



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Potilaan palvelukokemus haavan- hoidosta

Kaipainen Emma, Melentjeff Anni

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Potilaan palvelukokemus haavanhoidosta

Kaipainen Emma, Melentjeff Anni
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2018

Kaipainen Emma, Melentjeff Anni

Potilaan palvelukokemus haavanhoidosta

Vuosi 2018 Sivumäärä 63

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää haavanhoidosta potilaille syntyviä palvelukokemuksia Hyvinkään sairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Tavoitteena oli palvelumuotoilun menetelmää hyödyntäen kerätä asiakasymmärrystä haavanhoitopotilailta ja sen avulla karottaa mahdollisia haavanhoitotilanteiden kehityskohteita. Opinnäytetyön tulosten pohjalta haavanhoitoa on mahdollista kehittää potilaslähtöisemmäksi.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostui haavanhoidon osatekijöiden teoriasta, aiemmista tutkimuksista ja artikkeleista. Keskeisimmät haavanhoidon osatekijät tässä opinnäytetyössä olivat haavan konkreettinen hoito, kivunhoito haavanhoidon yhteydessä sekä vuorovaikutuksellinen ohjaaminen. Lisäksi teoreettisessa viitekehyksessä määriteltiin palvelumuotoilun prosessi.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka lähestymistapana käytettiin palvelumuotoilua. Palvelumuotoilun vaiheista toteutettiin ensimmäinen vaihe, eli asiakasymmärryksen hankkiminen. Lisäksi aloitettiin kehitysideointivaihetta. Asiakasymmärrystä saatiin haavoittamalla ja haastatteleamalla kuutta haavanhoitopotilasta. Saatu aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä.

Merkittävimmät haavanhoidon palvelukokemukseen vaikuttavat tekijät olivat kivunhoito ja -arviointi sekä hoitajan vuorovaikutuksellinen ohjaaminen haavanhoidon yhteydessä. Potilaat kertoivat palvelukokemuksen paranevan kivun vähentyessä ja hoitajan ohjatessa kattavasti. Myös hoitajan vuorovaikutustyyli vaikutti potilaiden kokemuksiin.

Tulokset olivat pääsääntöisesti aikaisempien tutkimusten tulosten mukaisia. Kehitysehdotukseksi nousi palvelumuotoiluprosessin jatkaminen seuraaviin vaiheisiin. Kehityskohteita olivat ympäristön huomiointi, kivun hoito ja kivun arviointi sekä vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen panostaminen.

Asiasanat: palvelukokemus, palvelumuotoilu, asiakasymmärrys, haava

Kaipainen Emma, Melentjeff Anni

Patient's service experience from wound care

Year	2018	Pages	63
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to establish patients' service experiences resulting from wound care in Hyvinkää hospitals surgical ward. The aim was by using a service design method to gain customer understanding from wound care patients and to chart possible developmental objects of wound care. With the results of this thesis it is possible to improve wound care to be more patient controlled.

The theoretical context consisted of the theory of wound care components and former research and articles. The most essential wound care components in this thesis were; concrete wound care, pain management in wound care and interactional guidance. In addition, the service design process was defined in the theoretical context.

This thesis was carried out in the form of qualitative research, which was approached with service design. The first stage of service design, or understanding and learning and giving strategic direction, was carried out in this thesis. In addition the next stage was started. Customer understanding was collected with observing and interviewing six wound care patients. Collected material was analyzed with deductive content analysis.

The most significant factors that influenced the service experience were pain management as well as nurses' interactional guidance when caring for a wound. Patients said that the service experience was better when the pain was decreasing and when nurses guided widely during care of the wound. Also the nurses style to interact influenced to patients' service experiences.

The results were mainly the same as with the former research. Continuing the service design process to the next stages was held as the improvement suggestion. Targets for improvement were to pay attention to the wound care environment, managing and rating pain as well as investing in interactional guidance.

Keywords: service experience, service design, customer understanding, wound

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Haavanhoidon osatekijät	7
2.1	Haavanhoito.....	7
2.1.1	Haavan konkreettinen hoito.....	8
2.1.2	Kivunhoito haavanhoidossa	9
2.1.3	Ravitsemus haavanhoidossa	10
2.2	Vuorovaikutuksellinen ohjaaminen	11
2.2.1	Vuorovaikutussuhde	11
2.2.2	Tavoitteellinen ohjauskeskustelu	14
2.2.3	Vuorovaikutukselliset ohjausmenetelmät	17
3	Kehittämismenetelmänä palvelumuotoilu	18
3.1	Palvelumuotoilu	18
3.2	Asiakkaan palvelupolku ja palvelukokemus	20
3.3	Hyvä palvelukokemus haavanhoitotilanteessa	22
4	Aikaisemmat tutkimustulokset	24
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	27
6	Opinnäytetyön aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät	27
6.1	Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä	28
6.2	Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä	30
6.3	Otanta.....	32
6.4	Aineiston analyysimenetelmä.....	33
7	Tulokset	36
7.1	Potilaan kokemukset itse haavanhoidosta.....	36
7.2	Potilaan kokemukset kivunhoidosta	38
7.3	Potilaan kokemukset vuorovaikutuksellisesta ohjauksesta	39
7.4	Yhteenveto tutkimustuloksista	40
8	Pohdinta.....	40
8.1	Tulosten tarkastelu	40
8.2	Opinnäytetyön eettiset ongelmat.....	43
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus	45
8.4	Kehittämissuhteet	47
	Lähteet	49
	Kuviot	53
	Taulukot	53
	Liitteet.....	54

1 Johdanto

2010-luvulla haavojen hoito länsimaissa kulutti arviolta 2 - 5% terveydenhuollon määrärahoista. Osuus kasvaa tulevaisuudessa haavapotilaiden määrän kasvaessa. Suurin osa, noin 90%, haavanhoidosta aiheutuvista kuluista syntyy hoitohenkilöstön työpanoksesta. Erityisesti kroonisten, eli pitkäaikaisten, haavojen hoito on sekä potilaalle, että yhteiskunnalle kallista. Laskimoperäiset säärihaavat, painehaavat sekä diabeettiset jalkahaavat ovat määrittäen merkittävimmät haavat. Lähes prosentilla väestöstä on krooninen säärihaava ja 5-15%: lla sairaalahoitossa olevilla potilailla on jonkinasteinen painehaava. Kaikkiin haavoihin liittyy jonkinasteisia haittoja yksilölle, kuten kipua, toimintavajasta, esteettistä haittaa sekä psykososiaalisia ja taloudellisia ongelmia. (Juutilainen 2012a, 12-14.)

Organisaatiot vastaavat palveluiden tuottamisesta ja palveluketjuista. Palveluja voidaan kehittää asiantuntijakeskeisesti tai käyttäjälähtöisesti. Asiantuntijakeskeisessä tavassa kehittää palveluja asiakkaat nähdään massana, jota ohjataan palveluketjussa palvelusta toiseen lähinnä organisaation tarpeet huomioiden. (Moritz 2005, 43-44.) Koska suuri osa palveluista tuotetaan vuorovaikutuksessa palvelun tuottajan ja asiakkaan kesken, tulisi palveluja kehittää käyttäjälähtöisesti. Tällöin asiakkaan käyttäytymisen ymmärtäminen on merkittävässä roolissa palvelun onnistumisessa tai epäonnistumisessa. Palvelumuotoilussa asiakkaalle luodaan hänen toiveiden tai tarpeiden mukainen palvelukokemus, kuitenkin huomioiden myös palvelun tuottajan näkökulma. Tavoitteena on luoda palvelukokonaisuus, joka on palvelun tuottajalle kannattava ja asiakkaalle miellyttävä käyttää. (Miettinen 2011, 29-31.)

