

Minna Korpela

**POTILAIKEN KOKEMUKSIA PERIOPERATIIVISESTA OHJAUK-
SESTA POLVEN PRIMAARIN TEKONIVELLEIKKAUKSEN YH-
TEYDESSÄ**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Helmikuu 2018**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Helmikuu 2018	Tekijä/tekijät Minna Korpela
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi POTILAIEN KOKEMUKSIA PERIOPERATIIVISESTA OHJAUKSESTA POLVEN PRIMÄÄRIN TEKONIVELLEIKKAUKSEN YHTEYDESSÄ		
Työn ohjaaja Annukka Kukkola, yliopettaja	Sivumäärä 43 + 4	
Työelämäohjaaja Sanna Alho, apulaisosastonhoitaja		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata polven primaarien tekonivelleikkauspotilaiden kokemuksia saamastaan perioperatiivisesta ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota Soiteissa polven tekonivelpotilaiden ohjaukseen osallistuva henkilökunta voi hyödyntää kehittäessään potilasohjausta entistä asiakaslähtöisemmäksi. Henkilökunta voi käyttää opinnäytetyön tuloksia omien ohjauksikäytänteidensä kehittämiseen sekä keskustelun herättämiseen asiakaslähtöisestä potilasohjauksesta työyhteisön sisällä. Lisäksi Soiten anestesia- ja leikkausyksikön henkilökunta voi käyttää opinnäytetyön tuloksia heidän luodessaan ja kehittäessään yksikön omaa sujuvaa ja potilaslähtöistä ohjausta polven tekonivelpotilaiden lisäksi myös muilla potilasryhmillä.</p> <p>Opinnäytetyön kohderyhmänä oli polven primaarissa tekonivelleikkauksessa olleet potilaat. Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin 11.9.–29.12.2017. Aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella. Kyselylomakkeet jaettiin potilaille päiväkäynnin yhteydessä 2–3 viikkoa ennen toimenpidettä. Kyselyyn oli vastausaikaa kaksi viikkoa toimenpiteestä alkaen. Kyselylomake jaettiin 35 potilaalle ja vastauksia saatiin 10. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Enemmistö potilaista koki potilasohjauksen kokonaisvaltaisena ja asiakaslähtöisenä. Potilaat kokivat saavansa ohjauksesta kattavaa tietoa koko hoitoprosessista. He kokivat, että ohjaus loi heille turvallisuuden tunnetta. Ohjauksessa otettiin potilaan yksilölliset tarpeet huomioon. Ohjauksessa ollut asioiden kertaaminen koettiin yksilöllisesti. Potilaat kokivat, että hoitajilla oli hyvät ammatilliset vuorovaikutustaidot. Kuitenkin osa potilaista oli kokenut hoitoyksinäisyyttä ohjausprosessin aikana. Potilaat olivat kokeneet, että heidän tarpeitaan ei huomioitu ja että hoitohenkilökunnan kohtaaminen oli ollut epävarmaa.</p> <p>Potilaiden mielestä perioperatiivista ohjausta kehitettäessä tulisi kiinnittää huomiota ohjauksen asiakaslähtöisyyteen. Ohjaukseen tulisi lisätä tietoa postoperatiivisesta kivunhoidosta ja mahdollisista leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista.</p>		
Asiasanat Perioperatiivinen hoitotyö, polven tekonivelpotilas, potilasohjaus.		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date February 2018	Author Minna Korpela
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Name of thesis PRIMARY KNEE REPLACEMENT OPERATION PATIENTS´ EXPERIENCES ON PERIOPERATIVE EDUCATION		
Instructor Annukka Kukkola, Principal Lecturer		Pages 43 + 4
Supervisor Sanna Alho, Staff Nurse		
<p>The purpose of the thesis was to describe the experiences of primary knee replacement patients on perioperative education. The aim of the thesis was to produce information that could be utilised by the staff participating in the patient education on knee replacement in Soite in order to develop the patient education to be more customer-oriented. The staff can use the results of the thesis to enhance their patient education practices and to encourage discussion on customer-oriented patient education inside the work community. Furthermore, the staff of the anesthesia and surgery unit of Soite can use the results of the thesis to create and develop their own fluent and patient-oriented patient education practices for knee replacement patients as well as for other patient groups.</p> <p>The thesis patient group included patients undergoing primary knee replacement, The data was collected during 11 Sept –29 Dec 2017. Data was collected using an open-ended questionnaire. The questionnaires were distributed to the patients in conjunction with the pre-operative appointment 2–3 weeks before the operation. The patients had two weeks to respond to the questionnaires after the operation. The questionnaires were distributed to 35 patients, of whom 10 responded to the inquiry. The data was analysed with inductive content analysis.</p> <p>The majority of the patients experienced the patient education as both comprehensive and customer-oriented. The patients experienced that they were getting comprehensive information about the whole process during the patient education. They experienced a feeling of safety due to the education. The patients´ individual needs were taken into consideration during the education. The repetition of the instructions in the education was individually experienced. The patients considered the nurses to have good professional social skills. However, some of the patients experienced care loneliness during the education process. The patients have experienced a lack of attention to their needs and that there has been uncertainty during the nursing staff meetings.</p> <p>According to the patients, attention should be paid to make the education patient-oriented when developing perioperative education. Information about the postoperative pain management and about the possible complications subsequent to the operation should be added to the education.</p>		
Key words Perioperative nursing, patient of knee replacement, patient education.		

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 TEKONIVELPOTILAIEN LAADUKAS PERIOPERATIIVINEN OHJAUS	3
2.1 Perioperatiivinen hoito	3
2.1.1 Polven tekonivelpotilaan hoito	4
2.1.2 Polven tekonivelleikkaus	6
2.1.3 Polven tekonivelpotilaan hoitopolku Soitessa	7
2.2 Potilaan ohjaus hoitotyössä	8
2.2.1 Potilasohjauksen menetelmiä	11
2.2.2 Perioperatiivinen polven tekonivelpotilaan ohjaus	12
2.2.3 Polven tekonivelpotilaiden perioperatiivinen ohjaus Soitessa	15
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	18
4.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö	18
4.2 Kvalitatiivinen lähestymistapa	19
4.2.1 Aineistonkeruu opinnäytetyössä	19
4.2.2 Opinnäytetyön aineiston analyysi	22
5 POTILAIEN KOKEMUKSIA PERIOPERATIIVISESTA OHJAUKSESTA POLVEN PRIMAARIN TEKONIVELLEIKKAUKSEN YHTEYDESSÄ SOITESSA SYKSYLLÄ 2017..	24
5.1 Polven tekonivelpotilaiden kokemuksia ohjauksesta hoidon eri vaiheissa	24
5.2 Potilaiden kehittämissuhteita perioperatiivisesta ohjauksesta	26
6 POHDINTA	29
6.1 Polven tekonivelpotilaiden kokemuksia ja kehittämissuhteita ohjauksesta	29
6.2 Opinnäytetyön etiikka ja luotettavuus	31
6.2.1 Etiikan toteutuminen opinnäytetyössä	32
6.2.2 Luotettavuuden toteutuminen opinnäytetyössä	35
6.3 Ammatillinen kasvu	37
6.4 Jatkotutkimusaiheet ja johtopäätökset	38
LÄHTEET	39
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa tehdään vuosittain yli 550 000 leikkausta (Hammar 2011, 11), joista melkein 11 500 on polven tekonivelleikkauksia. Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa tehdään vuosittain noin 150 primaaria polven tekonivelleikkausta eli leikkausta, jossa niveleen asetetaan ensimmäistä kertaa tekonivel. Lisäksi Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa tehdään yli 20 polven tekonivelen uusintaleikkausta. (THL 2014, 1–13.) Perioperatiivinen hoitotyö sisältää kolme vaihetta: pre-, intra- ja postoperatiivisen vaiheen (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2016, 101). Perioperatiivisen hoitotyön ydin on potilasturvallisen hoidon varmistaminen (Arala & Haapa 2014, 20).

Tekonivelleikkauksen tarkoituksena on korvata potilaan oma tuhoutunut nivel tekonivelellä. Leikkauksen tavoitteena on poistaa kipua nivelestä sekä lisätä tai säilyttää nivelen liikelaajuutta. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015, 3.) Yleensä potilaat kokevatkin saaneensa leikkauksesta apua näihin ongelmiin (Harilainen & Sandelin 2010, 975). Tutkimuksen mukaan polven tekonivelleikkaus nostaa potilaiden fyysistä toimintakykyä (Peltomäki & Raisio 2013, 18). Polven tekonivelleikkaus kuuluu hoitotakuun piiriin. Keväällä 2017 keskimääräinen jonotusaika Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa polven tekonivelleikkaukseen oli neljä kuukautta. (Koskinen 2017.)

Potilaalla on lain mukaan oikeus laadukkaaseen ja yksilölliseen ohjaukseen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, § 5). Lisäksi potilasohjaukselle perustan luovat erilaiset hoitotyön toimintaa ohjaavat terveydenhuollon eettiset ohjeet, laatu- ja hoitosuosituksset sekä terveyst- ja hyvinvointiohjelmat (Eloranta & Virkki 2011, 11–12). Hoitotyössä potilasohjauksella vaikutetaan sekä potilaiden sairauksien hallintaan että yleiseen hyvinvointiin (Cook, Castrogiovanni, David, Stephenson, Dickson, Smith & Bonney 2008, 306).

Oma kiinnostukseni perioperatiiviseen hoitotyöhön johti siihen, että otin yhteyttä Soiten anestesia- ja leikkausyksikön apulaisosastonhoitajaan. Hän toivoi opinnäytetyötä, joka käsittelisi koko hoitopolun läpi jatkuvaa potilasohjausta. Myöhemmin opinnäytetyö tarkentui koskettamaan polven tekonivelpotilaita. Polven tekonivelpotilaat ovat potilasryhmänä monimuotoista ja toistuvaa ohjausta saava potilasryhmä. Leppilahden (2006) mukaan 82–89 % potilaista on tyytyväisiä leikkaustulokseen. Potilaiden tyytymättömyys saamaansa hoitoa kohtaan johtuu osittain liian vähäisestä tai puutteellisesta ohjauksesta.

Soite (2017a) on Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvvelukuntayhtymä. Anestesia- ja leikkausyksikössä tehdään vuosittain 5000 toimenpidettä (Soite 2017b). Anestesia- ja leikkausyksikössä potilasohjauksen määrä on lisääntynyt, koska yksikössä päiväkirurgisten potilaiden osuus on lisääntynyt. Muutama vuosi sitten päiväkirurginen osasto ja leikkausosasto yhdistyivät, minkä seurauksena hoitajien toimenkuva muuttui. Lisäksi yksikössä aloitettiin ”heräämöstä kotiin” eli herko-toiminta keväällä 2017. Polven tekonivelpotilas saa kokonaisvaltaista ohjausta tukemaan toimenpiteeseen valmistautumista ja toimenpiteestä toipumista. Potilas saa ohjausta kirurgian poliklinikalla, päiväkäynnillä prepoliklinikalla, osastolla ennen leikkausta, anestesia- ja leikkausyksikössä sekä osastolla leikkauksen jälkeen. Ohjauksessa käytettäviä menetelmiä ovat suullinen, kirjallinen ja audiovisuaalinen ohjaus eli ohjausvideo.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata polven primaarien tekonivelleikkauspotilaiden kokemuksia saamastaan perioperatiivisesta ohjauksesta. Soitessa polven tekonivelleikkauspotilaiden ohjaukseen osallistuvat kirurgian poliklinikan, päiväkäynnin, osaston 7 sekä leikkaus- ja anestesiayksikön henkilökunta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota Soitessa polven tekonivelpotilaiden ohjaukseen osallistuva henkilökunta voi käyttää hyväkseen kehittäessään potilasohjausta entistä asiakaslähtöisemmäksi. Henkilökunta voi käyttää opinnäytetyötä ja sen tuloksia omien ohjauskäytänteidensä kehittämiseen sekä keskustelun herättämiseen asiakaslähtöisestä potilasohjauksesta työyhteisön sisällä. Lisäksi Soiten anestesia- ja leikkausyksikön henkilökunta voi käyttää opinnäytetyön tuloksia heidän luodessaan ja kehittäessään yksikön omaa sujuvaa ja potilaslähtöistä ohjausta polven tekonivelpotilaiden lisäksi myös muilla potilasryhmillä. Opinnäytetyön kohderyhmänä oli polven primaarissa tekonivelleikkauksessa olleet potilaat.

Potilaiden ohjaus on paljon tutkittu aihe hoitotyössä. Ahola ja Hakola (2016, 13) tutkivat omassa opinnäytetyössään polven tekonivelpotilaiden kokemuksia nopean toipumisen mallin hoitoprosessista. 99 % hoitajista suhtautuu myönteisesti potilasohjaukseen (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 128). 39 % hoitajista arvioi tarvitsevansa paljon tai erittäin paljon ohjauskoulutusta (Mäkelä 2013, 35).

2 TEKONIVELPOTILAIDEN LAADUKAS PERIOPERATIIVINEN OHJAUS

Tässä luvussa kuvaan ja avaan käsitteitä, jotka liittyvät perioperatiiviseen hoitoon, polviproteesipotilaan hoitopolkuun sekä potilasohjaukseen.

2.1 Perioperatiivinen hoito

Kirurginen hoito tarkoittaa erilaisia kajoavia toimenpiteitä, kuten leikkauksia ja tähyystyksiä. Suurin osa potilaista tulee toimenpiteisiin elektiivisesti eli jonosta ajanvarauksella. Suomessa tehdään vuosittain 550 000 leikkausta, joista 65% on elektiivisiä ja 35% päivystysleikkauksia. Elektiivisistä leikkauksista päiväkirurgisia toimenpiteitä on 53 %. Päiväkirurgisella toimenpiteellä tarkoitetaan toimenpidettä, joka tehdään leikkaussalissa sedaatiassa, yleisanestesiassa tai laajassa puudutuksessa, ja jonka vuoksi potilas ei joudu olemaan sairaalassa yli 12 tuntia tai yöpymään sairaalassa. Potilaiden soveltumista päiväkirurgiaan arvioidaan toimenpiteen soveltuvuuden ja potilaan psykososiaalisen tilanteen perusteella. (Hamar 2011, 11–14.)

Leikkaukseen kotoa eli leiko-toiminnassa potilas saapuu sairaalaan leikkauispäivän aamuna, mutta toimenpiteen jälkeen potilas voi tarvittaessa jäädä sairaalaan jatkohoitoon useaksi vuorokaudeksi. Leiko-toiminnan lähtökohtana on hyvä ja saumaton hoitoprosessin suunnittelu koko hoitoprosessin ajan. Heräämöstä kotiin eli herko-toiminnassa potilaat ovat sairaalassa yön yli, mutta alle vuorokauden. Lääkäri tekee kaikki postoperatiiviset määräykset, reseptit, sairauslomat ja jatkohoito-ohjeet herko-potilaille heti toimenpiteen jälkeen. Herko-toiminnassa potilas siirtyy heti leikkauksen jälkeen normaaliin tapaan heräämön, jossa häntä tarkkaillaan ensiksi aktiivisesti. Ennalta sovittujen kriteerien täytyttyä potilaan monitoriseuranta lopetetaan ja hänen annetaan ruokaila. Potilaat yöpyvät heräämön yhteydessä vuodeosastomaisesti, ja he saavat kotiutua seuraavana aamuna, ellei postoperatiivisia ongelmia ole ilmaantunut. Päiväkirurgian tapaan potilaat valikoidaan etukäteen myös leiko- ja herko-toimintaan. (Musialowicz & Martikainen 2015, 118–121.)

Perioperatiivisen hoidon ydin on potilasturvallisen hoidon varmistaminen (Arala & Haapa 2014, 20). Potilaan perioperatiivinen hoitotyö sisältää kolme vaihetta: preoperatiivisen eli leikkausta edeltävän, intraoperatiivisen eli leikkauksen aikaisen ja postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen vaiheen (Ahonen

ym. 2016, 101). Preoperatiivinen vaihe alkaa lääkärin tehtyä potilaan kanssa leikkauspäätöksen. Preoperatiiviseen ohjaukseen kuuluu leikkauspäätöksen teko, esitietojen kerääminen, potilaan leikkaukseen valmistautuminen, sekä välittömät leikkausvalmistelut. (Erämies 2017; Ahonen ym. 2016, 101–109; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 462.) Intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas on otettu vastaan leikkausosastolle. Sen aikana tapahtuu induktio ja leikkaus. Postoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas on siirretty leikkaussalista heräämöhön. Postoperatiivisen vaiheen tärkeimpiä osa-alueita ovat leikkauksen hoito, kuntoutus ja toipuminen. (Ahonen ym. 2016, 101–109; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 462.)

2.1.1 Polven tekonivelpotilaan hoito

Polven tekonivelleikkaus on yksi vaikuttavimmista hoitomuodoista loppuvaiheen nivelrikossa (Leppilähti 2016). Tekonivel korvaa potilaan oman tuhoutuneen nivelen. Tekonivelleikkauksen tavoitteena on nivelen kivuttomuus, nivelen liikelaajuuden lisääntyminen tai säilyttäminen sekä yleisen liikelaajuuden lisääminen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015, 3.) Potilaan elämänlaatu kohenee ja toimintakyky paranee onnistuneen tekonivelleikkauksen seurauksena (Huotari & Leskinen 2016).

Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Sitä esiintyy yleisimmin polvi- ja lonkkanivelissä (Hammar 2011, 315). Vuonna 2000 Suomessa polvinivelrikon ikävakioitu esiintyvyys oli miehillä 6,1 % ja naisilla 8 % (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Yli 75-vuotiasta jopa 20–40 % on sairastunut nivelrikkoon (Hammar 2011, 315). Alle 45-vuotiailla ei juuri ollenkaan esiinny polven nivelrikkoa. Nivelrikon diagnoosi perustuu potilaan kuvailemiin oireisiin, lääkärin tekemien kliinisten tutkimusten nivellöydöksiin, radiologisiin löydöksiin ja erotusdiagnostisesti tehtäviin laboratorio-tutkimuksiin. (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014.) Polven tekonivelleikkausten määrä on ollut kasvussa viime vuosina ja saman uskotaan jatkuvan tulevina vuosina (Hällfors, Mäkinen & Madanat 2016, 174).

Nivelrikon kehittymiselle ei tiedetä tarkkaa syytä. Sen kehittymiseen kuitenkin vaikuttaa poikkeava mekaaninen kuormitus tai normaali kuormitus poikkeavassa nivelrustokudoksessa. Sairauden tärkeimpiä vaaratekijöitä ovat ylipaino, polvivammat ja raskas fyysinen työ. Lisäksi naissukupuoli, ikä, raskaan liikunnan harrastaminen ja perimä voivat altistaa nivelrikolle. Nivelrikko on kokonaisvaltainen nivelen-sairaus, jossa muutoksia tapahtuu sekä nivelrustossa, luussa, nivelkapselissa että nivelen ympärillä olevissa lihaksissa. Nivelrikolle on tyypillistä, että nivelen rustopinta rikkoontuu ja nivelrusto häviää nivelpinnoilta, jolloin röntgenkuvasta voidaan havaita nivelraon kaventuminen. Vaurioitunut nivelrusto ei

enää uusiudu ennalleen. Nivelrikon kehittyminen kestää useita vuosia. (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014.)

Nivelrikon yleisin oire on rasituksessa ilmenevä kipu. Se on usein luonteeltaan jomottavaa ja alkuvaiheessa kipu lievittyy rasitusta vähentämällä. Myöhemmin kipua ilmenee myös levossa. Nivelrikosta kärsivälle nivelelle on tyypillistä alle puoli tuntia kestävä aamujäykkyys sekä liikkeelle lähtiessä ilmenevä jäykkyys. Polven nivelrikossa kipu on useimmiten paikallisesti polvinivelessä. Polven nivelrikon alkuvaiheeseen liittyy usein epätavallisesta rasituksesta johtuva niukka nivelen nestekertymä. Siitä aiheutuva turvotus haittaa nivelen liikkuvuutta. Iho nivelen kohdalla on viileä tai korkeintaan vähän lämmin sekä normaalin värinen. Nivelen vaurioiden edetessä nivelkapseli pienenee ja lihakset surkastuvat, jolloin nivelen muoto muuttuu ja ilmenee virheasentoja, kuten pihtipolvisuutta ja länkisäärisyyttä. (Hammar 2011, 315–316.)

Nivelrikko aiheuttaa liikerajoitteita niveleen. Erityisesti polviniveleen tulee nivelpinnan vaurioituttua irtokappaleita, jotka aiheuttavat polven lukkiutumista. Nivel saattaa antaa periksi sille varatessa. Usein nivelestä kuuluu ritinää tai ratinaa passiivisessa liikkeessä. Nivelrikko aiheuttaa toimintakyvyn muutoksia, joista yleisimpiä ovat tasamaalla ja rappusissa kävelyn vaikeus. Lisäksi istuutuminen, istumasta ylös nouseminen, peseytyminen ja pukeutuminen hankaloituvat. Lisäksi liikkeelle lähteminen levon jälkeen saattaa olla hyvin vaikeaa ja kivuliasta. (Hammar 2011, 315–317.)

Nivelrikon hoidon tavoitteena on kivun lievittäminen ja hallitseminen, toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen ja sairauden pahenemisen estäminen. Hoitomenetelmät valitaan potilaskohtaisesti. Hoito perustuu pääasiassa konservatiiviseen lääkkeettömään hoitoon. Kirurgisia toimenpiteitä harkitaan silloin, kun kipu ja nivelen vajaatoiminta eivät ole muuten hallittavissa. (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014.) 94 % kaikista polviproteeseista asennetaan nivelrikon vuoksi (THL 2014, 4).

Nivelreuma on yleisin tulehduksellinen reumasairaus (Tarnanen & Puolakka 2016). Se on luonteeltaan etenevä ja invalidisoiva sairaus (Puolakka 2016, 2015). Nivelreuman esiintyvyys on 0,2–0,9 % (Nivelreuma 2015) ja se on naisilla 2–3 kertaa yleisempää kuin miehillä. Tavallisin ikä sairastua nivelreumaan on 60 vuotta. (Tarnanen & Puolakka 2016.) Nivelreuman puhkeamiseen vaikuttaa sekä perimä että ympäristötekijät (Nivelreuma 2015). Perintötekijät vaikuttavat noin 60 %:ssa potilastapauksista, ja ainoastaan tupakoinnin on tällä hetkellä todettu olevan sairastumisriskiä lisäävä ympäristötekijä (Tarnanen & Puolakka 2016).

Nivelreuma diagnosoidaan niveltulehduksella. Kahdella kolmesta sairastuneesta voidaan verestä määrittää reumatekijä, mutta se ei ole edellytys diagnoosille. Usein tulehdus on useissa nivelissä ja se alkaa yleensä pienistä ja keskisuurista nivelistä. Tulehdus on usein symmetristä kummallakin puolella kehoa olevissa nivelissä. Tulehtunut nivel on aamujäykkä ja liikearka, mutta leposärky on harvinaista. (Nivelreuma 2015.) Nivelreuman yhteydessä esiintyy myös usein väsymystä, sairauden tunnetta ja vähäistä ruumiinlämmön nousua (Puolakka 2016, 2015).

Nivelreuma kehittyy immunologisesta häiriöstä, ja se kehittyy vuosien kuluessa ennen oireita (Puolakka 2016, 2015). Nivelreuman hoito tähtää oireettomuuteen eli remissioon. Tavoitteena on potilaan toimintakyvyn säilyttäminen tai parantuminen. Varhainen ja pysyvä remissio parantaa nivelreuman ennustetta. (Nivelreuma 2015.) Nivelreuman lääkityksenä käytetään monien eri lääkkeiden yhdistelmähoitoa. Liikunta parantaa potilaiden toimintakykyä ja vähentää sydän- ja verenkiertosairauksien riskiä. Nivelreuman lääkehoidon kehittyessä on kirurgisen hoidon tarve vähentynyt. Kuitenkin pitkään sairastaneet voivat tarvita nivelten jäykistämistä tai tekoniveliä. (Puolakka 2016, 2015.)

2.1.2 Polven tekonivelleikkaus

Vuonna 2013 Suomessa asetettiin 11 433 polviproteesia (THL 2014, 1). Samana vuonna Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa tehtiin 150 primaaria polven tekonivelleikkausta. Primaarissa tekonivelleikkauksessa tekonivel asetetaan niveleen ensimmäistä kertaa. Uusintaleikkauksia suoritettiin Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa 24. (THL 2014, 12–13.) Polven tekonivel kestää keskimäärin 15–20 vuotta (Virolainen 2008, 82). 90–95 % leikatuista parantuu hyvin tai erinomaisesti heti leikkauksen jälkeen. 10 vuoden kuluttua leikkauksesta 95 %:lla ja 15 vuoden kuluttua noin 80–85 %:lla leikatuista tekonivel toimii edelleen. (Harilainen & Sandelin 2010, 975.) Polven tekonivelleikkausten määrä on kasvanut vuosi vuodelta (Hällfors ym. 2016, 174). Nykyään polven tekonivelleikkaus on yhtä yleinen tai yleisempi kuin lonkan tekonivelleikkaus (Harilainen & Sandelin 2010, 974–975.). Polven tekonivelleikkauksen jälkeen hoitoaika on keskimäärin alle neljä vuorokautta. Jotta potilaiden nopea toipuminen on voitu mahdollistaa ilman potilasturvallisuuden ja -tyytyväisyyden laskua, on potilaiden preoperatiivista potilasvalintaa ja -ohjausta, tehokasta kivunhoitoa sekä varhaista mobilisaatiota pitänyt tehostaa. (Hällfors ym. 2016, 174.)

Polven tekonivelleikkaus voidaan tehdä joko protetisoimalla vaurioitunut nivelnasta yksipuolisella proteesilla, jolloin puhutaan unikondyalaarisesta proteesista, tai protetisoimalla kaikki nivelpinnat, jolloin

puhutaan totaaliproteesista. Polven tekonivelleikkauksessa näissä menetelmissä reisiluun ja sääriluun puoleiset nivelpinnat korvataan metalliproteeseilla, joiden välissä liukupintana toimii muovinen levy. Usein myös reisiluunpään ja polvilumpion välinen nivel protetisoidaan. (Ahonen ym. 2016, 727.) Yleisimmin polventekonivel kiinnitetään luuhun sementillä (Harilainen & Sandelin 2010, 974). Leikkaus kestää yleensä 1,5–2 tuntia. Se tehdään yleisanestesiassa, epiduraali- tai spinaalipuudutuksessa. (Ahonen ym. 2016, 728.) Tarvittaessa polven tekonivel voidaan asentaa samanaikaisesti kumpaankin polveen (Harilainen & Sandelin 2010, 975).

Yleisesti katsottuna polven tekonivelleikkaus on tulokseltaan hyvä operaatio. Potilaista suurin osa kokee saaneensa apua kipuun ja parannusta polven toimintaan leikkauksesta. Leikkauksen pelätyin komplikaatio on leikkauksen jälkeinen syvä infektio, joka ilmenee 2 %:lla leikatuista. Tekonivel on aina vierasesine. Infektion ilmaantuessa vierasesine ylläpitää tulehdusta ja usein pitkän mikrobilääkehoitojakson jälkeen infektioitunut tekonivel poistetaan. Tekonivelinfektioita ennaltaehkäisee potilaan infektioiden kartoittaminen ja hoitaminen sekä profylaktisen antibiootin anto ennen leikkausta. Kun herää epäily mahdollisesta tekonivelinfektioista, tulee mikrobiinäytteet ottaa ennen mikrobilääkkeen aloitusta. (Harilainen & Sandelin 2010, 975–976; Huotari & Leskinen 2016.) Muita leikkauksen komplikaatioita ovat haavaongelmat ja syvät laskimotukokset (Harilainen & Sandelin 2010, 976). Polven tekonivelleikkauksen vasta-aiheita ovat ylipaino, polvesta puuttuva ojennusvoima sekä polvi-infektio. Myöskään nuorille potilaille tekoniveltä ei mielellään asenneta. (Harilainen & Sandelin 2010, 975.)

2.1.3 Polven tekonivelpotilaan hoitopolku Soitessa

Kirurgian poliklinikalle potilaat saapuvat lähetteellä. Ensimmäisellä vastaanottokäynnillä potilas tapaa kirurgin, joka suorittaa leikkaustarpeenarvion. Jos kirurgi tekee leikkauspäätöksen, potilas käy samalla vastaanottokäynnillä hoitajan vastaanotolla, jolloin hän saa ohjausta polven tekonivelleikkausta koskien sekä suullisesti että kirjallisesti. Poliklinikalta potilas ohjataan itse varaamaan aika hammaslääkäriin, sillä potilas tarvitsee todistuksen hampaiden kunnosta ennen leikkausta. (Koskinen 2017.)

Polven tekonivelleikkauksessa hoitotakuu on kuusi kuukautta, eli potilaan pitäisi päästä leikkaukseen kuuden kuukauden kuluessa leikkauspäätöksen teosta. Keväällä 2017 keskimääräinen polven tekonivelleikkaukseen jonotusaika Soitessa oli neljä kuukautta. Hoidonvaraaja lähettää potilaalle postitse vastaanottoajan päiväkäynnille sekä leikkaukseen. Kirjeen mukana hoidonvaraaja postittaa uudelleen ohjeet

tekonivelleikkaukseen valmistautumista varten. Ajan postittamisen yhteydessä hoidon varaaja myös tarkistaa, että potilaalla on otettuna polvesta röntgenkuvat, jotka ovat enintään kolmesta kuuteen kuukauden vanhat leikkaushetkellä. Yli 80-vuotiaalla potilaalla tulee olla otettuna myös keuhkokuva anestesiaa varten. Lisäksi hoidonvaraaja tilaa potilaalle verikokeet ja liittää verikoelähetteen mukaan potilaalle lähetettävään kirjeeseen. Potilasohjeet ovat potilaiden saatavissa myös Soiten internetsivujen kautta (Koskinen 2017).

Noin kaksi viikkoa ennen leikkausta potilas tulee kirurgian osastolle 7 päiväkäynnille sairaanhoitajan vastaanotolle. Vastaanottokäynnin aluksi potilas katsoo ohjausvideon, joka käsittelee mm. potilaan liiketarjoittelua leikkauksen jälkeen. Sairaanhoitaja käy potilaan kanssa läpi leikkaukseen valmistautumista, kartoittaa mahdollisia infektioita ja käy läpi potilaan lääkehoitoa. Hoitaja muistuttaa potilasta vielä apuvälineiden hankkimisesta leikkausta edeltävästi. Samalla vastaanottokäynnillä potilas tapaa fysioterapeutin ja tarvittaessa anestesia lääkäriin. Potilas käy hoitajan käynnin yhteydessä laboratoriossa tarvittavissa verikokeissa sekä röntgenosastolla röntgenkuvuissa leikkausta varten. (Puumala 2017.)

Leikkausaamuna potilas saapuu osastolle 7, jossa vielä kerran kartoitetaan mahdolliset infektioriskit, kuten ihorikot tai ihoinfektiot. Potilas valmistellaan leikkaukseen ja siirretään leikkaus- ja anestesiayksikköön, jossa potilasta ohjataan välittömästi tapahtuviin leikkausvalmisteluihin. Leikkauksen jälkeen potilas siirretään heräämöhön, jossa keskitytään potilaan tarkkailuun ja kivunhoitoon. Siirtokriteerien täyttyä potilas siirtyy takaisin jatkohoitoon osastolle 7. (Koskinen 2017.) Potilaalle tulee leikkauksen jälkeen vastaanottoaika fysioterapeutille noin kuuden viikon päästä leikkauksesta ja noin kahden kuukauden kuluttua leikkauksesta kontrolliaika kirurgian poliklinikalle (Soite 2017c).

2.2 Potilaan ohjaus hoitotyössä

Potilasohjauksella tarkoitetaan usein potilaan voimavarojen tukemista ja sitä kautta hänen toipumisensa ja selviytymisensä edistämistä. Ohjauksessa on kyse potilaan ja hänen läheistensä tiedollisesta tukemisesta. (Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeanpää 2015, 13.) Hoitotyössä ohjauksen kanssa käytetään usein rinnakkain käsitteitä tiedon antaminen, neuvonta ja opetus. Käsitteillä on kuitenkin eroavaisuuksia vuorovaikutuksen asteen, asiantuntijuuden jakautumisen ja toiminnan jatkuvuuden suhteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 9.)

Ohjaus on ollut alkujaan ammatinvalinnan tueksi kehitetty auttamiskeino. Ohjaus on tyypillisesti ymmärretty siirtymävaiheiden, erilaisten elämäntilanteiden ja ongelmien käsittelyksi. Siihen ei kuitenkaan kuulu persoonallisuushäiriöiden, -sairauksien tai traumaattisten kokemusten käsittely. Suomessa ei ole yhtä yksittäistä tutkintoa, joka antaisi valmiudet ohjaukseen. Suomessa ohjaus toimii laajasti auttamis- ja oppimiskäytäntöjen osana. Ohjausta on kehitetty sekä psykologian että kasvatustieteen voimin. Nykyään ohjauksella tarkoitetaan usein ammatillista orientaatiota ja suhtautumistapaa, joten mitä moninai- simmat tilanteet voivat olla ohjaustilanteita ja ohjauksellisen työtavan ilmentymiä. (Vehviläinen 2001, 14–16.)

Ohjaus on tilanne, jossa ohjaustyötä tekevä henkilö on ohjattavan asiakkaan palveluksessa ja tarjoaa tälle aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Ohjauksen päämäärä on asiakkaan mahdollisuus tutkia tilannettaan, tulla kuulluksi ja elää voimavaraistemmin sekä hyvinvoivemmin. (Vehviläinen 2001, 16.) Potilas- ohjauksen tarkoitus on vaikuttaa potilaan ja hänen läheistensä terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä kansantalouteen (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6). Ohjauksessa tapahtuu ohjattavalla oppimista, jonka seurauksena ohjattava hankkii itselleen tietoja, taitoja, asenteita, kokemuksia ja kontakteja, jotka saavat aikaan muutoksen hänen toiminnassaan (Keränen & Moisanen 2016, 16). Oppimista ja asioiden muistamista vahvistaa opittujen asioiden kertaaminen ja mieleen palauttaminen (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 216–217).

Ohjaus koostuu ongelman hahmottamisen, tulkitsemisen, päätöksenteon ja tavoitteiden asettelun vaiheista. Toisaalta ohjauksen katsovaan koostuvan neljästä tekijästä: kehitystehtävistä eli asioista, joita ohjauksessa viedään eteenpäin, ohjattavan ja ohjaajan välisestä suhteesta, interventioista eli toiminnoista, joiden kautta kehitystehtävää lähestytään sekä ohjauksen jäsentymisestä eri työvaiheiksi. Ohjauksessa ohjaaja osallistuu ohjattavan johonkin ajattelu- ja toimintaprosessiin sekä pyrkii eri keinoin edistämään sen edistymistä. Ohjausta voidaan toteuttaa yksilölle, ryhmälle tai yhteisölle. Vaikka ohjaus usein on ongelmanratkaisemista, sen ei kuitenkaan tarvitse olla ongelmalähtöistä. Ohjauksessa oleellista on ohjattavan elämässä olevan prosessin ymmärtäminen ja ohjaajan osallistuminen prosessin edistämiseen omalla toiminnallaan sekä ohjaajan osallistuminen prosessin muokkaamiseen. (Vehviläinen 2001, 16–18.)

Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään ja laadukkaaseen, yksilölliseen sekä oikea aikaiseen ohjaukseen. Potilaalla on oikeus saada riittävästi tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista seikoista, joilla on vaikutusta hoidosta päätettä-

essä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, § 5.) Terveystieteiden eettisten periaatteiden mukaan potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, joka sisältää hoitotyöntekijän antaman riittävän ohjauksen. Lisäksi perustaa potilasohjaukselle luovat erilaiset hoitotyön toimintaa ohjaavat laatu- ja hoitosuositukset sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmat. (Eloranta & Virkki 2011, 11–12.) Potilasohjaus vaikuttaa potilaiden sairauksien hallintaan ja yleiseen hyvinvointiin (Cook ym. 2008, 306).

Terveystieteiden ammattilaisen toimintaa ohjaa terveystieteiden eettiset periaatteet. Näiden periaatteiden mukaan ohjaus sisältyy hoitotyöhön sen oleellisena osana. Potilaan itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus toteutuu ainoastaan silloin, kun hän saa riittävästi tietoa valintojensa ja päätöksensä taustaksi. Sairaanhoitajille on laadittu omat eettiset ohjeet, jotka ohjaavat sairaanhoitajien ammatillista toimintaa. (Eloranta & Virkki 2011, 12.) Potilaan laadukas ohjaus on keskeinen osa potilaan turvallista ja onnistunutta hoitoprosessia. Ohjaus lisää potilasturvallisuutta ja sitoutumista omaan hoitoonsa. Ohjauksen tulee olla aina potilaan tarpeista lähtöisin olevaa. (Heikkinen 2013, 20.) Potilaan saaman ohjauksen sisällössä ja laadussa voi olla suuri ero eri toimipisteiden välillä. Osassa hoitoyksiköissä ohjaus mielletään osaksi hoitotyötä, toisissa se taas on irrallinen osa. (Mäkelä 2013, 36.)

Hoitosuhte on hoitotyön tekijän ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde. Se pohjautuu hoidon tarpeelle ja on luonteeltaan ammatillinen vuorovaikutussuhde. Hyvä hoitosuhde perustuu luottamukseen, vastuullisuuteen, aitouteen, rohkeuteen, myötätuntoon ja empatiaan. Lisäksi siinä on tasapainossa sääliä, riippuvuutta ja vallankäyttöä. Hoitosuhteeseen kuuluu oleellisena osana hoitajan potilaalle antama ohjaus. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 28–29.) Potilasohjaus on potilaalle tarpeellisinta ja hoitajalle mielekkäintä silloin, kun potilaalla on lukuisia moninaisia terveystieteiden tarpeita ja potilaalla on odotettavissa tai hänen on tehtävä elämäntavan muutoksia (Cook ym. 2008, 309).

Ohjaus vaatii onnistuakseen osaavan ja ammattitaitoisen henkilökunnan (Heikkinen 2013, 20), joka myös tunnistaa ja tiedostaa potilaan ohjauksen tarpeen (Mäkelä 2013, 34). Ohjauksen tarpeen arvioissa tulee ottaa huomioon potilaan näkemys ja odotukset ohjauksesta. Tarpeen arvioissa voi käyttää hyväksi myös erilaisia mittareita. Henkilöstön kouluttaminen ja kouluttautuminen ovat tärkeitä, jotta hyvä ohjauksen laatu saadaan varmistettua. (Heikkinen 2013, 20.) 39 % hoitajista arvioi tarvitsevänsä paljon tai erittäin paljon ohjauskoulutusta (Mäkelä 2013, 35). Edellytys hyvällä ohjauksella on hoitajan omien lähtökohtien tunnistaminen. Hoitajan tulee tietää mitä ohjaus on, miksi ja miten ohjausta toteutetaan ja tiedostaa potilaan vastuu hoidostaan ja hoitajan vastuu potilaan tekemissä valinnoissa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 9.)

Ohjauksen tulee jakautua koko hoitoprosessin ajalle (Heikkinen 2013, 20; Lipponen 2004, 60). Ohjausta varten pitää olla riittävästi aikaa ja riittävät rahalliset resurssit (Heikkinen 2013, 20). Ohjaus tarvitsee toteutuakseen myös hyvät, ohjausta varten suunnitellut tilat (Lipponen 2004, 60). Ohjauksessa potilaalle välitetään tutkittua ja luotettavaa tietoa. Henkilökunnalta tämä edellyttää perehtymistä tutkimusnäyttöön perustuvaan tietoon. Lisäksi hoitajan oma ammatillinen tieto- ja toimintarakenne ja arvoperusta luovat pohjan hoitajan antamalle ohjaukselle. (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 5.) Hoitohenkilöstö tarvitsee myös riittävästi aikaa ohjauksen kehittämiseen (Lipponen 2014, 47). Hoitajan tulee myös ymmärtää koko potilaan hoitopolku, jotta hän voi antaa ohjausta juuri omassa hoitopolun osassaan (Mäkelä 2013, 36).

Hoitotyössä hoitajan pitää kirjata eli dokumentoida potilasasiakirjoihin hoidon järjestämistä, suunnittelua, toteuttamista ja seuranta varten tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Kirjausten pitää olla selkeitä ja ymmärrettäviä, eikä niissä saa käyttää kuin yleisesti tunnettuja sekä hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298, § 7.) Lisäksi kirjaamisen tulee olla täsmällistä, asianmukaista sekä tavoitteellista. Potilasasiakirjojen kirjaukset tukevat hoitajia toimimaan ammatillisesti ja oikein. (Tamil Selvi 2017, 121–122.) Potilasohjauksen kirjaus potilasasiakirjoihin on olennainen osa potilaan kattavaa hoitoa (Tamil Selvi 2017, 122; Cook ym. 2008, 310). Hoitaja kirjaa potilasasiakirjoihin ohjauksen sisällön, jotta kirjauksen avulla voidaan hoidon edetessä tarkistaa, että potilas ja hänen omaisensa ovat saaneet kaiken oleellisen ja tärkeän tiedon ohjatusta asiasta. Lisäksi johdonmukainen kirjaaminen auttaa tunnistamaan potilaan erityisiä ohjauksen tarpeita. (Cook ym. 2008, 310.) Potilasohjaus tulisi kirjata niin, että kirjauksesta käy loogisesti ilmi potilaan osaaamisen kehittyminen (Järvinen 2017, 96).

2.2.1 Potilasohjauksen menetelmiä

Potilasohjaus tulisi toteuttaa monimuotoisilla menetelmillä (Heikkinen 2013, 23). Ohjausmenetelmä tulisi valita potilaan tarpeiden mukaan (Lipponen 2004, 60). Suullista ohjausta voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmäohjauksena. Suullisen ohjauksen etuna on ihmisen kohtaaminen ja ohjaustilanteen vuorovaikutteisuus. Suullinen ohjaus vaatii kuitenkin aina sekä ohjattavan että ohjaajan sitoutumisen tiettyyn aikaan ja paikkaan. Lisäksi suullinen ohjaus vaatii ohjattavalta aktiivista kuuntelua, jotta ohjaus onnistuu. Ryhmäohjauksena tapahtuvassa potilasohjauksessa on ohjaajalla suuri rooli. Ohjaus ja oppiminen tapahtuvat ryhmäprosessina. Ohjausta voidaan antaa myös kirjallisena joko yksinään tai suullisen ohjauksen rinnalla. Kirjallisen ohjauksen hyvänä puolena on, että kirjallinen materiaali antaa mahdollisuuden palata ja tarkistaa asioita vielä jälkepäin. Kirjallisen materiaalin tulee kuitenkin olla päivitettyä

ja uusimpaan tietoon perustuvaa, jotta ohjaus olisi onnistunutta. (Heikkinen 2013, 23.) Hoitajan pitää huomioida kirjallista ohjausmateriaalia käyttäessään potilaan lukutaidon taso (Cook ym. 2008, 309). Kirjallinen ohjausmateriaali tulisi olla helposti hoitohenkilökunnan saatavilla (Lipponen 2004, 61).

Ohjausta annetaan usein potilaille myös puhelimitse. Se ei ole paikkaan sidottua, kuten suullinen ohjaus, mutta se vaatii ohjauksen eri osapuolien sitoutumisen sovittuun aikaan. Usein ohjausta annetaan lisäksi videoiden ja erilaisten äänitallenteiden avulla. Ne vaativat kuitenkin kirjallisen materiaalin tavoin säännöllistä tietojen päivittämistä. Videot ja äänitallenteet voivat olla saatavissa internetin välityksellä, ja ne voivat olla potilaalle saatavilla koko ajan tai vain tietyinä aikana. (Heikkinen 2013, 23.) Potilasohjauksessa käytetään yhä enenevässä määrin internetiä (Mäkelä 2013, 36). Usein internetin välityksellä annettava ohjaus on aikaan ja paikkaan sitoutumatonta, mutta usein sen haasteeksi nousee ohjaajan rajalliset atk-aidot, jolloin ohjausmateriaalin tuottaminen voi olla haasteellista. Myös internetissä olevaa tietoa tulee päivittää. (Heikkinen 2013, 23.)

Tulevaisuuden ohjausmenetelmiä ovat erilaiset älypuhelimelle ladattavat mobiilisovellukset sekä virtuaalitodellisuudessa tapahtuva potilasohjaus. Virtuaalitodellisuudessa erilaisia ohjattavia asioita voidaan ohjata simulaatioiden eli todellisuuden jäljittelyn avulla. Sen etu on myös ohjattavien osallistuminen samaan ohjaustilaan, vaikka he olisivat todellisuudessa pitkien välimatkojen päässä toisistaan. (Kettunen, Pihlainen, Arkela, Hopia, Nurmeksela & Lumiaho 2017, 43.) Ohjaustavasta riippumatta hoitajien tulee ohjata potilaita oikean ja luotettavan tiedon äärelle (Mäkelä 2013, 36).

2.2.2 Perioperatiivinen polven tekonivelpotilaan ohjaus

Kirurgisen potilaan ohjaus vaikuttaa positiivisesti potilaan saamaan ja kokemaan hoitoon. Kirurgisilla potilailla on potilasohjauksella saatu lisättyä potilaille tietämystä hoitoon liittyvistä asioista. Tieto hoitoon liittyvistä asioista lievittää potilaan kokemaa ahdistusta, pelkoja ja kipua sekä lyhentää sairaalassaoloaika. Kirurgisen potilaan ohjaus tukee potilaan leikkaukseen valmistautumista, kuntoutumista ja kotona selviytymistä. (Eloranta ym. 2015, 14.) Lisäksi ohjaus lisää potilastyytyväisyyttä. 93 % hoitajista koki voivansa luoda potilaille turvallisuuden tunteen onnistuneen ohjauksen avulla. 91 % koki voivansa ohjauksella vähentämään potilaan leikkaukseen kohdistuvia pelkoja. (Mäkelä 2013, 34.)

Kirurgiset leikkauspotilaat odottavat moninaista tietoa ja tukea useilta eri ammattiryhmiltä hoidon onnistumiseksi. Usein potilaat toivoisivat myös läheisten osallistumista ohjaustilanteisiin, koska varsinkin

ortopedisten leikkausten jälkeen potilaat tarvitsevat usein omaistensa tukea arjessa selviytymiseen. (Elo-ranta ym. 2015, 14.) Omaisten merkitys ohjauksessa on ajan kuluessa vain kasvanut, koska sairaalassa-oloajat ovat lyhentyneet ja potilaat ikääntyneet (Sigurdardottir, Leino-Kilpi, Charalambous, Katajisto, Stark, Sourtzi, Zabalegui & Valkeapää 2015, 615). Nivelrikkopotilaiden ohjauksen aloitus liittyy painonhallintaan, liike- ja liikuntaharjoitteluun. Ohjauksessa käydään lävitse liikkumista ja päivittäisiä toimintoja ja niiden onnistumista helpottavia apuvälineitä ja niiden käyttöä. (Hammar 2011, 318.)

Koko leikkausprosessin kestävä potilasohjaus on tärkeää, koska se auttaa potilasta kuntoutumaan ja selviytymään hoidosta. Usein ohjaus mielletään hoitotyössä terveystasvatukseksi ja varsinkin kirurgisessa hoitotyössä leikkauksen jälkeiseksi kotikuntoutukseksi. Kuitenkin potilaan tulisi saada ohjausta hoidon jokaisessa vaiheessa. (Mäkelä 2013, 33–34.)

Polviproteesipotilaan ohjaus alkaa jo perusterveydenhuollosta, jossa potilas saa lähetteen erikoissairaanhoidon. Potilaan tullessa leikkaustarpeenarvioon kirurgian poliklinikalle ohjaus jatkuu. Varsinainen polviproteesipotilaan perioperatiivinen ohjaus alkaakin tällöin 2–4 kuukautta ennen tekonivelleikkausta. Poliklinikalla tehdyn leikkauksen jälkeen potilas saa kirjalliset ohjeet, joissa käydään lävitse leikkaukseen valmistautumista, kuten hammaslääkärin tarkastusta ja ihonkunnan hoitoa. Tällöin potilas voi alkaa valmistautua leikkaukseen kotona hyvissä ajoin. Potilaan sitoutuminen omaan hoitoonsa korostuu tässä valmistautumisvaiheessa. (Parpala 2010, 44.)

2–3 viikkoa ennen leikkausta potilas menee kirurgiselle vuodeosastolle pre- eli päiväkäynnille (Parpala 2010, 45), jossa hän tapaa sairaanhoitajan tai endoproteesihoitajan. Samalla käynnillä hän voi tavata myös fysioterapeutin, kirurgin ja tarvittaessa anestesia- ja lääkäriin. (Ahonen ym. 2016, 728.) Päiväkäynnillä käydään uudelleen lävitse asiat, jotka kirurgian poliklinikalla on ohjattu kertaalleen. Varsinkin perusterveydentilaan ja ihon kuntoon kiinnitetään huomiota. (Parpala 2010, 45.) Perussairauksien tulee olla hyvässä hoitotasapainossa ennen leikkausta, ja hyvä lihaskunto auttaa hallitsemaan nivelien liikkeitä leikkauksen jälkeen. Fysioterapeutti ohjaa lisäksi verenkiertoa vilkastuttavia liikkeitä, hengitysharjoituksia ja kävelyä kyynärsauvojen avulla sekä antaa ohjeita asentohoidosta. (Ahonen ym. 2016, 728.)

Koska ohjauksen aloituksesta on jo kulunut aikaa, on potilas ehtinyt huolehtia perusterveydentilaansa vaikuttavista tekijöistä, kuten painonpudotuksesta ja tupakoinnin lopettamisesta. Näiden asioiden toteutuminen vaikuttaa siihen, voidaanko tekonivelleikkaus suorittaa. Päiväkäynnillä myös keskustellaan leikkauksen jälkeisestä ajasta. Potilaalta varmistetaan, että hän on hankkinut apuvälineet valmiiksi kotiin, kuten kirurgian poliklinikalla on ohjattu, ja että potilas on miettinyt kotona pärjäämistä leikkauksen

jälkeen. (Parpala 2010, 45.) Lisäksi käynnin yhteyteen on voitu liittää tarvittavien verikokeiden ja röntgenkuvien ottoa (Ahonen ym. 2016, 728).

Tekonivelleikkauksen yleisimpiä esteitä ovat erilaiset tulehdukset. Tulehduksen aiheuttaneet bakteerit voivat levitä verenkierron kautta niveleen ja aiheuttaa tekonivelinfektion. (Soite 2017d, 2.) Tämän vuoksi on hyvin tärkeää hoitaa ennen leikkausta kaikki mahdolliset tulehdukset, kuten esimerkiksi poskiontelo-, kynsivalli-, virtsatie- ja hengitystietulehdukset. Tekonivelleikkausta varten potilas tarvitsee hammaslääkärin todistuksen, joka saa olla korkeintaan kolme kuukautta vanha. (Ahonen ym. 2016, 729.) Vaikka potilaalla olisi hammasproteesit, niin hammaslääkärin todistus on välttämätön. Hampaiden poistosta tulee olla kulunut vähintään kolme viikkoa ennen tekonivelleikkausta. (Soite 2017d, 2.) Leikkausalueen ihon tulee olla haavaton ja ruveton eikä siinä saa olla märkänäppylöitä. Lisäksi kainaloiden, rinnanalusten, nivustaipeiden ja varpaanvälien tulee olla ehjät. (Ahonen ym. 2016, 729.)

Potilas saapuu tekonivelleikkaukseen yleensä leikkauspäivän aamuna. Jos koti- tai sosiaaliset olosuhteet vaativat, voi hän mennä kirurgiselle vuodeosastolle sovittaessa jo edellisenä päivänä. Hoitaja ottaa potilaan vastaan ja valmistelee hänet leikkausta varten. (Parpala 2010, 45.) Leikkaussalissa potilaan ohjaus jatkuu. Leikkaussalissa potilaan ohjaus painottuu toimenpiteen aikaiseen toimintaan ja kivunhoitoon. (Mäkelä 2013, 34–36.)

