



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **RYHMÄNOHJAUS KOTIUTTAMISEN TUKENA TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEEN**

Tarja Honkala

Miia Metsäpuro

Opinnäytetyö

Marraskuu 2017

Sosiaali- ja terveystieteiden  
ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Kliinisen asiantuntijan koulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Kliininen asiantuntijan koulutusohjelma

TARJA HONKALA & MIIA METSÄPURO:  
Ryhmänohjaus kotiuttamisen tukena tekonivelleikkauksen jälkeen.

Opinnäytetyö 85 sivua, joista liitteitä 26 sivua  
Marraskuu 2017

---

Tekonivelsairaala Coxassa potilas saa kotiutuessaan sairaanhoitajalta kirjallisen materiaalin lisäksi yksilöohjausta. Potilaspalautteiden ja lisääntyneen puhelinliikenteen vuoksi on huomattu, että kotiutusohjauksen tulisi olla monipuolista ja vastata paremmin potilaiden tarpeita. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Tekonivelsairaala Coxan vuodeosastolle yksilöohjauksen tueksi ryhmänohjausmalli tekonivelleikkauksesta kotiutuville potilaille. Tavoitteena oli tehostaa ja monipuolistaa potilaiden tietämystä kotiutumiseen liittyvistä asioista.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena, johon aineistoa kerättiin haastatteleamalla sairaanhoitajia ja potilaita ryhmänohjaukseen liittyvistä aiheista. Aineisto analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkimuksessa hyödynnettiin sairaanhoitajien tekemiä postoperatiivisia kotisoittoja kotiutumiseen liittyvistä aiheista. Tämän lisäksi pidettiin kaksi erillistä ryhmänohjauksen pilottiryhmää, joissa hyödynnettiin Hap-pyorNot-mittaristoa. Näiden kaikkien osa-alueiden myötä saatiin kehitettyä ryhmänohjausmalli Tekonivelsairaala Coxan vuodeosastolle.

Tutkimuksen tulosten perusteella sairaanhoitajat ja potilaat pitivät tärkeänä vertaistuellista keskustelua ryhmässä. Tasavertaisessa ryhmässä opitaan kotiutumiseen liittyviä asioita jakamalla omia kokemuksia ja tunteita käytännön asioista. Keskustelun aihealueet nousivat kunkin ryhmän omista tarpeista. Ryhmänohjauksessa ohjaajan rooli oli antaa potilaille tukea ja neuvoja. Keskustelun tukena ohjaaja voi käyttää hyödyksi PowerPointesitystä. Postoperatiivisten puhelinsoittojen perusteella voidaan todeta, että ryhmänohjaus tulee tarpeeseen, sillä kaikki potilaat eivät ole sisäistäneet kotiutusohjeita yksilöohjauksessa.

Ryhmänohjauksen toimintamallia tulisi jatkossa kehittää eteenpäin vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita. Jatkotutkimusehdotuksena voisi vertailla yksilöohjauksen ja tulevan ryhmänohjauksen hyötyjä ja haittoja, mikä auttaisi potilaita sisäistämään paremmin kotiutumiseen liittyvät ohjeistukset. Näiden lisäksi voitaisiin tehdä ryhmänohjaukseen osallistuneille potilaille laajempi kysely, jonka avulla saadaan tietää, palveleeko kyseinen ohjausmalli heidän tarpeitansa.

---

Asiasanat: nivelrikko, tekonivelleikkaus, potilaan kotiutuminen ja ryhmänohjaus.

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

TARJA HONKALA & MIIA METSÄPURO:  
Group Counseling Supporting Discharge after Joint Replacement Surgery

Master's thesis 86 pages, appendices 26 pages  
November 2017

---

Patient is discharging from the Coxa Hospital for Joint Replacement, is provided private counseling in addition to written material. Based on feedback the guidance should meet the patients' needs better. The purpose was to develop a group counselling model that would support the personal counselling Coxa hospital ward provides to patients on discharge. The aim was to develop and expand the patients' understanding of issues related to returning home.

The thesis was carried out by utilizing the action research method. The material was collected by interviewing nurses and patients on topics related to group counseling, and making post-operative phone calls to discharged patients regarding issues related to their return to home. Two separate pilot groups for group counseling were also organized. Based on obtained material a functioning group counseling model was developed.

The results of our research show that nurses and patients considered support in the form of peer group discussions important. In a group of peers, patients can learn more on topics related to their return to home by sharing their own experiences and feelings related to practical issues. Based on information on the phone calls, can be stated that group counseling is needed, because some of the patients have not internalized matters properly in private counselling.

The group counseling concept should be developed further to better meet the patients' needs, and the various training requirements that nurses have concerning the counseling should be taken into account.

---

Key words: osteoarthritis, arthroplasty, patient discharge, group counselling.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	8
3	TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE.....	9
	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	10
	3.1 Nivelrikkoa sairastava potilas .....	10
	3.2 Tekonivelleikkaus nivelrikon hoitomuotona .....	12
	3.3 Potilaan kotiuttaminen .....	13
	3.4 Ryhmänohjaus .....	15
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	18
	4.1 Toimintatutkimus.....	18
	4.2 Aineistonkeruumenetelmä .....	20
	4.3 Sisällönanalyysi .....	23
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	25
	5.1 Sairaanhoidtajien haastattelujen tulokset.....	26
	5.2 Potilaiden haastattelujen tulokset.....	29
	5.3 Postoperatiivisten kotisoittojen tulokset .....	31
6	RYHMÄNOHJAUS .....	34
7	POHDINTA.....	36
	7.1 Luotettavuus.....	36
	7.2 Eettisyys.....	40
	7.3 Tulosten tarkastelu .....	41
	7.3.1 Sairaanhoidtajien haastattelujen tulosten tarkastelu.....	41
	7.3.2 Potilaiden haastattelujen tulosten tarkastelu .....	44
	7.3.3 Postoperatiivisten kotisoittojen tulosten tarkastelu .....	47
	7.3.4 Toimintatutkimuksen yhteenveto.....	48
	7.3.5 Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset .....	49
8	LÄHTEET .....	52
	Liite 1 Tutkimukseen valitut alkuperäistutkimukset.....	59
	Liite 2 Kotiutuskriteerit.....	63
	Liite 3 Suostumuslomake työntekijöille.....	64
	Liite 4 Kysymykset Coxan työntekijöille .....	66
	Liite 5 Suostumuslomake potilaille.....	67

Liite 6	Kysymykset potilaille .....	69
Liite 7	Ennakkotehtävä .....	70
Liite 8	HappyorNot- mittari .....	71
Liite 9	Sairaanhoitajien haastattelujen sisällön analyysin vaiheet .....	72
Liite 10	Potilaiden haastattelujen sisällön analyysin vaiheet.....	76
Liite 11	Toimintatutkimuksen syklin vaiheet .....	79
Liite 12	Ryhmänohjauksen materiaali .....	80

## 1 JOHDANTO

Potilaat kotiutuvat tekonivelleikkauksen jälkeen yhä nopeammin, ja tämä lisää haasteita kotiutumisesta vastaavalle hoitohenkilöstölle (Lipponen 2014, 17; Specht, Kjaersgaard-Andersen & Pedersen 2015, 839–841). Kuntoutus pyritään aloittamaan jo leikkauspäivänä, ja osa potilaista kävelee valvomosta takaisin osastolle. Lonkkapotilaat voivat kotiutua osastolta hyvin voidessaan mahdollisesti jo leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Tekonivelsairaala Coxa Oy 2017; Helenius 2017.) Hoitotyön keskeisin auttamiskeino on potilasohjaus. Ohjauksen tarpeen kasvaessa tulee ohjausta jatkuvasti kehittää. (Lipponen 2014, 17.)

Potilaiden henkilökohtainen ohjaus on vielä nykyään yleisin käytössä oleva menetelmä (Hyttinen & Kanerva 2011, 17), mutta yhä enemmän hyödynnetään teknologiavälineitä ohjauksen tueksi, kuten videoita ja PowerPointia (Shneerson, Widle & Cox 2012, 115). Kirjallisten ja suullisten ohjeiden lisäksi tulisi näyttää paljon kuvia sisältävää materiaalia. Tästä syystä erilaiset oppijat tulisikin ottaa huomioon ohjaustilannetta suunniteltaessa, jotta opitut asiat sisäistettäisiin ja kuntoutuminen kotona sujuisi ongelmitta. (Ward 2011; Lipponen 2014, 72.) Potilaiden ohjausta suunniteltaessa tulee huomioida erilaisten materiaalien lisäksi sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. Hoitajan tulee omata hyvät vuorovaikutustaidot, jotta hän voisi antaa potilaille tukea ja neuvoja erilaisista kotiutumiseen liittyvistä asioista. Sairaanhoitajan tulee luoda ohjauksessa turvallinen ja rento ilmapiiri, jotta keskustelua syntyisi. Potilaiden motivointia itsehoitoon tulisi tukea, sillä motivoitunut potilas pystyy sisäistämään opitut asiat parhaiten. (Holma 2010, 296.)

Erilaisia ryhmäohjausmuotoja on käytetty terveydenhuoltoalalla hyödyksi jo pitkään. Yksi uusimmista ja kehitteillä olevista ohjausmuodoista on kertaluonteinen ryhmäohjaus, joka sopii käytettäväksi osastolta kotiutuville potilaille. Ryhmän tärkeänä ominaisuutena pidetään vuorovaikutustaitoja ja dialogisuutta, joka edistää ryhmän jäsenten oppimista. Tämä motivoi potilaita sitoutumaan omaan kuntoutukseensa. (Kupias & Koski 2012, 127.) Ohjauksen tulee olla selkeää ja suunnitelmallista huomioiden potilaiden erilaiset tiedontarpeet (Holma, Koivula & Joronen 2010, 294–295; Lipponen 2014, 12, 19, 21).

Opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeista. Tutkimustyön tekeminen Tekonivelsairaala Coxassa tulee tehostamaan hoitoprosesseja ja kehittämään vuodeosaston sisäistä toimintaa. Lisäksi se on jatkoa Johanna Möttösen (2016) tekemälle tutkimukselle potilaiden ohjauskokemuksista tekonivelleikkauksen jälkeen (Möttönen 2016, 18). Opinnäytetyön tekeminen tukee opinnäytetyön tutkijoiden ammatillista kehittymistä, tarjoaa myönteisiä haasteita ja mahdollisuuksia omien taitojen kehittämiseksi (Lipponen 2014, 65).

Tekonivelsairaala Coxan Kaitze kehittämisryhmä vieraili vuonna 2016 Tanskan Vejle Sygehus -sairaalassa, jossa he tutustuivat tekonivelleikkattujen potilaiden kotiutumisen käytäntöihin. Tanskassa tekonivelleikatuille potilaille on jo jonkin aikaa käytetty yksilöohjauksen tukena ryhmänohjausmallia. (Mäkinen 2017.) Tutkimuksen tarkoituksena on luoda tekonivelleikkauksesta kotiutuville potilaille vastaavanlainen ryhmänohjausmalli, joka tukee heidän selviytymistään kotona leikkauksen jälkeen. Ryhmässä potilaat keskustelevat kotiutumiseen liittyvistä asioista jakaen omia kokemuksiaan ja tuntemuksiaan aiheesta. (Lumiaho ym. 2015, 35.) Vertaistuellinen keskusteleminen ryhmässä lisää potilaiden tietämystä kotiutumiseen liittyvistä ohjeistuksista, kun asioita kerrataan (Holma ym. 2010, 295–296).

## 2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Opinnäytetyön toimintaympäristö sijoittuu Tekonivelsairaala Coxa Oy: hyn, jossa kohderyhmänä ovat tekonivelleikkauksesta kotiutuvat lonkka- ja polvipotilaat. Tekonivelsairaala Coxa on yksityinen tekonivelkirurgiaan erikoistunut sairaala, jonka yhteydessä toimii myös poliklinikka, fysioterapiapalvelut, vastaanotto-osasto, kaksi vuodeosastoa, seitsemän leikkaussalia, välinehuolto, luupankki ja valvomo. Pitkälle edenneen artroosin ja reuman tuomat haitat ovat tyypillisiä leikkauspotilaiden hoitoon hakeutumisen syytä. Sairaalassa leikataan myös vaativia uusinta- ja tuumorileikkauksia. Julkisen puolen leikkausten lisäksi Coxassa tehdään tekonivelleikkauksia myös yksityisesti itse hoitonsa maksaville. (Tekonivelsairaala Coxa Oy 2017.)

Vuodeosastopaikkoja on yhteensä 66, joista viisi on sulkuutilallisia infektiopotilaiden huoneita. Vuonna 2016 avohoitotapahtumia Tekonivelsairaala Coxassa oli 20 262 kappaletta. Bruttohoitopäiviä oli 15 543, kun taas hoitajaksoja kertyi 3816. Tekonivelleikkauksia tehtiin vuonna 2016 yhteensä 3721 kappaletta, joista lonkan tekonivelleikkauksia oli 1428 ja polven tekonivelleikkauksia 1776 kappaletta. (Uusitalo 2017.)

Tekonivelsairaala Coxan poliklinikalla on hiljattain aloitettu preoperatiivinen ryhmänohjaus leikkaukseen tuleville potilaille, jossa potilaat katsovat videon leikkauispäivän kuluksi. Tarkoituksena on luoda vuodeosaston puolelle omanlainen ryhmänohjaus leikkauksesta kotiutuville potilaille, joka pohjautuisi enimmäkseen reflektoinnille. Tekonivelsairaala Coxassa ryhmänohjaukselle on valmistettu vuodeosastolta oma tila, jossa toiminta mahdollisesti käynnistyy alkuvuodesta 2018. Ryhmänohjaustila sijoittuu vuodeosaston keskiöön, johon molemmilta osastoilta potilaiden on helppo kulkea. Ryhmänohjaustilassa potilaat voivat ohjauksen lisäksi viettää aikaa, tutustua opetusmateriaaleihin ja ruokailla. (Helenius 2017.)



### 3 TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on potilailta ja hoitohenkilökunnalta saadun tiedon perusteella luoda toimiva ryhmänohjausmalli yksilöohjauksen tueksi.

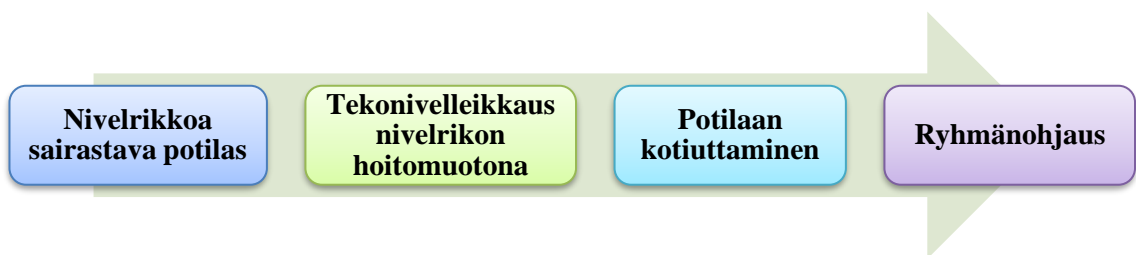
Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia ohjeistuksia tekonivelleikatut potilaat tarvitsevat kotona selviytyäkseen?
2. Miten tekonivelleikatut potilaat kokivat ryhmänohjauksen?
3. Millainen on hyvä ryhmänohjausmalli?

Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa Tekonivelsairaala Coxassa leikattujen potilaiden tietämystä kotiutumiseen liittyvistä asioista uudella potilaslähtöisellä ryhmänohjauksella.

## TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat nivelrikkoa sairastava potilas, tekonivelleikkaus nivelrikon hoitomuotona, potilaan kotiutuminen ja ryhmänohjaus. Nämä käsitteet ovat aiheen ymmärtämisen ja avaamisen kannalta oleellisia. Ryhmänohjausta vetävän sairaanhoitajan tulee tietää ryhmässä ohjaamisen taustoista ja sen vaikuttavuudesta potilaisiin ja heidän omaisiinsa. Keskeiset käsitteet valittiin Tekonivelsairaala Coxan potilaiden hoitopolun mukaan. Käsitteet on kuvattu alla olevassa kuviossa hoitopolun mukaisessa järjestyksessä aina nivelrikosta kotiutumiseen saakka (kuvio 1).



KUVIO 1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Opinnäytetyöhön lähdettiin etsimään tietoa terveysalan tietokannoista, kuten Academic Search Premier, Aleksi, Arto, Chinal, Cochrane, Google, Medic Medline. Suomenkielisinä hakusanoina käytettiin ”tekonivel\*”, ”nivelrikko”, ”ryhmänohjaus”, ”ryhmäohjaus”, ”ryhmänohj\*”, ”ohjaus”, ”tekonivelleikkaus”, ”tekonivel\*”, ”digitalisaatio” ja ”Power-Point”. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin ”arthroplasty”, ”patient discharge”, ”guidance”, ”peer support”, ”discharge”, ”group guidance”, ”education”, ”counseling”, ”counselling”, ”video”, ”media” ja ”Slide”. Tietoa haettiin yksittäisillä hakusanoilla sekä niiden yhdistelmillä. Liitetiedostossa olevaan taulukkoon on kerätty työn kannalta oleelliset ja tärkeimmät tutkimukset, jotka liittyvät ryhmänohjaukseen ja potilaan kotiuttamiseen (Liite 1).

### 3.1 Nivelrikkoa sairastava potilas

Nivelrikon tiedetään olevan yleisin nivelsairaus maailmassa. Eniten nivelrikkoa tai sen tuomia muutoksia esiintyy polvissa ja lonkissa (Pohjolainen 2016). Kirjallisuuden mukaan nivelrikkoa sairastaa arviolta 400 000 suomalaista. Leikkausmäärät ovat kasvaneet

tasaista tahtia vuosi vuodelta. (Uusitalo 2017.) Vuosittain nivelrikosta aiheutuu yhteiskunnalle miljardin euron kustannukset. Määrän tiedetään lisääntyvän väestön vanhetessa. (Vainikainen 2010, 11.) 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa sitä esiintyy 80–90 %:lla. Ensisijaisesti nivelrikkoa pyritään hoitamaan konservatiivisesti. (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito -suositus 2014.)

Terve nivel on ihmisen liikuntakyvyn tärkein ominaisuus. Nivelen tehtävänä on asianmukainen taipuminen ja liikkeen salliminen jäsenessä. (Vainikainen 2010, 10.) Nivelrikon vaaratekijöinä pidetään ensisijaisesti ikääntymistä ja sen tuomia muutoksia nivelrustossa. Perimä, ylipaino, nivelvammat, kehityshäiriöt, virheasennot, liian kuormittava liikunta tai työ voivat olla nivelrikon pahenemisen syitä. (Vainikainen 2010, 12; Pohjolainen 2016.) Tavallisempia nivelrikon oireita ovat kipu, jäykkyys, turvotus sekä rajoittuneet liikeradat. Lonkassa rajoittuvat ensin kiertoliikkeet, kuten sisäkierto. Polvessa esiintyy ensin koukistusvajetta ja oireiden edetessä myös ojennusvajetta. (Remes, Paavolainen & Vuorinen 2004.)

Toiminnalliset rajoitukset pahenevat nivelrikon edetessä. Se heikentää toimintakykyä, rajoittaa sosiaalista elämää ja arkielämän toimintaa. (Smith, Purdy, Lister, Salter, Fleetcroft & Conaghan 2014, 444.) Nikkolan (2013) tutkimustuloksista ilmeni, että nivelrikkoa sairastavat potilaat kokivat, että luottamus omaan kehoon oli ajan kuluessa vähentynyt ja oma keho saattoi pettää milloin tahansa (Nikkola 2013, 48). Kaatuminen ja siitä syntyvät vammat aiheuttivat myös pelkoa tulevaisuudesta. Oireiden pahentuessa nivelrikko haittaa muun muassa kävelemistä, istumista, autosta nousemista ja portaiden kiipeämistä. (Smith ym. 2014, 444, 448; Nordqvist 2017.) Liikkumisen ongelmien, kipujen ja kaatumispelon vuoksi oman kodin ulkopuolelle lähteminen koettiin epämieluisaksi. Nivelrikkoa sairastavan potilaan toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi yhteiset harrastukset puolison kanssa, mökillä käyminen, matkusteleminen, luonnossa liikkuminen ja ystävien tapaaminen olivat joko vähentyneet tai loppuneet kokonaan. (Nikkola 2013, 65–66.)

Nivelrikon esisijaisena hoitona on kipulääke. Lääkäriin hakeudutaan, kun kivut haittaavat jokapäiväistä elämää ja liikkuminen vaikeutuu. (Vainikainen 2010, 17; Damar & Bilik 2017, 134.) Nikkolan (2013) tutkimustuloksien mukaan potilaat olivat huolissaan nivelrikosta aiheutuvista kivuista. Kipulääkkeiden haittavaikutukset ja lääkkeisiin tottuminen aiheuttivat pelkoa niin potilaalle itselleen kuin omaisellekin. Tieto lääkkeiden käytöstä saattoi vähentää pelkoa, mutta se ei vienyt sitä kokonaan pois. (Nikkola 2013, 49, 70.)

Tekonivelleikkaus on tehokas nivelrikon hoitomuoto, sillä muutokset etenevät hitaasti eikä vuosien kuluessa rikkoutunut nivelrustokudos parane ennalleen (Pohjolainen 2016).

### 3.2 Tekonivelleikkaus nivelrikon hoitomuotona

Nivelrikon viimeisin hoitomuoto on tekonivelleikkaus. Käytössä olevia leikkausvaihtoehtoja ovat virheasennon korjausleikkaus ja nivelen korvaaminen tekonivelellä. Leikkauksessa kulunut nivel vaihdetaan metallista, keraamisesta tai muovista valmistettuun proteesiin. Leikkaava ortopedi suunnittelee yksilöllisesti kunkin potilaan tarpeisiin sopivan nivelen. Tekonivelten laaduissa on eroja, ja parhaat voivat kestää jopa 25 vuotta. (Nordqvist 2017; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

Nivelrikkopotilaista moni kokee kivun suurimmaksi ongelmaksi, ja se on yleisin syy haikautua leikkaukseen. Leikkauksen tarkoituksena on päästä eroon kivusta ja jatkaa normaalia elämää ilman rajoitteita. (Kovalainen 2015, 342; Nordqvist 2017.) Potilas saattaa päätyä leikkaukseen vasta siinä vaiheessa, kun konservatiivisilla hoidoilla ei ole tehoa tai oma päivittäinen toiminta on huomattavasti vaikeutunut (Akbaba, Yeldan, Özdiñçler & Güne 2015, 2527; Damar & Bilik 2017, 134). Potilaat haluavat välttyä näin elämältä, joka ei ole elämisen arvoista, sillä kulunut nivel aiheuttaa kyvyttömyyttä sekä kipua (Gustafsson, Ekman, Pozer & Heikkilä 2010, 665). Leikkauspäätökseen vaikuttaa monesti se, että potilas ei halua olla riippuvainen kenestäkään toisesta henkilöstä (Damar & Bilik 2017, 134).

Tekonivelleikkaus mahdollistaa monelle normaalin elämän ja toimintakyvyn paranemisen (Remes ym. 2004). Tämä on huomioitu myös Tekonivelsairaala Coxaan tulevan nivelrikkopotilaan hoitopolun suunnittelussa. Nivelrikkopotilas on hoidon keskiössä, ja hänen kuntoutustaan tuetaan hoidon joka vaiheessa. Tutkimustulosten mukaan nivelrikkopotilaat ovat kokeneet leikkauksen helpottaneen heidän oireitaan, ja se on mahdollistanut palaamisen omien harrastuksien pariin ilman rajoitteita. (Nikkola 2013, 57, 69.)

Seurantatutkimustulosten ja kliinisen kokemuksen mukaan tekonivelleikkaus parantaa potilaiden toimintakykyä, elämänlaatua ja vähentää kipua (Käypä hoito -suositus 2014). Tutkimukset osoittavat tekonivelleikkauksen parantavan suorituskykyä melkein kaikissa toimintakyvyn osa-alueissa (Vekama 2014, 8). Leikkauksen jälkeen elämästä voi taas

nauttia ilman kipuja (Gustafsson ym. 2010, 667). Kovalaisen (2015) tutkimustulosten mukaan potilaiden polvessa esiintyneet kivut olivat vähentyneet huomattavasti leikkauksen jälkeen. Toimintakyvyn parantuessa moni työikäinen oli palannut takaisin työelämään pitkän työkyvyttömyyden jälkeen. (Kovalainen 2015, 347.) Potilaat ovat todenneet, että elämässä tulisi tehdä niitä asioita, joita haluaa tehdä ja joista nauttii, niin kauan kuin tekonivel sen mahdollistaa (Gustafsson ym. 2010, 667–668).

### 3.3 Potilaan kotiuttaminen

Potilaan ohjaaminen alkaa jo ennen leikkausta, ja ohjausta annetaan koko potilaan hoitoprosessin läpi. Potilaan jatkuva tiedonsaanti edistää potilaan toipumista ja edesauttaa hyvään ja onnistuneeseen kotiutumiseen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 16; Johansson & Mikkonen 2008, 60; Ryhänen 2012, 26.) Ennen tekonivelleikkausta potilaalle pyritään järjestämään kotiin joustava hoitoverkosto, jossa huomioidaan potilaan toivomukset, tarpeet ja potilaslähtöiset hoitomahdollisuudet. Tärkeänä tavoitteena on ennen kaikkea yhteistyön ja vuorovaikutuksen sujuminen potilaan ja hänen omaistensa kanssa yhdessä moniammatillisessa yhteistyössä. (Lipponen ym. 2006, 16, 18.) Tästä syystä potilaiden omaiset tulisi huomioida kotiutuvan potilaan ohjauksessa entistä paremmin.