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Hyvinkään sairaalan kanssa. Toteutus tapahtui Hyvinkään sairaalan kirurgian vuodeosastolla 4B, joka on 32- paikkainen osasto. Osastolla hoidetaan ortopedisiä ja plastiikkakirurgisia potilaita. Elekttiivisten leikkauspotilaiden lisäksi osastolla hoidetaan päivystyksestä tulevia potilaita. (Kirurgian vuodeosasto 2017.) Opinnäytetyö toteutettiin plastiikkakirurgian solussa, johon tulee potilaita päivystyksestä, leikkauksesta ja sairaalasiirtoina. Solussa hoidetaan haavahoitoa tarvitsevia potilaita, traumapotilaita, rintasyöpäpotilaita sekä päivystyspotilaita eli rekonstruktivisen plastiikkakirurgian potilaita. Haavahoitoa toteutetaan osastolla monilla eri tavoilla. Osa potilaista hoidetaan täysin vuodeosastolla ja osa tarvitsee leikkauksen. (Tulla & Sipilä 2017.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden haavahoitotilanteesta syntyviä palvelukokemuksia. Tavoitteena oli selvitettyjen kokemusten perusteella löytää mahdollisia kehittämisen kohteita haavanhoitotilanteisiin. Potilaiden kokemuksiin perustuva haavanhoidon kehittäminen tekisi haavanhoidosta entistä potilaslähtöisempää. Opinnäytetyön lähestymistapana käytettiin palvelumuotoilua. Tässä työssä palvelumuotoilua käytettiin asiakasym-

määräyksen hankkimiseen sekä haavahoidon ja sen yhteydessä tapahtuvan ohjauksen kehittämismahdollisuuksien kartoittamiseen. Asiakasymmärryksen hankkimisessa käytettiin haavahoitotilanteiden havainnointia ja potilaiden haastattelua näiden tilanteiden jälkeen. Asiakasymmärrys on vain osa palvelumuotoilua, mutta opinnäytetyön tuloksia voidaan kuitenkin käyttää potilaiden palvelukokemusten ja palveluiden kehittämisessä kirurgian vuodeosastolla viemättä palvelumuotoiluprosessia loppuun saakka.

2 Haavanhoidon osatekijät

2.1 Haavanhoito

Ehjän ihon tai sen alaisen kudoksen rikkoutumista kutsutaan haavaksi. Haavat voidaan jaotella ulkoisen olemuksen tai syntymekanisminsa perusteella. Äkillisesti ulkoisen tekijän vaikutuksesta syntyvät haavat ovat akuutteja haavoja, jotka edelleen jaotellaan puhtaisiin ja likaisiin haavoihin. Likaisia haavoja ovat esimerkiksi puremahaavat sekä haavat, jotka ovat likaantuneet vieraasta materiaalista. Tavallisia puhtaita haavoja ovat leikkaushaavat. Kroonisten haavojen syntymekanismiin vaikuttaa yleensä sisäinen sairaustekijä. Myös ulkoiset tekijät, kuten paine tai hankaus, voivat olla syynä kroonisen haavan syntymiseen. Haava luokitellaan krooniseksi, kun se on ollut auki vähintään kuukauden. Ajallisesta kestosta riippumatta, krooniseksi haavaksi luokitellaan myös haavat, joiden syntyyn tai huonoon paranemiseen vaikuttaa ulkoisten tekijöiden lisäksi jokin elimistön sisäinen tekijä. Näitä ovat esimerkiksi alaraajojen verenkiertosairaudet, diabetes, syöpä sekä kehon ulkopuolelta tuleva paine. Akuutti haava saattaa muuttua krooniseksi, jos sen paranemisprosessi häiriintyy. (Hietanen & Juutilainen 2012, 26-28.)

Haavanhoidolle määritellään saavutettavissa oleva hoitotavoite, johon vaikuttavat esimerkiksi haavan tyyppi, koko, sijainti sekä paikalliset ja systeemiset paranemiseen vaikuttavat tekijät (Juutilainen 2012b, 77). Merkittäviä paranemiseen vaikuttavia systeemisiä, potilaaseen liittyviä, tekijöitä ovat potilaan ikä, sairaudet ja niiden hoidot, ravinto ja elintavat. Paikallisia, haavaan liittyviä, tekijöitä ovat muun muassa haavaan ja sen ympäristöön kohdistuneet mekaaniset voimat, kemialliset ärsykkeet, kosteus ja lämpötila. Lisäksi tulee huomioida psykososiaalisten tekijöiden vaikutus haavan paranemiseen. Hoidon kannalta on oleellista selvittää ja korjata kaikki haavan paranemista häiritsevät tekijät. (Lagus 2012, 39.) Haavahoidon tavoitteena voi olla valmistella haava kirurgiseen sulkuun tai konservatiivisin keinoin pyrkiä saamaan haava lopullisesti kiinni. Mikäli haava ei parane konservatiivisesti, eikä kirurginen hoito ole syystä tai toisesta mahdollinen, voidaan haavanhoidossa pyrkiä pitämään haavan aiheuttamat haitat, kipu, haju ja eritteet hallinnassa. Tällöin kyseessä on pysyvä konservatiivinen hoito. (Juutilainen 2012b, 77.)

2.1.1 Haavan konkreettinen hoito

Falangan (2000) esittelemän TIME-mallin mukaan (Taulukko 1.) haava tulee valmistella oikealla paikallishoidolla haavanhoitotuotteita varten. Haavassa tulisi olla vähintään verestävä haavapohja, minimaalinen bakteerikanta ja vähäinen erityys, jotta haavahoidolla ja -tuotteilla voitaisiin saavuttaa merkittävä lopputulos (Dealey 2012, 80). TIME-malli koostuu neljästä haavan paikallishoitoon liittyvästä osa-alueesta, haavan puhdistamisesta (Tissue), infektion ja tulehdusreaktion hallinnasta (Inflammation, infection), kosteustasapainon optimoinnista (Moisture balance) ja haavan reunan paranemisen tilasta (Edge). TIME-mallin avulla haavapohja voidaan valmistella paikallishoidon keinoin osana elimistön omaa paranemisprosessia. (Juutilainen 2012b, 79; Dealey 2012, 80.)

	Osatekijä	Patofysiologinen tilanne	Tarvittava toimenpide
T	Tissue management	Kudos: Eloton tai vajaasti toimiva	Haavan puhdistaminen, kuolleen kudoksen poistaminen esim. mekaanisesti, kemiallisesti tai kirurgisesti
I	Inflammation, infection control	Tulehdusreaktio ja infektio	Tulehduksen ja infektion tunnistaminen ja hallinta, tarvittaessa antibiootit apuna. Haavan kunnollinen puhdistaminen ehkäisee!
M	Moisture balance	Kuivuminen tai liiallinen kosteus	Kosteustasapainon optimointi, maseraation välttäminen, haavaa ympäröivän ihon huomioiminen
E	Edge of the wound	Haavan reuna: epiteelisaatio pysähtynyt	Epiteelisaation tukeminen

Taulukko 1: TIME-toimintamalli (Juutilainen 2012b, 79; Dealey 2012, 80-84.)

Tärkein haavan paranemista edistävä toimenpide on haavan puhdistaminen kuolleesta kudoksesta ja vieraasta materiaalista. Kuollut kudos estää haavan paranemiseen liittyvän korjausvaiheen käynnistymistä. Tehokas kertapuhdistus voi riittää akuutille haavalle, mutta krooniset haavat vaativat toistuvaa ja ylläpitävää puhdistamista. (Juutilainen 2012b, 79.) Haavan puhdistaminen aloitetaan usein vesipesulla, johon soveltuu juomakelpoinen, kehonlämpöinen vesi. Tarvittaessa vesipesu voidaan korvata haavanhoitopyyhkeillä, joilla haavaa ympäröivä iho ja haava pyyhitään irtoavasta kudoksesta ja tuotejäämistä. Vesipesun jälkeen tehdään haavan mekaaninen puhdistus, jonka tarkoituksena on poistaa haavasta vierasesineet, fibriinikate ja kuollut kudos. Mekaaninen puhdistus tulee tehdä tervettä kudosta vaurioittamatta ja liiallista kipua aiheuttamatta. Puhdistus tapahtuu yksinkertaisten instrumenttien, kuten haavakauhojen, rengaskyretin ja kirurgisen veitsen, avulla. (Hietanen 2012a, 186-189.)

Haavan paraneminen edellyttää optimaalista kosteutta haavassa. Epiteelisolujen kasvaminen ja granulaatiokudoksen muodostuminen on tehokkaampaa kosteassa kuin kuivassa haavassa.

Lisäksi kuolleen kudoksen hajottaminen edellyttää kosteita olosuhteita ja kostean haavan hoitaminen on potilaalle kivuttomampaa. Kosteustasapainon hallinnassa oikeilla haavasidoksilla on suuri merkitys. (Juutilainen 2012b, 81-80.) Haavasidokset voidaan luokitella useilla eri tavoilla, esimerkiksi vaikutusmekanismin erojen mukaan. Tällöin puhutaan passiivisista, aktiivisista, interaktiivisista ja biologisista haavasidoksista. Passiivisilla haavasidoksilla tarkoitetaan tuotteita, joissa ei ole vaikuttava ainetta ja jotka eivät vaikuta haavapohjaan tai haavaeritteeseen soluihin. Passiivisia sidoksia ovat harso- ja kuitutaitokset, haavatyyny, kiinnitys- ja tukisidokset, haavakontaktituotteet ja paranemista tukevat tuotteet. Aktiiviset haavasidokset vaikuttavat nimensä mukaisesti aktiivisesti haavan paranemiseen, näitä ovat lääkeainetta, antiseptistä tai antimikrobista ainetta sisältävät tuotteet, kasvutekijä- ja tekoihovalmisteet sekä erikoisvalmisteet kuten tuotteet, joilla voidaan vaikuttaa haavaeritteeseen solutoimintaan. Interaktiiviset tuotteet on käsitelty niin, että ne aktivoituvat kudoseritteestä tai ne aktivoitetaan nesteellä. Biologiset tuotteet ovat ihmis- tai eläinperäisiä tai sisältävät kasvutekijöitä. (Hietanen 2012b, 138-139.)