Leikkauksen jälkeen potilasta hoidetaan kirurgian vuodeosastolla, jossa hoidossa painottuu omatoimisuuden tukeminen ja kuntouttava työote (Parpala 2010, 45). Leikkauksen jälkeen potilas nousee ylös vuoteesta hoitajan ohjaamana leikkauspäivän iltana tai viimeistään leikkauksen jälkeisenä päivänä. Pääsääntöisesti leikkaushaava on peitettynä haavasidoksella 3–4 vuorokautta. (Soite 2017e, 1.) Potilasta ohjataan suihkuttamaan ja kuivaamaan haava päivittäin sekä suojaamaan haava haavasidoksella, jos haava erittää. Jos haava erittää vielä viikon kuluttua leikkauksesta, potilasta kehoitetaan ottamaan yhteyttä sairaalaan. (Soite 2017c, 1.) Haavasta poistetaan ompeleet noin kahden viikon kuluttua leikkauksesta (Soite 2017e, 2). Leikkauksesta noin kuuden viikon kuluttua on kontrolli fysioterapeutille fysiatrianpoliklinikalle sekä 2–3 kuukauden kuluttua kirurgian poliklinikalle. Jälkikontrollien yhteydessä potilas saa vielä ohjausta polven jatkokuntoutuksesta. (Soite 2017e, 2; Soite 2017c, 2.) Tekonivelleikkauksen jälkeen sairausloma on keskimäärin neljä kuukautta (Soite 2017d, 3).

2.2.3 Polven tekonivelpotilaiden perioperatiivinen ohjaus Soitessa

Potilaan aktiivinen ohjaus polventekonivelleikkausta varten alkaa kirurgian poliklinikalla noin neljä kuukautta ennen leikkausta, jolloin potilas saa ohjausta suullisesti ja kirjallisesti (Koskinen 2017). Ohjauksessa potilasta motivoidaan omaan aktiiviseen toimintaan leikkaukseen valmistautumisessa ja leikkauksesta kuntoutumisessa. Ohjauksessa käydään läpi potilaalla olevat perussairaudet ja kartoitetaan niiden hoitotasapainoa. Tarvittaessa potilasta ohjataan ottamaan yhteyttä omaan perusterveydenhuollon yksikköönsä. Potilaan käyttämät lääkkeet myös kartoitetaan ja potilasta ohjeistetaan erillisen ohjeen mukaan lääkkeiden mahdollisesta tauotustarpeesta ennen leikkausta. Ohjauksessa käydään läpi myös mahdollisten infektioiden hoito ja ennaltaehkäisy, suun ja hampaiden hoito sekä ravitsemustilanne ennen leikkausta. Ohjauksessa hoitaja ottaa esille potilaan päihteidenkäyttötottumukset ja tukee potilasta päiheteettömyyteen. Ohjausmateriaalin lopussa on vielä potilaalle kirjallisia liikeharjoituksia. (Soite 2017d, 1; Koskinen 2017.) Potilas saa vielä uudelleen postitse saman kirjallisen ohjausmateriaalin hoidonvastaajan lähettämänä päiväkäynnin vastaanottoajan mukana (Koskinen 2017).

Päiväkäynnin tavoitteena on, että potilas saa ohjausta, jonka avulla hän voi valmistautua paremmin tulevaan leikkaukseen ja osallistua omaan hoitoonsa. Hoitaja tukee potilasta jo tässä vaiheessa kotona selviytymisessä leikkauksen jälkeen. Vastaanottokäynnin aluksi potilas katsoo omatoimisesti videon, jossa ohjeistetaan leikkauksen jälkeistä liikkumista ja eri apuvälineiden käyttöä. Polven tekonivelleikkauksen jälkeen potilas tarvitsee kotiin tarttumapihdit, sukanvetolaitteen, kyynärsauvat ja talvella kyynärsauvoihin jääpiikit. Sairaanhoidajan vastaanotolla hoitaja arvioi potilaan leikkauskelpoisuutta uudelleen. Hoitaja tarkistaa potilaan ihon ja mahdolliset infektiot huolellisesti. Potilas palauttaa hammaslääkärin todistuksen päiväkäynnin yhteydessä. Potilas esittää käytössä olevan lääkelistan, josta hoitaja tarkistaa, ettei käytössä ole leikkauksen kannalta tauotusta tarvitsevia lääkeaineita. Tarvittaessa potilas voi tavata anestesia­lääkärin. Pääsääntöisesti potilaan ei tarvitse tavata päiväkäynnillä leikkaavaa lääkäriä. Vastaanottokäynnin yhteyteen on liitetty verikokeita ja nivelen röntgenkuvaus tarvittaessa. (Puumala 2017; Kiuru 2016, 1–2.) Vastaanottokäynnin lopuksi hoitaja ohjaa potilasta vielä saapumaan sairaalaan ravinnotta ja pesetyneenä leikkausaamuna (Soite 2017e, 1).

Leikkausaamuna osastolla hoitaja tarkistaa vielä kertaalleen potilaan leikkauskelpoisuuden (Puumala 2017) ja valmisteleo potilaan leikkaukseen (Parpala 2010, 45). Leikkaussalissa potilas saa ohjausta tekoni­velleikkaukseen liittyen. Leikkauksen jälkeen heräämössä hän saa myös ohjausta kivunhoitoa koskien. (Mäkelä 2013, 36.) Osastolla potilaan ohjauksen tavoitteena on motivoida potilasta omaan kuntoutukseensa ja tukea potilasta kotiutumaan osastolta riittä­villä tiedoilla, jotta hän pärjää kotona. Ohjaus

käsittelee pääasiassa kivunhoitoa ja lääkehoitoa, liikkumista leikkauksen jälkeen sekä haavanhoitoa. Kottutumisen jälkeen potilas käy vielä kontrollissa fysioterapeutilla fysiatrianpoliklinikalla sekä kirurgilla kirurgian poliklinikalla, joissa potilasta ohjataan jatkokuntoutuksen järjestämisessä. (Soite 2017e, 1–2.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata polven primaarien tekonivelleikkauspotilaiden kokemuksia saamastaan perioperatiivisesta ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota Soitessa polven tekonivelpotilaiden ohjaukseen osallistuva henkilökunta voi hyödyntää kehittäessään potilasohjausta entistä asiakaslähtoisemmäksi. Henkilökunta voi käyttää opinnäytetyön tuloksia omien ohjauskäytänteidensä kehittämiseen sekä keskustelun herättämiseen asiakaslähtöisestä potilasohjauksesta työyhteisön sisällä. Lisäksi Soiten anestesia- ja leikkausyksikön henkilökunta voi käyttää opinnäytetyön tuloksia heidän luodessaan ja kehittäessään yksikön omaa sujuvaa ja potilaslähtöistä ohjausta polven tekonivelpotilaiden lisäksi myös muilla potilasryhmillä.

Tutkimuskysymyksiäni olivat:

1. Millaisena polven tekonivelpotilaat kokivat saamansa ohjauksen hoidon eri vaiheissa?
2. Miten perioperatiivista ohjausta tulee kehittää potilaiden mielestä?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvaan opinnäytetyön toimintaympäristöä. Lisäksi perustelen kvalitatiivisen lähestymistavan, avoimen kyselylomakkeen, opinnäytetyön kohderyhmän sekä induktiivisen sisällönanalyysin valinnan. Edellä mainittujen asioiden kuvaamiseen käytän sekä teoretietoa että omaa reflektiota.

4.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Opinnäytetyön toimintaympäristönä oli Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysterveyspalvelu kuntayhtymä Soiten anestesia- ja leikkausyksikkö. Soite on 1.1.2017 toimintansa aloittanut Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysterveyspalvelukuntayhtymä. Soitessa yhdistyi Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja perusterveyspalvelukuntayhtymä Kiuru, joka käsitti Keski-Pohjanmaan keskussairaalan ja Perusterveyspalveluliikelaitos Jytan, Kokkolan sosiaali- ja terveysterveyspalvelut sekä Perhon kunnan sosiaali- ja terveysterveyspalvelut. Soitessa työskentelee 3600 henkilöä, joista suurin osa on hoitotyönhenkilöstöä ja lääkäreitä. Palveluiden yhdistämisellä oli tarkoituksena lisätä asiakas- ja potilaslähtöisyyttä sekä saumatonta yhteistyötä moniammatillisen osaamisen avulla. Soiten toiminta ja kehitystyö keskittyy ihmiseen, inhimillisyyteen ja innovatiivisuuteen. Soiteen kuuluu kymmenen jäsenkuntaa ja sen väestöpohja on 78 000 henkilöä. Keski-Pohjanmaan keskussairaala on kuitenkin lähin päivystävä sairaala jopa 200 000 asukkaalle. (Soite 2017a.)

Anestesia- ja leikkaustoiminta toimii kahdessa eri toimipisteessä. Käytössä on yhdeksän leikkaussalia, 15-paikkainen heräämö sekä induktio. Yksiköissä työskentelee 70 henkilöä, jotka ovat ammatiltaan hoitajia, lääkäreitä ja sihteerejä. Yksiköissä hoidetaan sekä lapsi- että aikuispotilaita. Yksiköiden toiminta tapahtuu pääsääntöisesti virka-aikana, mutta päivystysajalla tehdään päivystystoimenpiteitä. Vuosittain yksiköissä tehdään noin 5 000 toimenpidettä. Yksikköön tullaan joko suoraan kotoa tai vuodeosastolta. Potilas siirtyy yksiköstä jatkohoitoon joko vuodeosastolle tai kotiin potilaan voinnista ja toimenpiteestä riippuen. (Soite 2017b.) Keväällä 2017 yksikössä aloitettiin heräämöstä kotiin – eli herko-toiminta, joka lisäsi merkittävästi henkilökunnan potilasohjausosaamisen tarvetta. Herko-toimintamalli on yksikössä käytössä arkipäivisin, jolloin heräämön henkilökunta hoitaa myös iltaisin ja öisin päivystyksellisistä leikkauksista saapuvien potilaiden heräämövaiheen tarkkailun. (Junka 2018.)

4.2 Kvalitatiivinen lähestymistapa

Opinnäytetyössä käytin kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija haluaa ymmärtää syvällisesti erilaisia ilmiöitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66; Kananen 2014, 16). Kvalitatiivinen tutkimus korostaa ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten, motivaatioiden ja näkemysten kuvausta. Se siis selvittää ihmisten uskomuksia, asenteita ja käyttäytymisen muutoksia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija voi käyttää erilaisia lähestymistapoja, mutta niiden kaikkien yhteisenä tavoitteena on löytää tutkittavasta aineistosta toimintatapoja, samankaltaisuuksia ja eroja. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tulosten yleistettävyyteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija on kiinnostunut merkityksistä eli siitä, kuinka ihmiset kokevat erilaiset tapahtumat (Kananen 2014, 19). Se on käyttökelpoinen tutkimusote tutkittaessa tutkimusalueita, joista ei ole vielä tietoa, haluttaessa tutkittavasta asiasta uusia näkökulmia, epäiltäessä teorian tai käsitteen merkitystä, tutkimustuloksia tai aiemmin käytettyä tapaa toimia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66). Valitsin opinnäytetyöhön laadullisen lähestymistavan, koska pidin tärkeänä potilasohjauksen tutkimisessa ja kehittämisessä potilaiden yksilöllisiä ja ainutkertaisia kokemuksia.

4.2.1 Aineistonkeruu opinnäytetyössä

Koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tulosten yleistettävyyteen, tutkittavien otos ei näin ollen ole satunnainen, vaan se on harkinnanvarainen. Otokseen valitut ihmiset edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti. Tästä syystä käsitteen otos sijaan käytetään usein näytettä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–67.) Tutkimuksen kohderyhmänä olivat polven tekonivelpotilaat. Tutkimuksen alussa kohderyhmästä vastaajiksi valikoituivat leikkauspäätöksen saaneet työikäiset polven primaariin tekonivelleikkaukseen tulevat potilaat.

Soiten hoidonvaraaja antoi minulle opinnäytetyön kohderyhmäksi tekonivelpotilaat. Rajasin itse kohderyhmää pienemmäksi rajaamalla potilasryhmää vielä polven primaareihin tekonivelpotilaisiin keskustuani työelämäohjaajani kanssa. Polven tekonivelpotilaat ovat runsaasti ohjausta ennen leikkausta tarvitseva potilasryhmä. He saavat potilasohjausta useaan otteeseen sekä preoperatiivisesti että postoperatiivisesti usealla eri ohjausmenetelmällä. Lisäksi heidän ohjauksessaan hoitaja ottaa huomioon monia eri asioita. Tutkimuksen vastaajiksi valikoin primaariin tekonivelleikkaukseen tulevat potilaat, koska he

käyvät läpi laajemman ohjauksen kuin uusintaleikkaukseen saapuvat potilaat. Keväällä 2017 kohderyhmä rajautui aineistonkeruutavan vuoksi työikäisiin potilaisiin, koska työikäisillä potilailla kirjalliseen kyselyyn vastaaminen on luontevaa. Laajensin kohderyhmää 11.9.2017 koskemaan myös työiän ulkopuolella olevia henkilöitä, koska työikäisillä potilailla tutkimuksen aineisto olisi jäänyt vähäiseksi. Päiväkäynnin sairaanhoitaja arvioi kyselylomakkeiden jakamisen yhteydessä, että kirjallisesti kyselyyn vastaaminen onnistuu potilailta, jotka vastaanottivat kyselyn.

Kyselyllä voidaan tutkia erilaisia ilmiöitä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75). Se on vastaajan tietoisuuden ja ajattelun sisältöihin kohdistuva aineistonkeruu menetelmä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35). Kyselyssä kysymykset käsittelevät tutkimuksen tarkoituksen tai ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä asioita. Kyselyssä ei saa olla kysymyksiä, jotka on laitettu lomakkeeseen vain siksi, että niiden vastaus olisi mukava tai hyödyllinen tietää. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.) Kyselyn haasteena on, että tutkija ei voi varmistua kyselyyn vastaajien paneutumisesta kyselyyn vastatessa. Myöskään vastaajien väärinymmärryksiä kyselyyn vastatessa ei voi kontrolloida avoimessa kyselyssä. Kyselytutkimuksissa usein kato nousee suureksi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on käytetty jo vuosikymmenien ajan avoimia kysymyksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195–201).

Avoimella kysymyksellä tarkoitetaan kysymystä, johon on kirjattu pelkkä kysymys ja jossa on tyhjää tilaa vastausta varten. Avoimella kysymyksellä pyritään saamaan esiin tutkittavasta aiheesta näkökulmia, joita tutkija ei etukäteen ole osannut ajatella. Avoimet kysymykset sallivat vastaajan ilmaista itseään omin sanoin. Se ei myöskään anna valmiita vastauksia. Avoimet kysymykset osoittavat vastaajien tietämysten, keskeiset ja tärkeät aiheet sekä vastaajien tunteiden voimakkuuden tutkittavasta aiheesta. Avoimet kysymykset antavat mahdollisuuden tunnistaa motivaatioon liittyviä seikkoja ja vastaajien viitekehyksiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 198–201.)

Toteutin aineistonkeruun avoimella kyselylomakkeella. Valitsin avoimen kyselylomakkeen aineistonkeruumenetelmäksi, koska potilaiden on oletettavasti helpompi kertoa mahdollisista negatiivisista kokemuksistaan ja kehitysehdotuksistaan ohjauksesta kyselylomakkeella kuin esimerkiksi teemahaastattelulla. Tutkimuksen kohderyhmänä oli työikäiset potilaat, joille tutkimukseen vastaaminen avoimen kyselylomakkeen kautta on luontevaa. Potilaiden anonymiteetti turvataan paremmin avoimella kyselylomakkeella kuin esimerkiksi teemahaastattelulla toteutetussa tutkimuksessa.

Hyvän kyselylomakkeen tekeminen vie aikaa ja vaatii tekijältään tietoa ja taitoa (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Kyselylomakkeen kysymykset pitää tehdä ja muotoilla tarkasti, koska kysymykset luovat perustan

koko tutkimuksen onnistumiselle. Kysymykset perustuvat jo olemassa olevaan teoriaan ja tutkimuskysymyksiin. (Valli 2015, 85.) Opinnäytetyön kyselylomakkeeseen loin kysymykset opinnäytetyön teoriapohjan ja tutkimuskysymyksien pohjalta. Testasin avoimen kyselylomakkeen hiljattain polven tekonivelleikkauksessa käyneellä henkilöllä, joka täytti opinnäytetyön kohderyhmän kriteerit. Hän antoi palautetta kyselylomakkeesta. Esitestauksessa saatu vastaus ei ole lopullisissa opinnäytetyön tuloksissa. Opinnäytetyön ohjaaja antoi myös palautetta kyselylomakkeesta. Palautteiden pohjalta muokkasin lopullisen avoimen kyselylomakkeen. Potilaille jaettu kyselylomake on opinnäytetyönsuunnitelman liitteenä (LIITE 1).

Aineistonkeruu toteutui 11.9.–29.12.2017. Toimitin lukitun postilaatikon anestesia- ja leikkausyksikköön sihteerin kansliaan ennen kyselylomakkeiden jakamista. Päiväkäynnillä sairaanhoitaja informoi potilaita opinnäytetyöstä vastaanottokäynnin yhteydessä noin kaksi viikkoa ennen leikkausta. Hän kysyi potilailta suullisen luvan tutkimukseen osallistumiseen informoinnin yhteydessä. Hän myös kertoi tässä vaiheessa potilaille, että kyselylomakkeen vastaanottaminen ja siihen vastaaminen on täysin vapaaehtoista, eikä liity heidän saamaansa hoitoon ja ohjaukseen. Hoitaja jakoi kyselyn potilaille, jotka olivat halukkaita vastaamaan kyselyyn. Kysely oli kirjekuoressa, jossa oli myös saatekirje ja palautuskuori. Opinnäytetyön liitteenä on kyselylomakkeen mukana jaettu saatekirje (LIITE 2). Opinnäytetyölle pitää olla lupa tutkittavalta organisaatiolta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Opinnäytetyölle hain luvan Soiten johtajaylihoitajalta. Lupa on opinnäytetyön liitteenä (LIITE 3).

