahdistus/pelko? _____

5. Tunteenne fyysinen kipu toimenpiteen aikana, 0 = ei kipua lainkaan ja 10 = hyvin voimakas kipu? _____

6. Jos teiltä on otettu aiemmin kudoksenäyte, verratkaa aikaisempaa kokemustanne tähän toimenpiteeseen ja kertokaa erosivatko ne toisistaan ja jos erosivat niin miten?

7. Onko teillä aikaisempia rintatutkimuksiin liittyviä kokemuksia? Jos on, olkaa hyvä ja kertokaa niistä.

8. Muistelkaa tilannetta, kun saitte ohjeistuksen lähettävästä yksiköstä ennen toimenpiteeseen tuloa. a) Mitä positiivista/negatiivista tilanteesta jäi mieleen?

b) Oliko ohjeistus riittävää? Rengastakaa oikea vaihtoehto kyllä ei
Jos se ei ollut riittävää, olkaa hyvä ja kertokaa miksi se ei ollut riittävää?

c) Ymmärsittekö ohjeistuksen? Rengastakaa oikea vaihtoehto kyllä ei
Jos ette ymmärtänyt, olkaa hyvä ja kertokaa mitä ohjeita ette ymmärtäneet?

9. Muistelkaa tilannetta toimenpiteen aikana. a) Mitä ohjeita röntgenhoitaja antoi teille?

b) Mitä positiivista/negatiivista tilanteesta jäi mieleen?

c) Oliko olonne turvallinen? Rengastakaa oikea vaihtoehto kyllä ei
Jos olonne ei ollut turvallinen, olkaa hyvä ja kertokaa mikä aiheutti sen?

10. Muistelkaa tilannetta kun röntgenhoitaja antoi teille jälkihoito-ohjeet. a) Mitä positiivista/negatiivista tilanteesta jäi mieleen?

b) Ymmärsittekö ohjeet? Rengastakaa oikea vaihtoehto kyllä ei
Jos ette ymmärtänyt jotain ohjetta, olkaa hyvä ja kertokaa mitä ette ymmärtäneet?

c) Olivatko annetut ohjeet riittävät? Rengastakaa oikea vaihtoehto kyllä ei
Jos ohjeet eivät olleet riittävät, olkaa hyvä ja kertokaa miksi ne eivät olleet riittävät?

11. Haluatteko tuoda esille muuta ohjeistukseen tai ohjeisiin liittyvää?

12. Ikänne_____

13. Ammattinne_____

Teille soitetaan Naistenklinikan röntgenistä noin viikon päästä toimenpiteestä.
Toivomme teidän tutustuvan tämän lomakkeen kysymyksiin etukäteen.

1. Tuliko teille komplikaatioita eli jälkioireita kuten verenvuotoa, tai kipua? Rengastakaa oikea vaihtoehto kyllä ei

Jos teille tuli komplikaatioita, olkaa hyvä ja kertokaa niistä?

a) Jos teille tuli komplikaatioita, otitteko yhteyttä johonkin hoitoyksikköön? Rengastakaa oikea kyllä ei

Jos otitte yhteyttä johonkin hoitoyksikköön, olkaa hyvä ja kertokaa mihin otitte yhteyttä?

b) Jos otitte yhteyttä johonkin hoitoyksikköön mitä ohjeita saitte?

2. Muistelkaa tilannetta kun röntgenhoitaja antoi teille jälkihoito-ohjeet. a) Mitä positiivista/negatiivista tilanteesta jäi mieleen?

b) Olivatko ohjeet selkeät? Rengastakaa oikea vaihtoehto kyllä ei Jos ohjeet eivät olleet selkeät, olkaa hyvä ja kertokaa miksi ne eivät olleet selkeät?

c) Olivatko ohjeet riittävät? Rengastakaa oikea vaihtoehto kyllä ei Jos ohjeet eivät olleet riittävät, olkaa hyvä ja kertokaa miksi ne eivät olleet riittävät?