2.1.2 Kivunhoito haavanhoidossa

Osana haavan optimaalista paranemista on hyvä kivunhoito. Tehokkaalla ja turvallisella kivunhoidolla taataan potilaan selviäminen arjen toiminnoista, mahdollistetaan paranemista edistävä lepääminen, liikunta ja haavahoidot sekä lisätään potilaan hoitomyönteisyyttä. Hyvä kivunhoito edistää toipumista ja vähentää komplikaatioita. (Malmgren & Kontinen 2012, 93-94.) Vuollo kuvailee (Dealey 2012, 28) haavakivun jakautuvaan kolmeen osaan, nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja emotionaaliseen kipuun. Nosiseptiivinen eli kudonsvauriosta johtuva kipu voi olla jatkuvaa, jyrsvää ja kivistävää. Neuropaattinen kipu on hermoperäistä, viiltävää, polttavaa ja pistävää kipua. Haavan psykologinen vaikutus voi johtaa emotionaaliseen kipuun. Haava voi vaikuttaa potilaan kehonkuvaan tai fyysisiin toimintoihin niin, että ilmenee emotionaalista kipua. Haavanhoitotilanteisiin liittyvä kipu voi olla erittäin stressaavaa potilaille. Aiemmat kipukokemukset, pelko ja ahdistus, voimistavat kipua entisestään. (Dealey 2012, 28-29; Malmgren & Kontinen 90-91.)

Kivun arvioiminen ja hoitaminen perustuvat potilaan henkilökohtaiseen arvioon kivusta. Hoitajan tehtävänä on ohjata potilasta ilmaisemaan kipuaan. Jos potilas on kykenemätön itse ilmaisemaan kipuaan, arvioidaan kipua yhteistyössä potilaan läheisten ja hoitoon osallistuvien kanssa tarkkaillen potilaan kipukäyttäytymistä. (Malmgren & Kontinen 2012, 91-93.) Käytöksestä kipua voidaan arvioida esimerkiksi tarkkailemalla kasvojen ilmeitä, itkua ja kyyneleitä, kehon asentoa ja raajojen liikkeitä. Jännittynyt vartalo, liikkumattomuus ja toisaalta, levoton liikehdintä voivat merkitä kipua. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 76-77.) Kivun voimakkuuden arvioimisessa yleisesti käytettyjä mittausmenetelmiä ovat visuaaliset, numeeriset ja sanalliset asteikot, kuten kipujana VAS (visual analogue scale) ja numeerinen arviointi

0-10 NRS (numeric rating scale). Kivun mittaria valittaessa tulee huomioida potilaan kyky arvioida kipuaan. Kivun arviointia tulee seurata systemaattisesti ja jatkuvasti. Kipu mitataan aina ennen toimenpidettä ja sen jälkeen. (Malmgren & Kontinen 2012, 91-93.)

Haavanhoitotilanteet ovat usein kivuliaita potilaalle. Onnistuneella kivunhoidolla edistetään potilaan hoitomyöntyvyyttä ja haavanhoidon onnistuneisuutta. Potilas ohjataan ilmaisemaan kipuaan haavahoidon aikana ja hänelle kerrotaan, että tarvittaessa kipulääkitystä voidaan tehostaa tai hoito keskeyttää, jos kipu käy haavanhoidon aikana sietämättömäksi. Haavanhoidon onnistumisen kannalta on tärkeää suunnitella toimenpide etukäteen, ohjata potilas toimenpiteeseen ja annostella kipulääke riittävän ajoissa. Myös potilaan aiemmat kokemukset tulee huomioida ja muokata hoitoa niiden mukaan. Hoitoympäristön rauhallisuus, keskustelun kiireettömyys ja potilaan kuulluksi tuleminen auttavat potilasta kivun hallinnassa. Jos toimenpide aiheuttaa potilaalle kohtuutonta kipua, voidaan miettiä puudutuksen, sedaation tai anestesian tarpeellisuutta haavanhoidon ajaksi. (Malmgren & Kontinen 2012, 94-95.)

Tärkein ja eniten käytetty kivun hoitomenetelmä on lääkehoito. Kajoavat annostelutekniikat, kuten injektiot laskimoon, lihakseen tai ihonalle, mahdollistavat vaikeidenkin kiputilojen tehokkaan hoidon. Parhaisiin hoitotuloksiin päästään yhdistämällä lääkehoito toisiin kivunhoidon menetelmiin. (Salanterä ym. 2006, 107&135.) Haavakivun hoidossa ja sen ennalta ehkäisyssä käytetään tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia, opioideja, puudutusaineita ja muita kipulääkkeitä. Kipulääkitys ja sen antomuoto valitaan jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti ottaen huomioon potilaan muun terveydentilan (maksa- ja munuaissairaudet), muun lääkityksen ja haavan koon ja sijainnin. Haavan paikallishoidosta johtuvaa kipua voidaan lievittää myös puuduttamalla haava paikallisesti. Paikallisen vaikutuksen vuoksi potilaan muut sairaudet tai lääkitykset eivät juuri vaikuta hoidon tehoon tai turvallisuuteen. Nyrkkisääntönä paikallisten puudutusten käytössä pidetään, että niitä käytettäisiin enintään kolme kertaa potilaan kämmenen kokoiselle ihoalueella maksimissaan kerran päivässä. (Malmgren & Kontinen 2012, 94-99.)

2.1.3 Ravitseminen haavanhoidossa

Haavapotilaan huono ravitsemustila voi muuttaa immuunitoimintaa, kollageenisynteesiä ja hidastaa haavan lujittumista, jotka ovat kaikki välttämättömiä toimia haavan paranemiseksi. Ravitsemustila onkin yksi tärkeimmistä haavojen paranemiseen vaikuttavista tekijöistä, joihin potilas voi itse vaikuttaa. Vaikka erilaiset haavat, kuten palovammat, krooniset jalkahaavat sekä painehaavat, eroavat toisistaan, on ravitsemuksen merkitys kaikille haavoille yhteistä. (Quain & Khardori 2015; Schwab 2012, 83.)

Haavahoitoa tarvitsevat potilaat saattavat aliarvioida ravitsemuksen merkityksen haavan paranemiseen nähden (Quain & Khardori 2015). Ravitseminen on tärkeä osa haavahoitoa, jotta

haava pystyy parantumaan, tarvitaan energiaa, proteiinia ja suojaravintoaineita. Ravitsemuksen tarvetta lisää runsas haavaeritys ja tulehdus. Jos potilas kärsii vajaaravitsemuksesta, haavan paraneminen hidastuu uuden kudoksen muodostumisen hidastuessa. Tämän vuoksi riittävä ja monipuolinen ruokavalio edistää haavan paranemista, ehkäisten ja hoitaen samalla vajaaravitsemusta. Neste kuljettaa kudokselle happea ja ravintoaineita sekä ylläpitää kudosten kimmoisuutta, joten myös nesteiden riittävä saanti on haavan paranemiselle tärkeää. (Ravitsemus osana haavanhoitoa 2017, 1.) Huono ravitsemustila lisää infektioalttiutta ja on yksi keskeisimmistä tekijöistä painehaavojen syntymisessä. Vajaaravitsemus on yleistä, mistä johtuen ravitsemustila tulisi arvioida ainakin kaikilta riskipotilailta yksikössä sovittua menetelmää käyttäen. (Schwab 2012, 83.)

Vajaaravitsemuksen seulontaan on kehitetty validoituja menetelmiä kuten MUST, NRS ja MNA. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) on avoterveydenhuoltoon kehitetty yksivaiheinen menetelmä, jossa huomioidaan potilaan painoindeksi (BMI), painonlasku edeltävien 3-6 kuukauden aikana sekä akuutin sairauden vaikutus ravitsemukseen. Nutritional Risk Screening (NRS), on erikoissairaanhoidon ensisijaisesti kehitetty kaksivaiheinen menetelmä. Alkuseulonnassa selvitetään potilaan BMI, painonlasku edellisten 3 kuukauden aikana, nautitun ruoan väheneminen edellisen viikon aikana sekä potilaan sairaus. Alkuseulontaa seuraavassa varsinaisessa seulonnassa huomioidaan BMI:n, painonlaskun ja ravinnonsaannin lisäksi näiden yhteisvaikutus heikentyneeseen yleistilaan, sairauden vakavuuteen ja potilaan ikään. Mini Nutritional Assessment (MNA) on varsinkin ikääntyneiden potilaiden ravitsemuksen arviointiin kehitetty menetelmä. (Schwab 2012, 83-86.)