Potilaat saivat vastata kyselyyn osastolla ollessa tai kotona kahden viikon kuluessa leikkauksesta. Jos potilas vastasi kyselyyn osastolla, hän sai palauttaa vastauksen suljetussa kirjekuoressa osaston 7 hoitajalle. Hoitaja otti vastaan kirjekuoren ja lähetti sen sisäisessä postissa anestesia- ja leikkausyksikköön. Vaihtoehtoisesti potilas pystyi postittamaan täytetyn kyselylomakkeen suoraan anestesia- ja leikkausyksikköön. Tätä varten kyselylomakkeen mukana oli postimerkillä varustettu kirjekuori. Anestesia- ja leikkausyksikön osastonsihteerin keräsi täytetyt kyselylomakkeet kirjekuorissa postilaatikkoon, josta kävin noutamassa ne kerran viikossa.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston riittävyttä kuvaa saturaation täyttyminen eli vastausten kyläntymisen toteutuminen. Saturaation täyttyessä aineisto toistaa itseään eli tutkimuksen tiedonantajat eivät anna tutkimuskysymysten kannalta enää mitään uutta tietoa. Saturaation perusajatuksena on, että tietty määrä aineistoa riittää, jotta tutkittavasta ongelmasta nousee esille se teoreettinen peruskuvia, joka on mahdollista saada. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 87.) Päiväkäynnillä sairaanhoitaja jakoi avoimen kyselylomakkeen aluksi 20:lle polven primaariin tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle. Koska saturaatio

ei täyttynyt näillä kyselyillä, hoitajat jakoivat 15 avointa kyselylomaketta polven tekonivelleikatuille potilaille leikkauksen jälkeen osastolla 7. Opinnäytetyön alussa kohderyhmänä olivat työikäiset potilaat. Työikäisillä potilailla aineistoa tuli vähän, joten kohderyhmään valikoitui myös työiän ohittaneita henkilöitä. Koska potilasohjaus on samanlaista potilaan iästä riippumatta, tämä ei vaikuttanut opinnäytetyön tulokseen. Hoitajat arvioivat lomakkeita jakaessaan, että kyselyn vastaanottaneet potilaat olivat kykeneviä vastaamaan kirjallisesti kokemuksistaan ohjauksesta. Hoitajat jakoivat kaikkiaan 35 avointa kyselylomaketta. Niistä palautui kymmenen täytettyä lomaketta. Tutkimuksessa kato nousi suureksi.

4.2.2 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineiston perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi voi olla yksittäinen analyysimetodi tai väljä teoreettinen kehys, joka yhdistetään erilaisiin analyysikonaisuuksiin. Sen avulla voidaan tehdä erilaisia tutkimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91.) Sisällönanalyysin tavoitteena on tutkittavan ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen, jolla tavoitetaan merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Sisällönanalyysin vahvuuksia ovat sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.)

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analyysissä tutkimuksen päättely etenee yksittäisestä yleiseen. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Tällöin analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Aiemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei ole yhteyttä analyysin toteuttamisen ja lopputuloksen kanssa. Myöskään analyysiyksiköt eivät voi tällöin olla ennalta sovittuja tai harkittuja. Analyysiin tai analyysin lopputulokseen liittyvä teoria koskee ainoastaan analyysin toteuttamista. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95–96.)

Sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23). Sisällönanalyysistä erotettavissa olevat vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan sanat niiden teoreettisten merkitysten perusteella. Se perustuu lähinnä induktiiviseen ajatteluun, jota ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Kategoriat valitaan aineiston ja tutkimusongelmien ohjaamana. Tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen koko-

naisuus siten, että aikaisemmat havainnot, tiedot ja teoriat eivät ohjaa analyysia. Analyysiyksikön määrittämiseen ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta vaiheittain. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Litteroin eli kirjoitin täytetyt kyselylomakkeet sanasta sanaan puhtaaksi tietokoneelle. Tutustuin aineistoon lukemalla vastaukset läpi useaan kertaan. Vastausten litteroinnin jälkeen korostin korostekynällä alkuperäisilmaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiini. Alkuperäisilmauksista muodostin pelkistetyt ilmaukset. Ryhmittelin pelkistetyt ilmaukset tutkimuskysymyksien ja pelkistettyjen ilmauksien merkityksen mukaan. Näin syntyneet alaluokat luokittelin yläluokiksi, jotka kirjasin sisällönanalyysitaulukkoon. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ohjasivat analyysin etenemistä. Opinnäytetyön liitteenä on sisällönanalyysitaulukko (LIITE 4).

5 POTILAIEN KOKEMUKSIA PERIOPERATIIVISESTA OHJAUksesta POLVEN PRIMAARIN TEKONIVELLEIKKAUKSEN YHTEYDESSÄ SOITTESSA SYKSYLLÄ 2017

Tässä luvussa esitän opinnäytetyön tulokset tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Sain opinnäytetyön tulokset induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tuloksia vahvistamaan nostin autenttisia lainauksia opinnäytetyön avointen kyselylomakkeiden vastauksista.

5.1 Polven tekonivelpotilaiden kokemuksia ohjauksesta hoidon eri vaiheissa

Opinnäytetyön ensimmäisen tutkimuskysymyksen pääluokiksi nousivat potilaan kokonaisvaltainen asiakaslähtöinen ohjaus sekä potilaan kokema hoitoyksinäisyys. Potilaan kokonaisvaltainen asiakaslähtöinen ohjaus jakaantui alaluokkiin, jotka olivat tiedollisesti kattava tieto, turvaa luova kokemus, yksilön tarpeita arvostava, kertaaminen yksilöllisenä kokemuksena sekä ammatillinen vuorovaikutus. Potilaiden kokema hoitoyksinäisyys jakaantui alaluokkiin, jotka olivat potilaiden tarpeiden huomioimattomuus sekä epävarma kohtaaminen.

Potilaat kokivat ohjauksessa saamansa kirjallisen, suullisen ja audiovisuaalisen eli ohjausvideon kautta saaneensa ohjauksen tiedollisesti kattavana. Vastaajien kokemusten mukaan ohjauksesta saatu tieto oli kattavaa ja yksiselitteistä. Ohjaus oli laadultaan hyvää. Ohjeet olivat myös selkeästi ilmaistut ja niistä saatu tieto oli perusteltua koko hoidon kannalta. Tietoa tuli leikkaukseen omatoimisen valmistautumisen, leikkaukseen saapumisen, leikkauksen ja potilaan jälkihoidon osalta potilaille riittävästi. Riittävä tieto auttoi potilaita hahmottamaan hoidon etenemistä, koska he tiesivät jo etukäteen, miten hoito etenee.

Asiat käytiin läpi perinpohjaisesti; leikkaukseen valmistautuminen, leikkaukseen saapuminen, leikkaus ja jälkihoito.

Sain tietoa koko jutusta. Kävimme hoitajan kanssa läpi eri vaiheet.

Ohjeet olivat selkeät.

Potilaat kokivat, että ohjaus loi heille turvaa hoidon eri vaiheissa. Tieto siitä, mitä tulisi tapahtumaan seuraavaksi, loi turvallisuuden tunnetta. Samoin tieto, siitä mihin potilaat voivat ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee potilaan jo kotiudutta sairaalasta, loi heille turvallisuuden tunnetta.

Koin ohjauksen hyvänä ja turvallisena

Sain neuvon, että ongelmien ilmaantuessa saan ottaa yhteyttä osastolle.

Osa potilaista koki, että hoitajat arvostivat heidän yksilöllisiä tarpeita ohjausta antaessaan. Ohjauksen eri vaiheissa oli otettu huomioon potilaiden erilaiset tarpeet ja huomioitu heidän erilaiset kotiolosuhteensa. Hoitajat ottivat huomioon myös potilaan peruskunnon, kun he ohjasivat potilaille liikeharjoitteita.

Yksilölliset tarpeeni otettiin erittäin hyvin huomioon huomioiden kuntoni ja kotiolosuhteeni jatkohoidon suhteen.

Yksilön (potilaan) huomioon ottaminen on ollut kiitettävää.

Potilasohjauksessa olevan kertaamisen potilaat kokivat yksilöllisesti. Potilailla oli kertaamisesta sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Osa potilaista koki asioiden kertaamisen tärkeänä asioiden muistamisen kannalta. He kokivat, että toimenpiteen onnistumisen kannalta määrättyjen asioiden sisäistäminen on välttämätöntä ja asioita toistamalla ohjauksen sisäistäminen varmistetaan. Potilaat kokivat lisäksi, että ohjattaviin aiheisiin paneuduttiin joka ohjauskerralla aiempia kertoja syvällisemmin. Toisten mielestä kertaaminen on turhauttavaa ja hyödytöntä. Heidän mielestään ohjaukseen käytetyn ajan olisi voinut hyödyntää tehokkaammin ja tarpeellisemmin.

En ole kokenut ohjeistusta rasitteena, päinvastoin on hyvä, että asioita toistetaan, näin ne jäävät mieleen. Asiat, jotka ovat tärkeitä leikkauksen onnistumisen, esim. kuntoutus, tärkeyttä ei voi mielestäni koskaan teroittaa liikaa.

Samat asiat toistettiin 3 kertaa, esim. lääkelistat, leikkaukseen tuleminen ym. Tuntui, että aika voitais käyttää tarpeellisempaan.

Osa potilaista koki, että ohjaukseen osallistuvilla hoitajilla oli ammatilliset vuorovaikutustaidot. Heidän mukaan perioperatiiviseen ohjaukseen osallistuneet hoitajat olivat osaavia, päteviä ja ammattitaitoisia. Hoitajien työskentelytavasta heijastui hoitajien oma persoona. Osa potilaista koki hoitajien persoonallisten ohjaustapojen rikastuttavan ohjausta. He myös kokivat, että useamman hoitajan osallistuminen ohjaukseen oli hyvä asia. Hoitajat suhtautuivat potilaisiin asiallisesti ohjauksen ja hoidon eri vaiheissa. Potilaat kokivat hoitajien vuorovaikutustaidot hyväksi. Hoitajat olivat myös ystävällisiä, iloisia ja palveluhalttiita.

Vuorovaikutus onnistui erinomaisesti.

Usean hoitajan ohjaus oli hyvä asia, kaikki olivat kerta niin ammattitaitoisia.

Mielestäni hoitajat olivat erittäin ammattitaitoisia, iloisia ja palvelualttiita.

Osa potilaista koki ohjauksen aikana hoitoyksinäisyyttä. He kokivat, että heidän tarpeitaan ei huomioitu ja että hoitajien kohtaaminen oli epävarmaa. Heidän mukaansa kaikkien potilaiden yksilöllisiä tarpeita ei huomioitu ohjauksessa. He kokivat myös, että heitä ei kuunneltu ohjauksen ja hoidon aikana. Heidän aiempia kokemuksiaan puudutuksen jälkeisistä komplikaatiosta ei otettu huomioon hoitoa suunniteltaessa, vaikka he olivat tuoneet aiemmat ongelmat esille ohjauksen aikana hoitajalle. Tästä johtuen komplikaatio uusiutui toimenpiteen jälkeen. Osa potilaista koki, että heidän yksilöllisiin ohjaustarpeisiinsa ei vastattu. Yksi potilaista koki, että hän ei saanut tarpeeksi neuvontaa toimenpiteen valmistautumisesta, toimenpiteestä ja toimenpiteen jälkeisestä kuntoutuksesta, koska hoitajat olettivat hänen jo tietävän asiat, koska hoitosuhteen aikana oli tullut ilmi, että myös potilas työskentelee sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla.

Minusta yksilöllisiä tarpeitani ei huomioitu ollenkaan ohjauksessa.

Alkuhaastattelussa ei uskottu kaikkea, mitä kerroin aiempien puudutusten komplikaatioista.

Ehkäpä ajattelivat, että kyllä se pärjää, kun toimii itsekin alalla.

Osa potilaista myös koki, että hoitohenkilökunnan potilaiden kohtaaminen oli epävarmaa. Lisäksi osa potilaista koki, että hoitajien vuorovaikutus oli varauksellista. He kokivat, että hoitoalan opiskelijoiden suhtautuminen potilaisiin oli valmiita hoitajia epävarmempaa. He kuitenkin ymmärsivät, että hoitoalan opiskelijoiden läsnäolo on tärkeää opiskelijoiden oppimisen kannalta.

Paitsi tietenkin valmistuvat ”apuhoitajat” (hoitoalan opiskelijat), jotka pelkäsivät (epävarmuuden heijaste) tekevänsä väärin asioita.

Vuorovaikutus oli varauksellista.

5.2 Potilaiden kehittämisetoduksia perioperatiivisesta ohjauksesta

Opinnäytetyön toisen tutkimuskysymyksen pääluokiksi nousivat ohjauksen asiakaslähtöisyyden kehittäminen ja postoperatiivinen kivunhoito ja mahdolliset leikkauksen jälkeiset komplikaatiot. Ohjauksen asiakaslähtöisyyden kehittäminen jakaantui alaluokkiin, jotka olivat ohjauksen yksilöllistäminen, ohjauksen sisäistämisen varmistaminen ja ohjausajankohdan valinta. Pääluokka, postoperatiivinen kivunhoito ja mahdolliset leikkauksen jälkeiset komplikaatiot, jakaantui kahteen alaluokkaan, jotka olivat enemmän ohjausta postoperatiivisesta kivusta ja ohjausta komplikaatiosta.

Osa potilaista koki, että ohjausta voisi vielä entisestään parantaa suunnittelemalla ohjaustilanteet entistä yksilöllisemmäksi ja asiakaslähtöisemmäksi. Yksi potilas myös koki, että potilailla tulisi olla tasa-arvoinen asema saada ohjausta heidän koulutuksesta tai työkokemuksesta riippumatta. Sosiaali- ja terveysalalla itse työskentelevät potilaat toivovat myös tasa-arvoista kohtelua muihin potilaisiin verrattuna joutuessaan potilaiksi.

(Ohjaus) voisi olla läheisempää.

Vaikka työskentelee alalla, voi kuka vain joutua potilaaksi ja heihin voi suhtautua myös kuten muihin eikä peläten. Ei siellä olla arvioimassa toisia ja heidän osaamistaan.

Osa potilaista koki myös, että vaikka ohjaus oli monipuolista ja ohjaukseen käytettiin useita erilaisia ohjaustapoja, niin osalle potilaista oli vaikeaa sisäistää ohjausta. He toivoisivat, että jatkossa hoitajat varmistaisivat ohjaustuokioiden lopuksi, että potilaat ovat sisäistäneet ohjauksessa kerrotun asian.

Vaikka tietoa kyllä tuli, ja papereita, olin kyllä vähän hukassa.

Osa potilaista toivoi hoitajien myös jatkossa kiinnittävän enemmän huomiota ohjausajankohdan valintaan. Ohjauksen sisäistämiseen vaikuttavat useat eri asiat. Polven tekonivelpotilailla on käytössä voimakkaita kipulääkkeitä, joiden sivuvaikutuksena on esimerkiksi väsymys. Lääkitys voi vaikuttaa potilaan jaksamiseen ja asioiden muistamiseen. Hoitajan tulisi arvioida ennen ohjausta, että potilas on niin orientoitunut, että hän hyötyy saamastaan ohjauksesta, eikä kuormitu siitä. Osa potilaista myös toivoi, että ohjaustilanteelle järjestettäisiin rauhallinen tilanne, jolloin potilas voi keskittyä saamaansa ohjaukseen.

Kun käytössä on voimakkaita lääkkeitä, jää ohjauksesta osa ohi.

Vierailuajoista pidettävä kiinni, jotta ohjaus ja hoito mahdollistuu!

Osa potilaista toivoi ohjaukseen myös enemmän tietoa postoperatiivisesta kivunhoidosta. He toivoivat ohjausta koskien sekä välitöntä kipua heti puudutuksen poistumisen jälkeen että kotona ilmenevää postoperatiivista kipua.

Varsinkin se, miten kovat kivut tulisi olemaan leikkauksen jälkeen puudutuksen hälvettyä, olisi ollut hyvä tietää. En kuitenkaan olisi uskonut, vaikka joku olisi kertonut.

En saanut ohjausta siitä, että (polvi) kipeänä yli kuukauden ajan.

Potilaat kokivat, että he olisivat tarvinneet ohjauksen yhteydessä nykyistä enemmän tietoa mahdollisista postoperatiivisista komplikaatioista jo ennen toimenpidettä. He kokivat, että mahdollisista komplikaatioista olisi pitänyt saada tietoa hoitajalta muun ohjauksen yhteydessä. Heidän mielestään ennen leikkausta olisi ollut hyödyllistä kuulla esimerkiksi minkälainen uusi tekonivel voi olla leikkauksen jälkeen ja mitkä komplikaatiot ovat mahdollisia.

En saanut ohjausta siitä, että polvi olisi mustana yli kuukauden.

Jäin kaipaamaan ohjausta siitä, että 1,5 kk jälkeen on kuin löysää nivelessä, joka tuli yllätyksenä. Kuulin tämän olevan normaalia (fysioterapeutilta jälkikäteen).