Lonkan ja polven tekonivelleikkauksen jälkeen potilaat ovat kaivanneet tietoa muun muassa omaan hoitoon liittyvistä asioista, komplikaatioista ja lääkehoidosta. On tärkeää tietää, mitä ja milloin lääkkeitä otetaan, kuten verenohennus- tai kipulääkkeet. Lisäksi tietoa kaivataan niin peseytymisestä, liikunnasta tai siitä, milloin voi ajaa autoa tai palata töihin. Liikkumiseen yhdistettiin monesti kova kipu, jonka vuoksi liikkuminen tai istuminen oli huonoa. (Sendir, Buyukyilmaz & Musovi 2013, 266–268.) Kostjukovan ja Salanterän (2008) tutkimustulosten mukaan yli puolet polvitekonivelleikkauksen käyneistä potilaista oli kokenut kotiutumisen jälkeen lisääntyvää kipua polvessa. Kipulääkkeiden ottamista oli joko säännöstelty tai lääkärin ohjeita ei ollut noudatettu. Liikunnan merkitys kuntoutumisessa oli ymmärretty edistävän toipumista hyvin, mutta potilaista vain osa noudatti harjoitusohjelmia. (Kostjukova & Salanterä 2008, 23–28.) Kivunhoito luo kotona omat haasteensa ja vastuunsa, ja siksi olisi hyvä, jos kotona olisi joku, johon luottaa. Lisäksi olisi hyvä, jos luotettava henkilö olisi ollut potilaan mukana ohjauksessa, joten hän tietäisi, miten tulee toimia. (Specht ym. 2015, 840.)

Möttösen (2016) tutkimustuloksissa oli esitetty, että suurin osa potilaista pärjää kotona hyvin leikkauksen jälkeen. Osa potilaista tarvitsi kuitenkin tarkentavia ohjeita muun muassa kipulääkityksestä, haavanhoidosta ja tromboosiprofylaksiasta. He kaipaivat hoito-ohjeiden kertaamista lähempänä kotiutumista sekä vertaistukea yksilöohjauksen tueksi. (Möttönen 2016, 30–33.) Samanlaisiin johtopäätöksiin on päästy muissakin tutkimuksissa. Potilaat kaipaavat lisää tietoa ja ohjausta ennen kotiutumista (Johansson & Mikkonen 2008, 57, 59–60; Kostjukova & Salanterä 2008, 25; Sendir ym. 2013, 266–268).

Tarkkaan laaditut tekonivelleikkauspotilaan kotiuttamiskriteerit auttavat turvallisessa kotiutumisessa (0). Tekonivelsairaala Coxassa on potilaan kotiutumiselle asetettu seuraavat kotiutumisen kriteerit. Toimintakyvyltään ja liikkumiseltaan potilaan tulee olla siinä kunnossa, että selviää itsenäisesti kotona. Ennen potilaan kotiutumista kipujen tulee olla hallinnassa kipulääkkeiden avulla. Potilas tietää, miten ja kuinka paljon lääkkeitä ottaa ja kuinka pitkään lääkitystä tulisi jatkaa. Hän osaa toteuttaa tromboosiprofylaksiaa (laskimotukosten ehkäisy) sekä seurata ja hoitaa mustelmia ja turvotusta. Ennen kotiutumista haavan tulee olla siisti ja vuodon hallinnassa. Hänen tulee ymmärtää terveellisen ruuan merkitys osana paranemisprosessia. Ohjauksessa annetaan tietoa, miten vatsan toimintaa voidaan edistää kotikonstein. Kuitenkin olisi hyvä, jos vatsa käynnistyisi ennen kotiutumista. Potilaalla tulee olla myös tiedossa, mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä, jos kotona sattuu jotain tai jokin asia jäi mietityttämään. (Tekonivelsairaala Coxa Oy 2017.)

Tutkimustulosten mukaan postoperatiivisen kotisoiton on todettu antavan kokonaisvaltaista hyötyä potilaan kuntoutuksessa. Potilas kaippaa leikkauksen jälkeen neuvontaa, tietoa ja tukea niin fyysisesti kuin emotionaalisestikin. Potilaat ovat arvostaneet kotisoittojen olevan kokonaisvaltainen lähestymistapa, ja he ovat tunteneet, että heitä ei ole jätetty yksin kotiutumisen jälkeen. Hoitohenkilökunnalta tämä vaatii laaja-alaista ammattiosaamista, pitkää hoitotyön kokemusta sekä ongelmanratkaisutaitoja. (Johansson & Mikkonen 2008, 57, 60; Wiley, Szeots, Konradsen, Solgaard, Bogø & Østergaard 2015.) Lisääntyneiden puhelinsoittojen myötä Tekonivelsairaala Coxassa sairaanhoitajat ovat kuitenkin huomanneet, että potilaat tarvitsevat yksilöohjauksen ja kotisoittojen tueksi muunlaista ohjausta, joka auttaisi sisäistämään paremmin kotiutumiseen liittyvät asiat.

### 3.4 Ryhmänohjaus

Tekonivelleikkauksessa olleen potilaan ohjaaminen tähtää itsehoidon kehittymiseen ja vuorovaikutukselliseen kuuntelemiseen (Bensing, Rimondini & Visser 2013, 288–289). Potilaan kotiutumisessa tulee huomioida potilaan hyvä hoito ja tiedonsaanti. Ohjaavalla sairaanhoitajalla tulee olla vankka tutkittuun tietoon perustuva osaaminen nivelrikkopotilaan kirurgisesta hoidosta. Sairaanhoitajan tulee antaa tietoa potilaalle tämän hoidosta ja terveydentilasta. Tiedot tulee kertoa potilaalle selkeällä ja ymmärrettävällä kielellä, jotta hän sisäistäisi annetut ohjeet ymmärrettävästi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Entistä lyhyempien sairaalassaoloaikojen vuoksi potilas kykenee vasta pitkän ajan kuluttua ymmärtämään ja käsittelemään elämäntilanteeseensa liittyviä uusia haasteita (Lipponen ym. 2006, 15). Tärkeää on varmistaa, että potilaat saavat riittävästi tietoa ja ohjausta omasta hoidostaan. Tämä tukee potilaan itsenäistä selviytymistä kotona. (Pekkarinen 2007; Lipponen 2014, 58.) Tässä opinnäytetyössä ryhmänohjauksella tarkoitetaan polven ja lonkan tekonivelleikkauksen jälkeistä kotiutusta tukevaa ohjausta ryhmässä, jossa on joukko potilaita ja heitä ohjaava sairaanhoitaja. Ohjauksen kulmakivinä ovat leikkaukseen liittyvien ohjeistuksien tekeminen potilaalle ymmärrettäväksi, jotta hänen turvallinen kotiuttaminen mahdollistuisi (Kääriäinen 2007, 121, 127).

Hoitohenkilöstön pätevyys ja ammattitaito korostuvat hyvässä ohjauksessa. Hoitajalla tulee olla valmiudet antaa tietoa ohjattavista asioista ja ohjausmenetelmistä. Informaatioteknologian käyttäminen osana ohjausta asettaa sairaanhoitajille uudenlaisia vaatimuksia ja tiedontarpeita. Näitä ovat esimerkiksi informaatioteknologian käyttötaito ja myönteinen asennoituminen teknologian käyttöön. Tutkimustulosten mukaan potilasohjausvalmiuksia on tarpeen kehittää jatkuvasti kouluttautumalla ja lukemalla alan tutkimuksia. (Lipponen 2014, 54–55.) Onnistuneen ohjauksen keskeisenä edellytyksenä on, että hoitajalla on hyvät vuorovaikutustaidot. Näin ryhmänohjaaja voi ystävällisyydellä, kuuntelemisella, neuvomisella sekä kannustamisella viestiä potilaille, että hän välittää ja on paneutunut heidän asioihinsa. Hyvä ryhmänohjaaja kykenee aistimaan ryhmän ilmapiiriä ja ryhmän jäsenten yksilöllisiä tarpeita. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 108; Bensing ym. 2013, 288–289; Vehviläinen 2014, 59–60.)

Ryhmänohjaajan tarkoituksena on huolehtia, että ryhmässä jokainen saa avoimesti keskustella kotiutumiseen liittyvistä asioista. Tarvittaessa ohjaaja voi rohkaista potilaita keskustelussa ja esittää aiheeseen liittyviä lisäkysymyksiä. (Niemistö 2007, 67; Kaukila & Lehtonen 2008, 63–64.) Ohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseensa (Lipponen ym. 2006, 32). Tämän vuoksi vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa ryhmäkeskustelua, jossa ohjattavan potilaan omakohtaiset näkemykset, tarpeet ja kokemukset ovat ydinasiaa ohjaustilanteessa (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 54).

Ohjaustilanteessa sairaanhoitajan tulisi ohjata potilaita motivoivien menetelmien avulla. Tekonivelleikkauksesta kotiutuva potilas motivoituisi parhaiten oman hoitonsa suhteen, jos hänen annetaan hyödyntää ryhmänohjauksessa aiempia tietoja, taitoja ja kokemuksia. Potilaan motivaatio kuntoutukseen kasvaa parhaiten silloin, kun hän itse voi vaikuttaa ohjauksen sisältöön ja menetelmiin. (Lipponen ym. 2006, 57, 98; Absetz, Yoshida, Hankonen & Valve 2008, 248; Lipponen 2014, 54.) Autonomiata tuetaan motivoivassa ja voimaannuttavassa ryhmässä samoin keinoin kuin yksilöohjauksessa. On tärkeää antaa ryhmänjäsenille opastusta, kuunnella heidän kokemuksiaan ja mielipiteitään sekä kannustaa ja tukea heitä. (Vänskä ym. 2011.) Ohjaustilanteissa syntyy näin ihmettelyä omaa kokemusta ja kokemustapaa kohtaan (Ojanen 2009, 118).

Lipponen (2014) tutkimustuloksien perusteella hoitohenkilöstö kaipaa potilasohjauksen käyttöön suullisen ja kirjallisen materiaalin tueksi potilasohjeita ja ohjausvideoita sekä erilaisia demonstraatiovälineitä. Tämän vuoksi potilasohjeita pitäisi ajoittain päivittää ja täydentää, jotta potilaita voitaisiin ohjata entistä paremmin. (Lipponen 2014, 49.) Erilaisien ohjelmien käyttäminen auttaa potilasta ymmärtämään paremmin omaan hoitoonsa liittyvät asiat. Tämä lisää potilaan motivaatiota, itsehoitoa ja parantaa hyvinvointia. (Ryhänen 2012, 26, 47.)

Paras tulos potilaan ohjauksessa saavutetaan käyttämällä erilaisia materiaaleja yhdessä, kuten opuksia, kuvia, dioja ja videoita, jotka selventävät aihetta (Ward 2011; Shneerson ym. 2012, 115). Hyvä kouluttaja osaa yhdistellä erilaisia havainnollistamisvälineitä tarkoituksen mukaan (Kupias & Koski 2012, 82–83). Tietokoneiden avulla potilaat voivat katsella ja kuunnella ohjausmateriaalia niin sairaalassa kuin kotona (Heikkinen 2011, 53; Ward 2011). Videoiden käyttö on tehokasta ja taloudellista. Potilaiden ohjaustilanteessa

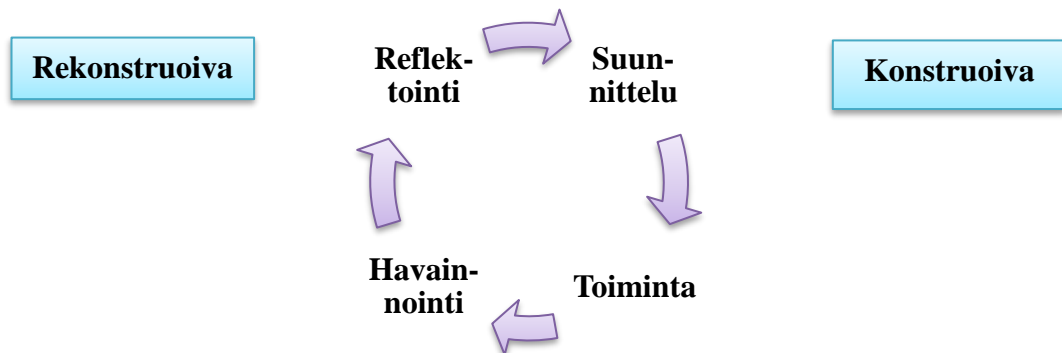


videoiden avulla voidaan jakaa ohjeita ja kokemuksia. Se havainnollistaa asioita paremmin kuin kirjallinen materiaali. Videon sisältö voi herättää ohjaustilanteessa vahvoja tunteita aiheesta, mikä synnyttää vertaistukea antavaa keskustelua. (Kynäs ym. 2007, 116–117, 122; Lehna, Rosenberg, Adler-Baugh, Epperson, Amrhein & Agular 2011, 204.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimus on spiraalinmallinen sykli, joka etenee kuin pyörre kiteyttäen ajattelun ja toiminnan toisiinsa. Toiminnan kehittäminen on jatkuvaa ja kulkee useiden peräkkäisten vaiheiden kautta, kuten suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektion kehänä. Sosiaalisen toiminnan ja vuorovaikutuksen avulla pystytään yhdessä löytämään oikeanlaiset näkemykset ja ratkaisut, joilla muutoksia saadaan aikaan. (Heikkinen 2007, 16–17; Heikkinen 2015, 213.) Opinnäytetyö soveltui parhaiten toteutettavaksi toimintatutkimuksena. Tarkoituksena oli kehittää tiedon avulla tekonivelsairaala Coxaan sellainen ryhmän-ohjausmalli, joka vastaisi parhaiten kotiutuvien potilaiden tiedontarpeita. Alla on esitetty toimintatutkimuksen vaiheet, jotka on kuvattu Carrin ja Kemmisin mukaan (kuvio 2).



KUVIO 2 Toimintatutkimuksen sykli (Heikkinen, Rovio, & Kiilakoski 2007, 79).

Toimintatutkimuksen sykliin kuuluvat konstruoiva vaihe, jossa rakennetaan uutta ja suunnitellaan tulevaisuutta, kun taas rekonstruoivassa vaiheessa havainnoidaan ja arvioidaan toteutunutta toimintaa (Heikkinen 2007, 19). Toimintatutkimuksen sykli alkaa tutkijan tekemästä suunnitelmasta, jonka jälkeen hän toteuttaa uuden toimintatavan. Koko prosessin ajan toteutusta havainnoidaan ja reflektoidaan, ja sen pohjalta voidaan suunnitella entistä parempi toimintatapa. Spiraali muodostuu parantamalla toimintaa perättäisten suunnittelujen ja kokeilusykliden avulla. (Heikkinen ym. 2007, 79.) Spiraalinmallisessa prosessissa voidaan edetä useiden peräkkäisten syklien avulla tai jäädä yhteen sykliin. Tarkoituksena on kuitenkin onnistua toteuttamaan suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin vaiheet, jotta ongelmat selvitettäisiin ja saavutettaisiin halutut muutokset. (Heikkinen ym. 2007, 80–82; Kananen 2014, 13–14.) Tässä tutkimuksessa päästiin yhteen sykliin. Toinen sykli

käynnistyy, kun toimintamallin kehitystä viedään eteenpäin työelämässä. Seuraavaksi on kuvattu toimintatutkimuksen syklin vaiheet ajallisesti vaihe vaiheelta (Liite 11).

Toimintatutkimuksessa tekijät laittavat prosessin alulle keräämällä aiheesta kirjallisuuden perustuvaa tietoa (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2014, 69), perehtyvät aiheeseen, suunnittelevat hyvin toiminnan etenemisen ja käyvät yhteisissä palavereissa työyhteisön kanssa (Huovinen & Rovio 2007, 101–102). Myöhemmin prosessi laajenee suuremman joukon yhteiseksi kehittämishankkeeksi (Heikkinen 2015, 215), johon tutkijat osallistuvat itse työskentelemällä aktiivisesti tutkimukseen osallistuvien henkilöiden kanssa (Heikkinen 2007, 32).

Syksyllä 2016 opinnäytetyön tutkimussuunnitelma tehtiin perehtymällä aihetta koskevaan kirjallisuuteen. Tutkimuksen keskeisten käsitteiden, aiempien tutkimusten ja käytännön kokemusten avulla täsmentyivät tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät. Tammikuussa 2017 opinnäytetyön palaveri pidettiin yhdessä työyhteisön jäsenten ja opettajan kanssa ja siinä tarkastettiin senhetkinen tilanne ja tutkimustyön kehittämistarpeet. Helmikuussa 2017 opinnäytetyö annettiin työyhteisön yhdyshenkilöille luettavaksi ja esitettiin koulun seminaarissa. Palautteiden perusteella työhön tehtiin tarvittavat muutokset, jotta prosessi etenisi ja pysyttäisiin aikataulussa. Monien muutosten jälkeen opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupaa huhtikuussa 2017.

Toukokuussa 2017 toteutettiin toiminnallinen vaihe, jossa aluksi lähdettiin liikkeelle soittamalla postoperatiivisia kotisoittoja. Puhelinsoittojen jälkeen haastateltiin yksitellen sairaanhoitajia ryhmänohjaukseen liittyvistä aiheista. Sairaanhoitajien haastatteluiden ja postoperatiivisten kotisoittojen tiedon perusteella suunniteltiin ja toteutettiin potilaille ryhmänohjauksen pilottiryhmät kesäkuussa 2017. Ennen ryhmänohjausta potilaille annettiin ennakkotehtävä, jonka tarkoituksena oli saada lisää tietoa niistä aihealueista, jotka kiinnostivat heitä eniten (Liite 7).

Tutkimuksen aikana kehitettiin ryhmänohjauksen tueksi PowerPoint-esitys, joka annettiin potilaille paperiversiona (Liite 12). Powerpoint on koottu johdonmukaisesti loogisessa järjestyksessä kotiuttamiseen liittyvistä aihealueista tekonivelsairaala Coxan potilasoppaan mukaan, ja aihealueita ovat haavanhoito, kipu ja kipulääkitys, laskimotukoksia ehkäisevä hoito, muu lääkitys, mustelmat ja turvotus, liikkuminen ja liikunnan harrastaminen, autolla ajaminen, muut ongelmat ja se, milloin ottaa yhteyttä. Tuotos suunniteltiin

sen vuoksi, että ohjaaja voi käyttää sitä keskustelun tukena, mikäli ryhmässä ei muuten synny keskustelua. Ryhmäohjauksen PowerPoint-esitys löytyy liitetiedostosta. Pilottiryhmien jälkeen potilaat haastateltiin yksitellen, ja he arvioivat tyytyväisyyttään ryhmäohjauksesta antamalla anonyymisti palautetta HappyorNot-menetelmällä (Liite 8).

Tehtävien analysoimisella ja tulkitsemisella saadaan koottua toiminnasta selkeä kuva ja onnistumista voidaan arvioida reflektoinnin avulla (Tuominen & Sarajärvi 2009, 95; Suojanen 2014). Koko toimintatutkimusprosessin ajan tapahtui havainnointia ja tulosten tarkastelua. Tutkimuksen tekijät kirjoittivat muistiin omia havaintoja. Lisäksi he kävivät reflektiivistä keskustelua eri vaiheista keskenään ja työyhteisön kanssa. Molemmien puolisen arvioinnin pohjalta syntyi uusia ajatuksia siitä, kuinka toimintaa voidaan kehittää vielä paremmaksi.

Toimintatutkimuksen tehtävänä on kirjoittaa tieteellinen raportti valmiiksi. Se on juonellinen kertomus, joka etenee loogisesti vaihe vaiheelta. Siinä on alku, keskikohta ja loppu. (Heikkinen & Rovio 2007, 115, 117; Kananen 2014, 144.) Marraskuussa 2017 esitettiin lopullisen raportin tutkimustulokset ja havainnot Tekonivelsairaala Coxan johtoryhmälle ja työyhteisölle sekä koulun seminaarissa. Toimintasyklin seuraavana vaiheena on seurata toimintamallin toimivuutta ja jatkaa sen kehittämistä Tekonivelsairaala Coxan vuodeosastolla yhdessä muun työyhteisön kanssa.

## **4.2 Aineistonkeruumenetelmä**

Toimintatutkimuksessa käytettiin hyödyksi erilaisia tutkimusmenetelmiä, joiden avulla saadaan kehitettävästä aiheesta lisää tietoa, jotta muutos toteutuisi (Kananen 2014, 13). Aineistoa kerättiin tutkimustyöhön pääosin laadullista menetelmää käyttäen. Tämän lisäksi hyödynnettiin määrällistä menetelmää, joka perustuu numeerisiin tuloksiin. Taulukoinnin avulla voidaan kätevästi esittää aineistosta saadut tulokset ja kirjoittaa ne tekstimuotoon (Alasuutari 2011, 193). Alla olevaan kuvioon on selvennetty tarkemmin työssä käytetyt aineistonkeruumenetelmät (kuvio 3).

Sairaanhoitajat	Potilaat	Sairaanhoitajan tekemät postoperaatiiviset kotisoitot
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Laadullinen menetelmä:</u></li> <li>• Yksilöhaastattelu</li> <li>• Osallistui 4 sairaanhoitajaa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Laadullinen menetelmä:</u></li> <li>• Yksilöhaastattelu, johon osallistui 9 potilasta.</li> <li>• Ryhmänohjaus, kaksi ryhmää, johon osallistui 10 potilasta.</li> <li>• <u>Määrällinen menetelmä:</u> HappyorNot-kysely, johon osallistui 10 potilasta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Määrällinen menetelmä:</u></li> <li>• Yksilöllinen keskusteleminen.</li> <li>• Merkinnät tukkimiehenkirjanpidolla.</li> <li>• Osallistui 42 potilasta.</li> </ul>

KUVIO 3 Opinnäytetyössä käytetyt aineistonkeruumenetelmät

Aineistoa kerättiin laadullisella menetelmällä haastattelemalla Coxan työntekijöitä ja potilaita. Haastateltavien valintakriteerinä oli, että työntekijät olivat aiheeseen perehtyneitä sairaanhoitajia, jotka tulevaisuudessa tulevat pitämään ryhmänohjausta potilaille. Potilaiden ryhmänohjaukseen ja haastatteluihin osallistuivat vain ne, jotka olivat kotiutumassa suoraan kotiin ja heille oli tehty lonkan tai polven tekonivelleikkaus. Haastatteluissa käytettiin valmiita kysymyksiä, jotka etenivät teemojen mukaan, kuten ryhmänohjaus, omaiset ja tekonivelleikatuille suunnatut materiaalit. Haastatteluun osallistujille jaettiin etukäteen saatekirje sekä kysymykset (Liite 3, Liite 4, Liite 5 & Liite 6). Haastattelu etenee keskusteltavan aiheen ympärillä haastateltavan ehdoilla, jossa haastattelija tai haastateltava voi tarvittaessa esittää lisäkysymyksiä. Tutkittavasta aiheesta tullaan näin saamaan syvällisempää tietoa, kuten haastateltavien mielipiteitä ja käsityksiä. (Kylmä & Juvakka 2012, 79; Vilkkä 2015, 125; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2016, 209.)

Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja, joiden tavoitteena oli saada tietoa henkilön omista kokemuksista ryhmänohjaukseen liittyen (Kylmä & Juvakka 2012, 79; Vilkkä 2015, 123). Kaikki haastattelut tallennettiin sanelukoneella, jotta luotettavuus säilyisi ja haastatteluiden vastauksiin voitaisiin tarvittaessa palata takaisin (Vilkkä 2015, 125). Haastattelusta saatujen tulosten ja tutkimustiedon perusteella pystytään rakentamaan toimiva ryhmänohjausmalli, jota voidaan hyödyntää potilaiden kotiutumisessa. Toukokuussa 2017 haastateltiin neljää sairaanhoitajaa. Ensimmäisen sairaanhoitajan jälkeen tutkimuskysymyksiä muutettiin parempaan muotoon. Hoitajien haastattelut veivät aikaa yhteensä 35 minuuttia, josta pisin haastattelu vei aikaa 16 minuuttia ja lyhin neljä minuuttia.

Haastatteluiden jälkeen toteutettiin ryhmänohjauksen pilottiryhmät kahdelle ryhmälle. Molempiin ryhmiin osallistui yhteensä kymmenen potilasta. Pilottiryhmien jälkeen haastateltiin yhteensä yhdeksän potilasta. Ensimmäisen ja toisen potilaan jälkeen kysymyksiä muutettiin, mutta heiltä saatuja vastauksia käytettiin hyödyksi tutkimuksessa. Potilaiden haastattelut kestivät yhteensä 30 minuuttia, joista pisin kesti seitsemän minuuttia ja lyhin kaksi minuuttia.

HappyorNot-mittari on yksi helpoimmista tavoista mitata potilaiden tyytyväisyyttä kokemansa palvelun jälkeen. Siinä tarvitsee vain vastata kysymykseen painamalla neljästä hymiökuvasta itselle sopivinta vaihtoehtoa. Saatu palaute kasvattaa näin potilaiden ja työntekijöiden luottamusta sekä lisää työntekijöiden motivaatiota ja auttaa heitä kehittämään omaa työtään vastaamaan paremmin tämän päivän vaatimuksia. (Riepula 2014, 67–76; Happonen 2017, A6–A7; HappyorNot 2017.) Potilaiden haastatteluissa hyödynnettiin HappyorNot-mittaristoa. Pilottiryhmien jälkeen potilaille jaettiin paperiversiona HappyorNot-mittarimallin mukaan tehty lomake, johon rastitettiin itselle sopiva vaihtoehto neljästä hymiökuvasta (Liite 8). Kuvakkeista saatu tulos voidaan laskea numeerisesti yhteen käyttäen määrällistä menetelmää hyödyksi (Vilka 2007, 51). Tutkimuksen tarkoituksena oli havainnollistaa HappyorNot-menetelmää käyttäen, miten tyytyväisiä potilaat olivat saamaansa ryhmänohjaukseen. Pilottiryhmiin osallistuneilta saimme kaikilta kymmeneltä potilaalta vastauksen tyytyväisyydestä ryhmänohjaukseen.