3. Kuinka suureksi arvioitte nyt ahdistuksen/pelon tunteenne liittyen teille tehtyyn toimenpiteeseen?

0 = ei ahdistusta/pelkoa lainkaan ja 10 = suuri ahdistus/pelko? _____

Liitetaulukko 1. Tutkimusten kuvaus.

| Tutkimuksen nimi | Tutkimuksen julkaisuvuosi ja paikka | Tutkimuksen tekijät | Tutkimuksen tarkoitus | Tutkimuksen näkökulma ja aineisto | Tutkimuksen tulokset | Tutkimuksen keskeiset johtopäätökset |
|---|-------------------------------------|---|--|--|---|---|
| The Breast lesion excision system (BLES): a novel technique in the diagnostic and therapeutic management of small indeterminate breast lesions? | Iso-Britannia, 2011 | Allen, S.D. – Nerurkar A. – Querci Della Rovere, G.U. | Tarkoitus oli selvittää, voiko BLES-menetelmällä poistaa pieniä leesioita kokonaan ja vähentää avoimia leikkauksia. | Tarkasteltiin vuonna 2007 tehtyjä BLES-toimenpiteitä retrospektiivisesti. Tutkittiin poistettujen leesioiden diagnooseja ja sitä tarvittiinko leesion BLES poiston jälkeen uusintaleikkausta. | Poistetuista leesioista 15 oli malignia ja meni suoraan jatkoleikkaukseen. 61 leesiota oli beningejä ja kuusi näistä meni jatkoleikkaukseen vaikka vain yhdessä oli residuaalia. | BLES-menetelmä on tehokas ja sillä voidaan poistaa pieniä leesioita puhtain marginaalein, eikä suurin osa potilaista tarvitse uusintaleikkausta. |
| Predictive factors for complete excision and underestimate of one-pass en bloc excision of non-palpable breast lesions with the Intact® breast lesion excision system | Ranska, 2011 | Seror, J-Y. – Lesieur, B. – Scheuer-Niro, B. – Zerat, L. – Rouzier, R. – Uzan, S. | Tarkoitus oli selvittää BLES-menetelmän tarkkuutta ja tunnistaa ennustavat tekijät, jotka johtavat koko muutoksen poistoon tai väärään alustavaan diagnoosiin. | Tutkimuksessa tarkasteltiin prospektiivisesti 18.1.2008 – 30.4. 2009 Bles-menetelmällä tehtyjä leesion poistoja. Aineisto koostui 166 BLES-menetelmällä tehdystä kudosmuutoksen poistosta. Kudosnäytteistä saatuja alustavia patologin diagnooseja | Koko kudoksenmuutos saatiin poistettua 39%. Analyysit eivät tuoneet esille ennakoivia tekijöitä, jotka johtaisivat väärään diagnoosiin. Puhtaat marginaalit ≥ 1 mm oli ainut riippumaton tekijä, joka osoitti koko | BLES-menetelmä antaa turvallisen vaihtoehdon muille kudoksennäytteenotto-menetelmille ja se on verrattavissa luotettavuudeltaan aikaisempiin menetelmiin. Korkea määrä kokonaan poistettuja kudosmuutoksia viittaa siihen, että avoleikkauksia voidaan vähentää |