6 POHDINTA

Tässä luvussa kuvaan opinnäytetyön tuloksia. Pohdin myös opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta. Luvussa pohdin omaa oppimistani ja ammatillista kasvuani opinnäytetyönteon aikana. Lopussa tuon esille omat kehittämissideani aiheeseen liittyen, jatkotutkimushaasteet sekä johtopäätökset.

6.1 Polven tekonivelpotilaiden kokemuksia ja kehittämissideja ohjauksesta

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää polvi- ja lonkka- ja leikkauspotilaiden potilasohjausta. Työn tilaaja, anestesia- ja leikkausyksikkö, toivoi opinnäytetyön tulosten avulla pystyvänsä kehittämään myös muiden potilasryhmien potilasohjausta. Opinnäytetyö toteutettiin avoimella kyselylomakkeella ja kyselyn vastaukset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Työ kuvaa potilaiden kokemuksia ja se myös antaa konkreettisia kehityssideja potilasohjaukseen jatkossa.

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaat kokivat saavansa laaja-alaista tietoa toimenpiteestä, siihen vaikuttavista tekijöistä sekä jatkohoidosta. Potilaat olivat kokeneet ohjauksen yksilöllisyyden vaihtelevasti. Osa potilaista koki, että heidän yksilölliset tarpeensa ja elämäntilanteensa oli huomioitu erinomaisesti. Toiset taas kokivat, että heidän yksilöllisiä tarpeitaan ei oltu otettu lainkaan huomioon. Myös Kynkään, Kukkuraisen ja Mäkeläisen (2004, 232) tutkimuksen mukaan potilaat saivat riittävästi ohjausta. 70 % vastanneista koki saaneensa riittävästi ohjausta. Suurin osa vastanneista koki, että ohjaus oli potilaan tarpeista lähtöisin olevaa. Hyvänä puolena vastanneet pitivät sitä, että hyvä ohjaus edisti hyvää itsehoitoa kotona ja kotona selviämistä.

Leikkauspotilaat odottavat moninaista tietoa ja tukea useilta eri ammattiryhmiltä hoidon onnistumiseksi (Eloranta ym. 2015, 14). Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaat saavat laajasti tietoa koko toimenpiteestä ja jatkohoidosta. Potilaiden ohjaukseen osallistuu hoitajien lisäksi fysioterapeutit ja lääkärit. 93 % hoitajista koki voivansa luoda potilaille turvallisuuden tunteen onnistuneen ohjauksen avulla (Mäkelä 2013, 34). Opinnäytetyön tulosten mukaan myös potilaat kokivat, että ohjaus luo heille turvallisuuden tunnetta.

Asioiden kertaaminen ja mieleen palauttaminen vahvistavat ohjattujen asioiden oppimista ja asioiden muistamista (Hämäläinen ym. 2017, 216–217). Ohjattujen asioiden kertaaminen eri ohjauskerroilla jakoi

potilaiden mielipiteet hyvin vahvasti. Osa potilaista koki, että kertaaminen mahdollisti koko hoitoprosessin onnistumisen. Toisten mielestä kertaaminen oli hyvin turhauttavaa ja tarpeetonta. Lisäksi osa potilaista koki, että kertaamista ei ollut ollenkaan ohjausprosessin aikana, vaan joka kerralla ohjattuun asiaan perehdyttiin aiempaa syvällisemmin.

Potilaan hoitoyksinäisyys tarkoittaa potilaan hoitotilannetta, jossa potilas kokee jäävänsä ilman yhteyttä hoitajaansa. Potilaalla ei ole mahdollisuutta jakaa kokemuksiaan tai tuntemuksiaan hoitotilanteesta. Hoitoyksinäisyydessä potilas kokee, ettei hän saa riittävästi tietoa omasta tilanteestaan. Hän ei myöskään koe saavansa tarpeeksi kunnioitusta yksilönä. Lisäksi potilas kokee, ettei hän ole saanut tarvitsemaansa apua tai kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitoyksinäisyys on usein yhteydessä hoitajien vaihtuvuuteen sekä lyhyeen hoitoaikaan sairaalassa. (Karhe 2017, 65.) Opinnäytetyön mukaan osa potilaista ei tullut kohdatuksi yksilöinä, koska heidän yksilöllisiä tarpeitaan ei huomioitu. Hei eivät myöskään saaneet tarpeeksi tietoa. He kokivat, että heidän ohjaustarpeeseensa ei vastattu. Osa potilaista koki myös, että he eivät saaneet yhteyttä hoitajaansa, koska potilaat kokivat vuorovaikutuksen epävarmana.

Vaikka potilaat kokivat opinnäytetyön tuloksien mukaan ohjauksen ja hoitajien vuorovaikutustaidot pääasiassa hyvinä, niin he löysivät niistä vielä kehitettäviä asioita. Potilaat kokivat, että jatkossa ohjaus voisi olla vielä asiakaslähtoisempää. Lisäksi potilaat toivoivat ohjaukseen entistä enemmän tietoa postoperatiivisesta kivunhoidosta sekä mahdollisista komplikaatioista. Ahola ja Hakola (2016, 24) tutkivat opinnäytetyössään potilaiden kokemuksia polventekonivelleikkauksen hoitoprosessista. Opinnäytetyön mukaan hoitoprosessia, johon ohjaus yhtenä osana kuuluu, ei tarvitse ollenkaan kehittää. Opinnäytetyön aineistonkeruu oli toteutettu teemahaastattelulla. Vastausten eroavaisuuden taustalla voikin olla juuri se, että avoimeen kyselylomakkeeseen on teemahaastattelua helpompi kertoa negatiivisista kokemuksista, kuten tietoperustassa jo todettiin. Toisaalta tulosten eroavaisuus voi johtua pelkästään sattumasta tutkimuksiin valikoituneiden suhteen.

Lipposen (2014, 50) väitöskirjassa todetaan, että hoitajat toivoisivat ohjauksen tueksi selkeää ohjausrunkoa. Hoitajien mielestä ohjauksen tulisi olla sisällöllisesti yhtenäistä ja perustua tutkittuun tietoon läpi koko ohjausprosessin. Hoitajien kokemuksen mukaan ohjaus tulee yhdistää kiinteästi hoidon ja hoitotapahtumien yhteyteen. Ohjauksen tulisi myös jatkua läpi hoitoprosessin. Ohjausta antaessa hoitajan tulee osata arvioida potilaan kunto ja ohjauksen vastaanottokyky ja ohjata potilasta tämän mukaan. Myös opinnäytetyössäni potilaat kokivat, että hoitajien tulisi kiinnittää huomiota potilaiden ohjauksen vastaanottokykyyn. Polven tekonivelpotilailla on käytössä postoperatiivisesti vahvoja kipulääkkeitä, jotka vai-

kuttavat potilaan kykyyn vastaanottaa ohjausta. Potilaat kokivat myös, että hoitajien tulee ottaa huomioon osaston tilanne valitessaan ohjausajankohtaa. Ohjaus vaatii onnistuakseen riittävästi aikaa ja rauhallisen tilanteen.

Polven tekonivelpotilaat saavat säännöllisesti kipulääkettä suun kautta ollessaan sairaalassa osastolla. Kivun lievitykseen käytetään myös kylmähoitoa, hyvän asennon järjestämistä sekä rentoutumista. Näiden lisäksi anestesia lääkäri voi yksilöllisesti määrätä erilaisia kivunhoidon menetelmiä. Potilas arvioi itse kipujanavan avulla kivun voimakkuutta. (Soite 2017e, 1.) Lääkäri määrää reseptillä potilaalle kotiin kotiutumisen jälkeen käytettäväksi kipulääkettä. Potilasta kehoitetaan kotona käyttämään kipulääkettä riittävästi ja ennaltaehkäisevästi, jotta päivittäiset askareet kotona onnistuvat. Kipulääkityksen ollessa riittävää myös kävely ja annettujen kuntoutusohjeiden noudattaminen onnistuvat paremmin. (Soite 2017c, 2.) Potilaan kirjallisissa ohjausmateriaaleissa on tietoa potilaan postoperatiivisesta kivunhoidosta. Lisäksi postoperatiivisesta kivunhoidosta potilas saa tietoa suullisesti useaan otteeseen ohjauksen aikana. Potilaat kuitenkin kokivat, että he eivät olleet saaneet tarpeeksi tietoa postoperatiivisesta kivunhoidosta. Potilaat kaipasivat lisää ohjausta postoperatiivisesti ilmenevästä kivusta sekä akuuttivaiheessa osastolla heti puudutuksen hälvettyä että kotiutumisen jälkeen jopa viikkojen kuluttua ilmenevästä kivusta.

Myös Kennedyn, Wainwrightin, Pereiran, Robartsin, Dicksonin, Christianin ja Websterin (2017, 3) tutkimuksen mukaan potilaat tarvitsevat lisää ohjausta postoperatiivisesta kivunhallinnasta. Erityisesti tutkimukseen osallistujat ilmaisivat kiinnostusta liittyen postoperatiivisen kivun määrään ja lääkärin määräämän kipulääkityksen tarkoitukseen. Potilaat kaipasivat myös ohjausta kipulääkkeen käyttöä, sivuvaikutuksia ja lopetusta koskien. Opinnäytetyössäni kävi ilmi, että potilaat olisivat kaivanneet ennen kotiutumista enemmän tietoa siitä, kuinka pitkään he voivat olla kipeitä vielä leikkauksen jälkeen. Potilaille oli tullut yllätyksenä, että polvi voi olla kipeä vielä kuukauden kuluttua leikkauksesta.

6.2 Opinnäytetyön etiikka ja luotettavuus

Seuraavissa alaluvuissa käyn lävitse tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden toteutumista tässä opinnäytetyössä.

6.2.1 Etiikan toteutuminen opinnäytetyössä

Kaikki tieteellinen toiminta pohjautuu tutkimusten eettisyyteen. Tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, eli se kertoo oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Hoitotieteellisen tutkimuksen tulee täyttää eettiset vaatimukset. Tällöin tutkimuksen aihe on tutkijaa kiinnostava, tutkijan tulee tunnollisesti perehtyä luotettavaan tietoon, eikä hän saa harjoittaa vilppiä tutkimuksen aikana. Tutkijan tulee olla tutkimatta sellaista aihetta, joka voi aiheuttaa vahinkoa jollekin. Lisäksi koko tutkimuksen ajan tulee kunnioittaa ihmisarvoa. Tutkijan tulee käyttää tieteellistä informaatiota eettisten vaatimusten mukaan ja lisäksi toiminnallaan edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. Lisäksi tutkijan tulee suhtautua kunnioittavasti muihin tutkijoihin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Työssäni olen pyrkinyt toimimaan hyvän eettisen tutkimuskäytännön mukaan. Pyysin itse opinnäytetyön aiheen anestesia- ja leikkausyksiköstä, koska olen kiinnostunut yksikön toiminnasta. Tästä johtuen olin aidosti kiinnostunut tutkimuksen aiheesta. Opinnäytetyön tietoperustaa kirjoittaessani syvennyin työn aihetta käsittelevään luotettavaan tietoon. Tietoperustassa käytin lähteinä oppikirjoja, eri tasoisia tutkimuksia sekä luotettavia artikkeleja. Opinnäytetyötä tehdessä toimin rehellisesti enkä harrastanut minäänlaista vilppiä. Opinnäytetyö ei aiheuttanut vahinkoa potilaille tai kohdeorganisaatiolle. Opinnäytetyölle pitää olla lupa tutkittavalta organisaatiolta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Hain tutkimusluvan opinnäytetyölle Soiten johtajaylihoitajalta, ja lupa on opinnäytetyön liitteenä (LIITE 3). Luvan hakemisen yhteydessä varmistin, että organisaation tunnistetiedot saavat olla näkyvissä valmiissa opinnäytetyössä. Jos tunnistetiedot eivät olisi saaneet olla näkyvissä, ne olisi poistettu myös liitteenä olevasta tutkimuslupahakemuksesta. Opinnäytetyötä tehdessäni toimin kunnioittavasti muita tutkijoita kohtaan, mikä ilmenee tutkimustulosten kunnioittavana käsittelynä ja kuvailuna tietoperustassa.

Tutkimusetiikka jaetaan tieteen sisäiseen ja ulkoiseen etiikkaan. Sisäinen etiikka sisältää tutkimuksen luotettavuuden ja totuudellisuuden. Siinä pohditaan tutkijan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteisiin ja koko tutkimusprosessiin. Sisäiseen etiikkaan kuuluu myös tutkimuksen tulosten raportointi, tutkimuksen kirjoittamiseen osallistuvien rajaus sekä mitkä aineistot kuuluvat tutkimukseen. Ulkoinen etiikka käsittelee ulkopuolisten seikkojen vaikuttavuutta aiheenvalintaan ja sitä miten asiaa tutkitaan. Ulkoiseen etiikkaan kuuluu tutkimusten rahoittajien valinta ja vaikutus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 212.)

Opinnäytetyön tulokset olen analysoinut objektiivisesti ja olen pyrkinyt esittämään ne mahdollisimman totuudenmukaisesti. Opinnäytetyön avoimen kyselylomakkeen vastauksista en ole jättänyt pois tai lisännyt mitään, vaan sisällönanalyysissä on käytetty kaikkia tutkimuskysymyksiin vastaavia alkuperäisilmaisuja. Opinnäytetyön tulokset olen esittänyt rehellisesti opinnäytetyön tulososassa ja tuloksien pohdintaa on pohdinnan ensimmäisessä alaluvussa. Opinnäytetyön kirjoittamiseen ei ole lisäkseni osallistunut ketään. Opinnäytetyön toteutukseen ei ole osallistunut mikään ulkopuolinen taho. Opinnäytetyöprosessissa ei ole ollut rahallista avustusta.

Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on yksi tutkimuksen lähtökohta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja kieltäytyminen tulee olla mahdollista tutkimuksen joka vaiheessa. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkimuskohteena ovat usein potilaat ja asiakkaat, jotka voivat kokea tutkimukseen osallistumisen velvollisuudekseen. Tämän vuoksi on tärkeää, että tutkimus pidetään aina aidosti vapaaehtoisena. Tutkimuksesta kieltäytymisestä ei saa rangaista ja osallistumisesta ei saa palkita. Tutkimukseen osallistuminen pohjautuu tietoiseen suostumukseen, jolloin tutkimukseen osallistuva tietää, mikä on tutkimuksen luonne. Hänen tulee myös tietää oikeutensa keskeyttää tutkimus omalta osaltaan sekä tiedottaa tutkimuksen aiheuttamat hyödyt ja haitat. Hänen tulee myös tietää, kuinka tutkimuksen aineisto säilytetään ja miten tulokset julkaistaan. Yleensä nämä asiat kerrotaan tutkittavalle saatekirjeessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 218–219.) Opinnäytetyön avoimen kyselylomakkeen mukana jaettu saatekirje on opinnäytetyön liitteenä (LIITE 2).

Opinnäytetyötä tehdessäni olen kunnioittanut opinnäytetyöhön osallistuvien potilaiden itsemääräämisoikeutta. Opinnäytetyöhön osallistuminen oli potilaille vapaaehtoista. Hoitaja, joka jakoi kyselylomakkeet, kysyi ennen lomakkeen antamista potilaan halukkuutta osallistua tutkimukseen eli kysyi suullisesti potilaan luvan osallistua tutkimukseen. Samassa yhteydessä hoitaja kertoi myös potilaille, että kyselylomakkeen vastaanottaminen oli vapaaehtoista ja että vaikka lomakkeen vastaanotti, ei vastaaminen ollut pakollista. Lisäksi potilaille kyselylomakkeen mukana jaetussa saatekirjeessä oli maininta kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Useat kyselyn vastaanottaneet potilaat käyttivätkin mahdollisuuttaan olla vastaamatta kyselyyn.

Potilaat eivät saaneet palkkiota kyselyyn vastaamisesta. Potilaat, jotka eivät osallistuneet kyselyyn, eivät saaneet minkäänlaista rangaistusta asiasta. Kaikki potilaat saivat samanlaista ohjausta riippumatta siitä, ottivatko he kyselylomakkeen vastaan vai eivät. Potilasasiakirjoihin ei tullut merkintää, ketkä potilaat olivat ottaneet vastaan kyselylomakkeen. Kyselyn vastaanottaneista potilaista ei ollut myöskään mitään erillistä listaa.

Tutkimukseen valikoituvien vastaajien tasa-arvoisuus kuvaa tutkimuksen oikeudenmukaisuutta. Otokseen eivät saa valikoitua potilaat, jotka edustavat tulosten kannalta toivottua otosta. Lisäksi tutkijalla ei saa olla tutkittavaan hoitosuhdetta, koska potilaat kokevat usein olevansa alisteisessa asemassa hoitohenkilökuntaan. Tutkimuksessa keskeisenä asiana on anonymiteetti. Tutkimustietoja ei saa luovuttaa kenellekään tutkimuksen ulkopuoliselle henkilölle ja ne tulee säilyttää lukkojen takana ja tietokoneella suojata salasanoin. Jos opinnäytetyössä käytetään suoria lainauksia, kyselylomakkeiden vastauksista muutetaan teksti asiamuotoon, jottei kirjoitustavasta tai murteesta pystytä jälkikäteen tunnistamaan vastaajaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 221.)