Tekonivelsairaala Coxassa sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu soittaa viikon päästä niille potilaille, jotka kotiutuivat suoraan vuodeosastolta kotiin. Tutkijat soittivat itse 42 kotiutussoittoa. Kotiutumiseen liittyvistä asioista tehtiin taulukko, johon soittojen perusteella merkittiin tukkimiehenkirjanpidolla ylös, mistä aihealueista potilaat halusivat keskustella. Tulosten esittämisessä käytettiin hyödyksi määrälliselle menetelmälle sopivaa yksilotteista frekvenssijakaumaa, jonka avulla pystyttiin selkeästi tuomaan esille eri muuttujiin kohdistuvat tiedot (Kananen 2011, 54, 74). Taulukoinnin avulla saatiin lisää tietoa potilaiden kokemuksista heidän kotioloistaan leikkauksen jälkeen ja siitä, mitkä asiat olivat heitä siellä askarruttaneet. Tämän tiedon avulla voitiin todentaa ne seikat, joihin tulisi ohjauksessa kiinnittää enemmän huomiota.

### 4.3 Sisällönanalyysi

Opinnäytetyössä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa tarkoituksena on edetä yksittäisistä huomioista yleisempiin väitteisiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluvat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistäminen on analyysin ensimmäinen vaihe. Tarkoituksena on auki kirjoitetusta haastatteluaineistosta etsiä yhtäläisyyksiä ja eroja sekä esittää ne sanallisesti selkeässä muodossa. Analyysi on aineistolähtöistä, joten sen lopputulokseen eivät vaikuta aiemmat tiedot tai teoriat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93–98.)

Tutkijat eivät saa muuttaa haastateltavien lauseita antamalla niille tutkimuksen kannalta parempia merkityksiä, sillä se vääristäisi tutkimuksen tuloksia merkittävästi (Vilka 2015, 138). Analyysin avulla voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia päätelmiä tutkittavasta aiheesta. Tärkeintä on tuoda aineistosta olennainen tieto esille, jotta saadaan tutkimuskysymyksiin vastaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101–108; Kylmä & Juvakka 2012, 112–113.) Kesäkuussa 2017 kirjoitettiin auki haastatteluiden sisältö sanasta sanaan, ja sen jälkeen vastaukset analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysiä. Haastattelut kirjoitettiin käyttämällä 1,5 riviväliä, fonttikokoa 12 ja kirjainlajina Times News Romania. Hoitajien haastatteluista tekstiä kertyi yhteensä 11 sivua ja potilashaastatteluista 13.

Sisällönanalyysin toisessa vaiheessa aineisto käydään huolella läpi ja etsitään käsitteitä, jotka ovat merkitykseltään samanlaisia ja/tai erilaisia. Käsitteet, jotka tarkoittavat samaa asiaa, yhdistetään ja ryhmitellään omaksi luokakseen antamalla niille sisältöä parhaiten kuvaava nimi. Ryhmittelystä saadut aihekokonaisuudet pilkotaan pienempiin osiin ja niistä muodostetaan alaluokat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111.) Opinnäytetyössä käytiin huolella läpi pelkistetyt ilmaukset, jotta ne vastaisivat parhaiten tutkimuskysymyksiin. Hoitajien haastatteluista nousseista asioista saatiin muodostettua kymmenen alaluokkaa ja potilaiden haastatteluista kahdeksan.

Kolmantena analyysin vaiheena on teoreettisten käsitteiden luominen. Tarkoituksena on yhdistää keskeisimmät käsitteet omaksi ryhmäkseen. Luokkia lisätään aina alaluokasta sitä mukaa niin kauan kuin se on aineiston kannalta mahdollista aina pääluokkiin asti. Näin saadaan tutkittavasta ilmiöstä käsitteellisempi näkemys. Tulokset kirjoitetaan sisällönanalyysissä auki luokitteluista muodostettujen käsitteiden kautta. (Tuomi & Sarajärvi

2009, 111–113.) Opinnäytetyössä käytiin sisällönanalyysiprosessi useaan kertaan läpi, jotta saatiin muodostettua tutkimuksen kannalta keskeisimmät aihealueet yläluokkiin. Aihealueet koottiin omiin luokkiinsa haastatteluista nousseista asioista. Sairaanhoidajien ja potilaiden haastatteluista saatiin muodostettua kolme yläluokkaa. Pääluokkiin ei tässä tutkimuksen analyysin kannalta päästy. Seuraavassa osiossa on esitetty tutkimuksen kannalta merkittävimmät tulokset, joita saatiin sairaanhoidajien ja potilaiden haastatteluista sekä postoperatiivisista puhelinsoitoista (Liite 9 & Liite 10).



## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Alla olevaan kuvioon on kerätty keskeisimmät asiat, jotka sairaanhoitajien ja potilaiden haastatteluista nousivat esille (kuvio 4). Aihealueet on ryhmitelty omien otsikoiden alle, jotka edustavat niin hoitajien kuin potilaidenkin haastatteluista muodostunutta kolmea yläluokkaa. Sairaanhoitajien haastatteluiden perusteella keskeisimmiksi asioiksi nousivat hoitajien näkemys ryhmäohjauksesta, hoitajien ryhmäohjaustaidot ja hoitajien näkemys ryhmäohjauksen menetelmistä ja sisällöstä. Potilaille taas nousivat keskeisimmiksi asioiksi vertaistuellinen ryhmäohjaus, potilaiden näkemys ryhmäohjauksen menetelmistä ja sisällöstä ja potilaiden näkemys omaisten osallistumisesta ryhmäohjaukseen. Haastatteluiden lisäksi tutkimustuloksissa on tuotu esille keskeiset tulokset postoperatiivisista kotihoitoista.



KUVIO 4 Sairaanhoitajien ja potilaiden haastatteluiden keskeiset tulokset.

## 5.1 Sairaanhoidajien haastattelujen tulokset

### Hoitajien näkemys ryhmäohjauksesta

Ryhmäohjaus nähtiin haastatteluissa ammattihenkilön ohjaamana ohjaustuokiona, johon osallistuu tietty määrä potilaita. Ohjauksessa pidettiin tärkeänä, että potilaat saavat keskustella asioista vapaasti ja tasavertaisesti muiden samassa tilanteessa olevien tekonivelleikattujen potilaiden kanssa eikä informaatio olisi vain yksisuuntaista ja painottuisi vain ohjaajan neuvoihin. Ryhmässä keskustelemisen tulee edetä vastavuoroisesti ja painottua tekonivelleikattujen potilaiden kotiutumiseen liittyviin asioihin. Ryhmäohjaus nähtiin ennen kaikkea kotiuttamista tukevana ohjausmuotona, joka on suunniteltu sisällöltään vastaamaan potilaiden tarpeita.

*”Siinä on joukko ihmisiä, enemmän kuin yksi, joita sitten joku ammattihenkilö ohjaa tietyistä jostain asiasta.”*

*”Potilasohjausta ryhmässä, siis ohjattavan asian yhdessä läpi käyntiä. Vastavuoroista keskustelua, mahdollista potilaalla osallistua siihen.”*

Haastatteluissa korostettiin, että ryhmäohjaus ei tule poistamaan potilaille annettua yksilöohjausta, vaan tulee yksilöllisesti annettavan ohjauksen tueksi. Potilasohjaus lähtee aina potilaan tarpeista. Näin aiheita käydään läpi yleisellä tasolla huomioiden potilaiden esille tuomat asiat. Ryhmässä opitaan toisilta sellaisia asioita, mitä itse ei ehkä ole tullut ajatelleeksi. Tärkeimmäksi osa-alueeksi hoitajat korostivat kuitenkin vertaistuellista keskustelua potilaiden kanssa. Keskustelun avulla päästään syvemmälle aiheeseen. Sairaanhoidajat toivat haastatteluissa esille, että ryhmäohjauksen ilmapiirin tulisi olla rentoa ja avointa, jotta potilaat uskaltaisivat osallistua mukaan ryhmän keskusteluun.

*”Se on ohjausta ja kotiuttamista tukevaa. Siinä tulee se vertaistuen merkitys ja ehkä semmoinen, et potilaan on helpompi kysyä siinä kuin kahden kesken.”*

*”Ohjauksessa, tulee asioita ajateltua eri lailla ja toisen potilaan avulla.”*

Suurin osa haastateltavista sairaanhoidajista painotti, että kaikissa ohjeistuksissa tulee ottaa huomioon, että ne ovat yhdenmukaisia niin oppaiden kuin yksilöohjauksenkin kanssa. Lisäksi materiaalin tulisi olla selkeää, tiivistä ja helposti ymmärrettävää. He toivat esille,

että potilaat eivät jaksakaan istua paikoillaan. Tämän vuoksi tulee asiat kertoa lyhyesti ja yleisellä tasolla, mutta huomioiden kuitenkin potilaiden omat tiedon tarpeet.

*”Se ei voi olla kauhean tota perusteellista, vaan se pitää olla sellasta jäsenneltyä, selkeätä ja lyhyttä.”*

### **Hoitajien ryhmänohjaustaidot**

Haastatteluissa osa sairaanhoitajista koki, ettei tarvitsisi erillistä perehdytystä aiheesta. Heidän mielestään ryhmänohjauksen sisältö kuuluu kaikkien osastolla työskentelevien sairaanhoitajien ammattitaitoon. Ohjauksen sisällön tulee olla yhtenäistä, jotta sen voi järjestää kuka tahansa osaston sairaanhoitajista. Perehdytystä pidettiin kuitenkin tärkeänä niille henkilöille, joilla ei ollut aikaisempaa kokemusta ryhmänohjauksesta. Erilaisilla koulutuksilla voidaan lisätä työntekijöiden ryhmänohjaustaitoja. Tärkeää on huomioida, että ryhmänohjausta suorittavien sairaanhoitajien määrä osastolla olisi riittävää, jotta ohjaus ei olisi vain yhden hoitajan varassa.

*”No joo kyllä siis mun mielestä kaikille pitäis olla jonkinlainen perehdytys ja sitten että se on se ryhmänohjaus, niinku yhtenäistä, että kaikki sanois ne samat asiat.”*

*”Mää koen, että en. Mää oon vetänyt jo preryhmiä, niin se on kyllä niin ku tuttua, mutta sanosin, että semmosille jolle se ei ole niin tuttua, niin erittäin hyvä idea.”*

Sairaanhoitajat kokivat haastatteluissa erilaisten ohjaukseen liittyvien koulutustilaisuuksien olevan opettavaisia ja lisäävän heidän tietotaitoaan. Koulutuksista saadaan näin uusia ideoita ja tietoja, joita voisi hyödyntää omassa ohjaustyössään. Ryhmänohjaustaidot nähtiin kehittyvän paremmiksi käytännön työn kautta. Ohjaustaitojen kehittyessä oma rooli vahvistuu ja opittuja asioita pystyy paremmin ohjaamaan potilaille ja vastaamaan helpommin heidän kysymyksiinsä.

*”Ei ehkä perehdytystä mutta ehkä semmoista kokeilua kuitenkin. Ehkä se sitten, kun on kerran ryhmänohjauksen pitänyt niin aika paljon jo oppii siitä itte tilanteesta, että toisaalta ne asiat on sillain itelle tuttuja ja niistä osaa puhua niistä asioista ja jos jotain kysymyksiäkin tulee niin todennäköisesti niihin osaa vastata.”*

## Hoitajan näkemys ryhmäohjauksen menetelmistä ja sisällöstä

Digitaaliset työvälineet helpottavat ja monipuolistavat sairaanhoitajan työtä. Haastattelussa tuli esille, kuinka erilaisia havainnointivälineitä voitaisiin käyttää ryhmäohjauksen tukena, kuten Appia, PowerPointia tai videoita, sillä jokainen potilas oppii asioita eri tavalla. Pelkkä sanallinen informaatio ei usein yksin riitä. Esimerkiksi potilas saa paremman käsityksen infektoituneesta haavasta katsomalla kuvaa kuin pelkän puheen tai oppaan avulla. Hoitajat mainitsivat haastattelussa potilaiden tarvitsevan hoitajalta samoja tietoja useampaan kertaan, jotta ne jäisivät paremmin mieleen.

*”Kaikki laitteet millä voidaan näyttää sitä tekstiä esimerkiksi niin kyllä ne auttaa siinä. Ja toisilla potilailla voi olla just sellainen kuvamuisti, että ne muistaa paremmin kun ne on nähnyt jonkun asian, mutta kyllä toi appikin, tietysti tukee siellä kotona olemista. Jos vaikka sitä näytettäisi sen käyttöä.”*

*”Tosiaan tässä ajassa ne videot ja muut, ne on mahdoton teettää, mutta mieltii sitä, kuinka paljon sitten tavallaan lähemmäs pääsee ihan sillä, et jutellaan.”*

*”Ryhmäohjauksen materiaali tulee olla samaa materiaali, joka potilaalle jaetaan muutenkin, se pitää puhua samalla kielellä ja samalla tavalla.”*

Ryhmäohjauksen sisältö nousee ryhmässä esiin tulleiden asioiden tai kysymysten pohjalta. Sairanhoitajat painottivat kukin oman kokemuksensa perusteella aihealueita, jotka he kokivat tärkeiksi. Eniten painotettiin haavanhoitoa ja kipuasioita. Haavanhoidosta ja ihon kunnosta tulisi kertoa kaikki oleelliset asiat. Esimerkiksi milloin haava näyttää tai ei näytä hyvältä. Kipulääkkeiden käyttöä tulisi ohjeistaa esimerkiksi niin, miten lääkitystä vähennetään. Muiden lääkkeiden, kuten vatsansuoja- sekä tukoslääkityksen, käyttö tulisi sisältyä myös potilaan ohjaukseen. Mahdollisista komplikaatioista olisi hyvä mainita ainakin ne, joita leikkauksen jälkeen voi kotona esiintyä. Turvotuksista ja mustelmista tulisi kertoa, että ne kuuluvat asiaan ja ovat normaaleja. Ravitsemuksen merkitystä ei tule ohjauksessa unohtaa, sillä se vaikuttaa vatsantoimintaan. Arkiliikunnan lisäksi liikuntaa tulisi harrastaa sopivasti oman kuntonsa mukaan ja edetä asteittain kohti toimintakykyä, joka oli ennen leikkausta. Haastateltavat toivat esiin vielä, että potilaiden tulisi miettiä kaikkia käytännön asioita kotona, kuten sitä, kuka hoitaa kauppa-asioita kuntoutumisen aikana. Lisäksi oli kiinnitetty huomiota siihen, että potilaat kysyivät aina, milloin he voivat ajaa autoa.

*”Haavanhoidosta ne, et koska haavansidokset pois. Miltä hyvä leikkaus-haava näyttää vielä kotonakin ja mikä on se ero, että milloin se haava ei näytä enää hyvältä. Koska se haavavuoto on vielä normaalia, koska se ei oo.”*

*”Muistatte olla paljo liikkeellä ja, ja semmoinen, niin kun toiset ei oo kau-hee himourheilijoita, se täytyy aina muistaa, et ei niin ku tuputeta sitä lii-kaa, vaan sit korostetaan sitä myöskin, et toi, se liikkuminen on myös niitten kotiaskareitten tekemistä, ja kävellään vaikka sinne postilaatikolle, ja edet-tään niin kun siihen omaan lähtötasoon, mitä se on ollut ennen leikkausta-kin.”*

## 5.2 Potilaiden haastattelujen tulokset

### Vertaistuellinen ryhmänohjaus

Potilaat kokivat ryhmänohjauksen hyödylliseksi, ja he pitivät sen ilmapiiriä ystävällisenä ja leppoisana. Samassa tilanteessa olevien tekonivelleikkattujen potilaiden kanssa keskusteleminen ja kokemusten vaihtaminen ryhmässä koettiin hyvin vertaistuelliseksi ja opet-tavaiseksi. Ryhmän tasavertaisuus ja välitön tunnelma auttoivat hyvän ilmapiirin luomi-nessa. Haastatteluista ilmeni, että potilaat kokivat saavansa juuri sellaista tietoa, jota tar-vitsivat ennen kotiutumistaan. He pitivät keskustelua muiden potilaiden kanssa tärkeänä, sillä he saivat avoimessa ilmapiirissä jutella omista kokemuksistaan ja jakaa niitä ryh-mässä. Hyödylliseksi koettiin asioiden toistaminen useampaan kertaan, sillä yhdellä ker-ralla saatu tieto ei välttämättä jäänyt mieleen. Yksi potilas toi haastatteluissa esille, että ryhmänohjauksessa tulisi jatkossa ottaa huomioon vieraalla kielellä puhuvat potilaat.

*”Jokainen niin ku kerrottiin siinä, mikä leikkaus meillä on, ja sai kertoa vähän menneestäkin, ja näin siinä tutustuttiin toisiin.”*

*”No kyllä, se on hyödyllinen nimenomaan sen vuoksi, että siinä on se ryh-män jäsenet mukana, ja kukin vähän erilaisesta näkökulmasta esittää kysy-myksiä eli vois sanoa, että tämmöistä hienoa vertaistukea.”*

*”Saatiin ne tiedot mitä me kysyttiin, et tässä vuoroperään yks ja toinen ky-syi, ja tässä tuli paljon tietoa.”*

*”Hyödyllinen oli sikäli tietenkin, kun on vaikee saada päähänsä näitä asi-oita selvästikin, kun on aika pölyissä näistä lääkkeistä, niin yhdellä ker-ralla ei kyllä mene, jos hoitaja kertoo niin se ei ainakaan minuun uppoo, pitää toistaa.”*

*”Täytyy ottaa huomioon, että teillä tulee vastaan oo muillakin kielillä kun suomeksi. Täällä käy leikattavana Venäjältä uskoisin ja sitten mitä enemmän pakolaisia tulee Suomeen sijoittuun, niitä on ikäihmisiä sielläkin, niin että, kehittää miten sitten tulkin avulla hoidan asian.”*

Haastatteluissa potilaat toivat esille, että ryhmänohjaus täytti heidän odotukset ja tuli tarpeeseen. Potilaat arvioivat tyytyväisyyttään myös ryhmän toiminnasta ryhmänohjauksen jälkeen HappyorNot-mittaristolla. Yhteensä molempiin pilottiryhmiin osallistui kymmenen potilasta, joista kaikki arvioivat olevansa erittäin tyytyväisiä kokemuksiinsa ryhmästä.

*”Kyllä koin hyödylliseksi, ja just kun se tulee tämmöiseen tarkoitukseen.”*

### **Potilaiden näkemys ryhmänohjauksen menetelmistä ja sisällöstä**

Runsaan materiaalin ja videoiden katselemisen sijaan ryhmän jäsenet kokivat mielekkäämpänä vertaistuellisen keskustelun, kokemusten jakamisen ja yhdessä oppimisen. Potilaat toivat esille, että kirjallinen PowerPoint-materiaali tuki ryhmässä oppimista. He toivoivat, että jatkossakin jaettaisiin materiaalia, joka olisi tekstiltään lyhyttä ja ytimekästä. Potilaat kertoivat olevansa tyytyväisiä tiedon määrään, mutta monesti pelkkä sanallinen ohjeistaminen ei heille kertonut mitään. He kaipasivatkin tiedon tueksi enemmän kuvia, jotka auttavat havainnollistamaan asioita selkeämmin.

*”Teillä on tuossa se PowerPoint-ohjelma, että kyllä se varmaan ihan hyvä ois, ei niin kun sitten enää kaipais mitään nyten videoiden lisäksi juurikaan muuta.”*

*”Varsinkin kuvat on mun mielestä tosi hyvät, ja varsinkin haavaan liittyen semmosia, jotain, koska eihän sitä ite tiedä mitään. Kuva voisi selittää mulle sen enemmän kuin sanat, niitä voisi olla enemmän.”*

Haastatteluissa jokainen potilas nosti ne asiat esille, jotka olivat hänelle itselle tärkeitä. Eniten tietoa haluttiin saada muun muassa kipulääkkeistä, pahoinvoinnista, haavanhoidosta, tekonivelinfektioista ja autolla ajamisesta. Yksi potilaista toi haastatteluissa esille, että olisi kaivannut tietoa erilaisista proteeseista.

*”Ainahan sitä uutta tietoa tarvis, autolla ajaminen on yksi.”*

*”Tästä pahoinvoinnista ja niin kun kuinka paljon opiaattia ja kuinka paljon niinku pahoinvointilääkettä.”*

## Potilaiden näkemys omaisten osallistumisesta ryhmäohjaukseen

Haastatteluista ilmeni, että osa potilaista toivoi omaisten tulevan ohjaukseen mukaan. Toiset potilaat eivät taas kokeneet omaisten läsnäolosta olevan heille hyötyä. He eivät halunneet aiheuttaa omaisilleen lisähuolta tai kokivat, että osallistuminen ei edistäisi heidän kuntoutumistaan. Heille riitti, että he itse saisivat tarpeellisen tiedon kotiutumiseen liittyvistä asioista, joita sitten voivat viedä kotona eteenpäin. Potilaat toivat esille, että kaikilla omaisilla ei ole mahdollisuutta osallistua ohjaukseen. Heidän mielestään eläkeläisillä on paremmin aikaa osallistua ohjaukseen. Niiden omaisten, jotka ovat vielä työelämässä tai asuvat kaukana, voi olla hankala päästä paikan päälle.

*”Kyllä mun mies olis varmaan ihan mielellään tullut tähän, jos hän olis tiennyt, että hän voi nyt tulla, kun hän oli tuollakin osastolla aina niin tarkkana, että nythän säät teet väärin ton liikkeen, et se jumppari sano sulle ihan eri lailla, että kun siinä on kaksi kattomassa, niin menehän se toki paljon paremmin perille, että toinen tarkentaa siinä sivussa.”*

*”Mun mies ei kyllä tulisi, kun inhoaa sairaaloita. Tää on vähän kinkkinen kysymys, koska on vähän vaikeata saada ihmisiä varmaan tulemaan mukaan, mutta noin, kyllä se informaatio mitä tässä nyt saadaan niin, kyllä me se niin ku viedään sitten eteenpäin sinne omaisille, että uskoisin se riittää ihan.”*

*”Me nyt ollaan eläkeläisiä, mutta jos jos ois niin kuin sillain, että puoliso olisi töissä esimerkiksi niin kyllä se ois aika hankalaa.”*

Muutamit potilaat toivat haastatteluissa esille, että jatkossa olisi hyvä tiedottaa tällaisesta ryhmäohjauksesta etukäteen, jotta omaiset pääsisivät paremmin paikan päälle. Ryhmäohjauksesta kertominen omaisille voisi tapahtua pääasiassa puhelimitse tai kirjeitse.

*”No tietysti kysymällä ihan suoraan, että haluaako osallistua, ehkä jollain kirjallisella tai puhelimitse.”*

### 5.3 Postoperatiivisten kotisoittojen tulokset

Postoperatiiviset kotisoitot toteutettiin kolmen päivän aikana. Puheluita soitettiin yhteensä 42 (n=42). Tietoa kerättiin puhelinoitoilla polvi- ja lonkkatekonivelleikkauksessa käyneistä potilaista. Kotisoitoilla pyrittiin saamaan tietoa muun muassa haavan paranemisesta, kiputilanteesta kotona, lääkityksestä, mustelmista, turvotuksesta, liikkumisesta

ja vatsan toiminnasta. Alla olevassa taulukossa on esitelty potilaiden kotisoitoista saatuja tuloksia (taulukko 1).

TAULUKKO 1 Kotisoittojen tulokset

<b>Aihealue</b>	<b>Lonkkaleikkauspotilas (18)</b>	<b>%</b>	<b>Polvileikkauspotilas (24)</b>	<b>%</b>
<b>Kipu</b>	10	56	20	83
<b>Lääkitys</b>	16	89	22	92
<b>Mustelmat</b>	4	22	12	50
<b>Turvotukset</b>	8	44	18	75
<b>Liikkuminen</b>	5	28	8	33
<b>Tromboosiprofy- laksia</b>	0	0	2	8
<b>Vatsantoiminta</b>	10	56	16	67
<b>Haava</b>	12	67	18	75
<b>Muut asiat</b>	6	33	8	33

Kotisoittojen tuloksista selviää, että suurimmalla osalla potilaista oli viikon kuluttua leikkauksesta vielä kohtalaista tai kovaa kipua haavalla tai raajan muussa kohdassa. Lonkka-  
potilaista 56 % ja polvipotilaista 83 % halusivat jutella kivunhoidosta. Kipulääkityksestä  
halusi jutella 89 % lonkka- ja polvipotilaista ja 92 % polvipotilaista. Lääkityksestä haluttiin  
tiedustella, voiko annostusta vielä lisätä esimerkiksi öisin, jolloin kipu oli yleensä kovaa.  
Polvileikatut potilaat olivat selkeästi kipeämpiä vielä viikko leikkauksen jälkeen kuin  
lonkka- ja polvipotilaat. Molemmissa ryhmissä kivun koettiin olevan yöllä pahimmillaan. Keskus-  
telua käytiin myös lääkitymisestä johtuvasta pahoinvoinnin tunteesta.

Haavan paranemisprosessi keräsi kohtalaisesti kysymyksiä. Haavaan liittyvistä asioista  
halusi keskustella 67 % lonkka- ja polvipotilaista. Keskustelussa varmis-  
tettiin, että potilas oli varannut hakastenpoistoajan. Keskusteluissa ilmeni, että haavasi-  
dosta oli pidetty usein varmuuden vuoksi viikko leikkauksesta, vaikka ohjeistuksena oli  
annettu, että jos haava on kuiva viidentenä päivänä leikkauksesta, sidoksen voi jättää pois.  
Turvotuksesta ja sen helpottamisesta kotikonstein halusi jutella 44 % lonkka- ja polvipotilaista ja  
75 % polvipotilaista. 22 % lonkka- ja polvipotilaista halusi keskustella mus-  
telmista. Potilaat kokivat niiden lisääntyneen kotiutuksen jälkeen. Erityisesti muutamalla  
potilaalla oli huolta aiheuttanut koko raajan mustuminen varpaisiin saakka.