2.2 Vuorovaikutuksellinen ohjaaminen

2.2.1 Vuorovaikutussuhde

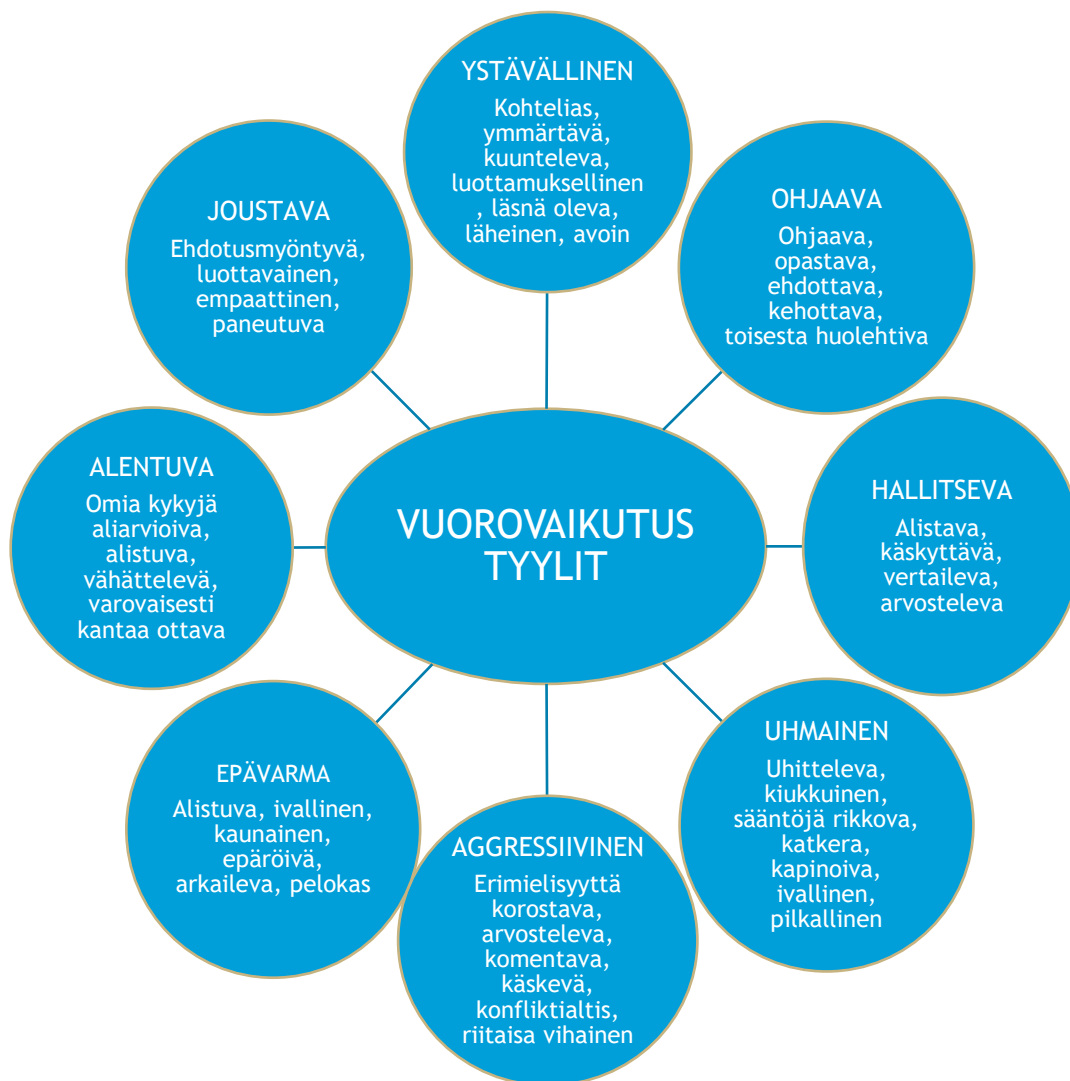
Vuorovaikutus on vähintään kahden ihmisen välillä tapahtuvaa tietojen jakamista vastavuoroisesti (Vuorovaikutus 2018). Kommunikaatio on vuorovaikutuksen ydin, ja sen tavoitteena on ensisijaisesti välittää tietoa kahden ihmisen välillä (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 13). Tärkein kommunikaation muoto, kahden tai useamman ihmisen välillä, on puhuminen (Vuorovaikutus 2018). Sanallinen viestintä on kuitenkin vain osa vuorovaikutusta, sanatonta viestintää vuorovaikutuksesta on yli puolet (Kyngäs ym. 2007, 38-40). Sanatonta viestintää ovat muun muassa eleet, ilmeet, äänenpainot, kosketus sekä katseet. Nämä eleet luovat puhutulle kielelle merkityksiä. (Vuorovaikutus 2018.)

Sanallinen vuorovaikutus on kieli, jota puhutaan, mutta sanojen merkitys ei välttämättä ole sama kaikille. Myös ihmisten kyky ilmaista itseään sanallisesti vaihtelee. Sanallisen kommunikaation tyyli voi vaihdella laajasti, vaikka puhuttu asia olisi täysin sama, puhujan tunnetilaa pystytään päättelemään puhetyylin avulla. Sanallisen kommunikaation lisäksi vuorovaikutuksessa käytetään paljon sanatonta viestintää. Kaikki se kommunikaatio mikä ei ole puhetta, on

sanatonta viestintää. Kehonkieli ja sanaton viestintä antavat tarkempaa tietoa kuin sanat. Sanattomassa viestinnässä hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa tulee huomioida kulttuurierot, eikä esimerkiksi tietyt eleet välttämättä tarkoita kaikille samaa asiaa. Auttavassa vuorovaikutuksessa pyritään luomaan hoitajan ja potilaan välille sellainen vuorovaikutussuhde, missä potilas pystyy käyttämään toista ihmistä apuna kasvussa ja muutoksessa sekä kehityksessä. Kaikki hoitosuhteessa tapahtuva vuorovaikutus on auttavaa, siinä hoitajan tulee olla aito ja avoin. Myös potilaan kokonaisvaltainen hyväksyntä ja aito ymmärtäminen ovat osa auttavaa vuorovaikutussuhdetta. (Mäkelä ym. 2001, 13-16.) Vuorovaikutus vaatii onnistuakseen molemminpuolisen kunnioituksen hoitajan ja asiakkaan välillä. Hoitaja on ammatissaan asiantuntija ja asiakas oman elämänsä asiantuntija. Hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutuksen tulee olla myös kaksisuuntaista, kummankin osapuolen tulee olla aktiivisia vuorovaikutustilanteessa, jotta hyöty olisi mahdollisimman suuri. (Kyngäs ym. 2007, 38-40.)

Hyvän vuorovaikutuksen kriteereinä voidaan pitää viestintää, fyysistä ympäristöä ja ohjattava-hoitaja suhdetta. Viestinnällä tarkoitetaan hyvässä vuorovaikutuksessa selkeää ja ymmärrettävää kieltä, riittävän ajan varaamista ohjaustilanteelle, ohjattavan resurssien huomiointia, asian johdonmukaista etenemistä sekä sanallista- ja sanatonta viestintää. Fyysinen ympäristö hyvässä vuorovaikutuksessa on rauhallinen ja tarkoituksenmukainen, joka luo myönteisen ilmapiirin. Ohjattavan ja hoitajan välisen suhteen tulee olla vastavuoroinen, rehellinen, avoin, ammatillinen, molemmin puolin kunnioittava sekä ohjattavan yksilöllisyyden huomioiva. (Hankonen, Kaarela, Palosaari, Pinola, Säkkinen ym. 2006, 27-30.)

Kaikissa kohtaamisissa syntyy tunnelma, joka vaikuttaa kokemukseen. Tunnelma syntyy aistikokemuksista, ajatuksista ja tunteista. Jokainen ihminen on yksilö, ja jokaisen kokemus tunnelmasta on myös yksilöllistä. Tunnelma muodostuu yksilön kokemasta tunteesta tietyssä tilanteessa. Tunnelma luodaan vuorovaikutuksen avulla, ja erityisesti sanaton vuorovaikutus ja kehonkieli ovat tärkeässä asemassa luomassa tunnelmaa. Tunnelmalla on aina jokin lähtökohta, odotus ja suunta. Lähtötilanteeseen vaikuttavat lukemattomat tekijät, kuten luontaiset taipumukset, muut ihmiset ja ympäristö. Tunnelman eteenpäin viemiseen, nostamiseen tai laskemiseen, vaikuttaa kuitenkin suurimmaksi osaksi vuorovaikutus, erityisesti sanaton kommunikaatio. Erilaisia tunnelmia vuorovaikutustilanteissa voi olla muun muassa uhkaava ja rauhallinen. (Rantanen 2016, 117,123 & 139.)