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat työikäiset polven tekonivelpotilaat. Prepoliklinikan sairaanhoitaja valikoi opinnäytetyön tiedonantajat ennalta sovittujen kriteerien pohjalta. Potilaille oli tulossa polven primaari tekonivelleikkaus, he olivat työikäisiä tai toimintakyvyltään sellaisia, että kyselylomakkeeseen vastaaminen oli heille luontevaa. En työskennellyt tai ollut harjoittelussa missään opinnäytetyön kohdeyksiköistä tutkimusajankohtana, joten minulla ei ollut hoitosuhdetta tutkittaviin. Tutkittavien anonymiteetti toteutui, koska itse en ollut tekemisissä potilaiden kanssa. Sairaalan henkilökunta jakoi ja vastaanotti kyselylomakkeet.

Tutkimukseen osallistuneita potilaita ei voi tunnistaa mistään kohtaa valmiista opinnäytetyöstä. Potilaiden henkilötietoja ei kerätty opinnäytetyön kyselylomakkeessa. En koskaan tavannut kyselyyn vastanneita potilaita, joten en voinut tunnistaa heitä käsialan tai vastauksissa olleen kirjoitustyylin tai murteen perusteella. Täytetyt kyselylomakkeet olivat sairaalassa lukitussa postilaatikossa, johon vain minulla oli avain. Lomakkeet säilytin lukitussa kaapissa opinnäytetyön tekemisen ajan ja hävitin ne opinnäytetyön valmistuttua. Kyselylomakkeita käsittelevät tiedostot olivat tietokoneella salattuina tiedostoina, jotka poistin opinnäytetyön valmistuttua. Sellaiset suorat lainaukset, joista vastaaja olisi ollut mahdollista tunnistaa, olen muuttanut yleiskielelle.

Plagiointi eli valmiin tekstin lainaaminen ilman lähdeviitteitä on kiellettyä ja eettisten sääntöjen vastaista. Tämä koskee sekä painettua että internetin kautta hankittua aineistoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222–224.) En ole plagioinut opinnäytetyötä. Olen merkinnyt lähdeviitteillä lähdemateriaalien mukaan opinnäytetyöhön kirjoitetun tiedon. Syötin opinnäytetyön ennen sen lopullista tarkistamista ja julkaisemista urkund-tietokoneohjelmaan, joka tarkisti mahdollisen plagioinnin.

6.2.2 Luotettavuuden toteutuminen opinnäytetyössä

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimus tulee aina huomioida kokonaisuutena, jolloin kaikki tutkimuksen osat ovat tasapainossa keskenään. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee arvioida aluksi, mitä tutkimuksessa on tutkittu ja miksi. Tutkijan tulee olla sitoutunut tutkimukseen. Aineistonkeruusta arvioidaan menetelmä, tekniikka ja muita huomioitavia erityispiirteitä. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös, miten tutkimuksen tiedonantajat on valittu ja millainen on tiedonantajan ja tutkijan suhde. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota tutkimuksen keston, aineiston analyysiin, tutkimuksen luotettavuuteen ja tutkimuksen raportointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140–141.)

Yleisesti käytettyjä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Tutkimuksen uskottavuus edellyttää, että tutkimuksen tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty sekä mitä vahvuuksia ja rajoituksia tutkimuksella on. Tällöin tarkastellaan tutkimuksen analyysiprosessia ja pätevyyttä. Tutkimuksen luotettavuus kuvaa myös sitä, kuinka tarkasti tutkijan muodostamat luokitukset ja kategoriat kattavat aineiston. Siirrettävyys kertoo siitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä johonkin muuhun kontekstiin eli tutkimusympäristöön. Siirrettävyyden varmistamiseksi tulee tutkimuksen raportissa kuvata tarkasti tutkimuskonteksti, osallistujien valinta ja taustojen selvittäminen sekä aineiston keruun ja analyysin kuvaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Kirjasin opinnäytetyön sisällönanalyysin niin, että lukija pystyy seuraamaan tekemääni analyysiprosessia. Opinnäytetyön sisällönanalyysi on kokonaisuudessaan opinnäytetyön liitteenä (LIITE 4). Opinnäytetyössä on kuvattu aiemmissa luvuissa opinnäytetyön tutkimusympäristö, tutkimustapa, osallistujien valinta ja tavat, joilla näihin on päädytty. Opinnäytetyön yhdessä vastauksessa oli tekstin seassa yksittäisiä ruotsinkielisiä sanoja ja vastauksen lopussa maininta, että vastaajan äidinkieli on ruotsi, joten vastaaminen oli hankalaa. Opinnäytetyön tiedonantajien valintakriteerinä olisi pitänyt olla, että potilaan äidinkielen pitää olla suomi. Ennen sisällönanalyysia käänsin vastauksesta yksittäiset ruotsinkieliset sanat suomeksi.

Jos aloittaisin opinnäytetyöprosessin uudelleen, pohtisin vielä aineistonkeruun toteuttamista teemahaastattelulla. Teemahaastattelu olisi antanut työhön syvällisempää ja rikkaampaa tietoa, koska tiedonantajilta olisi voinut pyytää tarkennusta joihinkin vastauksiin, mikä avoimella kyselylomakkeella ei ollut mahdollista. Toisaalta perustelin kyselylomakkeen valintaa opinnäytetyön aineistonkeruutavaksi juuri

sillä, että mahdollisesti negatiivisen palautteen ja kehittämissuositusten antaminen on oletettavasti helpompaa anonyymisti kirjallisena. Potilaat eivät olisi välttämättä antaneet kasvokkain samoja kehittämissuoksia, jotka ilmenivät opinnäytetyön tuloksista nyt. Tästä johtuen koen, että kyselytutkimus oli kuitenkin opinnäytetyön tuloksen kannalta hyvä aineistonkeruumenetelmä.

Ahola ja Hakola (2016, 34) pohtivat opinnäytetyössään myös tutkimustavan valintaa. He huomasivat potilaita haastatellessaan, että potilaat olivat unohtaneet jo osan heille ohjatuista asioista teemahaastattelun toteutuessa. Avoin kyselylomake jaettiin jo prepoliklinikalla osaksi siitä syystä, että halutessaan potilaat olisivat voineet kirjata ohjauskokemuksiaan aina heti ohjauskokemuksen jälkeen. Kyselylomakkeita ei jaettu kirurgian poliklinikalla leikkauspäätöksen ja ensimmäisen ohjauskerran jälkeen, koska tulevaan leikkaukseen on vielä monta kuukautta aikaa ja kyselyn täyttö olisi mahdollisesti unohtunut kuukausien kuluessa. Myöskään ajallisesti opinnäytetyön tekeminen ei olisi onnistunut, jos jokaisen kyselylomakkeen palautuminen takaisin minulle täytettynä olisi kestänyt lähes puoli vuotta. Kuten Ahola ja Hakola (2016, 30) totesivat omassa opinnäytetyössään, voisi ohjauspäiväkirja olla hyvä tutkimustapa tutkittaessa pitkällä aikavälillä tapahtuvaa ohjausta.

Opinnäytetyön 35 potilaille jaetusta avoimesta kyselylomakkeesta 10 palautui takaisin minulle. Hirsjärven ym. (2009, 195) mukaan kyselytutkimuksissa kato nousee usein suureksi, eli tämä oli tiedossa jo tutkimusta aloittaessa. Jos tutkimusmenetelmä olisi käytetty esimerkiksi teemahaastattelua, ei katoa olisi ollut ollenkaan ja tutkimuksen tulokset olisivat voineet olla rikkaammat. Lisäksi teemahaastattelun käyttö olisi voinut antaa työhön vielä syvällisempää tietoa, koska tiedonantajilta olisi voinut pyytää tarkennusta joihinkin vastauksiin. Tämä ei kuitenkaan avoimella kyselylomakkeella tehdyssä tutkimuksessa ole mahdollista.

Saturaatiolla eli aineiston kylläntymisellä tarkoitetaan tilannetta, jossa tutkimuksen tuloksena saatu aineisto alkaa toistamaan itseään. Saturaation täytyessä tiedonantajilla ei ole tutkimuskysymyksen kannalta enää mitään uutta tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 87.) Saturaatio täyttyi heikosti ensimmäisten kyselylomakkeiden palautuessa. Hoitajat jakoivat lisää kyselylomakkeita, minkä jälkeen saturaation täytyminen parani. Osittain opinnäytetyön aineiston saturaatio täyttyi hyvin. Vastauksissa esimerkiksi potilaiden kokemus hoitajien ammatillisista vuorovaikutustaidoista kertautui lähes kaikissa vastauksissa. Kuitenkin osassa aineistossa saturaatio toteutui vain tyydyttävästi. Opinnäytetyössä potilaiden kokemus siitä, että potilaan työskenteleminen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla vaikuttaa potilaan saamaan ohjaukseen, oli yksittäisen potilaan kokemus.

6.3 Ammatillinen kasvu

Kirurgisten, varsinkin ortopedisten, potilaiden hoitotyö ei ollut minulle entuudestaan tuttua. Opinnäytetyötä tehdessäni opin paljon niin potilaiden ohjaamisesta yleensä kuin kirurgisten potilaiden ohjaamisesta. Opinnäytetyön tietoperustan kirjoittaminen opetti minulle syitä, miksi tekonivelleikkaus tehdään. Opinnäytetyön mukana tullut oppi siirtyy monilta osin suoraan omiin työskentelytapoihini. Opinnäytetyöstä saadut tulokset, varsinkin kehitettävien asioiden kohdalta, ovat suoraan käytettävissä muihinkin ohjattaviin ryhmiin kuin vain polven tekonivelleikattuihin potilaisiin. Potilailla on lain mukaan oikeus laadukkaaseen ohjaukseen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, § 5), joten tästäkin näkökulmasta katsottuna ohjaus on tärkeä oppi hoitotyössä. Lisäksi opinnäytetyön tekeminen opetti minulle atk- ja tiedonetsintätaitoja.

Opinnäytetyötä tehdessä opin myös tutkimustoiminnan perusteita. Opin millä tavalla tutkimusprosessi etenee käytännössä. Lisäksi opin, että tutkimuksen toteuttaminen vaatii tutkijalta pitkäjänteisyyttä, jotta tutkimus pääsee päätökseensä. Pitkäjänteisyyttä tarvitaan runsaasti varsinkin niissä opinnäytetyönprosessin vaiheissa, joissa opinnäytetyöntekijä odottaa itsestään riippumattomia asioita. En ole ollut kehittämässä minkäänlaista kyselylomaketta ennen tätä opinnäytetyötä. Kyselylomakkeen laatiminen vaati paljon tietoa niin tutkittavasta aiheesta kuin koko tutkimusprosessista. Jos aloittaisin opinnäytetyön nyt uudelleen, niin muokkaisin kyselylomakkeen kysymyksiä ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalta. Ensimmäinen kyselylomakkeen kysymys ei antanut oikeastaan ollenkaan tietoa tutkimuskysymykseen.

Tein opinnäytetyön yksin. Työn tekeminen yksin oli oma valintani, jonka tein jo opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa. Halusin tehdä työn yksin, koska tiesin jo ennen opinnäytetyön aiheita, mihin yksikköön opinnäytetyön haluaisin tehdä. Lisäksi omassa elämäntilanteessani, kahden pienen lapsen äitinä, koulu-tehtävieni teko painottuu paljon myöhäiseen iltaan tai aikaiseen aamuun. Koin, että työn aikatauluttaminen yksin oli helpompaa. Tehdessäni sisällönanalyysia olisin kuitenkin ajoittain kaivannut opinnäytetyöhöni työparia.

Alkujaan opinnäytetyön piti olla valmis tammikuussa 2018, mutta opinnäytetyön edetessä sen aikataulu venyi, ja se valmistui lopulta kuukauden suunniteltua myöhemmin helmikuussa 2018. Opinnäytetyön tutkimusluvan sain 27.6.2017. Heti tämän jälkeen ei kuitenkaan onnistunut kyselylomakkeiden jakaminen, koska päiväkäyntejä ei kesällä järjestetty. Lopulta 11.9.2011 jaettiin ensimmäiset kyselylomakkeet. Ensimmäinen potilas leikattiin syyskuun loppupuolella. Koska vastauksia tuli vähän ja saturaatio ei täytynyt, vein 30.10.2017 seuraavat 15 kyselylomaketta. Täytettyjen kyselylomakkeiden odottaminen oli

turhauttavaa aikaa, koska kävin hyvin usein postilaatikolla niin, että siellä ei ollut yhtään vastausta. Loppuvuodesta kuitenkin saapui muutamia kyselylomakkeita, ja jo alusta lähtien oli selvää, että vastanneiden potilaiden näkemykset ohjauksesta olivat keskenään hyvin samankaltaisia.

Opinnäytetyöstä suurin oppimiskokemukseni oli kuitenkin se, että ohjauksessa, kuten varmasti hoitotyössäkin, potilaat arvostavat pieniä asioita. Potilaat tarvitsevat hoitopolulleen hoitajan kulkemaan rinnalleen tasa-arvoisena ja ammatillisena. Hoitajan tulee kertoa ne hoidon kannalta tärkeät asiat tavalla, joka juuri tälle potilaalle on se optimaalisin tapa. Niin helposti sanottu, mutta useimmin vaikeammin toteutettu.

Kiitän kaikkia opinnäytetyöhön osallistuneita potilaita, anestesia- ja leikkausyksikön, osaston 7 ja kirurgian poliklinikan henkilökuntaa sekä päiväkäynnin yhteydessä kyselylomakkeet jakanutta sairaanhoitajaa yhteistyöstä opinnäytetyöprosessin aikana.

6.4 Jatkotutkimusaiheet ja johtopäätökset

Opinnäytetyötä tehdessä tuli ilmi, että suurin osa polviproteesipotilaista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Polviproteesipotilaat valikoituivat tutkimukseni kohteeksi opinnäytetyön tilaajan pyynnöstä, koska se on potilasryhmänä monipuolista ja toistuvaa ohjausta saava ryhmä. Polviproteesipotilaiden ohjaukseen käytetään myös useampia eri ohjaustapoja. Toimintatapojen muuttuessa anestesia- ja leikkausyksikön hoitajien potilasohjaus on lisääntynyt huomattavasti. Yksikössä on opinnäytetyön aloittamisen jälkeen aloitettu onnistuneesti herko-toiminta. Anestesia- ja leikkausyksikköä olisi voinut enemmän palvella jonkin muun kuin polven tekonivelpotilaiden kokemukset potilasohjauksesta. Jatkotutkimusaiheena esitän struumapotilaiden kokemusten tutkimisen heidän saamastaan potilasohjauksesta. Struumapotilaat ovat tavanomainen potilasryhmä herko-toimintamallilla hoidettavista potilaista. Toisena jatkotutkimusaiheena esitän polven tekonivelpotilaiden kokemusten tutkimisen postoperatiivisen kivunhoidon ohjauksen riittävydestä. Opinnäytetyön tuloksista nousi esiin, että potilaat toivovat lisää ohjausta liittyen postoperatiivisen kivunhoitoon.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä on, että potilaiden tulee saada ammattitaitoista ja asiakaslähtöistä ohjausta. Jatkossa ohjausta tulee kehittää yhä asiakaslähtöisemmäksi, ja potilaiden tulee saada enemmän tietoa postoperatiivisesta kivunhoidosta ja mahdollisista leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista.

LÄHTEET

- Ahola, R. & Hakola, M. 2016. Polven tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia nopean toipumisen hoitomallin mukaisesta hoitoprosessista. Centria-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/117304/Ahola%20Riina%20Hakola%20Maritza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 21.2.2018.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 6., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Arala, K. & Haapa, T. 2014. Kollegiaalisuus perioperatiivisessa hoitotyössä. *Pinsetti* 26(4), 20–21.
- Cook, L., Castrogiovanni, A., David, D., Stephenson, DW., Dickson, M., Smith, D. & Bonney, A. 2008. Patient Education Documentation: Is it Being Done? *MEDSURG Nursing* 17(5), 306–310. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=2dfbb4f0-ae95-4b99-afc9-7594ddfb45b9%40pdc-v-sessmgr01>. Viitattu 21.2.2018.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011 *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 13(1), 13–23.
- Erämies, T. 2017. Preoperatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01710&p_haku=preoperatiivinen%20ohjaus. Viitattu 21.2.2018.
- Hammar, A-M. 2011. *Kirurgian perusteet*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Harilainen, A. & Sandelin, J. 2010. Kipeä polvi. Teoksessa P. Roberts, E. Alhava, K. Höckerstedt & A. Leppäniemi (toim.) *Kirurgia*. 2., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 955–978.
- Heikkinen, K. 2013. Potilaan ohjaus. Teoksessa T. Ilola, R. Honkanen, K. Heikkinen, J. Katomaa & A. Hoikka (toim.) *Anestesiahoitotyön käsikirja*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 19–24.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.
- Huotari, K. & Leskinen, J. 2016. Lonkan ja polven tekonivelinfektioiden diagnostiikka ja hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 132(11). Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/duo13165>. Viitattu 21.2.2018.
- Hällfors, E., Mäkinen, T. & Madanat, R. 2016. Potilaiden yhteydenotot leikkaukseen yksikköön lonkan- ja polven tekonivelleikkauksen jälkeen. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* 39 (2), 174–178. Saatavissa: http://www.soy.fi/files/soy_39_2_2016_web.pdf. Viitattu 21.2.2018.

- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. 1.–2. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Junka, A. 2018. Soiten anestesia- ja leikkausyksikön osastonhoitajan henkilökohtainen tiedoksianto, keskustelu. 22.1.2018.
- Järvinen, S. 2017. Ohjauksen kirjaaminen Tyypin 2 diabetespotilaiden omahoito ja osaaminen potilasasiakirjoissa. Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/54243/978-951-39-7079-6.pdf?sequence=4>. Viitattu 21.2.2018.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihevaiheelta. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy–Juvenes print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karhe, L. 2017. Potilaan hoitoyksinäisyys Käsitteellinen malli potilaan yksinäisyydestä hoitosuhteessa ja hoitoyksinäisyyteen yhteydessä olevista tekijöistä. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100487/978-952-03-0329-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 21.2.2018.
- Kennedy, D., Wainwright, A., Pereira, L., Robarts, S., Dickson, P., Christian, J. & Webster, F. 2017. A qualitative study of patient education needs for hip and knee replacement. BMC Musculoskeletal Disorders 18, 1–7. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=0d67c6da-5638-472d-8989-6884d04be6ae%40pdc-v-sessmgr01>. Viitattu 21.2.2018.
- Keränen, E. & Moisanen, K. 2016. Osaamisen kehittäminen leikkausosastolla toistemme moninaisuutta ja osaamista arvostaen. Pinsetti 28(1), 15–21.
- Kettunen, T., Pihlainen, V., Arkela, M., Hopia, H., Nurmeksela, A. & Lumiaho, L. 2017. Moniammatillinen potilasohjaus Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä—nykytila, kehittämistyö ja kehittämistarpeet. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 135/2017. Saatavissa: file:///C:/Users/minna/Downloads/Julkaisu_2017_135.pdf. Viitattu 21.2.2018.
- Kiuru. 2016. Tekonivelleikkausta edeltävapäiväkäynti osastolla 7. Potilasohje.
- Koskinen, N. 2017. Soiten hoidonvaraajan henkilökohtainen tiedonanto, keskustelu. 24.2.2017.
- Kyngäs, H., Kukkurainen, L. & Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede 16(5), 225–234.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 79(10), 6–9.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P5>. Viitattu 21.2.2018.

- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 21–43.
- Leino-Kilpi, H. & Kulju, K. 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa M. Hupli, S. Ranninen & H. Virtanen (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turku: Juvenes Print, 3–12.
- Leppilähti, J. 2016. Miksi polven tekonivelleikkaus ei vastaa potilaan odotuksia? Lääkärilehti 14. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/miksi-polven-tekonivelleikkaus-ei-vastaa-potilaan-odotuksia/>. Viitattu 21.2.2018.
- Lipponen, K. 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjaus valmiudet. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45, 121–135. Saatavissa: <file:///C:/Users/minna/Downloads/597-Artikkelin%20teksti-5479-1-10-20090817.pdf>. Viitattu 21.2.2018.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Väitöskirja. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>. Viitattu 21.2.2018.
- Musialowicz, T. & Martikainen, T. 2015. Leikkauspotilaan hoitopolku uudistuu KYS:n Kaarisairaalassa. Finnanest 48 (2), 166–123. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/musialowicz_martikainen_leikkauspotilaan_hoitopolku.pdf. Viitattu 21.2.2018.
- Mäkelä, J. 2013. Kuuluuko potilasohjaus leikkausyksikköön? Sairaanhoitaja 86(10), 32–37.
- Nivelreuma. 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi21010#K1>. Viitattu 21.2.2018.
- Parpala, N. 2010. Tekonivelpotilaan potilasohjauksen toimintamallin kehittäminen. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. YAMK opinnäyte.
- Peltomäki, T-M. & Raisio, S. 2013. Polviproteesipotilaiden kokemuksia fyysisestä toimintakyvystä. Kemi Tornion ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyte. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64145/Raisio_Sebastian.pdf. Viitattu 21.2.2018.
- Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50054#K1>. Viitattu 21.2.2018.
- Puolakka, K. 2016. Nivelreuma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 132(21), 2015–2018.
- Puumala, A. 2017. Päiväkäynnin sairaanhoitajan henkilökohtainen tiedonanto, ohjaustilanne. 11.9.2017.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sigurdardottir, A., Leino-Kilpi, H., Charalambous, A., Katajisto, J. Stark, Å., Sourtzi, P. Zabalegui, A. & Valekapää, K. 2015. Fulfilment of knowledge expectations among family members of patients undergoing arthroplasty: a European perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29, 615–624. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=42d332de-07c9-4782-aaa6-2f845303ddb1%40sessionmgr4009>. Viitattu 21.2.2018.

Soite. 2017a. Soite. Saatavissa: <http://www.soite.fi/sivu/soite> Viitattu 21.2.2018.

Soite. 2017b. Anestesia- ja leikkaustoiminta. Saatavissa: <http://www.soite.fi/sivu/anestesia- ja leikkaustoiminta>. Viitattu 21.2.2018.

Soite. 2017c. Kotihoito-ohje tekonivelleikatulle. Saatavissa: <http://www.soite.fi/sivu/media/Kotihoito-ohje+tekonivelleikatulle.doc/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw> . Viitattu 21.2.2018.

Soite. 2017d. Tekonivelleikkaukseen valmistautuminen. Saatavissa: <http://www.soite.fi/sivu/media/Tekonivelleikkaukseen+valmistautuminen.doc/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw> . Viitattu 21.2.2018.

Soite. 2017e. Hoito osastolla polventekonivelleikkauksen jälkeen. Saatavissa: <http://www.soite.fi/sivu/media/Hoito+osastolla+polven+tekonivelleikkauksen+jälkeen.doc/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw> . Viitattu 21.2.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>. Viitattu 21.2.2018.

Tamil Selvi, S. 2017. Documentation in Nursing Practice. *International Journal of Nursing Education* 9(4), 121–123. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=a3b2fa43-1912-4382-9cf2-7a01d70f360f%40sessionmgr101>. Viitattu 21.2.2018.

Tarnanen, K & Puolakka, K. 2016. Nivelreuma – yleisin tulehduksellinen reumasairaus. *Duodecim. Käyvän hoidon potilasversiot*. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00022>. Viitattu 21.2.2018.

THL. 2014. Lonkka- ja polviproteesit 2000–2013. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120409/Lonkka-%20ja%20polviproteesit_suomi_ruotsi.pdf?sequence=4 Viitattu 21.2.2018.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 11., uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Valli, R. 2015. Paperinen kyselylomake. R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-kustannus, 84–108.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2015. Polventekonivelleikkaus. Tallinna: SpinPress. Saatavissa: <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Polven%20tekonivelleikkaus.pdf>. Viitattu 21.2.2018.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Yliopistopaino.

Virolainen, P. 2008. Nuoren potilaan polven mediaalinen artroosi–kokotekonivel. Suomen Ortopedia ja Traumatologia. 31(1), 82–83. Saatavissa: <http://www.soy.fi/sot-lehti/1-2008/23.pdf>. Viitattu 21.2.2018.

Kysymyslomakkeen kysymyksillä tarkoitetaan hoitajilta saamaanne ohjausta koko leikkausprosessin ajalta. Tähän kokonaisuuteen kuuluvat kirurgian poliklinikka, prepoliklinikka, kirurginen osasto 7 sekä anestesia- ja leikkausyksikkö.

Mistä asioista saitte tietoa leikkausta varten hoidon eri vaiheissa?

Miten Teidän yksilölliset tarpeenne ja elämäntilanteenne huomiottiin ohjauksessa?

Miten koitte ohjauksessanne mahdollisesti olleen samojen asioiden toiston?

Miten koitte sen, että useampi hoitaja ohjasi Teitä?

Millaisena koitte ohjaavien hoitajien osaamisen ja heidän vuorovaikutustaitonsa?

Miten kehittäisitte saamaanne potilasohjausta jatkossa?

Hei!

Nimeni on Minna Korpela ja olen toisen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Centria-ammattikorkeakoulusta Kokkolasta. Opintoihini sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Teen opinnäytetyön Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunnan Soiten anestesia- ja leikkausyksikölle. Opinnäytetyössä selvitan, miten polven tekonivelleikkauksen läpi käyneet potilaat ovat kokeneet saamansa ohjauksen. Tutkimuksen tuloksia käytetään asiakaslähtöisen potilasohjauksen kehittämiseen.

Tutkimuksen aineisto kerätään oheisella kyselylomakkeella työikäisiltä potilailta syksyn 2017 aikana. Saitte kyselylomakkeen prepoliklinikka käynnin yhteydessä. Kyselylomakkeeseen voitte vastata leikkauksen jälkeen osastolla ja palauttaa sen hoitajille oheisessa kirjekuoressa. Voitte myös postittaa lomakkeen anestesia- ja leikkausyksikköön kahden viikon kuluessa leikkauksesta.

Täytetyt kyselylomakkeet säilytetään lukitussa tilassa ja ne hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastanneita ei voida tunnistaa valmiista opinnäytetyöstä. Valmiin opinnäytetyön voi lukea ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden arkistosta Theseuksesta (www.theseus.fi) tammikuussa 2018. Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii yliopettaja Annukka Kukkola ja työelämäohjaajana anestesia- ja leikkausyksikön apulaisosastonhoitaja Sanna Alho.

Ystävällisin yhteistyöterveisin:

Sairaanhoitajaopiskelija

Centrian ammattikorkeakoulu

minna.korpela@centria.fi

KESKI-POHJANMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Johtajaylihoitaja

27.6.2017

30 §

ASIA

Tutkimuslupa Michelsson Minna. Kirurgian poliklinikalta leikkaussaliin. Polven tekonivelpotilaiden kokemuksia perioperatiivisesta ohjauksesta.

PÄÄTÖS

Hyväksyn anotun tutkimusluvan.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Johtajaylihoitaja

Tutkimuskysymys	Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka
<p>Millaisena polven tekonivelpotilaat kokivat saamansa ohjauksen hoidon eri vaiheissa?</p>	<p>Asiat käytiin läpi perinpohjaisesti; leikkaukseen valmistautuminen, leikkaukseen saapuminen, leikkaus ja jälkihoito</p>	<p>Perinpohjaisena tietona toimenpiteestä</p>	<p>Tiedollisesti kattavana tietona</p>	<p>Potilaan kokonaisvaltaisena asiakaslähtöisenä ohjauksena</p>
	<p>Kaikesta mahdollisesta</p>	<p>Riittävä</p>		
	<p>Kaikki selvitettiin heti hyvin</p>	<p>Hyvä</p>		
	<p>Sain tietoa koko jutusta. Kävimme hoitajan kanssa läpi eri vaiheet</p>	<p>Kattavana</p>		
	<p>Asiat olivat selvää ja tulivat selviksi</p>	<p>Yksiselitteisenä</p>		
	<p>Ohjeet olivat selkeät</p>	<p>Selkeänä</p>		
	<p>Ohjeet olivat mielestäni hyvät ja perustellut</p>	<p>Hyvä ja perusteltuina</p>		
	<p>Koin ohjauksen hyvänä ja turvallisena</p>	<p>Hyvä ja turvallisena</p>		
	<p>Ohjaus on ollut asiallista ja turvallista</p>	<p>Asiallista ja turvallista</p>		
	<p>Sain neuvon, että ongelmien ilmaantuessa saan ottaa yhteyttä osastolle</p>	<p>Tarvittaessa ohjeistettu yhteydenotto mahdollisuus</p>	<p>Turvaa luovana</p>	
	<p>Yksilölliset tarpeeni otettiin erittäin hyvin huomioon huomioiden kuntoni ja kotiolosuhteeni jatkohoidon suhteen</p>	<p>Yksilölliset olosuhteet huomioitu</p>	<p>Yksilöllisiä tarpeita arvostavana</p>	
	<p>Yksilön (potilaan) huomioon ottaminen on ollut kiitettävää</p>	<p>Yksilo huomioitu kiitettävästi</p>		
	<p>En ole kokenut ohjeistusta rasitteena, päinvastoin on hyvä, että asioita toistetaan, näin ne jäävät mieleen. Asiat, jotka ovat tärkeitä leikkauksen onnistumiseen, esim. kuntoutus, tärkeyttä ei voi mielestäni koskaan teroittaa liikaa</p>	<p>Asioiden toisto parantaa muistamista</p>		
	<p>Ei toistoa, aina uusi asia sanottiin selvästi</p>	<p>Joka kerta</p>	<p>Kertaaminen yksilöllisenä kokemuksena</p>	
<p>Toistoa ei ollut ongelmaksi saakka</p>	<p>Toisto ei ongelma</p>			
<p>Koin toiston hyvänä, ei ollut liika</p>	<p>Toisto positiivista</p>			
<p>Samat asiat toistettiin 3 kertaa, esim. lääkelistat, leikkauksen tuleminen ym. Tuntui, että aika voitais käyttää tarpeellisempaan</p>	<p>Ajan olisi voinut käyttää tarpeellisempaan</p>			
<p>En tykännyt, että oli mitään ylimääräistä toistoa</p>	<p>Toiston tarpeettomuus</p>			
<p>Tuntui turhalta, kun oli käyty asiat läpi monta kertaa</p>	<p>Kertaus turhauttavaa</p>			
<p>Ammattinsa osaavia hoitajia</p>	<p>Ammattitaitoisia hoitajia</p>	<p>Ammattilisenä vuorovaikutuksena</p>		
<p>Kaikki olivat omia persoonia</p>	<p>Persoonallisenä</p>			
<p>Kaikki osasivat hommansa.</p>	<p>Osaavaa</p>			
<p>Vuorovaikutus onnistui erinomaisesti</p>	<p>Erinomaisena vuorovaikutuksena</p>			

	<p>Usean hoitajan ohjaus oli hyvä asia, kaikki olivat kerta niin ammattitaitoisia</p> <p>Hoitajien osaaminen oli erinomaista</p> <p>Kaikki osasivat työnsä hyvin</p> <p>Hoitajat olivat ammattitaitoisia</p> <p>Hoitajat olivat asiallisia</p> <p>Mielestäni hoitajat olivat erittäin ammattitaitoisia, iloisia ja palveluaittuita.</p> <p>Hoitajat ystävällisiä</p> <p>Erittäin päteviä kaikki</p> <p>Minusta yksilöllisiä tarpeitani ei huomioitu ollenkaan ohjauksessa</p> <p>Alkubaastattelussa ei uskottu kaikkea, mitä kerroin (virtsaamisongelmia aiempien puudutusten kanssa), olin leikkauksen jälkeen 12 tuntia virtsaamatta</p> <p>Ei niihin (yksilölliset tarpeet) kukaan ottanut juurikaan kantaa. Ehkäpä ajattelivat, että kyllä se pärjää, kun toimii itsekin alalla</p> <p>Paitsi tiettenkin valmistuvat "apuhoitajat" (hoitoalan opiskelijat), jotka pelkäsivät (epävarmuuden heijaste) tekevänsä väärin asioita</p> <p>Epävarmuus ja ammattitaidon puute kuvastui mielestäni hoitajien toiminnasta</p> <p>Vuorovaikutus oli varauksellista.</p>	<p>Ammattitaitoisena</p> <p>Osaavana</p> <p>Osaavana</p> <p>Ammattitaitoisia hoitajia</p> <p>Asiallisena</p> <p>Ammattitaitoisena, iloisena ja palveluaittuita</p> <p>Ystävällisenä</p> <p>Päteviä hoitajia</p> <p>Yksilöllisyyttä ei huomioitu</p> <p>Ei uskottu potilasta</p> <p>Neuvontaa ei annettu tarpeeksi, kun oletettiin jo tietävän</p> <p>Opiskelijoiden toiminta epävarmaa</p> <p>Epävarmaa</p> <p>Varauksellista</p>	<p>Ammatillisena vuorovaikutuksena</p> <p>Potilaan tarpeita ei huomioitu</p> <p>Potilaan kokemana hoitoyksinäisyytenä</p> <p>Epävarmana kohtaamisena</p>	
--	---	---	--	--

Tutkimuskysymys	Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluku
Miten peroperatiivista ohjausta tulee kehittää potilaiden mielestä?	Voisi olla läheisempää Vaikka työskentelee alalla, voi kuka vain joutua potilaaksi ja heihin voi suhtautua myös kuten muihin eikä peläten. Ei siellä olla arvioimassa toisia ja heidän osaamistaan.	Läheisempää ohjausta Tasa-arvoista ohjausta	Ohjauksen yksilöllistämisen	Ohjauksen asiakaslähtöisyyden kehittäminen
	Vaikka tietoa kyllä tuli ja papereita, olin kyllä vähän hukassa	Annetun ohjauksen ymmärrettävyyden ja ymmärrettävyyden varmistaminen	Ohjauksen sisäistämisen varmistaminen	
	Kun käytössä on voimakkaita lääkkeitä, jää ohjauksesta osa ohi	Huomioidaan lääkityksen vaikutus	Ohjaus ajankohdan valinta	
	Vierailuajoista pidettävä kiinni, jotta ohjaus ja hoito mahdollistuu!	Ohjaukselle järjestettävä aikaa ja rauhallinen tilanne		
	Varsinkin se, miten kovat kivut tulisi olemaan leikkauksen jälkeen puudutuksen hälvettyä, olisi ollut hyvä tietää. En kuitenkaan olisi uskonut, vaikka joku olisiertonut	Ohjausta postoperatiivisesta kivusta	Enemmän ohjausta postoperatiivisesta kivusta	Postoperatiivinen kivunhoito ja mahdolliset leikkauksen jälkeiset komplikaatiot
	En saanut ohjausta siitä, että kipeänä yli kuukauden ajan	Ohjausta postoperatiivisesta kivusta		
En saanut ohjausta siitä, että polvi olisi mustana yli kuukauden Jäin kaipaamaan ohjausta siitä, että 1,5 kk jälkeen on kuin löysää nivelessä, joka tuli yllätyksenä. Kuulin tämän olevan normaalia (fysioterapeutilta jälkikäteen)	Ohjausta leikkausalueen hematoomasta Ohjausta mahdollisista ongelmista etukäteen	Ohjausta komplikaatioista		