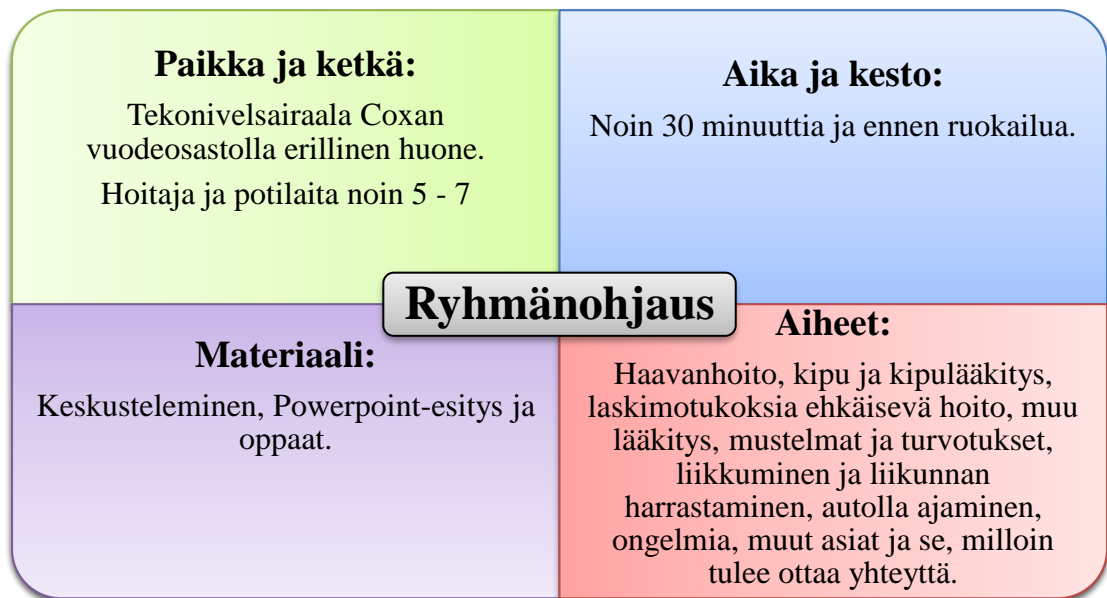


Tukoslääkitys oli potilaille verrattain selvää, ja tästä aihealueesta esitti kysymyksiä vain 8 % polvipotilaista. Liikkumiseen liittyvistä asioista halusi jutella 28 % lonkkapotilaista ja 33 % polvipotilaista. Potilaan liikkuminen oli kotioloissa onnistunut hyvin. Pieni osa potilaista oli jo jättänyt toisen sauvan pois käytöstä ja koki olonsa varmaksi sisällä liikkueessaan. Ulkona kaikki turvautuivat vielä kynärsauvoihin. Osa potilaista koki ulkona liikkumisen piristävän heitä. Läheisiltä oli saatu kiitettävästi apua arkiasioiden hoitamisessa. Lisäksi keskusteltiin ravinnon merkityksestä kuntoutuksen edistämiseen. Ravinteikas, kuitupitoinen sekä monipuolinen ruokavalio tukee muun muassa haavan paranemisprosessia ja nostaa hemoglobiinitasoa, joka on usein leikkauksen jälkeen normaalia matalampi. 56 % lonkkapotilaista ja 67 % polvipotilaista kokivat, että tarvitsevat ohjeistusta vatsantoiminnan normalisoinnissa.

Muita keskusteluun nousseita asioita esitti 33 % sekä lonkka- että polvipotilaista. Aihealueet koskivat muun muassa autolla ajamista, erilaisten harrastusten aloittamista uudestaan leikkauksen jälkeen, matkoja sekä erilaisten vitamiinien syömistä. Esimerkiksi potilaista kolme halusi tietää, milloin leikkauksen jälkeen voi aloittaa syömään omega3-valmisteita. Potilaista neljä oli ottanut yhteyttä Tekonivelsairaala Coxaan ennen sairaanhoitajan tekemää postoperatiivista kotisoittoa. Kaksi oli soittanut kovasta kivusta, yksi haavan vuodosta ja yksi vatsan toimimattomuudesta.

## 6 RYHMÄNOHJAUS

Ryhmänohjauksen tarkoituksena on tukea yksilöohjauksessa saatuja ohjeita, joita käydään läpi vapaammin yhdessä muiden potilaiden kanssa. Tämä ohjausmalli kannustaa potilaita osallistumaan aktiivisemmin mukaan yhteiseen keskusteluun, mikä lisää potilaiden tyytyväisyyttä, tukee tiedon sisäistämistä ja tarjoaa vertaistukea (Burke & O’Grady 2012, 107; Lumiaho, Villberg, Vanhala & Kettunen 2015, 40). Ryhmänohjausmallin luomisessa on huomioitu kaikki tutkimustulokset, joita työhön on kerätty. Lisäksi hyödynnettiin ryhmänohjaukseen liittyviä aiempia tutkimuksia ja kirjallisuutta. Alla olevaan kuvioon on koottu ryhmänohjaukseen kuuluvat eri osa-alueet (kuvio 5).



KUVIO 5 Ryhmänohjausmallin kuvaus

Tekonivelsairaala Coxan vuodeosastolle on remontoitu erillinen huone, jossa voidaan pitää leikatuille potilaille ryhmänohjausta. Huoneesta löytyy erilaisia kalusteita, jotka soveltuvat parhaiten leikkauspotilaiden käyttöön. Ryhmänohjaus on kertaluontoinen ohjaustuokio noin 5–7 potilaalle, ja se järjestetään ennen potilaan kotiutumista. Ryhmänohjaukseen osallistujien määrä vaihtelee päivittäisen tilanteen mukaan, ja tarvittaessa voidaan järjestää toinen ohjauskerta, joka ajoittuisi iltaan. Ryhmänohjauksessa tulee ottaa huomioon, että osallistujamäärä ei ole suuri, etteivät hiljaisimmat potilaat jää vähemmälle huomiolle.

Potilaat istuvat ryhmässä ohjaajan kanssa kasvotusten, jolloin vuorovaikutus molempiin suuntiin mahdollistuisi. Ryhmäohjauksen jälkeen potilailla on mahdollisuus keskustella mieltä askarruttavista asioista hoitajan kanssa. Lisäksi paras ajankohta ohjauksen pitämiseksi olisi ennen ruokailua. Ohjauksen jälkeen potilaat voivat jäädä halutessaan ruokailemaan ryhmäohjaustilaan ja jatkamaan keskustelua yhdessä muiden potilaiden kanssa. Ohjausta pidettäessä tulee huomioida, että kipujen ja turvotusten vuoksi potilaat eivät jaksakaan istua kovin kauaa paikoillaan. Tämän vuoksi tulee suunnitella, että ohjaus kestäisi noin puoli tuntia kerrallaan.

Ohjaajan tarkoituksena on olla ryhmässä asiantuntija, jolta voi tarvittaessa kysyä ohjeistusta tai neuvoa. Ohjaaja voi tarvittaessa esittää avoimia kysymyksiä tai hyödyntää PowerPoint-esitystä kotiutumiseen liittyvistä asioista, jos ryhmässä ei synny keskustelua. Kysymysten ja PowerPointin tarkoituksena on herättää potilaissa ajatuksia, jotta keskustelua syntyisi. Vuorovaikutuksellinen keskusteleminen etenee ryhmässä rennossa ilmapöydässä, jossa jokainen voi tuoda esiin omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan tekonivelleikkauksen jälkeisestä kuntoutumisesta.

Ryhmäohjauksessa pääpaino on yhdessä keskusteleminen, jossa käydään kotiutumiseen liittyviä aiheita läpi yleisellä tasolla ja erityisesti potilaiden tarpeista lähtien. Sairaanhoidtajien haastatteluiden ja postoperatiivisten kotisoittojen tulokset olivat yhdenmukaisia ja painottuivat haavanhoitoon ja kipuasioihin. Ryhmäohjauksen pilottiryhmissä ja haastatteluissa potilaat painottivat enemmän aihealueita, jotka liittyivät kipu- ja pahoinvointilääkkeisiin ja autolla ajamiseen. Tärkeää on kuitenkin käydä läpi kaikkia kotiutumiseen liittyviä aihealueita, jotka ovat haavanhoito, kipu ja kipulääkitys, laskimotukoksia ehkäisevä hoito, muu lääkitys, mustelmat ja turvotukset, liikkuminen ja liikunnan harrastaminen, autolla ajaminen, muut ongelmat ja se, milloin tulee ottaa yhteyttä. Siten potilaat saavat sopivasti kaikista asioista lisää tietoa, joka auttaa kotona selviytymistä.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu toimintatutkimuksen kriteereiden mukaisesti. Toimintatutkimusta tarkasteltaessa ja arvioitaessa nousee esiin viisi pääperiaatetta, joita ovat reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus, havahduttavuus ja historiallinen jatkuvuus. Ne ovat lujasti sidoksissa toiminnassa toisiinsa, eikä niitä voida kokonaan erottaa. Reflektiivisyyden merkitys korostuu toimintatutkimuksessa, jonka keskeisenä osana ovat tutkijoiden toiminnot, pohdinnat ja ajatustavat. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 152–153.) Toinen opinnäytetyön tekijä työskentelee Tekonivelsairaala Coxassa, mikä lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta ja tietämystä osaston toiminnasta sekä tekonivelpotilaan hoidosta vuodeosastolla. Kokemuksen tuoma tietämys tekonivelpotilaan hoidosta ja sen kehittamisestä auttoivat tutkimuksen eri vaiheissa. Haastavaa oli työntekijän siirtyminen oman työnsä ulkopuoliseksi tarkkailijaksi tutkijan ominaisuudessa. Luotettavuus lisääntyy, kun toinen tutkijoista katsoo tutkimusta objektiivisesti ulkopuolisen näkökulmasta (Kananen 2014, 136).

Dialektisuuden eli väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena syntyvä totuus on ominaista toiminnallisessa opinnäytetyössä. Dialektisuuden periaatteen mukaan sosiaalinen todellisuus syntyy keskustelussa dialektisena jatkumona. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 154.) Tähän tutkimukseen saatiin haastatteluiden avulla sairaanhoitajien ja potilaiden näkemyksiä aiheesta. Lisäksi tutkittavaan aiheeseen ovat tuoneet oman näkemyksensä Tekonivelsairaala Coxan työyhteisö ja ohjaava opettaja. Toimintatutkimuksen toimivuusperiaatteen näkökulmasta tarkasteltuna voidaan arvioida käytännön vaikutusta sen hyödyn tai työhön osallistuvien voimaantumisen kannalta. Tarkoituksena on tuottaa toimivia ja tuottoisia tuloksia. Toisinaan kokeilu saattaa osoittaaakin käytännön toimimattomaksi. Epäonnistunut kokeilu tuottaa silti usein arvokasta tietoa toiminnasta. Menestyksekkäs tutkimus tuo mukanaan onnistumisen kokemuksia ja kasvattaa itseluottamusta sekä asiantuntijuutta tutkittavassa asiassa. (Heikkinen 2007, 155, 156, 157.) Uusi ryhmänohjausmalli koettiin potilaiden pilottiryhmissä hyväksi tavaksi kerrata opittavia asioita. Toimintamallin hyödyllisyyttä pystytään arvioimaan kuitenkin vasta sen käyttöönoton jälkeen.

Hyvä tutkimus havahduttaa tuntemaan ja ajattelemaan asioita uudella sekä aikaisemmasta poikkeavalla tavalla (Heikkinen 2007, 159). Opinnäytetyössä erilaiset kuvioita ja taulukot havainnollistavat lukijaa. Potilaiden ja hoitajien sanasta sanaan kirjoitetut lauseet herättävät lukijan kiinnostuksen. Tutkimuksessa pyrittiin noudattamaan hyvää lähdekritiikkiä. Lähdemerkinnöissä noudatettiin Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen työn ohjeita. Työhön ei ole otettu tutkimuksia, jotka olivat maksullisia tai joiden tieteellisyys oli kyseenalainen. Luotettavuutta lisää työn monipuolinen ja relevantti lähdeluettelo, joka koostuu niin kotimaisista kuin kansainvälisistäkin lähteistä, ja suurin osa lähteistä on julkaistu vuoden 2006 jälkeen. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää, että tiedonhaut ja henkilökohtaiset tiedonhaunpajat eivät tuottaneet oikeanlaista tulosta tutkimuksen kannalta. Tietoa löytyi vähän yksittäisten ryhmänohjausten pitämisestä hoitoalalla.

Toimintatutkimusprosessi sijoittuu historiallisen jatkuvuuden periaatteen mukaan johonkin tietynlaiseen historialliseen, ideologiseen ja poliittiseen yhteyteensä (Heikkinen 2007, 149–151). Tämän opinnäytetyön tekijät havainnoivat opinnäytetyön ydintä mikrotasolta, ja sen tavoitteeksi tuli kehittää potilasohjausta yhä paremmaksi. Potilaat tarvitsevat kehittyvässä hoitopolussa lisää monimuotoista ohjausta. Uusi ryhmänohjausmalli käynnistetään Tekonivelsairaala Coxassa vuoden 2018 alussa. Toimintamallista on tarkoitus tulla pysyvä käytäntö, jos käytännön kokemus osoittautuu hyväksi.

Toimintatutkimus muistuttaa triangulaatiota, jossa erilaisten menetelmien yhteiskäyttö lisää tutkimuksen luotettavuutta (Heikkinen & Syrjälä 2007, 36–37; Kananen 2014, 77, 78; Hirsijärvi ym. 2016, 233). Tässä tutkimuksessa potilaiden ja sairaanhoitajien haastattelut tehtiin käyttäen laadullista tutkimusmenetelmää, kun taas sairaanhoitajan tekemät postoperatiiviset puhelinsoitot ja HappyorNot-mittarilla saadut vastaukset käsiteltiin käyttäen määrällistä menetelmää. Tutkimuksen etenemistä hidastivat erilaiset tekijät, kuten se, että tutkijoiden yhteisen ajan löytäminen oli välillä vaikeaa erilaisten työvuorojen ja elämänrytmin vuoksi. Lisäksi sopivien aikojen löytäminen sairaanhoitajien haastatteluun oli hankalaa, koska kaikilla oli erilaiset työvuorot. Haastattelut päätettiin pitää yksilöhaastatteluina ja eri päivinä, jotta sopivat ajat löytyisivät kaikille.

Luotettavuutta lisäsi haastateltavien sairaanhoitajien läheinen suhde tekonivelleikkattujen potilaiden hoitamiseen. He työskentelevät Tekonivelsairaala Coxan vuodeosastolla ja näkevät päivittäisessä työssään ohjaukseen liittyvät kehittämistarpeet. Haastateltavia sairaanhoitajia oli yhteensä neljä, joista jokainen osallistui opinnäytetyön haastatteluun.

Pieni otos vaikutti tutkimuksessa siihen, että aineiston analyysi jäi heikoksi. Luotettavuus olisi parantunut, jos haastatteluihin olisi osallistunut hoitajia, joilla ei ole aikaisempaa kokemusta ryhmänohjauksesta. He olisivat voineet tuoda aiheeseen liittyen jotain sellaista tietoa, jota ei ole tullut vielä esille. Toinen tutkijoista haastatteli hoitajia, jolla oli läheinen suhde työntekijöihin. Tämän katsotaan vähentävän tutkimustyön luotettavuutta. Toisaalta se voi vahvistaa, sillä henkilöt olivat toisilleen tuttuja, joten ilmapiiri oli luonteva ja välitön. Ennen haastattelua hoitajille kerrottiin, että tutkijat eivät voi johdatella tai kertoa vastauksia esitettyihin kysymyksiin. Luotettavuutta vahvistaa se, että toinen tutkija oli haastattelussa mukana ja esitti tarkentavia kysymyksiä.

Tekonivelsairaala Coxa on toisen tutkijan pitkäaikainen työnantaja, ja työntekijällä on riittävä ammattitaito ja osaaminen tekonivelpotilaiden ohjaamisesta. Hän piti ryhmänohjauksen pilottiryhmät sujuvasti ja halliten oman asiantuntijuutensa. Tämä auttoi ryhmänjäseniä osallistumaan aktiivisesti mukaan keskusteluun. Potilaista osallistui haastatteluun yhdeksän kymmenestä. Yhden potilaan poisjääntiin vaikutti kotiinlähdön ajankohta. Alkuperäiseen suunnitelmaan verrattuna potilaita osallistui haastatteluihin viiden sijaan yhdeksän. Pienempi haastatteluiden määrä olisi heikentänyt tutkimuksen luotettavuutta, koska aineisto olisi ollut niukka. Lisäksi vastausten laatua heikensivät väliaikaisen tilan meluisuus, lääkärinkierrot, lähestyvä ruokailu ja kotiutuminen. Huomioon tulee ottaa, että ryhmänohjausmallia ei voida suoraan siirtää toiseen yksikköön, vaan se on vahvasti sidoksissa Tekonivelsairaala Coxan kontekstiin.

Haastattelussa käytetyt kysymykset testattiin yhdellä sairaanhoitajalla ja kahdella potilaalla. Saatujen vastausten perusteella kysymyksiä muokattiin paremmin aiheeseen sopiviksi. Kaikkia tuloksia käytettiin hyödyksi työssä. Potilashaastattelut suoritti tutkija, joka ei ole sidoksissa Tekonivelsairaala Coxaan, joten hän pystyi olemaan haastatteluissa objektiivinen. Toinen tutkijoista oli haastatteluissa mukana ja esitti tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Tämä vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Potilaat eivät välttämättä vastaa avoimesti ohjaajan läsnä ollessa tuomalla esille mitään negatiivista aiheesta. Tutkimuksen tulosten luotettavuutta saattoi heikentää potilaiden liian lyhyt perehtymisaika aiheeseen ennen haastattelua. Luotettavuutta olisi lisännyt, jos potilaat olisivat saaneet tiedon tulevasta haastattelusta aiemmin (Eskola & Suoranta 2005, 89–90). Täytyy ottaa huomioon, että liian aikainen valmistautuminen haastatteluun olisi voinut vääristää vastauksia, sillä spontaanisuus olisi vähentynyt. Ensimmäinen pilottiryhmä sai tiedon noin kaksi tuntia ennen ohjausta, ja toinen ryhmä sai tiedon jo edellisenä iltana.

Puhelinohjaus terveydenhuoltoalalla on lisääntynyt vuonna 2005 tulleen hoitotakuun sekä erikoissairaanhoidon ja kansanterveyslain muutosten myötä. Puhelinohjaus vaatii sairaanhoitajalta paljon ammattiosaamista ja herkkyyttä huomata sekä arvioida potilaan tilaa, kun sanaton viestintää ei voida hyödyntää (Kyngäs ym. 2007, 117, 118). Postoperatiivisten puhelinoitojen myötä saatiin luotettavaa tietoa potilailta niistä asioista, jotka heitä kotona askarruttivat. Näin osastolla työskentelevät sairaanhoitajat saivat tietoa asioista, joita ohjauksessa tulisi painottaa.

Tutkimustulokset purettiin tallenteelta sanasta sanaan, mitään muuttamatta tai jättämättä pois (Kananen 2014, 136). Opinnäytetyön tekijät kävivät molemmat analysoivat tulokset yksittäin läpi ja vertasivat niitä toisiinsa. Näin saatiin luotettavampi tulos. Litterointi käytiin useaan kertaan läpi, jotta mahdolliset koodauksessa tulleet virheet huomattiin. Ennakko-oletukset saatavista tutkimustuloksista eivät ohjanneet analyysia. Aineisto luokiteltiin alkuperäisilmauksiin, pelkistettiin, jaettiin alaluokkiin ja yläluokkiin (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tutkimustulokset vastasivat tutkimukseen osallistujien potilaiden ja sairaanhoitajien näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkijoilla ei ollut aiempaa kokemusta kyseisen tutkimusmetodin käytöstä. Kokemuksen myötä ratkaisut sisällönanalyysin luokittelussa olisivat voineet olla toisenlaiset. Tutkimusta tehdessä huomattiin, että vastauksia ei saada kolmanteen alkuperäiseen tutkimuskysymykseen, miten ryhmäohjausmalli tukee yksilöohjausta. Sairaanhoitajilla ei ole Tekonivelsairaala Coxan vuodeosastolla vastaavanlaisesta toiminnasta vielä kokemuksia. Tutkimuskysymys päätettiin muuttaa muotoon, millainen olisi hyvä ryhmäohjausmalli.

Tässä tutkimuksessa tutkijat olivat tyytyväisiä aineistosta saatuihin tutkimustuloksiin verrattuna alkuperäiseen suunnitelmaan, jossa haastateltavien otanta olisi ollut pienempi. Tutkimuksessa haastateltavien vastaukset vaihtelivat sisällöltään. Osa haastateltavista vastasi kysymyksiin laajemmin, ja osa kuvaili asiaa vain muutamalla sanalla. Sisällön analyysissä aihealueita luokiteltaessa asiat menivät osittain päällekkäin. Asiasisällöt ja päällekkäisyydet vaikuttivat lopuksi siihen, että tutkimuksessa jäätiin yläluokkiin. Toisenlaisilla ratkaisuilla tutkimusprosessin vaiheista olisi voitu saada muodostettua erilainen kokonaisuus.

## 7.2 Eettisyys

Hyvä tieteellinen tutkimus noudattaa eettisiä ohjeita koko tutkimuksen ajan aina tutkimusaiheen valinnasta julkaisemiseen saakka (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129; Vilkka 2015, 41). Tutkimus tulee tehdä rehellisesti sekä tarkasti ilman, että vääristetään tutkimustuloksia tai esitetään niitä omina. Toisen tekstiä ei saa missään työn vaiheessa plagioida. Suoria lainauksia käytettäessä tulee olla tarkkana ja merkitä lainatut tulokset sitaateilla ja lähdeviittein. (Kylmä & Juvakka 2012, 137, 144; Vilkka 2015, 43; Hirsjärvi ym. 2016, 26–27.) Koko tutkimusprosessin ajan pyrittiin noudattamaan työn tekemiseen liittyviä eettisiä ohjeita, jotka koskivat esimerkiksi sitä, että lainatut tekstit merkittiin asianmukaisia lähde-merkintöjä käyttäen eikä toisten henkilöiden tekemiä tutkimuksia plagioitu.

Tutkimussuunnitelman teimme valmiiksi maaliskuussa, ja lupa työllemme saatiin huhtikuussa 2017 Tekonivelsairaala Coxasta. Tutkimuksen koskiessa potilaiden tietoja tulee hakea lupaa eettiseltä toimikunnalta. Selvitimmekin asiaa Tekonivelsairaala Coxan ja Tampereen yliopistollisen sairaalan kanssa. Eettisen toimikunnan lupaa ei tarvita, kun työssä ei käytetä mitään tietoja haastateltavista. Tavoitteenamme oli ainoastaan vastausten perusteella kehittää toimintaa paremmaksi.

Tutkimuksen eettisiä hyveitä ovat ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2012, 147). Tutkimukseen osallistuvia henkilöitä tulee kunnioittaa, sillä heillä on oikeus päättää, osallistuvatko he kyseiseen tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2016, 25). Tutkittaville henkilöille tulee etukäteen kertoa tutkimuksesta, jotta he tietäisivät, mistä on kyse ja mihin ovat lupautumassa. Haastateltaville henkilöille kerrotaan, kuka on tutkimuksen vastuhenkilö, mitä hyötyä tutkimuksesta on ja miten taataan osallistuvien henkilöiden yksityisyys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131; Kylmä & Juvakka 2012, 149.) Tutkimuksesta jaettiin etukäteen saatekirje, jossa kerrottiin, että haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista eikä kenenkään tietoja julkaista missään. Tutkimukseen osallistuville jaettiin haastattelussa käytetyt kysymykset, jotta he saivat valmistautua aiheeseen etukäteen. Kysymyksiä tehdessä pyrittiin huomioimaan, että ne eivät ole johdattelevia tai manipuloivia. Haastattelun alussa allekirjoitettiin jokaisen potilaan kanssa henkilökohtaisesti suostumuslomake, jonka yhteydessä kerrottiin, että haastattelu oli täysin vapaaehtoista ja sen sai purkaa milloin tahansa.



Tutkimuksen analysointi- ja raportointivaiheessa tulee poistaa kaikki tunnistettavat tiedot, jotta niitä ei voitaisi yhdistää tutkittaviin henkilöihin tai hänen läheisiinsä. Tämä tieto tulee muuttaa esimerkiksi numerotiedoksi tai käyttää muuta koodikieltä. (Kylmä & Juvakka 2012, 151–153; Hirsjärvi ym. 2016, 26–27.) Tutkimuksessa ei käytetty mitään potilaisiin liittyviä henkilökohtaisia tietoja, sillä ne eivät olleet oleellisia tutkittavan aiheen näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden kokonaismäärä oli potilaiden ja hoitajien osalta pieni, joten päädyttiin järjestämään tutkittavien ilmaukset niin, että yksittäistä henkilöä ei voida raporttiosuudesta tunnistaa. Haastatteluiden jälkeen potilailta kysyttiin mielipidettä HappyorNot-menetelmää käyttäen. Potilaat täyttivät kyselyn nimettömänä. Tutkimuksessa käytimme hyödyksi sairaanhoitajan toteuttamia postoperatiivisia kotisoittoja. Tarkoituksena ei ollut tehdä puhelimen välityksellä haastattelua vaan merkitä tutkimiehenkirjanpidolla ne asiat, joista potilaat kaipasivat lisää tietoa. Potilaiden henkilötietoja ei missään vaiheessa tallennettu. Näin heille ei aiheudu minkäänlaista vahinkoa.

Luotettavuuden kannalta raportoinnissa tulee huolella esittää tutkimukseen osallistuvien henkilöiden ilmaukset alkuperäisessä muodossa. Muussa tapauksessa tulos saattaa muuttua vääränlaiseksi. (Hirsjärvi ym. 2016, 26.) Tutkittavien ilmauksia emme muuttaneet missään vaiheessa, jotta alkuperäinen sanoma ei vääristyisi. Tämä on tärkeä vaihe tutkimuksessa, sillä sen avulla saadaan tietoa tutkittavien ajatuksista ja kokemuksista. Tutkimusaineiston turvallisesta säilyttämisestä tulee tutkijoiden huolehtia, jotta aineisto ei missään vaiheessa päätyisi väärin käsiin (Vilka 2015, 47–48). Haastateltavien allekirjoitetut suostumukset pidettiin muusta materiaalista erillään ja turvallisessa säilössä kuten haastattelutallenteetkin. Näin ulkopuoliset henkilöt eivät päässee niihin käsiksi. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kaikki materiaalit tullaan lopuksi hävittämään kokonaisuudessaan turvallisella tavalla.