Kuvio 1: Vuorovaikutustyyli (Mukaillen Kauppila (Pekkari 2008,32-36))

Vuorovaikuttamisessa voi käyttää erilaisia tyyliä. Kauppila (Pekkari 2008, 32) on jakanut vuorovaikutustyyliä neljään peruskategoriaan: ystävällinen, hallitseva, aggressiivinen ja alistuva. Näiden neljän perusvuorovaikutustyylin väleihin sijoittuu tarkemmin eritelty vuorovaikutustyyliä, joita ovat: ohjaava, uhmainen, epävarma ja joustava. (Kuvio 1) Ohjaustilanteessa vuorovaikutustyylin käyttö voi lähentää tai etäännyttää kanssakäymistä. Ystävälliset vuorovaikutustyyliä lähentävät vuorovaikutustilanteen osapuolia. Ohjauksessa vuorovaikutukselta vaaditaan ohjaavia piirteitä, jotka kuitenkin sisältävät ystävällisyyttä ja mahdollisesti vallankäytön piirteitä. Lähentäviä vuorovaikutustyyliä ovat ohjaava, joustava ja ystävällinen tyyli. Kaikkiin näihin tyyliin tulee sisältyä auttavuuden, hoivaavuuden, turvautuvuuden ja luottavuuden piirteitä. Etäännyttäviä vuorovaikutustyyliä ovat hallitseva, uhmainen ja aggressiivinen vuorovaikutustyyli, kaikki nämä tyyliä sisältävät vastaanottavalle osapuolelle jonkin kielteisen viestin. (Pekkari 2008, 32-36.)

Tarkasteltaessa ohjaustilanteiden vuorovaikutusta, voidaan käyttää jaottelua asiantuntijakeskeiseen, asiakaskeskeiseen ja dialogiseen vuorovaikutukseen (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 52). Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa hoitaja johdattelee vuorovaikutusta ja nostaa käsiteltäviä asioita esille keskustelussa. Hän toimii kokemuksensa ja asiantuntijuutensa perusteella, antaen ohjeita ja neuvoja ohjattavalleen, potilaalle. Jos koko ohjaustilanne etenee asiantuntijakeskeisesti, on ohjauksessa ikään kuin valmiiksi kirjoitettu juoni, jota hoitaja voi käyttää vastaavissa muissakin ohjaustilanteissa. Tyypillistä asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa on suljettujen kysymysten käyttäminen, ohjattavan puheen keskeyttäminen ja asiantuntijan kontrolli tilanteesta. (Vänskä ym. 2011, 52-53.) Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutusmalli suo hoitajalle vallan määritellä tilannetta, luokitella ongelmia sekä päättää toimintatavoista (Mönkkönen 2007, 38).

Asiakaskeskeinen vuorovaikutus rakentuu potilaan ehdoilla. Ohjaustilanteessa potilaan näkemykset, kokemukset ja tarpeet ovat keskeisessä roolissa, hoitajan ollessa lähinnä kuuntelijan ja konsultin roolissa. Hoitajan tehtävänä on kuunnella ja kuulla potilasta, auttaa häntä tilanteen hahmottamisessa ja ratkaisujen löytämisessä. Asiakaskeskeisessä vuorovaikutuksessa hoitaja käyttää avoimia kysymyksiä, kuuntelee aktiivisesti ja antaa ohjeita tai neuvoja vain, jos potilas ilmaisee tarpeensa neuvomiseen. Asiakaskeskeisessä vuorovaikutuksessa potilas otetaan mukaan päätöksen tekemiseen. (Vänskä ym. 2011, 54-55.)

Dialogisen ohjaustilanteen tärkeä elementti on vastavuoroisuus. Hoitaja ja potilas ovat yhdessä rakentamassa vuorovaikutusta ja vaikuttamassa ohjaukseen. Vuorovaikutussuhde nähdään dialogisessa ohjaustilanteessa molemminpuolisena ymmärryksen luomisena. Ohjauksen eteneminen ei tapahdu hoitajan tai potilaan ehdoilla vaan molempien ehdoilla, yhteisenä prosessina. (Mönkkönen 2007, 87; Vänskä ym. 2011, 58.)

Ammattitaitoinen ohjaaja kykenee vaihtelevaan ohjaustilanteessa vuorovaikutuksen luonnetta. Hänellä on kyky luovia erilaisessa asemassa ohjattavaansa nähden ohjausprosessin edetessä. Taitava ohjaaja kykenee reagoimaan ohjaustilanteessa sen vaatimalla tavalla, siten että ohjattava (=potilas) kykenee osallistumaan ja vaikuttamaan omaan ohjaukseensa. (Vänskä ym. 2011, 52.)

2.2.2 Tavoitteellinen ohjauskeskustelu

Potilasohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa suhteessa potilaan ja hoitajan välillä, ohjaus on hoitajan ja potilaan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Tavoitteellisuus ohjauskeskustelussa vaatii aktiivisuutta molemmilta ohjauksen osapuolilta. Hoitajan tulee aktiivisesti selvittää potilaan taustatekijöitä ja yhdessä potilaan kanssa asettaa tavoitteita toiminnalle. Hoitajan on ohjauskeskustelussa otettava huomioon potilaan voimavarat sekä tunnistaa hänen henkinen tilansa, jotta ohjauskeskustelusta voidaan saada aikaan tavoitteellista toimintaa.

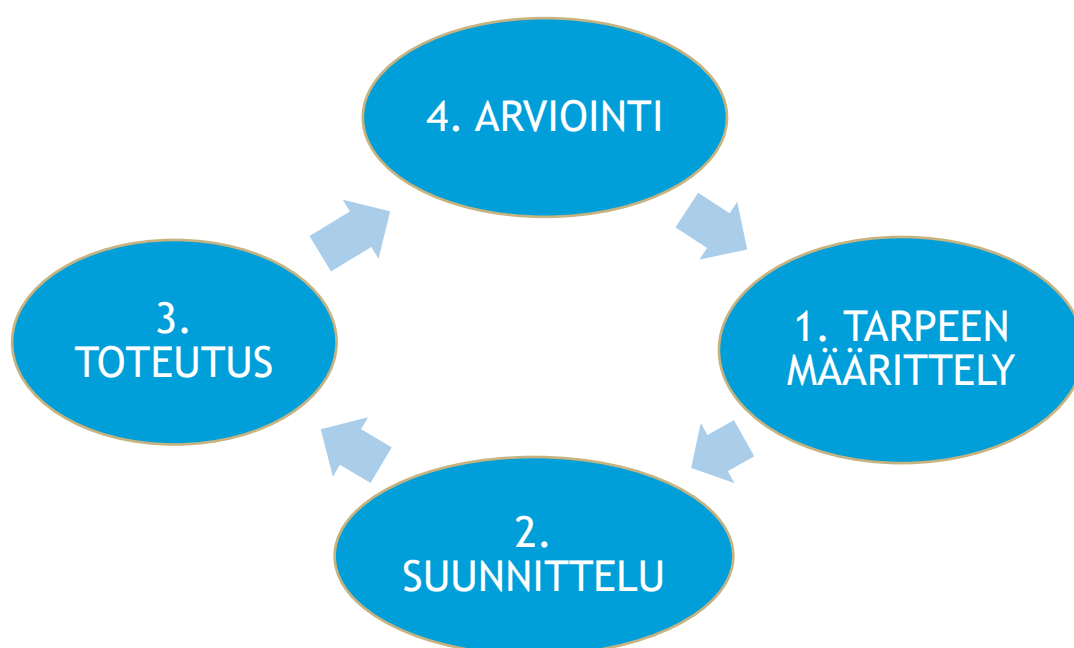
Tavoitteellisuus ei kuitenkaan saa olla kaavamaista, vaan jokainen ohjauskeskustelu tulee rakentaa yksilöllisesti. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ym. 2007, 25 & 42-43.)