| | | | | | | |
|--|-----------|--|--|---|---|---|
| | | | | verrattiin leikkauspreparaatista saatuun diagnoosiin. | poistoon. | pienen kudosuutosten poistossa. |
| Comparison of the Diagnostic Accuracy of a Vacuum-Assisted Percutaneous Intact Specimen Sampling Device to a Vacuum-Assisted Core Needle Sampling Device for Breast Biopsy: Initial Experience | USA, 2006 | Killebrew, L.K. – Oneson, R.H. | Selvittää onko tarkkuudessa eroa BLES-menetelmän ja Vacora-menetelmän välillä ja voidaanko toisen menetelmän avulla havaita paremmin DCIS. | Vertailtiin retrospektiivisesti 800 peräkkäisen BLES-menetelmällä ja Vacora-menetelmällä otettujen kudostenäytteiden diagnooseja. Vacora näytteet otettiin 26.6.2000 – 28.2.2002 ja BLES näytteet 3.9.2003 – 11.11.2004. | Menetelmien välillä ei tullut tilastollisesti merkitseviä eroja (p 0,06). | Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että BLES-menetelmällä voidaan poistaa koko DCIS. Lisätutkimusta kuitenkin tarvitaan asian varmistamiseksi. |
| Multicenter Evaluation of the Breast Lesion Excision System, a Percutaneous, Vacuum-Assisted, Intact-Specimen Breast Biopsy Device | USA, 2006 | Sie, A – Bryan, D. – Gaines, C. – Morrison, C. – Poller, W. – Romilly, A. – Schilling, K. – Sung, J. | Selvitettiin voiko BLES-menetelmä korvata näytteenottomenetelmänä Vacora-menetelmän. | Vertailtiin retrospektiivisesti diagnooseja BLES-menetelmällä otetuista kudostenäytteistä ja leikkauspreparaateista saaduista diagnooseista. 742 peräkkäistä BLES-menetelmällä otettua kudostenäytettä aikavälillä 15.11.2002 – 1.9.2004. | Patologien antamat alustavat diagnoosit vastasivat leikkauspreparaateista saatuja diagnooseja. Suurempia komplikaatioita ei raportoitu biopsioiden jälkeen. | Rintabiopsia voidaan suorittaa tarkasti BLES-menetelmällä verrattuna Vacora-menetelmään. |

| | | | | | | |
|---|------------------|----------------------|---|---|--|---|
| <p>Reexcision Rates and its Relationship with the Breast Lesion Excision System as the Initial Core Biopsy Device</p> | <p>USA, 2010</p> | <p>Schonholz, S.</p> | <p>Selvittää voidaanko BLES-menetelmällä otettujen näytteiden avulla vähentää uusintaleikkauks-kustannuksia</p> | <p>Tarkasteltiin prospectiivisesti näytteitä, jotka otettiin Mammotomella tai BLES-menetelmällä. Näytteitä otettiin 231 2006-2009 aikana.</p> | <p>BLES näyte on eheä kudospala, joten siitä saadaan parempi diagnoosi patologilta. Leikkaukset voidaan suunnitella paremmin ja kustannukset laskevat.</p> | <p>BLES-menetelmän avulla voidaan laskea leikkaukskustannuksia, koska paremman alustavan diagnoosin myötä voidaan suosia resektiota. BLES-menetelmää tulee edelleen kehittää, jotta sitä voidaan käyttää laajemmin myös pahanlaatuisten muutosten poistossa. BLES-menetelmä on turvallisempi, halvempi, rintaa säästävä sekä kosmeettisesti parempi vaihtoehto potilaalle kuin avoleikkaus.</p> |
|---|------------------|----------------------|---|---|--|---|

Liite 5

Liite 4

| | positiivinen | negatiivinen |
|--|--------------|--------------|
| Millaista ohjeistusta potilaat kokivat saavansa ennen toimenpidettä lähettävästä yksiköstä? | | |
| Millaista ohjeistusta potilaat kokivat saavansa toimenpiteen aikana? | | |
| Millaista ohjeistusta potilaat kokivat saavansa toimenpiteen jälkeen jälkihoito-ohjeissa? | | |
| Millaista ohjeistusta potilaat kokivat saavansa toimenpiteen jälkeen komplikaation sattuessa? | | |

Liitetaulukko 2 Analyysirunko

Kaavio 1. Intact® BLES toimenpiteessä käyvän potilaan prosessikuvaus.