## **7.3 Tulosten tarkastelu**

### **7.3.1 Sairaanhoitajien haastattelujen tulosten tarkastelu**

Tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat kokivat, että Tekonivelsairaala Coxan vuodeosalla ryhmänohjaus on kertaluonteinen tapahtuma, joka ei korvaa potilaan saamaa yksilöohjausta. Ohjaajan tulee kiinnittää huomiota potilaiden tarpeisiin ja siihen varattuun

aikaan, ja ohjaus on painottunut yhdessä keskustelemiseen kotiutumiseen liittyvistä aihe-alueista yleisellä tasolla. Ohjauksen sisältö tulee olla yhtenäistä muun materiaalin kanssa, jotta informaatio olisi yhdenmukaista ja helposti ymmärrettävää. Vastaavanlaisiin tutkimustuloksiin oli päästy myös muissa tutkimuksissa (Lumiaho ym. 2015, 40). Holma, Koivula ja Joronen (2010) toivat tutkimustuloksissaan esille, että ohjaajan rooli ryhmäohjauksessa on toimia asiantuntijana, joka avaa keskustelun ja antaa ryhmänjäsenille tarvittaessa ohjausta esiin tulleisiin kysymyksiin tai ongelmiin (Holma ym. 2010, 296). Ryhmäohjauksessa pidetään tärkeänä vertaistuellista ja tasavertaista oppimistilannetta (Absetz ym. 2008, 255; Mikkonen 2009, 83; Holma ym. 2010, 295–296; Tinkle 2016, 812–813), jossa korostuvat ennaltaehkäisy ja itsehoidon merkitys (Turku 2007, 87).

Sairaanhoitajat pitivät haastatteluissa avointa ilmapiiriä ryhmäohjauksessa tärkeänä, sillä se mahdollisti tasavertaisen ja vapautuneen keskustelun. Vastaavasti ryhmän toiminnan kannalta ryhmäohjaajalla on suuri merkitys. Hänellä tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot, kuuntelutaidot ja ymmärrystä, jotta hän pystyisi mukautumaan ryhmän tarpeisiin. (Kääriäinen 2007, 84; Turku 2008, 21; Smith & Zsohar 2013, 2.) Sairaanhoitajien kuin muiden tutkimusten mukaan potilaita tulisi ohjata niin, että he sisäistäisivät annetut kotiutusohjeet mahdollisimman hyvin. Ohjatun tiedon sisäistäminen edesauttaa potilasta huolehtimaan omasta kuntoutumisestaan ja hoidostaan (Lunnela 2011, 68).

Sairaanhoitajat kokivat haastatteluissa sisäistäneensä hyvin annetut kotiuttamisohjeet ja käytänteet. Sairaalan omat ohjeistukset ja työkokemuksesta saatu varmuus antavat kyvyn ohjata tiedon siirtymistä potilaalle ja hänen omaisilleen. Ryhmäohjaukseen liittyvää perehdytystä kokeneet hoitajat eivät pitäneet itsellensä tärkeänä. Heidän mielestään perehdytystä tulisi antaa henkilöille, joilla ei ole minkäänlaista kokemusta potilaiden ohjaamisesta. Tärkeimmäksi asiaksi nostettiin erilaiset koulutukset, joiden avulla omaa ammattitaitoa voidaan kehittää. Muissa tutkimuksissa on päästy samoihin tuloksiin. Ryhmäohjauksen hallintaan vaikuttavat sairaanhoitajan omat ohjaajan ominaisuudet (Orava, Kynäs & Kääriäinen 2012b, 237; Smith & Zsohar 2013, 1). Hoitajan ammattitaito lisääntyy erilaisten koulutusten ja työkokemusten kautta (Turku 2007, 18; Orava ym. 2012b, 237; Lipponen 2014, 46). Lisäksi perehdyttäminen on tärkeä osa oman ammattitaidon kehittymistä, jotta ohjaus olisi laadukasta (Kääriäinen 2007, 93, 102; Lipponen 2014, 49, 72). Ryhmäohjaamisen taidot lisääntyvät työstä saatujen kokemusten kautta (Orava, Kynäs & Kääriäinen 2012a, 224).

Sairaanhoitajat toivat haastattelussa ilmi, että ryhmässä keskusteleminen on kokemuksena mielekäs ja ainutkertainen tapahtuma. Innovatiivisesti ja huolellisesti etukäteen suunnitellulla kirjallisella oppaalla tai ohjeella potilaiden tiedon omaksuminen syvenee. Ihmiset oppivat asioita eri tavalla, esimerkiksi lukemalla, kuuntelemalla, keskustelemalla, näkemällä sekä kokemuksen kautta, ja tätä tietoa tulee tulevaisuudessa yhä enemmän hyödyntää. (Smith & Zsohar 2013, 1–2.) Ohjauksessa voidaan käyttää monenlaista teknologiaa ja materiaalia hyödyksi, mutta ne eivät koskaan korvaa yksinään ryhmän välistä vertaistuellista keskustelua (Turku 2007, 19; Smith & Zsohar 2013, 2; Lipponen 2014, 49).

Tällä hetkellä potilaat saavat ohjausta niin suullisen kuin kirjallisten materiaalien kautta. Haastatteluissa sairaanhoitajat toivoivat, että havainnollistavia ohjausmateriaaleja tulisi potilaiden käyttöön enemmän. Havainnollistaviksi materiaaleiksi he nimittivät kuvat, videot ja PowerPoint-esitykset. Lisäksi ohjauksen tueksi tulisi hyödyntää enemmän niitä välineitä, jotka vastaavat nykypäivän tarpeita. Näitä ovat muun muassa puhelimeen ladatavat Appsit tai chat-palvelut. Potilashuoneiden televisioihin opetusvideoiden saaminen voisi olla ajankohtaista ja tärkeää. Näin potilas voisi katsella videota silloin, kun se hänelle itselleen parhaiten sopii. Videon katseleminen auttaa potilaita muistamaan ja sisäistämään asioita paremmin. Se voi herättää potilaissa tunteita, ajatuksia ja kysymyksiä kotiutumiseen liittyvistä asioista. Digitaaliset tallenteet ovat usein hyödyllisiä, havainnollistavia ja helposti vastaanotettavia ohjausmuotoja. Niiden hyödyntäminen ryhmäohjauksen tukena syventää tutkitusti tiedon omaksumista. Tietoteknologia on hyväksi todettu menetelmä potilaan tiedonsaannin syventämisessä. Se tarjoaa innovatiivisia ratkaisuja myös potilasohjauksen tehostamiseksi. (Lehna ym. 2011, 203–204; Shneerson ym. 2012, 115; Uesugi, Hayashi, Fujishiro, Kanzaki & Nishiyama 2013, 94–96; Ward 2011.)

Haastattelussa sairaanhoitajat kertoivat käytännön hoitotyön osoittaneen, että potilaiden tietämys kotiutumiseen liittyvistä ohjeista oli usein puutteellista, sillä ongelmat ilmenivät usein vasta kotona. Tämän vuoksi asioiden kertaaminen yksilöohjauksen lisäksi ryhmäohjauksessa vahvistaa potilaiden tietämystä kotiutumiseen liittyvistä asioista. Tärkeimmiksi asioiksi haastatteluissa sairaanhoitajat nostivat esiin kaikki oleellimmat asiat, joista on hyötyä tekonivelleikkauksesta kotiutuvalle potilaalle. Esimerkiksi kivut, turvotukset, mustelmat, haavanhoito, lääkkeiden käytön, ravitsemus ja vatsantoiminta, autolla ajaminen, infektiot, tromboosiprofylaksia ja kaikki käytännön asiat, joita kotona voi tulla

vastaan. Muut tutkimustulokset tukevat tätä teoriaa. Potilaan tulee omaksua saamansa ohjeistukset nopeassa tahdissa ennen kotiutumista leikkauksen jälkeen (Specht ym. 2015, 842), joten sairaanhoitajien olisi varmistettava ohjeiden ymmärtäminen ennen potilaan kotiutumista. Yksi hoitotyön keinoista varmistaa potilaiden tiedon sisäistäminen on pyytää potilasta kertomaan opetettu asia omin sanoin. (Shneerson ym. 2012, 115.)

### **7.3.2 Potilaiden haastattelujen tulosten tarkastelu**

Potilaiden haastatteluista saatujen tulosten perusteella potilaat kokivat ryhmässä keskustelemisen kaikkein tärkeimmäksi. Vertaistuen merkitys korostuu, kun asioista voidaan keskustella yhdessä muiden ryhmän potilaiden kanssa. Rento ja arkipäiväinen keskustelu sai ryhmänjäsenet luottavaisiksi ryhmän muita jäseniä kohtaan, mikä auttoi heitä jakamaan omia kokemuksiaan. Potilaat kokivat saavansa ryhmässä tukea tekonivelleikkauksen jälkeisen elämänhallinnan ja arjen asioihin. Muut tutkimustulokset tukevat tätä teoriaa. Ryhmänohjauksessa keskusteleminen koettiin tärkeäksi osaksi omaa hoitoa, jossa kokemusten jakaminen miellettiin antoisaksi. Omasta tilasta kertominen muille saattoi helpottaa asioiden ymmärtämistä. (Holma ym. 2010, 295.) Potilas voi vaikuttaa omaan voimavaraistumiseensa osallistumalla aktiivisesti keskusteluun ryhmässä (Holmström & Röing 2009, 171).

Keskustelun aiheet nousivat sillä hetkellä potilaiden kokemista tilanteista. Joillakin potilailla oli aikaisempaa kokemusta ja tietoa tekonivelleikkauksesta, jolloin he osasivat kysyä tarkentavia ohjeita. Samalla muut ryhmän jäsenet saivat tietoa muiden potilaiden kokemuksista, käytännön asioista ja siitä, miten kotona arki sujuu toimenpiteen jälkeen. Osa ensimmäistä kertaa leikkauksessa olleista potilaista ei osannut kotiutushetkellä vielä arvioida, mitkä asiat heitä kotona kuntoutuksen suhteen odottaisivat. Haastateltavat potilaat toivat esille, että ryhmänohjauksessa ei voida kaikkia asioita käydä yksityiskohtaisesti läpi ryhmän kesken vaan yleisellä tasolla. Yksilöllisille keskustelutarpeille tulee olla varattu aikaa ryhmänohjauksen jälkeen tai yksilökohtaisessa ohjauksessa. Vastaavasti kokemusten jakamista pidettiin muissakin tutkimuksissa tärkeänä osana omaa hoitoa. Omien tunteiden ja kokemusten jakaminen ryhmässä koetaan hyödylliseksi, sillä se auttaa sisäistämään paremmin opittavat asiat (Turku 2007, 100; Holma ym. 2010, 297–298; Lumiaho ym. 2015, 36).

Potilaat toivoivat haastatteluissa, että kirjallisissa ohjeissa asiat tulisi esittää ymmärrettävässä muodossa tiiviisti. Ohjaamisella voidaan vaikuttaa positiivisesti potilaan sekä läheisen elämänlaatuun, itsehoitoon, terveydentilaan, hoitoon sitoutumiseen ja tiedon määrään. Tärkeitä tiedon välittämisen menetelmiä ovat potilaalle ja läheiselle annettavat kirjalliset ohjeet, joihin on helppo palata jälkeenpäin uudelleen. (Kyngäs 2007, 124–127; Kääriäinen 2007, 103; Lunnela 2011, 84; Shneerson ym. 2012, 115; Polster 2015.)

Potilaat esittivät haastatteluissa toiveena, että keskustelemisen tueksi voitaisiin liittää video- tai PowerPoint-esityksiä. Lisäksi he toivoivat paljon kuvallista materiaalia kotiutumiseen liittyvistä aiheista, jotka havainnollistavat asioita paremmin. Vastaavanlaisia ajatuksia oli esitetty muissa tutkimuksissa. Perinteisten ohjausmenetelmien lisäksi potilaiden ohjauksessa tulisikin hyödyntää eri materiaaleja ja teknologiaa, esimerkiksi esityksiä, videoita ja kirjallisia ohjeita. Visuaalisen ja audionaalisen ohjauksen yhteensovittaminen takaa näin usein parhaan lopputuloksen. (Hyttinen & Kanerva 2011; Lunnela 2011, 82, 17; Ward 2011; Smith & Zsohar 2013, 2; Lipponen 2014, 51; Polster 2015.) Ryhmänohjausta suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon aikarajoitteet, sillä liiallinen materiaali vie aikaa pois keskustelulta (Turku 2007, 99).

Haastatteluissa potilaat toivat esille, että asioiden kertaaminen vahvistaa heidän oppimistaan. Tästä johtuen on hyvä kerrata kotiutumiseen liittyviä asioita usein ja moneen kertaan. Ryhmänohjauksessa ja haastatteluissa potilaat toivat samoja asioita esille. Tärkeimmiksi asioiksi koettiin muun muassa se, kuka hoitaa kauppa-asiat ja muut juoksevat menot toipumisen aikana, ja muut yleisimmät kotiutumiseen liittyvät asiat koskivat muun muassa kipulääkitystä, pahoinvointia, haavanhoitoa, liikuntaa, infektioita ja arjessa pärjäämistä. Potilaiden tiedostaessa kotiuttamiseen liittyvät perusasiat heidän on paljon helpompi esittää tarkentavia kysymyksiä aiheesta. Potilas tarvitsee monenlaista tietoa ja ohjeistusta kotiutuessaan leikkauksen jälkeen, jotta kuntoutuminen kotona sujuisi ongelmitta. Muiden tutkimustulosten mukaan potilaat olivat kokeneet tärkeimmiksi asioiksi oppia omaan hoitoon liittyviä asioita esimerkiksi komplikaatioista, lääkehoidosta ja kaikista niistä asioista, joilla voidaan parantaa elämänlaatua (Sendir ym. 2012, 269–270). Viikko leikkauksen jälkeen kivun oli koettu olevan kovimmillaan ja siihen käytettiin paljon erilaisia kipulääkevalmisteita. Haavan hoitaminen oli aiheuttanut potilaissa epävarmuuden tunteita. Pelättiin haavan vuotoa, infektioita ja kipuja, joita voisi aiheutua hoidon yhteydessä. (Van Egmond, Verburg & Mathijssen 2015, 710–712.)

Pilottiryhmät pidettiin väliaikaisessa tilassa uuden ryhmänohjaustilan ollessa vielä remontissa. Pilottiryhmäläiset toivoivatkin rauhallista, viihtyisää ja tilanteeseen sopivaa tilaa. Kääriäisen (2007), Smithin ja Zsoharin (2013) sekä Lipposen (2014) tutkimustuloksissa oli esitetty samanlaisia tutkimustuloksia. Huomiota tulisi kiinnittää ryhmänohjauksen tilan rauhallisuuteen ja kalusteisiin, jotta potilaat jaksaisivat olla ryhmässä loppuun asti (Kääriäinen 2007, 79–80, 94; Smith & Zsohar 2013, 2; Lipponen 2014, 47–49). Väliaikaisesta tilasta potilaat antoivat negatiivista palautetta. Tila koettiin ahtaaksi ja meluisaksi, jossa erilaiset keskeytykset häiritsivät. Potilaat toivoivat niin haastatteluissa kuin ryhmänohjauksessakin, että uudessa tilassa tulisi olla paljon erilaisia istumiseen tarkoitettuja kalusteita, jotta esimerkiksi polvipotilailla olisi mahdollisuus nostaa leikattu jalka kohoasentoon. Lisäksi uuden tilan suunnittelussa tulee huomioida teknologisten välineiden käyttömahdollisuudet ja potilaiden toiveet.

Suurin osa haastateltavista potilaista oli sitä mieltä, että omaisten läsnäolo ohjauksessa olisi tärkeää. Tämän lisäksi omaiset saisivat vertaistukea muilta omaisilta, jotka ovat samassa tilanteessa. Osa potilaista ei kokenut omaisten läsnäoloa ohjauksessa tärkeäksi. He halusivat viedä tiedon itse eteenpäin, mikäli kokivat sen tarpeelliseksi. Omaisten saaminen mukaan ryhmänohjaukseen koettiin hankalaksi erilaisten käytännön asioiden vuoksi. Aikainen informaation jako mahdollistaisi omaisten osallistumista mukaan ohjaukseen yhdessä potilaan kanssa. Oikea aika tiedottamisesta voisi olla jo preoperatiivisella käynnillä, jolloin ryhmässä käydään läpi koko potilaan hoitopolku leikkauspäivän vaiheista kotiutumishetkeen asti. Potilaiden ohjauksessa tulisikin ottaa huomioon yhä enemmän omaiset, jotka tarvitsevat potilaan ohella myös tietoa hoitoon liittyvistä asioista. Omaisten mukanaololla varmistettaisiin, että heillä olisi yhtäläiset tiedot kotiutumiseen liittyvistä tärkeistä asioista. Tällöin välttyään ristiriitaisilta ja virheellisiltä oletuksilta. (Turku 2007, 36; Kähkönen, Kankkunen, & Saaranen 2012, 207; Specht ym. 2015, 843.) Nikin ja Paavilaisen (2010) tutkimustuloksista ilmeni, että omaiset kaipasivat monipuolista tietoa potilaan hoidosta ja kuntoutumisesta. Tiedon avulla he voisivat aktiivisemmin olla tukena ja osallistua hoitoon. (Nikki & Paavilainen 2010, 317–318.)

### 7.3.3 Postoperatiivisten kotisoittojen tulosten tarkastelu

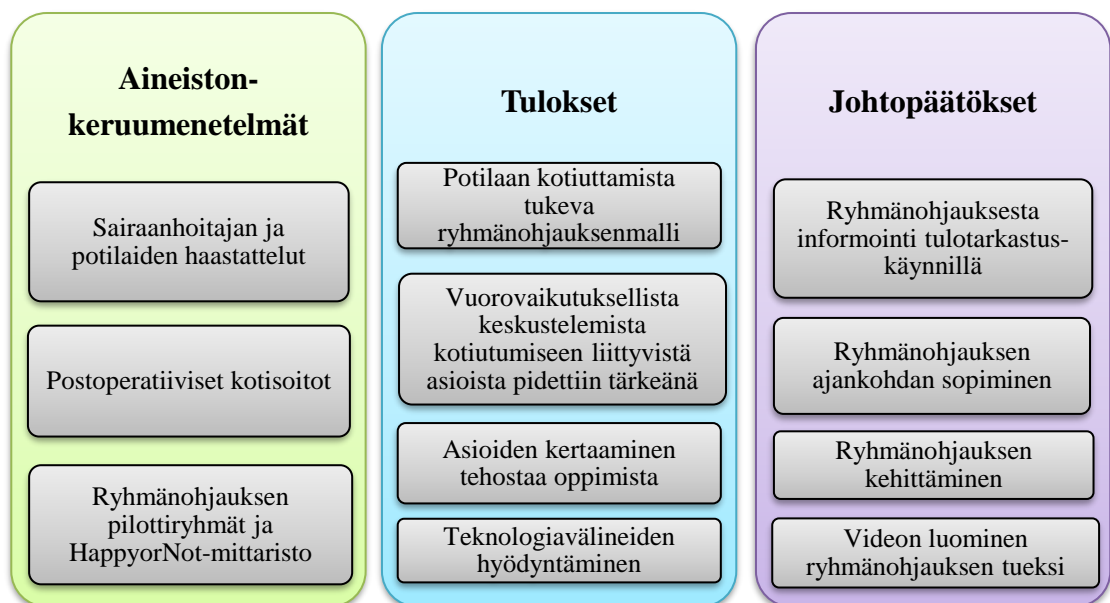
Useat potilaat kertoivat puhelun aikana olevansa tyytyväisiä, kun heille soitettiin. Puhelinsoitolla saadaan tietoa potilaan kotona selviytymisestä ja mahdollisista ongelmatilanteista (Orava ym. 2012a, 224; Szöts, Konradsen, Solgaard & Ostergaard 2014, 9; Wiley ym. 2015, 2890). Ne koettiin tärkeiksi, sillä sen yhteydessä on mahdollisuus kysyä neuvoa, saada ohjeita ja kysyä epäselviä asioita. Tarkoituksena on vahvistaa potilaan selviytymistä kotona ja turvata hoidon jatkuvuus. (Orava ym. 2012a, 222–223; Wiley ym. 2015, 2890.) Lisäksi puhelinsoittojen avulla pyritään vähentämään leikkausten jälkeisiä ylimääräisiä yhteydenottoja (Orava ym. 2012a, 222; Shneerson ym. 2012, 115).

Tekonivelsairaala Coxassa sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu tehdä postoperatiivinen kotisoitto suoraan kotiin kotiutuville potilaille noin viikon kuluttua leikkauksesta. Kotisoiton tarkoituksena on tukea potilaan kuntoutusta tekonivelleikkauksen jälkeen. Sairaanhoitaja tutustuu potilaan kotiutumishetken tietoihin ennen kuin hän soittaa postoperatiivisen puhelun potilaille. Tämä auttaa hoitajaa tiedustelemaan oleellisia asioita potilaan kuntoutumisesta. Sairaanhoitajan tehtävänä on kuunnella potilasta ja tiedustella kuntoutuksen etenemistä. Näiden tietojen perusteella hän saa kuvan tämänhetkisestä tilasta ja pystyy antamaan ohjeita. (Orava ym. 2012b, 238.) Palautteen saaminen ohjauksesta on kehittämisen vuoksi tärkeää. Palautetta tulisikin kerätä aktiivisesti ja säännöllisin välein. (Taylor & Burch 2011, 289).

Tutkimuksessamme postoperatiivisten puhelinsoittojen perusteella polvipotilaille oli laajempi aihejakauma kuin lonkkapotilaille. Polvipotilaat halusivat enemmän tietoa kivunhoidosta, lääkityksestä, haavanhoidosta, turvotuksista, mustelmista ja vatsantoiminnasta. Vähiten tietoa kaivattiin liikkumisesta, tromboosiprofylaksiasta ja muista asioista. Lonkkapotilaita kiinnostavia aihealueita olivat kivunhoito, lääkitys, haavanhoito ja vatsantointi. Vähiten keskustelua syntyi aihealueista, jotka olivat mustelmat, turvotukset, liikkuminen, tromboosiprofylaksia ja muut asiat. Huomasimme, että puhelinsoittojen perusteella tuli paljon kyselyjä haavasta, toisin kuin ryhmäohjauksessa potilaat eivät osanneet ottaa asiaa vielä esille. Tämän perusteella voidaan todeta, että asiat ja ongelmat tulevat esiin vasta kotona eikä niitä osata ennalta miettiä. Ohjauksessa tulisikin korostaa edelleenkin kivun ja haavanhoidon merkitystä kotona.

### 7.3.4 Toimintatutkimuksen yhteenveto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda toimiva ryhmänohjausmalli Tekonivelsairaala Coxan vuodeosastolle. Työn tavoitteena oli parantaa leikkauksesta kotiutuvien potilaiden tietämystä kotiutumiseen liittyvistä asioista. Tutkimusaineisto saatiin kerättyä käyttämällä erilaisia menetelmiä hyödyksi. Sairaanhoidajien ja potilaiden haastatteluiden, sairaanhoidajan tekemien postoperatiivisten kotisoittojen ja ryhmänohjauksen pilottiryhmien perusteella saimme luotua leikkauksesta kotiutuville potilaille ryhmänohjausmallin. Alla olevaan kuvioon olemme keränneet yhteenvetona työmme keskeisimmät osa-alueet (kuvio 6).



KUVIO 6 Toimintatutkimuksen keskeisimmät osa-alueet

Tutkimustulosten perusteella saimme luotua ryhmänohjausmallin, jossa hoitajat ja potilaat pitivät tärkeimpinä lähtökohtina vuorovaikutuksellista keskustelua ryhmässä. Ohjattavien asioiden kertaamisella todettiin olevan suuri vaikutus opitun asian sisäistämiseen. Teknologiavälineiden käyttö ryhmänohjauksessa helpottaa sairaanhoidajien työtä sekä havainnollistaa tekonivelleikatuille potilaille paremmin opittavia asioita kotiutumiseen liittyen.

Johtopäätösten perusteella voidaan todeta, että työyhteisön kanssa tulisi yhdessä sopia ryhmänohjauksen käytänteisiin liittyvistä asioista. Yksi tärkeimmistä asioista on informoida potilaille ajoissa uudeltaisesta ryhmänohjauksesta, jotta he osaisivat varata sille aikaa ja pyytää omaisia osallistumaan ohjaukseen. Tutkimuksen pilottiryhmiä järjestäessämme huomasimme, että ajankohdan valitseminen oli haasteellista erilaisten tekijöiden



vuoksi. Esimerkiksi aamutoimet ja lääkärinkierrot vaikuttivat ohjauksen pitämiseen. Tämän vuoksi ryhmäohjauksen sopivaa ajankohtaa tulee testata useammalla pilottiryhmällä, jotta parempi ajankohta löytyy.

Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että ryhmäohjausmallin kehittäminen vaatii vielä lisää käytännön kokemusta, jotta siitä saataisiin muodostettua toimiva kokonaisuus. Toimivan ryhmäohjauksen tueksi voitaisiin tulevaisuudessa hyödyntää potilasvideota ja sen avulla tuoda ohjaukseen liittyvät asiat lähemmäksi potilasta.