Potilasohjaus voidaan määritellä monella eri tavalla. Yleisesti se voidaan määritellä kaikiksi niiksi toiminnoiksi, joissa ohjataan potilaita tukemaan heidän terveyden edistämistä ja voimavaraistumista. Potilasohjauksen päätavoitteena on tukea heidän omia voimavarojaan. (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 3-4.) Potilasohjausta ohjaavat ennen kaikkea erilaiset lait ja suositukset. Ammattihenkilön velvollisuus on ohjata, ja kaikilla potilailla on oikeus ohjaukseen. Lopullisen päätöksen ohjauksen hyödyntämiseen omassa elämässään tekee kuitenkin potilas itse. Ohjauksessa olennaisia piirteitä ovat potilaan ja hoitajan taustatekijät, vuorovaikutteinen ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. (Kyngäs ym. 2007, 12-13 & 25-26.) Ohjauksessa vuorovaikutus on sekä kohde, että väline. Ohjaus vaatii toteutuakseen aina vuorovaikutusta. Ohjauskeskustelu koostuu vähintään kahden henkilön välisestä vuorovaikutuksesta, johon molemmat osapuolet osallistuvat. Osallistumisen luonne on kummankin osapuolen omalla vastuulla, vuorovaikutus voi olla dialogista ja tasapuolista jos molemmat osapuolet panostavat ohjauskeskusteluun yhtä paljon. (Pekkari 2008, 30.)

Ohjaustilanteen lähtökohtana ovat aina hoitajan ja potilaan taustatekijät. Jokainen potilas on yksilö, ja yksilön ohjaustarve eroaa taustatekijöistä riippuen. Esimerkiksi motivoituneen, perusterveen ja nuoren henkilön ohjaaminen eroaa huomattavasti iäkkään, monisairaana ja ei-motivoituneen potilaan ohjaamisesta. Ohjauksen lähtötilanne tulisi hoitajan puolesta aina arvioida etukäteen, sekä omien että potilaan taustatekijöiden osalta, jotta saavutettaisiin paras mahdollinen lopputulos. Sekä hoitajan että potilaan taustatekijät voidaan vielä edelleen jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä muihin ympäristötekijöihin. Ohjaustilanteen onnistumisen kannalta jokaisen potilaan yksilöllisyyden huomioiminen on ensiarvoisen tärkeää. (Kyngäs ym. 2007, 26-28.)

Hoitajan ja potilaan fyysisiä taustatekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi sekä terveydentila. Potilaan fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, kuinka hän pystyy vastaanottamaan ohjausta. Hoitajan on osattava asettaa potilaan fyysiset taustatekijät tärkeysjärjestykseen, ja luotava ohjaustilanne sen mukaisesti. Psyykkiset taustatekijät, jotka tulee ottaa huomioon ohjaustilanteissa ovat muun muassa terveystokemukset, mieltymykset, oppimistyyli ja motivaatio. Potilaan motivaatio vaikuttaa siihen haluaako hän omaksua hoitoonsa liittyvän ohjauksen. Hoitajan on hyvä tietää etukäteen potilaan mieltymyksistä, jotta hän voi luoda ohjauksessa kompromisseja potilaan kanssa. Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa potilaan psyykkiset taustatekijät, esimerkiksi potilaan oppimistyyli. Sosiaalisia taustatekijöitä, jotka vaikuttavat ohjaukseen ovat kulttuuritausta, etninen tausta, sosiaalisuus, uskonnollisuus ja eettisyys. Myös hoitajan omat arvot vaikuttavat ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 29-36.)

Ympäristötekijöitä ohjauksessa ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö, psyykkinen ympäristö sekä sosiaalinen ympäristö. Ympäristötekijät vaikuttavat ohjaustilanteeseen positiivisesti tai negatiivisesti, merkittävien näistä ympäristötekijöistä on fyysinen tila, jossa ohjaus tapahtuu. Fyysinen tila on paras silloin, kun ohjaustilanne pystytään toteuttamaan häiriöttömästi ja keskeytyksettä. Fyysisessä tilassa tulee olla tarvittava ohjauksen apuvälineistö saatavilla, eikä potilaalle saa herätä tilasta negatiivisia tunteita, kuten pelkoa ja ahdistuneisuutta. Psyykkinen tila koostuu useista asioista, joista rauhallisuus ja kiireettömyys korostuvat. Kiire vaikuttaa negatiivisesti potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen. Jotta ohjaus onnistuu, vaatii se ympärilleen rauhallisen ja kiireettömän ympäristön, jossa potilasta kuunnellaan aktiivisesti. (Kyngäs ym. 2007, 36-38.)



Kuvio 2: Ohjausprosessi (Mukaillen Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo ym. 2006, 10-11.)

Potilasohjauksen prosessi alkaa ohjauksen tarpeen määrittämisestä ja ohjauksen tavoitteiden asettamisesta. Ohjauksen tarpeen määrittämiseen vaikuttaa muun muassa potilaan aikaisempi tieto ohjattavasta asiasta sekä hänen psyykkinen tilansa. Tämän jälkeen suunnitellaan ohjauksen asiasisältö ja siinä käytettävät menetelmät, ja toteutetaan se. Viimeisenä ohjausprosessin vaiheena on ohjauksen vaikuttavuuden arviointi. Potilaan ohjaus on jatkuva prosessi, joten ohjausprosessi voidaan kuvitella kehäksi. (Kuvio 2; Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo ym. 2006, 10-11.)

2.2.3 Vuorovaikutukselliset ohjausmenetelmät

Potilasohjauksessa korostuu potilaan motivoimisen vahvistaminen. Vuorovaikutuksen laatu vaikuttaa potilasohjauksen perille viemiseen. Kuunteleva ja ymmärtävä vuorovaikutus edesauttavat potilaan motivaation sisäistämistä. Myös potilaan oma kiinnostus ohjattavaa asiaa kohtaan vaikuttaa tiedon perille viemiseen. Tässä erityisesti korostuu potilaan motivoimisen tukeminen ohjaustilanteissa. (Absetz & Hankonen 2017, 1-4.)

Esittämällä kysymyksiä, hoitaja siirtää ohjausvuorovaikutuksessa vuoron ohjattavalle, potilaalle. Kysymysten esittäminen avaa hoitajalle potilaan näkökulmaa ja kysymysten avulla hoitaja voi suunnata ja johdatella keskustelua. Kysymykset voidaan jaotella tarkoituksen, tavoitteen ja muodon perusteella muun muassa avoimiin, tarkentaviin, suljettuihin ja reflektiivisiin kysymyksiin. (Vänskä ym. 2011, 37-39.) Avoimia kysymyksiä käytetään, kun halutaan rohkaista potilasta vastaamaan laajemmin ja samalla potilas saa mahdollisuuden säädellä vuorovaikutusta. Avoimilla kysymyksillä kyetään selvittämään potilaan omaa kokemusmaailmaa ja annetaan hänelle mahdollisuus vastata omin sanoin. (Mäkelä ym. 2001, 29-30; Vänskä ym. 2011, 37.) Avoimet ja tarkentavat kysymykset toimivat ohjaustilanteessa rinnakkain. Tarkentavilla kysymyksillä hoitaja kykenee selvittämään ja tarkentamaan potilaan kertomaa asiaa. Tarkentavilla kysymyksillä on hyvä jatkaa avointen kysymysten esiin tuomia asioita. Tarkentavat kysymykset muistuttavat suljettuja kysymyksiä, joilla ohjataan potilasta vastaamaan muutamalla sanalla, ja ne ovat käyttökelpoisia silloin, kun halutaan saada nopeasti tietoa jonkin toiminnan perustaksi. Suljettuihin kysymyksiin voi vastata lyhyesti joko myöntävästi tai kieltävästi tai yhdellä sanalla. (Mäkelä ym. 2001, 29-30; Vänskä ym. 2011, 37-38.)

Kuunteleminen, aito kiinnostus, ymmärtäminen sekä vastavuoroisuus ovat osa potilaan ohjausta. Kuuntelemalla potilasta välitetään viesti ymmärtämisestä, se on hoitosuhteen perusprosessi. Hoitajan on kuunneltava potilasta, jotta potilas tulee ymmärretyksi ja potilasta täytyy ymmärtää, jotta häntä voidaan auttaa. Hoitajan läsnäolo ja vuorovaikutuksen vastavuoroisuus tuovat myös potilaalle kokemuksen, että häntä ymmärretään. Vastavuoroisuudella pystytään aktiivisesti tukemaan potilaan itseohjautuvuutta. (Mäkelä ym. 2001, 32-34.) Kuunnellessaan hoitaja kykenee myös havainnoimaan potilaan sanallista ja sanatonta vuorovaikutusta, miten potilas viestii kehollaan, reaktioillaan ja tunnetiloillaan. Aktiivisen kuuntelun ja havainnoinnin avulla hoitaja kykenee kohtaamaan potilaan kokonaisena ihmisenä. (Vänskä ym. 2011, 50.) Kun hoitaja kuuntelee aktiivisesti potilasta, voi hän tehdä päätelmiä kuullusta asiasta. Hoitajan kuunteluun liittyy olennaisesti myös kysymysten esittäminen. Aktiivinen kuunteleminen mahdollistaakin muun muassa lisäkysymysten esittämisen, yhteenvetojen tekemisen ja heijastamisen. (Kyngäs ym. 2007, 81; Vänskä ym. 2011, 49-50.) Hoitaja voi osoittaa potilaalle kuuntelevansa antamalla minimipalautetta ("mmm", "niin"), tekemällä lyhyitä kysymyksiä ja saman mielisyyden osoituksia. Lyhyillä palautteilla kannustetaan potilasta jatkamaan puhetta. (Vänskä ym. 2011, 50.) Heijastamalla, eli toistamalla potilaan sanomisia ymmärtävän