### **7.3.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset**

Tekonivelsairaala Coxan vuodeosaston potilaat pitivät ryhmäohjauksen pilottiryhmissä asioiden kertaamista hyvänä asiana. Tästä johtuen uusi ryhmäohjausmalli pilotoidaan käyttöön alkuvuodesta 2018. Aluksi ryhmäohjausmallin käyttöä kokeillaan Tekonivelsairaala Coxassa. Tulosten ja havaintojen perusteella mallia muokataan saatujen kokemusten myötä paremmin potilaiden tarpeita vastaavaksi. Jatkotutkimuksena voitaisiin tehdä tutkimus, jossa vertailtaisiin yksilöohjauksen ja tulevan ryhmäohjauksen hyötyjä ja haittoja. Tämän lisäksi voitaisiin tehdä laajempi haastattelututkimus jo kotiutuneille potilaille ja selvittää heidän mielipiteitään ja kehittämisehdotuksia ryhmäohjauksesta. Näin saataisiin parempi otanta, jonka perustella voitaisiin nähdä, palveleeko kyseinen ryhmäohjaus potilaiden tämänhetkisiä tarpeita. Tulevaisuudessa voisi kehittää ryhmäohjausta myös moniammatilliseen suuntaan ottamalla esimerkiksi fysioterapeutin mukaan ryhmäohjaukseen.

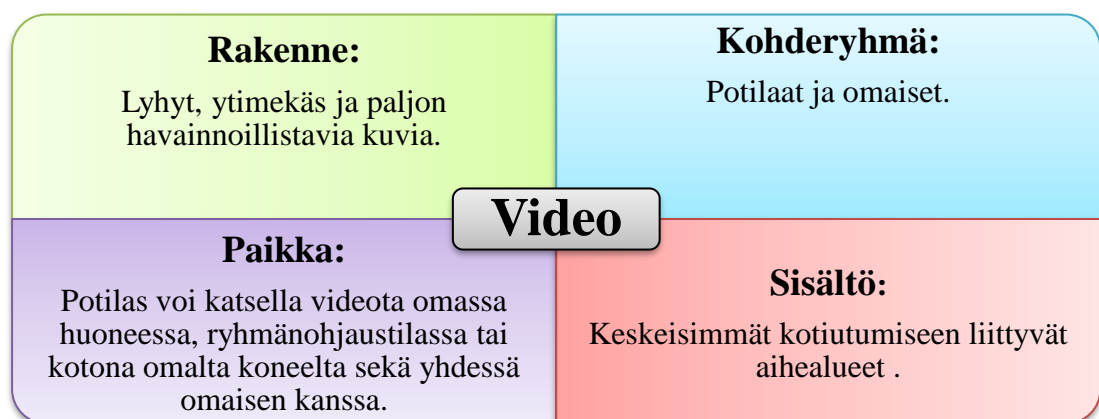
Haastatteluissa sairaanhoitajat eivät osanneet tuoda esille motivaation tärkeyttä. Onnistuneessa ohjauksessa motivaatiolla on keskeinen rooli, sillä motivoitunut henkilö pystyy lyhyessä ajassa sisäistämään opitut asiat (Mayor & Risku 2015, 38) ja tekemään päätöksiä oman terveytensä ja kuntoutumisensa suhteen (Burke & O'Grady 2012, 104). Lisäksi olisi hyvä miettiä, millä keinoilla potilaita voitaisiin vielä paremmin motivoida oman kuntoutumisensa suhteen.

Ryhmäohjauksessa omaiset koettiin tärkeiksi, mutta kenelläkään potilaalla ei omainen osallistunut mukaan ohjaukseen. Samoin Tekonivelsairaala Coxassa hoitajat ovat huomanneet, että potilaiden yksilöohjauksessa omaisten osallistuminen on ollut vähäistä.

Tästä syystä olisi hyvä tutkia niitä syitä, jotka vaikuttaisivat siihen, että omaiset saataisiin entistä paremmin osallistumaan ryhmänohjaukseen.

Hoitotyön on oltava jatkuvasti kehittyvää. Uusien toimintamallien kehittäminen haastaa aina vanhan ja tutun käytännön. Aktiivinen ja kehityksestä kiinnostunut työyhteisö luo mahdollisuuden uudelle toiminnalle. Kehittämisen tavoitteena on yhä parempi tekoniivelleikkauksipotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö. Potilaiden käyttöön on kehitelty erilaisia asiakaspalvelua tukevia sovelluksia, ja niiden hyötyjä ja käyttöönottoa voisi tutkia. Kiinnostavaa olisi tietää, millaiseksi potilaat itse kokevat teknologian hyödyt kuntoutuksessaan vuodeosastolla ja kotona leikkauksen jälkeen.

Tekonivelsairaala Coxan poliklinikalla toimii preoperatiivinen ohjausryhmä, jossa potilaille esitetään ennen toimenpidettä video leikkauspäivän kulusta. Tämän tyylistä ohjausvideota voisi mahdollisesti käyttää hyödyksi myös tulevaisuudessa postoperatiivisen ryhmänohjauksen tukena. Video-ohjaus säästää hoitohenkilöstön resursseja ja aikaa (Kynäs ym. 2007, 116–117; Kääriäinen 2007, 35–36). Opinnäytetyön alussa tarkoituksena oli luoda video tekoniivelleikkauksesta kotiutuville potilaille. Työelämäpalaverissa keskusteltiin yhdessä Coxan vuodeosaston sairaanhoitajien kanssa ja todettiin, että tämänhetkessä tilanteessa videon teettäminen olisi ajallisesti mahdotonta, mutta myöhemmin sen tekoa tulisi harkita. Opinnäytetyön pohjalta kokosimme oleelliset asiat yhteen, jotka olisi hyvä ottaa videon suunnittelussa huomioon (kuvio 7).



KUVIO 7 Suunnitellun videon kuvaus.

Tutkimustulosten perusteella voimme todeta, että videon suunnittelussa tulisi huomioida se, että video olisi yhdenmukainen muiden potilasohjeiden ja oppaiden kanssa. Ajallisesti sen tulee olla lyhyt ja ytimekäs, jotta aikaa jäisi keskustelemiselle. Aihealueina voidaan

käyttää samoja asioita, joita on käytetty ryhmäohjauksen pilottiryhmille PowerPoint-esitteen muodossa. Tärkeää olisi kertoa, miten ongelmatilanteissa tulisi toimia. Hyttinen ja Kanerva (2011) toivat tutkimustuloksissaan esille, kuinka videoiden ja kuvien käyttäminen potilaiden ohjauksen yhteydessä olisi hyödyllistä. Videolla esitettävien kuvien, äänen ja tekstin avulla potilaat sisäistävät opittavat asiat paremmin, mikä tukee kotona selviytymistä. (Hyttinen & Kanerva 2011, 17–18.) Videon esittämisen jälkeen on tärkeää, että potilas ja omainen saavat jutella videon sisällöstä hoitajan kanssa. Keskusteleminen tukisi muuta annettua ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 116–117; Kääriäinen 2007, 35–36.)

Sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esille, että video voisi pyöriä potilashuoneiden televisiossa, jolloin potilas voisi katsoa videota silloin, kun se hänelle itselle parhaiten sopisi. Siten annettu ohjaus olisi oikea-aikaista ja opitun tiedon sisäistäminen paranisi. Kotiutumiseen liittyvän videon olisi hyvä löytyä myös Tekonivelsairaala Coxan kotisivuilta, jolloin potilaat pystyisivät tutustumaan ohjeisiin katselemalla videota etukäteen kotona yhdessä omaisen kanssa. Kotiutumisen jälkeen he voisivat kerrata asioita vielä uudelleen videon avulla. Videon suunnittelussa tulisi kuunnella erityisesti potilaiden näkemyksiä, jotta sisältö palvelisi paremmin heidän tarpeitaan.

## 8 LÄHTEET

Absetz, P. Yoshida, S. Hankonen, N. & Valve, R. 2008. Ryhmänohjaajan roolin ja käsitusten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutokseen. *Hoitotiede* 20 (5) 248-257.

Akbaba, Y, A. Yeldan, I. Özdiñler, A, R. & Güne, N. 2015. Patients' preoperative perspectives concerning the decision to undergo total knee arthroplasty and comparison of their clinical assessments. *Terveystieteiden tiedekunta. Istanbulin yliopisto. Journal of Physical therapy science.* 27: 2525–2528. Luettu 6.4.2017. Saatavilla: <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109081579&site=ehost-live>

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Neljäs, uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Bensing, J. Rimondini, M. & Visser, A. 2013. What patients want. *Patient Education and Counseling* 90: 287–290.

Burke, R. & O'Grady, ET. 2012. Group visits hold great potential for improving diabetes care and outcomes, but best practices must be developed. *Health Affairs* 31(1):103-9. Luettu 11.11.2017. Saatavilla: <http://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2011.0913>

Damar, H, T. & Bilik, Ö. 2017. The Patient's experience in total knee arthroplasty: past-now-future. *Hoitotyön tiedekunta, Dokuz Eylul yliopisto. Medsurg nursing.* 26 (2), 132-136. Luettu 12.4.2017. Saatavilla: <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=122315817&site=ehost-live>

Eskola, J. Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos (1. p. 1998). Tampere: Vastapaino.

Gustafsson, B, Å. Ekman, S-L, Ponzer, S, Heikkilä, K. 2010. The hip and knee replacement operation: an extensive life event. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 24, 663-670. Luettu 5.4.2017. Saatavilla: <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104938918&site=ehost-live>

Happonen, K. 2017. Kukaan ei halua nähdä punaista. *Aamulehti* 13.10.2017, osa A6-A7.

HappyorNot. 2017. Palvelumme ydin – Hymiöt. Luettu 7.8.2017. Saatavilla: <https://www.happy-or-not.com/fi/mittaa/#tabs>

Heikkinen, H.L.T. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H.L.T. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat.* 2.tark. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16-38.

Heikkinen, H.L.T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkimuksen raportointi. Teoksessa Heikkinen, H.L.T. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat.* 2.tark. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 115-130.

Heikkinen, H.L.T. Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2007. Toimintatutkimus prosessina Teoksessa Heikkinen, H.L.T. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2.tark. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78-93.

Heikkinen, H.L.T. & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H.L.T. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2.tark. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 144-162.

Heikkinen, H.L.T. 2015. Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: Bookwell Oy, 204-219.

Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Turun Yliopiston julkaisuja: Sarja D, Osa 973. Hoitotieteen laitos. ISBN 978-951-29-4679-2, ISSN 0355-9483. Turku: Painosalama Oy. Luettu 26.4.2017. Saatavilla:

[http://doria32-  
kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/70744/AnnalesD973Heikkinen.pdf?sequence=1](http://doria32-<br/>kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/70744/AnnalesD973Heikkinen.pdf?sequence=1)

Helenius, M. 2017. Osastonhoitaja. Haastattelu. 23.01.2017. Haastattelija Honkala, T. Tekonivelsairaala Coxa oy. Tampere.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21.painos. Helsinki: Tammi.

Holma, S. Koivula, M. & Joronen, K. 2010. Kipupotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta. Hoitotiede 22 (4): 291–301.

Holmström, I & Röing, M. 2009. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. Patient Education and Counseling 79: 167–172.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H.L.T. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2.tark. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94-113.

Hyttinen, H. & Kanerva, A-M. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus- systemoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva Hoitotyö. 9 (2): 12-20.

Johansson, K. & Mikkonen, S. 2008. Päiväkirurgisesta leikkauksesta toipuvan potilaan voimavaraistumista tukeva tieto. Teoksessa Montin, L. (Toim.). Turun yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:55/2008. Hoitotieteen laitos. Turku: Uniprint.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Tampereen Yliopistopaino Oy- Juvenes Print. ISBN 978-951-830-191-5, ISSN 1456-2332.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 185. Suomen Yliopisto paino Oy- Juvenes Print. ISBN 978-951-830-345-2, ISSN 1456-2332.

Kostjukova, T. & Salanterä, S. 2008. Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen. Teoksessa Montin, L. (Toim.). Turun yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:55/2008. Hoitotieteen laitos. Turku: Uniprint.

Kovalainen, A. 2015. Työkäisten potilaiden polvitekonivelleikkausten kliiniset tulokset ja leikkauksen vaikutus toiminta- ja työkykyyn sekä elämänlaatuun vuoden seurannassa. Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö. Tekonivelsairaala Coxa, Tampere. Suomen Ortopedia ja Traumatologia 38 (3), 342- 348. Luettu 11.4.2017. Saatavilla: [http://www.soy.fi/files/sot\\_3\\_38\\_2015\\_web.pdf](http://www.soy.fi/files/sot_3_38_2015_web.pdf)

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. 1.painos. Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. Painos. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis; 937, Oulun yliopisto, Oulu 2007. ISBN 978-951-42-8497-7, ISSN 0355-3221. Väitöskirja.

Kähkönen, O. Kankkunen, P. & Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 24 (3), 201-215. Luettu 10.11.2017. Saatavilla: [https://www.researchgate.net/publication/274030951\\_Sepelvaltimotautia\\_sairastavan\\_potilaan\\_ohjaus](https://www.researchgate.net/publication/274030951_Sepelvaltimotautia_sairastavan_potilaan_ohjaus)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Suomen säädöskokoelma, Helsinki. Luettu 17.1.2017. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Lehna, C. Rosenberg, L. E. Adler-Baugh, K. Epperson, K. M. Amrhein, C. A. & Agular, I. 2011. Family Orientation to a Pediatric Burn ICU Hospital Using a DVD. Pediatric nursing 37 (4) 200-204.

Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala. Luettu 26.4.2017. Saatavilla: [https://www.ppsHP.fi/instancedata/Prime\\_Product\\_Julkaisu/Npp/Embeds/16315\\_4\\_2006.Pdf](https://www.ppsHP.fi/instancedata/Prime_Product_Julkaisu/Npp/Embeds/16315_4_2006.Pdf)

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Acta Universitatis Ouluensis: 1236. Oulun yliopisto. ISBN 978-952-62-0371-3, ISSN 1796-2234. Väitöskirja. Luettu 6.4.2017, saatavilla: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lumiaho, L. Villberg, J. Vanhala, M. & Kettunen, T. 2015. Alueellinen toimintamalli Keski-Suomessa: Elämäntaparyhmäohjaus diabeetikon omahoidon tukena. Alkuperäistutkimus. Diabetes ja lääkäri 2015/44, 35–43. Luettu 13.11.2017. Saatavilla: [www.ksshp.fi/download/noname/%7B1A9D66EF-1F63-4BF1-99EC.../57310](http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B1A9D66EF-1F63-4BF1-99EC.../57310)

Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1096. ISBN 978-951-42-9412-9, ISSN 0355-3221. Väitöskirja.

Mayor, P. & Risku, M. 2015. Opas yksilölliseen motivaatioon. 16 perustarvetta johtamisen apuna. Helsinki: Tallentum.

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 173. ISBN 978-951-27-1232-8, ISSN 1235-0494. Väitöskirja.

Mäkinen, J. 2017. Asiantuntija sairaanhoitaja. Haastattelu 23.1.2017. Ei litteroitu. Haastattelijana Honkala, T. Tekonivelsairaala Coxa oy. Tampere.

Möttönen, J. 2016. Tekonivelpotilaiden kokemus kotiutumista tukevasta potilasohjauksesta Coxan vuodeosastolla. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoitaja AMK.

Niemistö, R. 2007. Ryhmän luovuus ja kehityshehdot. Tampere: Tammer-Paino.F

Nikki, L. & Paavilainen, E. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede 22 (4) 312-323.

Nikkola, R. 2013. Polven nivelrikon sairastaminen iäkkään potilaan ja läheisen kokemana. Acta Universitatis Tamperensis; 1811. ISBN 978-951-44-9065-1, ISSN 1455-1616. Väitöskirja. Luettu 11.4.2017. Saatavilla:  
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/68008/978-951-44-9066-8.pdf?sequence=1>

Nordqvist, C. 2017. Knee replacement surgery: What you need to know. MedicalNews-Today. Luettu 10.11.2017. Saatavilla:  
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/247500.php>

Ojanen, S. 2009. Ohjauksesta oivallukseen ohjausteorian käsittelyä. 5. Muuttamaton painos. Yliopistopaino. Helsinki.

Orava M, Kyngäs H & Kääriäinen M (2012a) Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24 (3): 216–231.

Orava M, Kyngäs H & Kääriäinen M (2012b) Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24 (3): 232–243.

Pekkarinen, T. 2007. Toimiiko potilasohjaus? Suomen Lääkärilehti 62(11): 1103. Luettu 26.4.2017. Saatavilla:  
<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/toimiiko-potilasohjaus/>

Pohjolainen, T. 2016. Nivelrikko. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 17.1.2017. Saatavilla:  
<http://www.terveyskirjasto.fi>

Polster, D. 2015. Patient discharge information: Tools for success. Lippincott NursingCenter 45 (5); 42 – 49. Luettu 19.4.2017. Saatavilla:  
<http://www.nursingcenter.com/cearticle?an=00152193-201505000-00012>

Polvi- ja lonkkanivelrikko (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 30.1.2017). Saatavilla:  
[www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

Remes, V. Paavolainen, P. vuorinen, J. 2004. Kenet pitäisi lähettää arvioon lonkan tekoniivelleikkausta varten? Suomalainen Lääkärilehti 59; 273-277.

Riepula, H. 2014. Terveyspalveluiden laadun kehittäminen asiakastytyväisyyssmittauksen keinoin. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto, Filosofinen tiedekunta. Viitattu 28.3.2017. Saatavilla:  
<https://www.tritonia.fi/fi/e-opinnaytteet/tiivistelma/5677/Terveyspalveluiden+laadun+kehitt%C3%A4minen+asiakastytyv%C3%A4isyyssmittauksen+keinoin>

Ronkainen, S. Pehkonen, L. Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ryhänen, A. 2012. Internet-based breast cancer patient's pathway as an empowering patient educational tool. Annales Universitatis Turkuensis D 1045. ISBN 978-951-29-5218-2, ISSN 0355-9483. Väitöskirja. Luettu 27.4.2017. Saatavilla:  
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/85110/AnnalesD1045Ryhanen.pdf?sequence=1>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Aineisto- ja teorialähtöisyys. Kvali-MOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 11.11.2017.  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_3.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html)

Sendir, M., Buyukyilmaz, F. & Musovi, D. 2012. Patients' discharge information needs after total hip and knee arthroplasty: A Quasi-Qualitative pilot study. Istanbul university. Association of rehabilitation nurses: Rehabilitation nursing 38, 264–271. Luettu 20.1.2017. Saatavilla:  
<http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104218649&site=ehost-live>

Shneerson, C. Windle, R. & Cox, K. 2012. Innovating information delivery for potential clinical trials participants. What do patients want from multi-media resources? Patient Education and Counseling 90, 111-117.

Smith, J. & Zsohar, H. 2013. Patient-education tips for new nurses. Nursing 43 (10), 1-3. Luettu 19.4.2017. Saatavilla:  
[http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2013/10000/Patient\\_education\\_tips\\_for\\_new\\_nurses.24.aspx](http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2013/10000/Patient_education_tips_for_new_nurses.24.aspx)



Smith, TO. Purdy, R. Lister, S. Salter, C. Fleetcroft, R. & Conaghan, P. 2014. Living with osteoarthritis: a systematic review and meta-ethnography. *Lääketieteellinen tiedekunta, East Anglian yliopisto. Scand J Rheumatol* 43; 441–452. Luettu 11.4.2017. Saatavilla: <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107806700&site=ehost-live>

Specht, K. Kjaersgaard-Andersen, P. & Pedersen, B. D. 2015. Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study. *Terveystieteiden tiedekunta, University of Southern Denmark. Journal of Clinical Nursing.* 25: 836–845. Luettu 12.4.2017. Saatavilla: <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=26708610&site=ehost-live>

Suojanen, U. 2014. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. *Metodix.* Luettu 1.7.2017. Saatavilla: <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>

Szöts, K. Konradsen, H. Solgaard, S. & Ostergaard, B. 2014. Telephone follow-up by nurse following total knee arthroplasty- protocol for a randomized clinical trial. *BMC Nursing.* 13: 1-16.

Taylor, C. & Burch, J. 2011. Feedback on an enhanced recovery programme for colorectal surgery. *British Journal of Nursing* 20 (5) 286-290.

Tekonivelsairaala Coxa Oy. 2017. Tekonivelleikkaukseni Coxassa. Potilasohje2.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2017. Endonet. Luettu 19.02.2017. Saatavilla: <https://www.thl.fi/far/#index>

Tinkle, J. 2016. Ensuring the safe discharge of older patients from hospital. *British Journal of Nursing* 25 (14) 812-813.

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

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Uesugi, Y. Hayashi, S. Fujishiro, T. Kanzaki, N. & Nishiyama, T. 2013. Effectiveness of distance education intervention using video footage in postoperative patients after total hip arthroplasty. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing.* 17, 91–98.

Uusitalo, M. 2017. Kehittämispäällikkö. Haastattelu. 23.01.2017. Haastattelija Honkala, T. Tekonivelsairaala Coxa oy. Tampere.

Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja. Nivelrikon ehkäisy, tekonivelleikkaus ja kuntoutuminen. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Van Egmond, J.C. Verburg, H. & Mathijssen, N.M.C. 2015. The first 6 weeks of recovery after total knee arthroplasty with fast track. *Acta Orthopaedica.* 86 (6): 708–713.

Vehviläinen, S. 2014. Ohjaustyön opas. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Vekama, L. 2014. Functional gain following knee replacement in patients aged 75 and older: a prospective follow-up study. Prospektiivinen seurantatutkimus. Tampereen yliopisto Lääketieteen yksikkö Tekonivelsairaala Coxa. Luettu 20.02.2017. Saatavilla: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98759/SYVENTAVA-1459417866.pdf?sequence=1>

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Luettu 29.7.2017. Saatavilla: <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Juva: PS- kustannus.

Vänskä, K. Laitinen-Väänänen, S. Kettunen, T, Mäkelä, J, 2011. Onnistuuko ohjaus. Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. 1.Painos. Helsinki. Edita Prima.

Ward, J. 2011. How to educate patients. Nursing Times 25.5.2011. Luettu 19.4.2017. Saatavilla: <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-educators/how-to-educate-patients/5030180.article>

Wiley, J. Szeots, K. Konradsen, H. Solgaard, S. Bogø, S. & Østergaard, B. 2015. Nurse-led telephone follow-up after total knee arthroplasty – content and the patients' views. Journal of Clinical Nursing 24, 2890–2897.

<b>Tutkimuksen tekijä(t), vuosi paikka ja tutkimuksen aihe</b>	<b>Aineisto ja menetelmät</b>	<b>Keskeiset tulokset</b>
<p>Absetz, Yoshida, Hankonen &amp; Valve 2008, Suomi.</p> <p>Ryhmänohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistuneeseen elintapamuutokseen.</p>	<p>257 diabeteksen riskiryhmään kuuluvaa potilasta ja 43 ohjaajaa.</p> <p>Kvantitatiivinen, Likert asteikko.</p>	<p>Ryhmänohjaajan rooli koettiin pieneksi sekä ryhmänohjaaminen haasteelliseksi. Innostuneella ja motivoituneella ohjaajalla on kuitenkin ryhmässä tärkeä rooli. Motivoituneet ryhmäläiset uskovat paremmin itseensä, mikä auttaa omien tavoitteiden saavuttamisessa.</p>
<p>Akbaba, Yeldan, Özdingler &amp; Güney 2015, Turkki.</p> <p>Potilaiden leikkauksista edeltävät näkökulmat polven tekonivelleikkaukseen menemisestä, vertailtuna heidän kliinisiin arvioihinsa.</p>	<p>55 polven nivelrikopotilasta.</p> <p>Kvantitatiivinen, tilastollinen analyysi SPSS-ohjelmalla.</p>	<p>Potilaat päättivät osallistua leikkaukseen vain, jos nivelrikosta aiheutunut toimintahäiriö oli vakava. Yksittäisten oireiden vuoksi ei välttämättä haluttu osallistua leikkaukseen. Ne potilaat, jotka kokivat levossa kivun olevan suuri, halusivat leikkaukseen.</p>
<p>Bensing, Rimoncini &amp; Visser 2013, Alankomaat.</p> <p>Mitä potilas tahtoo.</p>	<p>6 tehtävää lääketieteen neuvonannosta.</p> <p>Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Potilaan hoidossa on tärkeää antaa potilaalle tietoa, mutta häntä tulee myös kuunnella. Hoitosuhde edellyttää empatiataitoja, luottamusta ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Luottamusta lisää, kun potilas tuntee, että hänen asiansa on tärkeä ja häntä kuunnellaan.</p>
<p>Burke &amp; O'Grady 2012, Yhdysvallat.</p> <p>Ryhmänohjauksella on suuria mahdollisuuksia parantaa diabeteksen hoitoa ja vaikutuksia mutta hyviä käytäntöjä tulee parantaa.</p>	<p>2000 potilasta</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja Meta-analyysi</p>	<p>Ryhmänohjauksella on mahdollista parantaa terveydenhoidon kustannuksia, laatua ja saavutettavuutta. Ryhmänohjaus parantaa terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä ja viestintää. Se lisää myös potilaiden tyytyväisyyttä ja tarjoaa vertaistukea. Lisää tutkimuksia tarvitaan, esimerkiksi miten ryhmänohjauksella voidaan parhaiten ohjata.</p>

<p>Damar &amp; Bilik 2017, Turkki.</p> <p>Potilaiden kokemuksia polven tekonivelleikkauksesta: ennen, nyt ja jälkeen.</p>	<p>17 Potilasta, jotka osallistuiivat polven tekonivelleikkaukseen.</p> <p>Kvalitatiivinen, haastattelu.</p>	<p>Nivelrikko rajoittaa liikkumista ja sairauden edetessä sosiaalinen toiminta ja kotitöiden tekeminen heikkenevät. Kipu haittaa päivittäisten asioiden hoitamista. Tämän vuoksi potilas tulee olemaan riippuvainen muista ihmisistä. Nämä erilaiset tekijät vaikuttavat henkilön päätökseen mennä leikkaukseen.</p>
<p>Gustafsson, Ekman, Ponzer &amp; Heikkilä 2010, Ruotsi.</p> <p>Lonkan ja polven korvaaminen leikkauksella: Merkitävä tapahtuma elämässä.</p>	<p>12 polven- ja lonkan tekonivelpotilasta, johon osallistui 6 naista ja 6 miestä.</p> <p>Fenomenologinen lähestymistapa.</p>	<p>Kuluneen nivelen aiheuttamien kipujen ja vammojen kanssa ei haluta viettää koko loppuelämää. Leikkaus aiheuttaa huolta ja pelkoa omasta selviytymisestä. Omat aiemmat kokemukset vaikuttavat myös tulevaan. Leikkaukseen halutaan mennä, jotta oma elämänlaatu paranisi.</p>
<p>Holma, Koivula &amp; Joronen 2010, Suomi.</p> <p>Kipupotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta.</p>	<p>8 kipupotilas ja 2 omaista</p> <p>Kvalitatiivinen, teemahaastattelu.</p>	<p>Ryhmäohjaus koettiin hyväksi tavaksi jakaa tietoa samassa tilassa olevien ihmisten kanssa. Siinä sekä annetaan tukea, että saadaan tukea. Ryhmässä voidaan oppia toisilta ja ymmärretään, että asioiden kanssa ei olla yksin. Näin oma ymmärrys, aktiivisuus ja voimavarat lisääntyivät. Positiivisena koettiin, että omaiset saivat tietoa potilaan tilasta, mikä lisäsi heidän tietoutta ja ymmärrystä potilaan kivuista.</p>
<p>Johansson &amp; Mikkonen 2008, Suomi.</p> <p>Päiväkirurgisesta leikkauksesta toipuvan potilaan voimavaraistumista tukeva tieto.</p>	<p>24 Potilasta, joille tehtiin vaivasenluuleikkaus.</p> <p>Puolistrukturoitu päiväkirja, jossa mukana avoimia kysymyksiä.</p>	<p>Potilaalle on tärkeää, että hän saa koko hoitajakson aikana tietoa ja ohjeita, sillä tiedonsaanti edistää toipumista. Potilaat nostivat esille erityisesti kivunhoitoon liittyvän tiedonsaannin. Tietoa haluttiin saada komplikaatioista, mihin ottaa yhteyttä ja kuinka tulisi pärjäämään päivittäisten asioiden kanssa kotona.</p>
<p>Kostjukova &amp; Salanterä 2008, Suomi.</p> <p>Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen.</p>	<p>16 Potilasta</p> <p>Kvalitatiivinen, teemahaastattelu ja strukturoitu havainnointi.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneista yli puolet kertoivat polven olleen kipeä ensimmäisten viikkojen aikana. Kipulääkkeiden ohjeita ei kuitenkaan oltu noudatettu tai lääkkeitä oli säännöstelty. Potilaat tiesivät, että liikkuminen oli tärkeää kuntoutuksen kannalta, mutta vain puolet olivat tehneet harjoitusohjelmia.</p>
<p>Kovalainen 2015, Suomi.</p>	<p>255 työikäistä potilasta, joille on tehty polven tekonivelleikkaus.</p>	<p>Leikkauksen jälkeen potilaiden toimintakyky oli parantunut ja suurin osa potilaista oli palannut takaisin työelämään.</p>

<p>Työikäisten potilaiden polvitekonivel-leikkausten kliiniset tulokset ja leikkauksen vaikutus toiminta- ja työkykyyn sekä elämänlaatuun vuoden seurannassa.</p>	<p>Kvantitatiivinen, tilastollinen analyysi SPSS- ohjelmalla.</p>	<p>Polven kipu oli vähentynyt huomattavasti, etenkin lepo-, yö- ja raskauskipu. Kokonaisuudessaan polvesta johtunut rajoittunut elämä parani ja osa potilaista oli pystynyt palaamaan omien harrastuksien pariin tai aloittamalla uuden harrastuksen.</p>
<p>Kääriäinen 2007, Suomi.</p> <p>Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen.</p>	<p>Vaihe 1: 844 potilasta ja 916 hoitohenkilöstöä.</p> <p>Kvantitatiivinen,</p> <p>Vaihe 2: 32 kirjallisuus ja 6 tietokannat ja yleisteokset</p> <p>Kvalitatiivinen, käsitteanalyysi, sisällysanalyysi.</p>	<p>Potilaan ohjauksessa on kiinnitettävä huomiota niin tilaan kuin ohjauksen sisältöön. Ohjaustilanteessa tulee käyttää monipuolista materiaalia hyödyksi. Molempipuolinen vuorovaikutussuhde on onnistuneen hoidon kulmakivi, jossa omaiset tulee ottaa mukaan ohjaukseen.</p>
<p>Lipponen 2014, Suomi.</p> <p>Potilasohjauksen toimintaedellytykset</p>	<p>Vuonna 2003: 203 kirurgista erikoisrauhanhoidon hoitohenkilöstöä.</p> <p>Vuonna 2006: 377 perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöä.</p> <p>Vuonna 2007: 24 kehittämistyöhön osallistunutta hoitohenkilöstöä</p> <p>Kvalitatiivinen, käsitteanalyysi, sisällysanalyysi.</p>	<p>Ohjausmenetelmien monipuoliseen käyttöön tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Kehittämistyö vahvistaa ohjausosaamista, mutta vaatii osallistujilta motivaatiota ja sitoutumista, yhteistyökykyä, avoimuutta ja keskinäistä arvostusta. Lisäksi se lisää ammattilaisten ja organisaatioiden välistä yhteistyötä sekä parantaa tiedonkulkua potilaan hoitoprosessissa.</p>
<p>Lumiaho; Villberg, Vanhala &amp; Kettunen 2015, Suomi.</p> <p>Alueellinen toimintamalli Keski-Suomessa: Elämäntaparyhmäohjaus diabeetikon omahoidon tukena.</p>	<p>2011-2015 toiminnallisiin elämäntaparyhmiin (n = 36) osallistui kaikkiaan 316 henkilöä.F</p>	<p>Ryhmäohjauksen ohjaussisältö valikoitui kunkin ryhmän tarpeiden perusteella. Keskeisinä menetelminä käytettiin ryhmäkeskustelua, teksti- ja kuvamateriaalia, käytännön harjoittelua ja kokeilua. keskusteluissa ryhmäläiset saivat mahdollisuuden kertoa omista tunteistaan. Ryhmäohjauksen tarkoituksena on parantaa potilaiden hoitotasapainoa, lisätä voimavaroja, tyytyväisyyttä aroja ja mahdollistaa vertaistukea.</p>

<p>Sendir, Beuiykulnaz &amp; Musovi 2012, Turkki.</p> <p>Potilaiden kotiutusohjeiden tarve lonkan ja polven tekonivelleikkauksen jälkeen: Kvalitatiivinen pilottitutkimus.</p>	<p>74 leikkauskriteerit täyttävää potilasta</p> <p>Kvantitatiivinen, strukturoitu kyselylomake.</p>	<p>Vastausten perusteella saatiin tietoa potilaiden odotuksista ja tiedon tarpeista leikkauksesta ja sen jälkeen. Esimerkiksi, miten leikkaus vaikuttaa elämän laatuun ja miten välttää komplikaatioita. Potilaat ilmaisivat huolensa siitä, jos eivät ymmärrä annettuja ohjeita oikein.</p>
<p>Specht, Kjaersgaard-Andersen &amp; Pedersen 2015, Tanska.</p> <p>Potilaiden kokemukset nopeutella aikataululla tehdystä lonkan ja polven tekonivelleikkauksesta- laadullinen tutkimus.</p>	<p>8 polven- tai lonkan tekonivelleikkaus potilasta.</p> <p>fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa, haastattelu ja havainnointi.</p>	<p>Potilaat tarvitsevat hoitajalta tukea ja tietoa. Leikkauksen jälkeen on tärkeää saada oikeaa kipulääkettä oikeaan aikaan. Potilaat saattoivat kokea, että kipulääkettä saa vasta kipua tuntiessa. He pelkäsivät myös, että kipulääkkeistä jää koukkuun. Sen vuoksi olisi hyvä, että potilaat harjoittelevat kivunhoitoa ennen kuin pääsevät kotiin. Kotona on hyvä olla joku luotettava henkilö johon tukeutua lääkeseioissa. Omaisia tulisi kannustaa osallistumaan potilaiden kotiutumiseen mukaan, siten he voivat tarjota tukea.</p>
<p>Vekama 2014, Suomi.</p> <p>Toiminnalliset hyödyt 75 vuotta täytäneiden ja sitä vanhempien potilaiden polven korvaamisesta: Seurantatutkimus.</p>	<p>300 yli 75-vuotiasta tekonivelleikkaukseen odottavaa potilasta.</p> <p>Prospektiivinen seurantalutkimus. strukturoitu kyselylomake. Potilaat pisteytettiin toimintakyvyn perusteella.</p>	<p>Tekonivelleikkaus paransi suoriutumista lähes kaikissa tutkituissa päivittäistoiminnoissa. Vanhempien potilaiden ja naisten lopullinen toimintakyky jäi nuorempia ja miehiä huonommaksi, mutta muutos oli yhtä suuri. Naisten joukossa oli kuitenkin enemmän niitä, joilla toimintakyky ei parantunut lainkaan. Painoindeksi ei vaikuttanut tuloksiin. Pidemmälle edenneessä nivelrikossa leikkauksella saavutettu toimintakyky jäi huonommaksi, mutta muutos oli suurempi.</p>

## Liite 2 Kotiutuskriteerit

<b>Omatoimisuus ja liikkuminen</b>	Ennen kotiutumista tulee onnistua: istuminen, huoneessa ja käytävällä käveleminen, peseytyminen, pukeutuminen ja polven- ja lonkan harjoitusohjelmien tekeminen. Portaita harjoitellaan osastolla ennen kotiutumista fysioterapeutin kanssa ja arvioidaan mahdollinen kotiutumisen mahdollisuus. Potilas tietää myös jatkoajan fysioterapeutille.
<b>Kipu ja lääkehoito</b>	Kivut tulee olla hallinnassa kipulääkityksellä. Ennen kotiutumista sairaanhoitaja on antanut ohjausta kotona käytettävistä lääkkeistä. Tietää käyttää kipulääkkeitä ohjeen mukaan oikein, kunnes kävely ja liikeharjoitukset sujuvat kivuttomasti. Tietää miten kipulääkkeitä annostellaan ja pienennetään jos kipu on vähäistä.
<b>Muu lääkehoito</b>	Laskimotukoksen (Troboosiprofylaksia) ehkäisevää lääkitystä jatketaan lääkärin ohjeen mukaan. Potilas osaa toteuttaa ennen kotiutumista laskimotukosta ehkäisevää hoitoa, johon hoitaja on antanut ohjeistusta sekä hän on saanut tiedon, kuinka kauan jatkaa hoitoa. Huomioitava jos potilaalla on ASA-lääkitys tai MAREVAN-hoito. Potilas on myös tietoinen, että hänellä jatkuu vatsansuojalääkitys 1 kk ajan leikkauksesta, jonka tarkoituksena on vähentää mahalaukun limakalvon ärsytystä ja vaurioita.
<b>Haavanhoito</b>	Ennen kotiutumista haava ei saa vuotaa runsaasti. Potilas on tietoinen, kuinka toteuttaa haavan hoitoa. Tietää, että ylimääräistä haavan koskettamista tulee välttää ja haava tulee suojata. Jos sidos kuiva 5 päivän kuluttua, niin sidoksen saa poistaa. Tietää myös, milloin hakaset poistetaan omassa terveyskeskuksessa tai oman kunnan kotisairaanhoidossa.  Osaa tarkkailla infektion merkkejä haavalla, joita ovat lisääntynyt kipu, turvotus, punoitus, kuumotus, märkäinen vuoto haavasta, lisääntynyt verenvuoto tai lämpöä on vuorokauden ajan yli 38 astetta.
<b>Turvotus ja mustelmat</b>	Turvotus ja mustelmat haava-alueella ja koko leikatussa raajassa on normaalia ja kesto voi vaihdella yksilöllisesti. Potilaan tulee myös tietää ennen kotiutumista, miten turvotusta voi ennaltaehkäistä, kuten välttämällä yhtäjaksoista istumista ja seisomista. Lisäksi hän osaa käyttää oikein kylmähoitoa, ja tietää että kohasento vähentää turvotusta.
<b>Muut ohjeet</b>	Vatsan toimintaa tulee seurata ja tarvittaessa käyttää vatsan pehmiäkeitä, jotta ruuansulatus toimisi säännöllisesti. Tietää milloin saa ajaa autoa, ja mihin ottaa yhteyttä, jos tulee kysyttävää.

(Tekonivelsairaala Coxa Oy 2017).

**TIEDOTE****pvm****ARVOISA COXAN TYÖNTEKIJÄ**

Pyydämme Teitä osallistumaan haastatteluun, jossa kysytään kokemuksianne ryhmänohjaukseen liittyen. Tarkoituksena on kehittää kotiuttamisen mallia käyttäen apuna ryhmänohjausta vuodeosastolta suoraan kotiin lähteville potilaille. Tutkimuksen laadun varmistamiseksi haastattelut nauhoitetaan. Vastauksia käytämme hyödyksi ryhmänohjauksen toimintamallin luomisessa Coxan tekonivelsairaalan vuodeosastolle.

Osallistumisenne tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta kyseiseen tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa. Haastattelusta saadut aineistot ovat ainoastaan vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä, joten työn valmistumisen jälkeen aineistot hävitetään asianmukaisesti. Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyön tutkimukseen osallistumisesta. Tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä, joten raportista ei pysty yksittäistä henkilöä tunnistamaan. Olisimme kiitollisia, jos pystyisitte osallistumaan keskustelemalla meidän kanssamme ryhmänohjaukseen liittyvistä kysymyksistä.

Ystävällisin terveisin

**Tarja Honkala**[tarja.honkala@courses.tamk.fi](mailto:tarja.honkala@courses.tamk.fi)

Kliininen asiantuntija,

YAMK, opiskelija

Tampereen ammattikorkeakoulu

**Miia Metsäpuro**[miia.metsapuro@courses.tamk.fi](mailto:miia.metsapuro@courses.tamk.fi)

Kliininen asiantuntija

YAMK, opiskelija

Tampereen ammattikorkeakoulu



**SUOSTUMUS****RYHMÄNOHJAUS KOTIUTTAMISEN TUKENA TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEEN**

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun opinnäytetyöhön liittyvään haastatteluun, jonka tarkoituksena on kehittää kotiuttamisen mallia käyttäen apuna ryhmänohjausta vuodeosastolta suoraan kotiin lähteville potilaille. Olen saanut siitä kirjallista, että suullista tietoa. Lisäksi olen saanut mahdollisuuden esittää siitä kysymyksiä opinnäytetyön tekijöille.

Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumus, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin myös keskeyttää osallistumisen missä tahansa vaiheessa ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa ja näin minusta kerättyjä tietoja ei enää käytetä tutkimustarkoituksessa. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

**Paikka ja aika**

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Suostun osallistumaan haastatteluun:****Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_

Osallistujan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Tutkijoiden allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimenselvennys

\_\_\_\_\_

Nimenselvennys

## **RYHMÄNOHJAUS KOTIUTTAMISEN TUKENA TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEEN**

### **KYSYMYKSIÄ HOITAJILLE**

#### **Ryhmänohjaus:**

1. Mitä ymmärrät sanalla ryhmänohjaus?
2. Hyötyykö potilas mielestäsi ryhmänohjauksesta ja miten?
3. Mitä kotiutumiseen liittyviä osa-alueita mielestäsi ryhmänohjauksen tulisi sisältää?
4. Tarvitsisitko perehdytystä aiheesta ryhmänohjaus ja millaista?
5. Toteutuuko mielestäsi ryhmänohjauksessa potilaslähtöisyys?

#### **Materiaali:**

6. Millaisesta materiaalista potilaat parhaiten hyötyisi ryhmänohjauksessa?
7. Miten näet teknologian hyödyt muun materiaalin tukena ryhmänohjauksessa?

**TIEDOTE****pvm****ARVOISA POTILAS**

Pyydämme Teitä kohteliaammin osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa kysytään kokemuksianne ryhmänohjauksesta. Tarkoituksena on kehittää kotiuttamisen mallia käyttäen apuna ryhmänohjausta vuodeosastolta suoraan kotiin lähteville potilaille. Tutkimuksen laadun varmistamiseksi haastattelut tullaan nauhoittamaan.

Osallistumisenne tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta kyseiseen tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa. Haastattelusta saadut aineistot ovat ainoastaan vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä, joten työn valmistumisen jälkeen aineistot hävitetään asianmukaisesti. Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyön tutkimukseen osallistumisesta. Tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä, joten raportista ei pysty yksittäistä henkilöä tunnistamaan. Olisimme kiitollisia, jos pystyisitte osallistumaan keskustelemalla meidän kanssamme ryhmänohjaukseen liittyvistä kysymyksistä.

Ystävällisin terveisin

**Tarja Honkala**[tarja.honkala@courses.tamk.fi](mailto:tarja.honkala@courses.tamk.fi)

Kliininen asiantuntija,

YAMK, opiskelija

Tampereen ammattikorkeakoulu

**Miia Metsäpuro**[miaa.metsapuro@courses.tamk.fi](mailto:miaa.metsapuro@courses.tamk.fi)

Kliininen asiantuntija

YAMK, opiskelija

Tampereen ammattikorkeakoulu

**TUTKITTAVAN SUOSTUMUS****RYHMÄNOHJAUS KOTIUTTAMISEN TUKENA TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEEN**

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Jos päätän peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

**Paikka ja aika**

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Suostun osallistumaan haastatteluun:****Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_  
Osallistujan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Tutkijoiden allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimenselvennys

\_\_\_\_\_  
Nimenselvennys

## **RYHMÄNOHJAUS KOTIUTTAMISEN TUKENA TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEEN**

### **KYSYMYKSIÄ POTILAILLE**

#### **Ryhmänohjaus:**

1. Oliko ryhmänohjaus mielestäsi hyödyllinen, ja miten?
2. Miten ryhmänohjausta voisi kehittää paremmaksi?
3. Kaipaisitko lisää tietoa jostain tietystä kotiutumiseen liittyvästä aiheesta, ja mistä?

#### **Omaiset:**

4. Olisiko omaisten mukana olosta hyötyä ryhmänohjauksessa, ja miten?

#### **Materiaali**

5. Millaista materiaalia toivoisit ryhmänohjauksen tueksi?

**RYHMÄNOHJAUKSEN ENNAKKOTEHTÄVÄ**

Hei! Olet osallistumassa ryhmänohjaukseen. Haluaisimme kartuttaa kotiutumiseen liittyviä tietoja niistä aiheista, mitkä sinua huolettaa tai mistä olet kiinnostunut saamaan lisää tietoa Rastita tyhjästä ruudukosta itsellesi sopivat vaihtoehdot. Kiitoksia kun osallistut ryhmänohjaukseen. Ohjaajat Tarja Honkala ja Miia Metsäpuro.

	<b>Haavan hoitaminen</b>	
	<b>Kipu ja kipulääkkeiden käyttö</b>	
	<b>Laskimotukoksia ehkäisevän lääkityksen käyttö</b>	
	<b>Muu lääkitys</b>	
	<b>Mustelmat ja turvotus</b>	
	<b>Liikkuminen ja liikunnan harrastaminen</b>	
	<b>Tekonivelinfektiot</b>	
	<b>Autolla ajaminen</b>	
	<b>Muu aihealue</b>	

**Kirjoita sanallinen vastaus alapuolelle, jos tarvitset muusta aiheesta lisätietoa.**

---







---



---

## RYHMÄNOHJAUS KOTIUTTAMISEN TUKENA TEKONIVELLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

MITÄ MIELTÄ OLIT RYHMÄNOHJAUksesta, RASTITA SOPIVA VAIHTOEHTO

**Kerro mielipiteesi ryhmänohjauksesta:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
”Ryhmässä kerrotaan niitä asioita kaikille samaan aikaan.”	Samaan aikaan saatu ohjeistus.	Dialoginen ohjaus keskustelu.	Hoitajien näkemys ryhmäohjauksesta
”Siinä voi kysellä sitten niin ku siltä hoitajalta niitä asioita paremmin ja vapaammin.”	Vapaa keskustelu.		
”Potilas ohjausta ryhmässä, siis ohjattavan asian yhdessä läpi käyntiä. Vastavuoroista keskustelua, mahdollista potilaalla osallistua siihen.”	Vastavuoroinen keskusteleminen.	Materiaalin käyminen kasvotusten läpi.	
”Kyllä mä koen, se ihmisen läsnäolo on siinä niin ku a ja o. ja se materiaali, mikä täällä jaetaan, niin sen läpikäyminen tosiaan niin ku kasvotusten.”	Materiaalin käyminen kasvotusten läpi.		
”Tosiaan tässä ajassa ne videot ja muut, ne on mahdoton teettää, mutta mieltii sitä, kuinka paljon sitten tavallaan lähemmäs pääsee ihan sillä, et jutellaan.”	Ryhmässä keskusteleminen.	Asioita tulee katsottua monimuotoisesti ja toisesta näkökulmasta.	
Tullaan asioita käymään niin kuin läpi vähän eri tasoilta ja tosin monimuotoisemmin. Tulee toista näkökulmaa.”	Asioita tulee katsottua monimuotoisesti ja toisesta näkökulmasta.		
”Se on kotiuttamista tukevaa ohjausta.”	Tukee kotiutusta	Asioista puhutaan yhdessä.	
”Jotta potilas sais siitä kaiken hyödyn irti, niin se pitää olla se tilanne sellanen, et se ei oo niin ku, että hoitaja puhuu.”	Asioista puhutaan yhdessä.		
”Siinä on joukko ihmisiä, enemmän kuin yksi, joita sitten joku ammatti henkilö ohjaa tietystä jostain asiasta.”	Ammattihenkilö ohjaa ryhmää käyden tiettyjä asioita läpi.	Vertaistuellinen ryhmäohjaus.	
”Tää ei missään nimessä voi poistaa sitä hoitajan antaa ohjausta, koska sille tasolle ei voida mennä ryhmäohjauksessa, potilaalla on eri lääkitykset ja on eri tausta sairaudet ja on eri kotiolut ja muut.”	Ryhmäohjaus yksilöohjauksen tukena		
”Se on ohjausta ja kotiuttamista tukevaa. Siinä tulee se vertaistuen merkitys ja ehkä semmoinen, et potilaan on helpompi kysyä siinä kuin kahden kesken.”	Ohjaus tukee kotiutumista vertaistuellisen keskustelemisen avulla.	Aikaisemmat leikkauskokemukset.	
”Jollakin voi olla kokemusta sitten niistä asioista jo enemminkin, että heillä on vielä parempi kokemus monesti niistä asioista, itte potilaalla, kun sillä joka sitä ryhmää vetää.”	Ohjaus tukee kotiutumista vertaistuellisen keskustelemisen avulla.		
”Ohjauksessa, tulee asioita ajateltua eri lailla ja toisen potilaan avulla.”	Yhdessä oppiminen.	Oppiminen avoimessa ilmapiirissä	