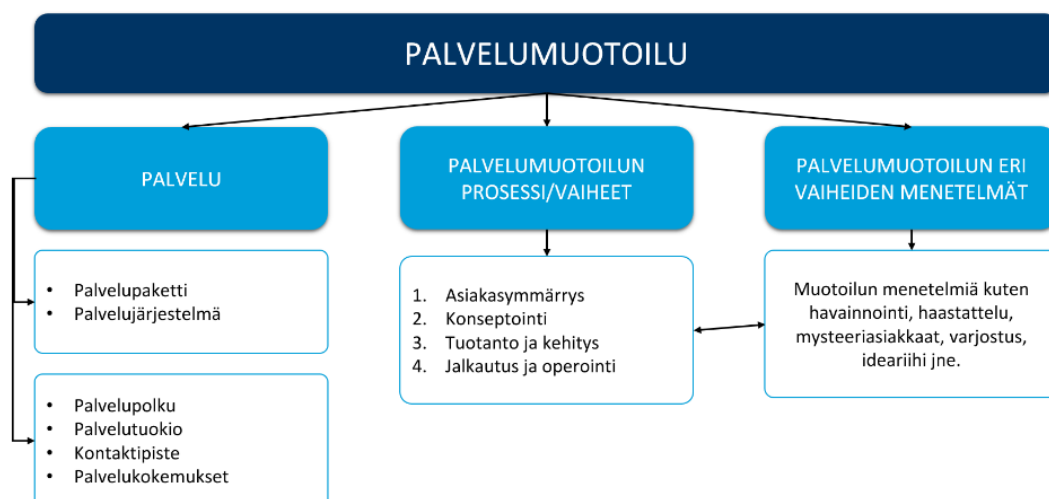
väitelauseen muodossa, mahdollistetaan potilaalle hänen oman tilanteensa objektiivisempi näkökulma. Potilaan kertoman heijastaminen voi siis herätellä hänen omaa motivaatiotaan ja itsearviointiaan näkökulman vaihtuessa (Kyngäs ym. 2007, 81; Vänskä ym. 2011, 42.) Kuuntelun lopuksi hoitajan on osattava antaa palautetta tilanteesta yksilöllisesti, jotta potilas ymmärtää ohjauksessa läpikäytyt asiat ja niiden tärkeyden mahdollisimman hyvin. (Kyngäs ym. 2007, 81.)

3 Kehittämismenetelmänä palvelumuotoilu

Palvelujen kehittämisessä voidaan käyttää erilaisia lähestymistapoja kuten konstruktivistista tutkimusta, tapaustutkimusta, toimintatutkimusta tai palvelumuotoilua (Ojasalo ym. 51-81, 2014). Palvelumuotoilulla (service design) tarkoitetaan palvelukokemusten (service experience) ja palvelujen (service) kehittämistä muotoilun menetelmin (Moriz 2005, 40-41; Tuulaniemi 2011, 58-68; Miettinen 2011, 21-31). Sitä käytetään julkisten palvelujen ja yritysten kehittämistyössä (Ojasalo ym. 2014, 71). Palvelumuotoilua voidaan käyttää asiakasymmärryksen hankkimiseen, uusien ja olemassa olevien palvelujen kehittämiseen, asiakaskokemusten parantamiseen, palveluympäristöjen ja tuotteiden luomiseen sekä organisaatioiden strategioiden, visioiden ja prosessien kehittämiseen (Ojasalo ym. 2015, 71; Tuulaniemi 2013, 95-107).

3.1 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilu on asiakaslähtöistä palvelun kehittämistä, jossa palvelun käyttäjät osallistuvat kehittämistyöhön palvelun tuottajan ja tarjoajan kanssa. Lähtökohtana on muotoilla tai luoda asiakkaiden todellisia tarpeita vastaavia palveluita ymmärtämällä asiakkaiden piileviä ja näkyviä tarpeita, toiveita ja tavoitteita. Tarpeisiin vastaaminen on yksi osa palvelua, suuri merkitys on myös asiakkaan kokemuksella palvelusta ja palveluympäristöstä. Palvelumuotoilu-prosessi on toisiinsa liittyvien prosessien kokonaisuus, joka alkaa asiakkaan tarpeesta. Toistuva suunnittelu, iteraatio ja yhteissuunnittelu ovat palvelumuotoilulle tyypillisiä prosesseja, joiden avulla pyritään luovaan ongelmanratkaisuun. (Ahonen 2017, 36-39; Miettinen 2011, 21-23.)



Kuvio 3: Palvelumuotoilu (Mukaiillen Moritz 2005, 123-149; Koivisto 2011, 43-49.)

Palvelumuotoilulla voidaan siis kehittää olemassa olevaa palvelua yhdistämällä palvelun tuottajan ja palvelun käyttäjän tarpeet. Sen avulla kyetään parantamaan samanaikaisesti palvelun tuottajan lisäarvoa tuottavia tekijöitä ja käyttäjän kokemuksia palvelusta. (Ahonen 2017, 34; Moritz 2005, 41; Kuvio 3) Palvelumuotoilun keskeisin ominaisuus on mahdollisimman syvä asiakasymmärrys. (Ojasalo ym. 2014, 72). Palvelut, jotka kehitetään asiakasymmärryksen pohjalta, vastaavat tehokkaasti asiakkaiden todellisiin tarpeisiin. Palvelusta saaduilla kokemuksilla ja palveluympäristöllä on suuri merkitys asiakkaan muodostamalle kokonaiskuvulle palvelusta. (Ahonen 2017, 37-38.) Käyttäjälähtöiseen suunnitteluun perustuvassa palvelumuotoilussa korostetaan sitä, miten asiakkaat kokevat palvelun ja miten he käyttävät sitä (Koivisto 2011, 49).



Kuvio 4: Palvelumuotoiluprosessi (Mukaiillen Moritz 2005, 123; Miettinen 2011, 31-38.)

Palvelumuotoilun prosessi voidaan jakaa vaiheisiin. (Kuvio 4). Yksinkertaistettuna vaiheet voidaan jakaa asiakasymmärrykseen ja mahdollisuuksien kartoittamiseen, konseptointiin, tuotantoon ja kehitykseen sekä jalkautukseen ja operointiin. Prosessin tavoitteena on lanseerata ja ylläpitää tuote tai palvelu. Asiakasymmärrysvaihe käsittää asiakasymmärryksen hankkimisen sekä hankitun tiedon kiteyttämisen. Palvelumuotoiluprosessin toisessa vaiheessa kiteytetystä tiedosta ideoidaan mahdollisimman paljon erilaisia kehitysehdotuksia. Tässä samassa vaiheessa seulotaan ideoita siten, että parhaat jäävät jäljelle. Paras idea konkretisoidaan prototyyppiä ja kokeillaan käytännössä. Kokeilusta saatavan tiedon mukaan prototyyppiä voidaan

parannella, josta päästään seuraavan vaiheeseen eli tuotantoon ja kehitykseen. Prototyyppiä kehitellään edelleen parhaaseen mahdolliseen muotoonsa, jolloin se voidaan lanseerata oikeassa ympäristössään, tätä voidaan kutsua pilotoinniksi. Viimeisenä vaiheena palvelumuotoilu-prosessissa on jalkautus ja operointi, jolloin kehitetty palvelu tai tuote otetaan käyttöön oikeassa ympäristössään. (Moritz 2005, 123; Miettinen 2011, 31-38.) Opinnäytetyössä toteutetaan palvelumuotoiluprosessista vain ensimmäinen vaihe, eli asiakasymmärrys ja mahdollisuuksien kartoitus.