<p>”Hyöty, mut vaan siinä tapauksessa, et jos ryhmän niin, kun ilmapiiri on semmoin avoin ja tehty sellaseksi, että siellä potilas uskaltaa tuoda omia mielipiteitään tai tai niin ku uskaltaa kysyä.”</p>	Avoin ilmapiiri		
<p>”Tää on tammönen ryhmänohjaus, jossa käydään nää tietyt asiat, mut jos se on sellanen yksisuuntanen se informaatio, niin sitten se ei o potilaslähtöisyyttä välttämättä.”</p>	Ryhmänohjauksessa käydään tietyt asiat läpi.	Potilaslähtöinen ohjaus yleisellä tasolla.	
<p>”Toki hän saa siitä sen semmosen yleisinfon. et sillä tavalla hyöty.”</p>	Informaatio tulee kertoa potilaille yleisellä tasolla.		
<p>”Pysytään tammösellä yleisellä ohjaustasolla.”</p>	ohjausta yleisellä tasolla		
<p>”Siinäähän ei pysty antamaan semmosta yksilöllistä ohjausta, mutta semmosen yleisen.</p>	Asioita käydään läpi yleisellä tasolla		
<p>”Se sisältö on semmoinen, mikä on suunniteltu justiin niitä, sitä ryhmää varten ja ajateltu etukäteen.”</p>	Ryhmänohjauksessa huomioidaan potilaiden tarpeet.		
<p>”Huomioiden siis aika ja ryhmä. Se ei voi olla kauheen tota perusteellista, vaan se pitää olla sellasta jäsenneltyä, selkeätä ja lyhyttä.”</p>	Asioista puhutaan tiivistetysti yleisesti ja potilaiden tarpeet huomioiden.		
<p>”Mitä sitten ryhmässä voi puhua, että ihan kaikkea ei voi puhua, vaikka kuinka tarve ehkä olisi sillä hetkellä, sitten vois sanoa, et palataan hetken kulltua omassa huoneessa tai muuta.”</p>	Huomioidaan potilaan yksityisyys.		
<p>”Näähän nousee hirveen pitkälti potilas kokemuksen mukaan.”</p>	Potilaskokemukset		
<p>Sit huomioida se kuitenkin, et ryhmä ei saa kestää tuntia, et se mitä siinä pystyy niin, kun puhumaan on haaste.”</p>	Aikarajoitus tuo haasteen ohjauksen sisällölle.		
<p>”Periaatteessa potilasopas tiiviisti läpi käytynä, mut sit liikaa sitä asiaa ei sit taas voi olla.”</p>	Tärkeimmät asiat potilasoppaista tiivistetysti.		
<p>”Semmoista tiivistä tekstiä, koska sitten noi oppaat on erikseen, mitä he voi sitten lukea, kun siihen on aikaa ja kykyä.”</p>	Asiat tulee esittää lyhyesti.		
<p>”No joo kyllä siis mun mielestä kaikille pitäis olla jonkinlainen perehdytys. ja sitten että se oi se ryhmänohjaus, niinku yhtenäistä, että kaikki sanois ne samat asiat.”</p>	Perehdytys kuuluu kaikille.	Perehdytys.	<b>Hoitajien ryhmänohjaustaidot</b>
<p>”Mää koen, että en. Mää oon vetänyt jo preryhmiä, niin se on kyllä niin ku tuttua, mutta sanosin, että semmosille jolle se ei ole niin tuttua, niin erittäin hyvä idea.”</p>	Perehdytystä vain kokemattomille.		
<p>”Ei ehkä perehdytystä mutta ehkä semmoista kokeilua kuitenkin. Ehkä se sitten, kun on kerran ryhmänohjauksen pitänyt niin aika paljon jo oppii siitä itte tilanteesta, että toisaalta ne asiat on sillain itelle tuttuja ja</p>	Kokemuksen kautta oppiminen.	Työkokemus	

niistä osaa puhua niistä asioista ja jos jotain kysymyksiäkin tulee niin todennäköisesti niihin osaa vastata.”	Osaston sisäinen kouluttaminen.	Koulutukset	
”Se pitäisi saada sille tasolle, et ammattilaiset voi kiertää siinä. Saattaa tulla sairastumisia, saattaa tulla mitä vaan, et äkkiä toinen joutuukin paikkaan. Se ei voi jäädä yhden ihmisen harteille.”	Potilaan ohjauksessa huomioitava mm. turvotukset, mustelmat, ravitsemus, vatsantoiminta, vatsansuojalääkitys ja tukoslääkitys.	Tärkeimmät aihealueet mm. haavanhoito, kipua ja muu lääkitys, mustelmat, turvotukset ja komplikaatiot.	<b>Hoitajien näkemys ryhmäohjauksen menetelmistä ja sisällöstä</b>
”Kaikilla on turvotusta, mustelmaa enemmän tai vähemmän. Ja tota ravitsemus sen puolesta, et se ihminen niin ku kokonaisuutena, huomioden sen vatsantoiminnan ja sitten taas se lääkehoitodossa se vatsansuojalääkitys, ja tota tukoslääkitys on aina semmonen potilaita mietittävä asia.”	Haavakipu		
”Haavakipu on yksi.”	Mustelmat kuuluvat asiaan.		
”Sit voidaan näyttää jostain mustelmaisesta polvesta, et tää on vielä normaalia, vaikka se polvi olisi iha musta.”	Kipulääkkeiden käytön ohjeistus.		
”Sitten kipulääkitys, miten sitä käytetään ja miten sitä voi lopettaa, se on tosi tärkeä.”	Turvotus tai hematooma aiheuttaa kipua. Kivun hoidosta kertominen.		
”Kipu voi johtua turvotuksesta taikka tota hematoomasta ja et niin ku, sillä lailla yleisellä tasolla sitä kivunhoito.”	Haavanhoitodosta tulisi kertoa oleelliset asiat, kuten miltä haava näyttää.		
”Haavanhoitodosta ne, et koska haavansidokset pois. Miltä hyvä leikkaushaava näyttää vielä kotonakin ja mikä on se ero, että milloin se haava ei näytä enää hyvältä. Koska se haavavuoto on vielä normaalia, koska se ei oo.”	Komplikaatiot ja ihon kunto.		
”Semmoisia komplikaatioita esimerkiksi jollakin lailla mitä kotona voi tulla esille leikkauksen jälkeen ja mikä on normaalia ja mikä ei oo normaalia. Ja siihen ihon kuntoon yleensäkin.”	Autolla ajaminen.		
”Autoilu on asia, jota kysytään aina.”	Kuntoutumisessa on tärkeää olla aktiivisesti liikkeellä harrastaen erilaista liikuntaa.		
”muistatte olla paljo liikkeellä ja, ja semmonen, niin ku toiset ei oo kauhee himo urheilijoita, se täytyy aina muistaa, et ei niin ku tuputeta sitä liikaa, vaan sit korostetaan sitä myöskin, et toi, se liikkuminen on myös niiten kotiaskaareitten tekemistä, ja kävellään vaikka sinne postilaatikolle, ja edetään niin ku siihen omaan lähtiäsoo, mitä se on ollut ennen leikkaustakin.”	Käytännön asiat kotona.		
”No ihan kaikista käytännön asioista, kuka käy kaupassa ja miten ne hoitaa siä kotona kaikki asiat.”			

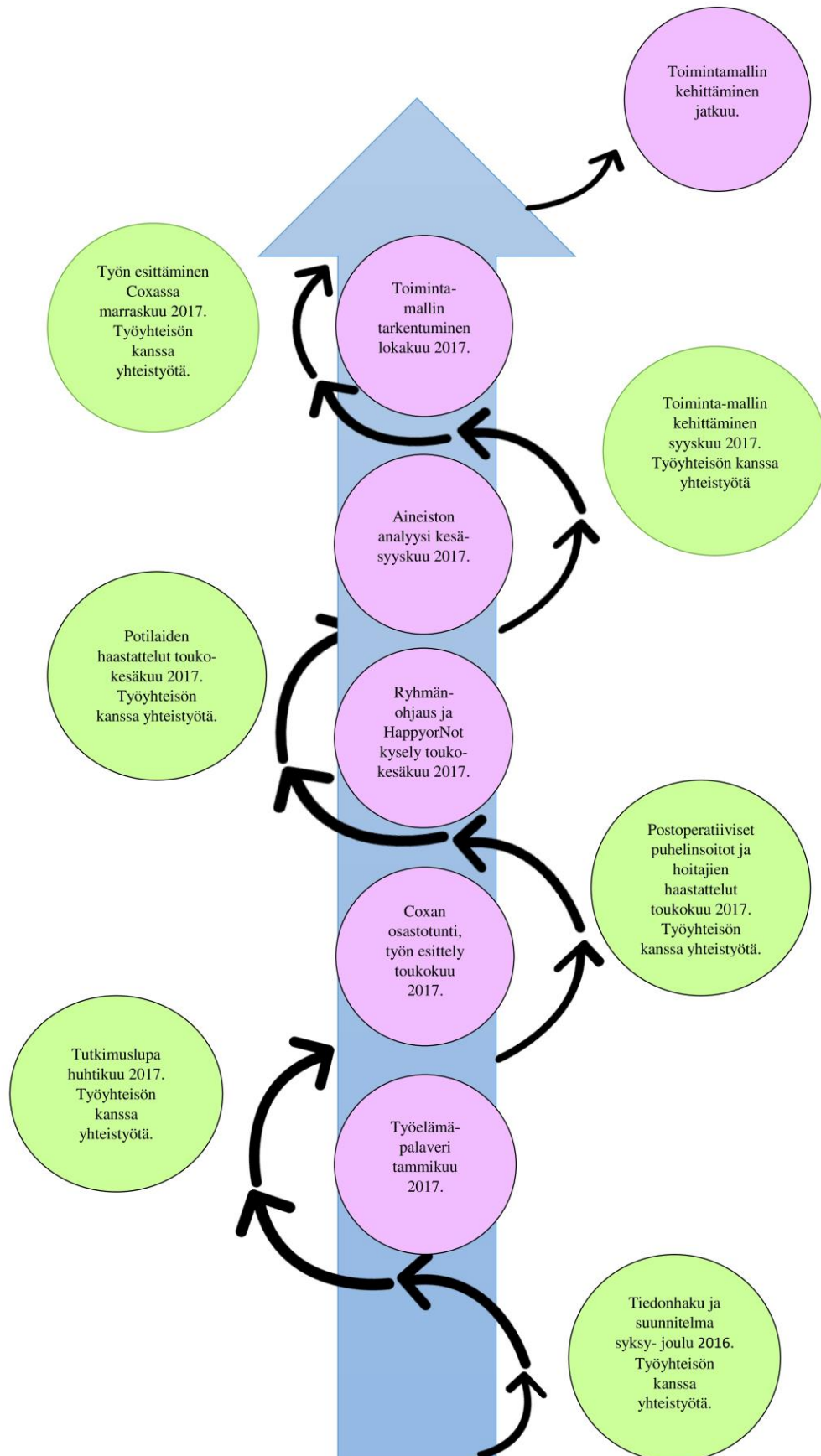
<p>”Onko koti siinä kunnossa, että sinne voi mennä, ja ihan siinä vois olla tästä paluumatkasta, kun se on jotenkin joskus jollekin se kompastuskivi, miten sinne mennään.”</p>	<p>Kodin valmisteleminen ja paluumatka.</p>		
<p>”Ryhmänohjauksen materiaali tulee olla samaa materiaali, joka potilaalle jaetaan muutenkin, se pitää puhua samalla kielellä ja samalla tavalla. Se ei voi olla kauheen tota perusteellista, vaan se pitää olla sellasta jäsenneilyä, selkeätä ja lyhyttä.”</p>	<p>selkeät ohjausmateriaalit.</p>	<p>Ohjausmateriaalit ja kuvat</p>	
<p>”No kauheesti ei semmoista niin materiaalia varmaan ei siinä ohjauksessa niinkään tarvita, mutta semmoisia jotain kuvia paremminkin.”</p>	<p>Kuvat ovat informatiivisia.</p>		
<p>”No varmaan joku, ehkä joku video vois olla hyvä, tai joku powerpoint et sitä voi lukee.”</p>	<p>Powerpoint ja videot.</p>	<p>Teknologia välineet</p>	
<p>”Kannattaa miettiä olisko se mahdollista laajentaa niin, että potilas pystyis sitä huoneessaan kattomaan. Siis tänä päivänä kuitenkin ihmisillä on kaiket älylaitteet jo mukana.”</p>	<p>kaikki teknologia, joilla voidaan havainnollistaa asioita.</p>		
<p>”Meillä on kuitenkin mahdollisuus jotenkin saada ne esim. potilashuoneiden tv:seen näkyviin tai se potilaan läheiset vois niitä kattoa ehkä kotona valmistautuessaan. Et kyllä sitä kannattaa oikeasti miettiä, et onko se semmoinen, et jonka voisi Coxan sivuille ladata jonkin muotoisena.”</p>	<p>Videoiden käyttömahdollisuudet</p>		
<p>”Kaikki laitteet millä voidaan näyttää sitä tekstiä esimerkiksi niin kyllä ne auttaa siinä. Ja toisilla potilailla voi olla just sellainen kuva muisti, että ne muistaa paremmin kun ne on nähnyt jonkun asian, mutta kyllä toi appikin, tietysti tukee siellä kotona olemista. Jos vaikka sitä näytettäisi sen käyttöä.”</p>	<p>Teknologia laitteet ja apsit.</p>		
<p>”Osa oppii sillain, että ne lukee jotain, ja osa sillain että ne kuuntelee, ja osa sillain et ne näkee jonku videon.”</p>	<p>Huomioidaan erilaiset oppimistyylit</p>		

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
”Kyllä koin hyödylliseksi, ja just kun se tulee tämmöiseen tarkoitukseen.”	Hyödyllinen ryhmänohjaus	keskusteleminen yhdessä ryhmän kanssa.	Yläluokka
”No en oikeestaan osaa sanoa tuohon tota mitään muuta, tota niin, vastasi odotuksia kyllä.”	Odotusten mukainen		Vertaistuellinen Ryhmänohjaus
”Jokainen niin ku kerrottiin siinä, mikä leikkaus meillä on, ja sai kertoa vähän menneestäkin, ja näin siinä tutustuttiin toisiin.”	Yhdessä keskusteleminen		
”No kyllä, se on hyödyllinen nimenomaan sen vuoksi, että siinä on se ryhmän jäsenen mukana, ja kukin vähän eri laisesta näkökulmasta esittää kysymyksiä eli vois sanoa, että tämmöisiä hiinoa vertaistukea.”	Keskusteleminen eri näkökulmista.		
”Saatiin ne tiedot mitä me kysyttiin, et tässä vuoroperään yks ja toinen kysyi, ja tässä tuli paljon tietoa.”	Ryhmässä oppiminen.		
”Täytyy ottaa huomioon, että teillä tulee vastaan muillakin kielillä, kuin suomeksi täällä käy leikkavana venäjältä uskoisin ja sitten mitä enemmän pakolaisia tulee suomeen sijoittuun, niitä on ikäihmisiä sielläkin, niin että, kehittää miten sitten tulkin avulla hoidan asian.”	keskusteleminen vierailta kielillä ja tulkin käyttö.		
”Tässä ei varmaankaan, yksityisesti jonkun ihmisen kohdalle mennä sitten syvenemmälle, koska ei tässä nyt mitään tämmöstä niinku avautumista ruvettu harrastamaan.”	Keskustellaan yleisellä tasolla.		
”Musta se vapaa keskustelu ja kysyminen ihan näinkin riittää.”	Vapaa keskusteleminen.		
”Hyödyllinen oli sikäli tietenkun, kun on vaikeeta saada päähänsä näitä asioita selvästikin, kun on aika pölyyissä näistä lääkkeistä, niin yhdellä kerralla ei kyllä mene, jos hoitaja kertoo niin se ei ainakaan minuun uppoo, pitää toistaa.”	Ohjeiden toistaminen.	Asioiden kertaaminen.	
”No oli se hyödyllistä varsinkin siinä sitten, ku oli avoimesti keskusteltu, ja kommentoitiin, jottain mitä samoja tai mitä ite ei ollut kuullut tai muuta. Ei varmaa hoitaja aina kaikkee aina muista kertoa tai aina jotain kuulee tai sitten on itellä mennyt ohi korvan, niin kuulee sen uudestaan vähintään tossa sitten.”	Asioita oppii toisilta kuuntelemisen ja keskustelemisen kautta toisilta potilailta		

<p>”Tästä pahoinnista ja niin kun kuinka paljon optiaattia ja kuinka paljon niinku pahoinnintilääkettä.”</p> <p>”Mulle ei sano mitään minkälaisia nestemäistä haavasta tulee, niin, mä en osaa oikein sanoa, mikä on hyvää ja mikä huonon näköistä nestettä.”</p> <p>”Ainahan sitä uutta tietoa tarvis, autolla ajaminen on yksi.”</p> <p>”Kun näitä on monenlaisia proteeseja, että mitä kaikkia voidaan käyttää. Että minkälaisia nyt on asennettu, niin tarkempaa.”</p> <p>”Jos joku haluaisi jotain liikettä tarkoittaa niin voisi vielä tässä tarkentaa.”</p>	<p>Kipu- ja pahoinnintiläkkeiden ohjeistus.</p> <p>Haavanhoito- ohjeet.</p> <p>Autolla ajaminen sekä muut aihealueet.</p> <p>Erlaiset proteesit ja niiden käyttö</p> <p>Liikkeiden ohjaus</p>	<p>Tärkeimmät aihealueet mm. kipu- ja pahoinnintiläkkitys, haavanhoito ja autolla ajaminen</p>	<p><b>Potilaiden näkemys ryhmänohjauksen menetelmistä ja sisällöstä.</b></p>
<p>”Varsinkin kuvat on mun mielestä tosi hyvät, ja varsinkin haavaan liittyen semmosta, jotain, koska eihän sitä ite tiedä mitään. Kuva voisi selittää mulle sen enemmän kuin sanat, niitä voisi olla enemmän.”</p> <p>”Tarttuu varmaan niin kuin paremmin päähän, kun ne näkee.”</p> <p>”Ei saa olla paljoo vaan lyhyt ja ytimekäs. Ja hyvät valokuvat.”</p> <p>”Jotain tällästä materiaalia johon ois tehty niinku kaikki asiat hyvin lyhyesti kerrottu.”</p> <p>”Teillä on tuossa se PowerPoint ohjelma, että kyllä se varmaan ihan hyvä ois, ei niin ku sitten enää kaipais mitään nyttien videoiden lisäksi juurikaan muuta.”</p>	<p>Kuvamateriaali.</p> <p>Oppiminen näkemällä.</p> <p>Tiivis kuvallinen informaatio.</p> <p>Materiaalissa asiat kerrottu lyhyesti.</p> <p>PowerPoint materiaalin käyttö.</p>	<p>Tiivis kuvallinen informaatio</p> <p>Teknologian hyödyntäminen ohjauksessa</p>	<p><b>Potilaiden näkemys omaisten osallistumisesta ryhmänohjaukseen</b></p>
<p>”Kyllä mun mies olis varmaan ihan mielellään tullut tähän, jos hän olis tiennyt, että hän voi nyt tulla, kun hän oli tuollakin osastolla aina niin tarkkana, että nythän sää teet väärin ton liikkeen, et se jumppari sano sulle ihan eri lailla, että kun sinä on kaksi kättömässä, niin menehän se toki paljon paremmin perille että toinen tarkentaa siinä sivussa.”</p> <p>”No tietysti kysymällä ihan suoraan, että haluaako osallistua, ehkä jollain kirjallisella tai puhelimitse.”</p> <p>”Polvipotilaille saattaisi olla silloin, kun potilas on mies. Johtuen siitä, kun että, ne aina tukeutuu siihen vaimoon, ja se ja vaimo joutuu sitten vaikeeseen tilanteeseen jos se ei tiedä mitään.”</p>	<p>Omaisten läsnäolo ohjauksessa toivottua.</p> <p>Omaisille tiedottaminen kirjeitse tai puhelimitse.</p> <p>Omaisten saaminen mukaan.</p>	<p>Omaisten läsnäolo ohjauksessa.</p>	<p><b>Potilaiden näkemys omaisten osallistumisesta ryhmänohjaukseen</b></p>

<p>”Mun mies ei kyllä tulisi, kun inhoa sairaaloita. Tätä on vähän kinkkinen kysymys, koska on vähän vaikeata saada ihmisiä varmaan tulemaan mukaan, mutta noin, kyllä se informaatio mitä tässä nyt saadaan niin, kyllä me se niin ku viedään sitten eteenpäin sinne omaisille, että uskoisin se riittää ihan.”</p>	<p>Potilas vie ohjaustiedon itse omaisille.</p>	<p>Potilas ohjeistaa itse omaisia.</p>	
<p>”Mulle ei. Meidän isäntä lätkyttäs koko ajan niitä samoja asioita vuodesta toiseen mulle, että eksää muista mitä siellä sanottiin.”</p>	<p>Omaisten läsnäoloa ei koettu tarpeelliseksi.</p>		
<p>”Olisi varmaanakin, jos ne sais paikalle. et ne tajuais mitä ne vois siä kotona tehdä. kyllä me aika huonokuntosia viä ollaan, kun me kotio mennään.”</p>	<p>Omaisten saaminen ohjaukseen paikalle hankalaa.</p>	<p>Ohjauksen ajankohdasta sopiminen.</p>	
<p>”Me nyt ollaan eläkeläisiä, mutta jos jos ois niin kuin sillain, että puoliso olisi töissä esimerkiksi niin kyllä se ois aika hankalaa.”</p>	<p>Ajankohdan sopiminen kaikille samaan aikaan on haasteellista.</p>		
<p>”Olisi, koska sitä vois hyödyntää sitten kotona ja meidän mamma ois varmaan tullutkin, mutta tota nohdin puhua siitä illalla, kun se kävi täällä. En tiä olisko tullut noin lyhyellä varotus ajalla, mutta olisi varmaan ollut kiinnostunut.”</p>	<p>Ajoissa annettu informaatio ohjauksen ajankohdasta.</p>		

## Liite 11 Toimintatutkimuksen syklin vaiheet





## HAAVANHOITO

- Haava-alueen normaaliin paranemiseen liittyy punoitus ja kuumotus, joka saattaa lisääntyä harjoittelun jälkeen.
- Pidä haavasidosta viisi vuorokautta. Mikäli haava vuotaa vielä tämän jälkeen, suojaa haava sidoksella kunnes se on kuiva.
- Vaihda haavasidos aina puhtain, pestyin käsin.
- Voit peseytyä normaaliin tapaan.
- Varaa aika hakastenpoistoa varten kotikuntasi terveyskeskuksesta tai yksityiseltä palvelun tarjoajalta.





*On erittäin tärkeää,  
ettei kipu hidasta  
kuntoutumistasi.*

## KIPU JA KIPULÄÄKITYS

- Ensimmäisten viikkojen aikana kotiutumisesta, on tarpeen ottaa kipulääkkeitä samalla annostuksella kuin sairaalassa ollessa.
- Aktiivinen kuntoutuminen ja liikkuminen vaatii säännöllistä kipulääkkeiden käyttöä.
- Kipu ei saa olla esteenä liikkumiselle ja harjoittelulle.
- Kipu ja kipulääkkeiden tarve ovat hyvin yksilöllisiä. Lopeta kipulääkitys vähitellen kokeilemalla pienempää annostusta.

Tekonivelsairaala  
**COXA**



## LASKIMOTUKOKSIA EHKÄISEVÄ HOITO

- Aktiivinen liikkuminen on paras tapa ehkäistä laskimotukoksia.
- Leikkauksen jälkeen sinulle määrätään tukoksia ehkäisevä lääkitys. Saat opastusta lääkityksen käyttöön osastolla.

Tekonivelsairaala  
**COXA**



## MUU LÄÄKITYS

- Vatsansuojälääkitystä käytetään lääkemääräyksen mukaan leikkauksen aiheuttaman elimistön stressitilan ja kipulääkkeiden käytön vuoksi.
- Leikkauksen jälkeinen ummetus on yleistä. Siksi siihen kannattaa kiinnittää huomiota juomalla riittävästi ja liikkumalla. Saatat myös tarvita apteekista saatavia vatsanpehmentyvalmisteita.
- Voit ottaa omat kotilääkkeesi sinulle annetun ohjeen mukaan.

Tekonivelsairaala  
**COXA**



## MUSTELMAT JA TURVOTUS

- Turvotus haava-alueella ja koko leikatussa raajassa on normaalia.
- Turvotuksen laajuus ja kesto vaihtelee yksilöllisesti ja saattaa kestää useita kuukausia.
- Mustelma muodostuu usein leikkaushaavan ympäristöön ja laajemmalle alueelle, mutta ne häviävät itsestään.
- Mustelmat saattavat olla kivuliaita ja niiden parantuminen vie usein pitkän ajan.

Tekonivelsairaala  
**COXA**



## LIKKUMINEN JA LIKUNNAN HARRASTAMINEN

- Toipilasaikana sinun tulee kävellä, harjoittaa leikkattua niveltä ja palata vähitellen normaaliin arkeen. Arkiaskareet ovat osa kuntoutusta.
- Kävelyn lisäksi voit heti ajaa ja kuntopyörää kevyellä vastuksella sekä ajaa vähitellen polkupyörää. Vesivoimistelun ja –juoksun sekä uinnin voit aloittaa haavan parannuttua.
- Iskumainen kuormitus, kuten juoksu ja hyyt saattavat lyhentää tekonivelen käyttöikää.
- Hyvä lihaskunto edesauttaa tekonivelen toimintaa.

Tekonivelsairaala  
**COXA**



## AUTOLLA AJAMINEN

- Autolla voit ajaa kun raajan hallinta on riittävä ja lopettanut kovien kipulääkkeiden käytön.

Tekonivelsairaala  
**COXA**



## ONGELMIA?

- Ota aina yhteyttä Coxan vuodeosastolle p. 03 31178040, jos leikkausalueella on ongelmia tai:
- Haava-alueella on lisääntyvää kipua, turvotusta, punoitusta tai kuumotusta.
- Haavasta tulee märkäistä vuotoa.
- Verenvuoto haavasta lisääntyy.
- Lämpösi on vuorokauden ajan yli 38°C.
- Älä aloita haavan paranemisiongelmaan liittyvää antibioottilääkitystä ennen kuin Coxan lääkärin arvioi sen tarpeellisuuden

Tekonivelsairaala  
**COXA**



## MUUT ASIAT

Tekonivelsairaala Coxassa on käytössä takaisinsoittopalvelu. Puhelinnumero tallentuu järjestelmään ja soitamme sinulle takaisin.

**Voit aina ottaa yhteyttä Coxan vuodeosastolle  
p. 03-3117 8040**

**HYVÄÄ KUNTOUTUMISTA!**

Tekonivelsairaala  
**COXA**

	KAIKKI ON HYVIN, KUN:	SOITA COXAAN, JOS:	HAKEUDU PÄIVYSTYKSEEN, JOS:
<b>KIPU</b>	Kipu helpottaa kipulääkkeellä. Leikkauksen jälkeinen kipu on normaalia.	Kipu leikatussa raajassa yltyy sietämättömäksi ja estää nukkumista ja liikkumista. Säännöllinen kipulääkitys ei riitä etkä pärjää kivun kanssa kotona.	
<b>TURVOTUS JA MUSTELMAT</b>	Leikattu jalka on lämmin ja punainen. Turvotukset ja mustelmat kuuluvat asiaan useamman viikon/kuukauden ajan. Turvotus laskee yön aikana. Mustelmia voi olla laajoillakin alueilla.	Turvotus lisääntyy voimakkaasti eikä vähene yön aikana.	Jalka on punainen ja kosketusarka. Raaja on huomattavan turvonnut, poikkeuksellisen kivulias, kuumottava, kosketusarka, kova tai punoittava.
<b>LEIKKAUS-HAAVA</b>	Haavasidekseen voi tulla vuotoa ensimmäisten vuorokausien aikana. Vuoto vähenee päivien kuluessa.	Vuoto lisääntyy haavasidekselle. Sidosta täytyy vaihtaa useammin kuin kerran päivässä.	Haavavuoto lisääntyy huomattavasti tai vuoto on märkäistä. Kuume on toistuvasti yli 38 astetta.
<b>UMMETUS</b>	Vatsa toimii normaalisti.	Olosi on kuvottava tai kärsit voimakkaista vatsakivuista. Vatsa ei toimi edes vatsan-toimintaa edistävillä lääkkeillä.	
<b>RUOKAHALU</b>	Ruokahalu on pääosin normaali. Ajoittain voi olla kuvottavaa oloa.	Ruokahalu on huono. Kärsit satunnaisesta oksentelusta ja pahoinvoinnista, jonka vuoksi et voi käyttää lääkkeitä.	Kärsit toistuvasta oksentelusta. Et pysty syömään tai juomaan. Yleisvointi heikkenee.

**Coxan vuodeosasto: 03 3117 8040**

Tekonivelisairaala  
**COXA**