3.2 Asiakkaan palvelupolku ja palvelukokemus

Palvelut ovat aineettomia ajassa tapahtuvia prosesseja. Ne koostuvat toimenpiteistä, joilla vastataan asiakkaan tarpeeseen ja ratkaistaan asiakkaan ongelma. Kun tarkastellaan palvelua tuotteena, voidaan huomata sen koostuvan piirteistä, jotka liittyvät palvelun tuotantoprosessiin ja palvelun lopputulokseen eli palvelupakettiin. Palvelupaketti määrittää, mitä yksittäisiä toimenpiteitä palvelussa täytyy olla, jotta asiakkaan tarve saadaan tyydytetyksi. Palvelujärjestelmä kuvaa palvelun tuottamiseen tarvittavia resursseja ja tukitoimia. Palvelujärjestelmästä osa on asiakkaalle näkymättömissä, asiakkaalle näkyvää osaa sanotaan vuorovaikutteiseksi osaksi ja asiakkaalle näkymätöntä osaa tukiosaksi. Vuorovaikutteisen osan kautta asiakas kokee palvelun ja kommunikoi palveluntarjoajan kanssa. (Koivisto 2011, 43-46.)

Palveluissa on keskeistä käyttäjän kokemus palvelusta. Ensiluokkaisia palvelukokemuksia voidaan suunnitella ja tarjota, kun ymmärretään miten ja milloin palvelunkäyttäjät kohtaavat organisaation tarjoamat palvelut. Palvelukokemus voidaan jakaa kolmeen osaan: toimintaan, tunteisiin ja merkityksiin. Toiminnalla tarkoitetaan organisaation kykyä vastata palvelun käyttäjän tarpeeseen, palveluprosessien sujuvuutta, palvelun selkeyttä, käytettävyyttä ja monipuolisuutta. Tunteilla tarkoitetaan palvelun käyttäjälle palvelusta syntyviä välittömiä tunteuksia ja henkilökohtaisia kokemuksia. Merkityksillä tarkoitetaan asiakaskokemuksen ylintä tasoa, kokemukseen liittyviä mielikuva- ja merkitysulottuvuuksia, unelmia, tarinoita ja lupauksia, kokemuksen henkilökohtaisuutta, kokemuksen suhdetta palvelun käyttäjän elämäntapaan ja identiteettiin. (Tuulaniemi 2011, 74.)

Kun palvelua on tarkoitus tarkastella sen käyttäjän näkökulmasta, tarvitaan uusia tapoja jäsentää palveluja. Palvelupolku, palvelutuokiot ja kontaktipisteet palvelussa mahdollistavat palvelun näkemisen sen käyttäjän silmin. (Koivisto 2011, 49.) Asiakasymmärryksen hankkimisen kulmakivenä on ymmärtää asiakkaan kulkema matka palvelussa, ymmärtää asiakkaan palvelupolku. Palvelupolku muodostuu yksilöllisesti asiakkaan tekemien valintojen perusteella. Palvelupolku voidaan visualisoida nähtäväksi, mikä auttaa hahmottamaan palvelun kokonaisuudessaan. (Ahonen 2017, 42.)

Palvelutuokiot ovat palvelupolun sisällä tarjottuja pieniä palvelukokonaisuuksia. Palvelutuokiot ovat palvelun keskeisiä vuorovaikutustilanteita ja kohtaamisia palvelun tarjoajan ja

asiakkaan välillä. Jokainen palvelupolun sisältämä palvelutuokio voidaan jakaa kontaktipisteisiin, jotka asiakas havaitsee kaikilla aisteillaan. Kontaktipisteiden kautta asiakas näkee, kokee ja aistii palvelun. Kontaktipisteet voidaan jakaa kanaviin, esineisiin, toimintamalleihin ja ihmisiin, jotka kaikki vaikuttavat asiakkaan muodostamaan palvelukokemukseen. (Koivisto 2011, 49-51.)

Kanavat ovat ympäristöjä, paikkoja ja tiloja, joissa palvelun tuotanto on asiakkaan nähtävissä. Yksittäinen kanava kontaktipisteinä muodostuu tosiasiaa joukosta kontaktipisteitä. Esimerkiksi fyysisissä tiloissa asiakkaan palvelukokemukseen vaikuttavat muun muassa tuokset, valaistus ja äänet. Esineet ovat ne tavarat ja laitteet, joita asiakas käyttää, tarvitsee tai saa omakseen palvelun aikana. Myös palvelun tuottamiseen tarvittavat, henkilökunnan käyttämät mutta asiakkaalle nähtävissä olevat esineet ja tavarat ovat palvelun kontaktipisteitä, jotka vaikuttavat palvelukokemukseen. Toimintamalli määrittää palvelun tuottamisen yksittäisissä palvelutuokioissa, kaikki palvelun prosessit ja rutiinit kyetään määrittämään pieniin yksityiskohtiin, palvelueleisiin asti. Palvelueleet saattavat olla hyvin pieni osa itse palvelun tuottamista, mutta suuressa roolissa asiakaskokemuksen muodostumiseen. Ihmisillä on keskeinen rooli palvelun tuotannossa. Palvelumuotoilulla kyetään ohjailemaan sekä palvelun käyttäjiä, että palvelua tuottavia henkilöitä, asiakaspalveluita. Keskeistä on suunnitella asiakaspalvelijoille ja asiakkaille sopivat roolit osaksi palvelun tuotantoa. On pohdittava, missä laajuudessa asiakaspalvelija vastaa palvelun tuottamisesta ja missä laajuudessa asiakas vastaa tuottamisesta itse (itsepalvelu). Yksittäisen asiakkaan palvelukokemukseen vaikuttavat suuresti myös muut asiakkaat. (Koivisto 2011, 51-53.)



Kuvio 5: Kirurgisen potilaan palvelupolku. (Mukaillen: Sipilä 2017.)

Opinnäytetyössä palvelupolulla tarkoitetaan potilaan hoitopolkua. (Kuvio 5.) Karkeasti hoitopolku on potilaan saapuminen kirurgian vuodeosastolle, potilaan osastolla viettämä aika ja potilaan osastolta lähteminen. Potilas voi saapua kirurgian vuodeosastolle esimerkiksi kotoa, päivystyksestä, leikkauksesta heräämön kautta tai tehovalvontaosastolta. (Tulla & Sipilä 2017.) Opinnäytetyössä hoitopolusta on valittu tarkasteltavaksi palvelutuokioksi haavanhoitotilanne. Haavanhoitotilanne on palvelumuotoilun mukaisesti jaettu pienemmiksi kokonaisuuksiksi, kontaktipisteiksi (Kuvio 6). Kontaktipisteet ovat havainnoinnin kohteet opinnäytetyötä toteutettaessa.



Kuvio 6: Palvelupolun, palvelutuokion ja kontaktipisteiden operationalisointi

3.3 Hyvä palvelukokemus haavanhoitotilanteessa

Opinnäytetyössä haavanhoitotilanteen hyvä palvelukokemus muodostuu haavan konkreettisen hoitamisen ja kivunhoidon onnistuessa. Onnistuneeseen haavan konkreettiseen hoitamiseen vaikuttavat hoitoympäristö, haavanhoidon tavoitteiden toteutuminen ja riittävä haavanhoidon ohjaus ennen ja jälkeen hoitotilanteen. (Taulukko 2). Konkreettisen haavanhoidon lisäksi hyvään palvelukokemukseen katsotaan vaikuttavan myös kivun hoitaminen haavanhoitotilanteessa. Kipua arvioidaan ja hoidetaan potilaan henkilökohtaisen arvion mukaisesti. Hoitaja arvioi kipua jatkuvasti hoidon aikana sanallisen ja sanattoman vuorovaikutuksen avulla ja tarvittaessa ohjaa potilasta kipuun etukäteen. Kipua ennaltaehkäistään muun muassa kipulääkityksellä. Kipulääkityksen riittävyttä arvioidaan haavaa hoidettaessa ja tarvittaessa sitä lisätään.

	HAAVAN KONKREETTINEN HOITO	KIVUNHOITO HAAVANHOIDOSSA
HYVÄ PALVELUKOKEMUS SYNTYY KUN:	<ul style="list-style-type: none"> -Hoitoympäristö on rauhallinen ja tarkoituksenmukainen -Hoito toteutetaan haavanhoitokäyttille asetettujen tavoitteiden mukaan -Haavanhoidosta on kerrottu riittävästi etukäteen ja siihen ohjataan tilanteessa 	<ul style="list-style-type: none"> -Kivun arvioiminen ja hoitaminen perustuvat potilaan henkilökohtaiseen arvioon -Kivusta kerrotaan etukäteen ja sitä ennaltaehkäistään -Hoitaja arvioi kipua jatkuvasti hoidon aikana sanallisen ja sanattoman vuorovaikutuksen avulla -Kipulääkitys on riittävää ja tarpeen mukaan sitä lisätään/muutetaan

Taulukko 2: Hyvä palvelukokemus haavan- ja kivunhoidosta

Opinnäytetyössä hyvään palvelukokemukseen haavanhoitotilanteesta vaikuttaa ohjaussuhde, ohjaajan käyttämät vuorovaikutustyyli, ohjauskeskustelun tavoitteellisuus, yksilöllisyys ja aktiivisuus sekä vuorovaikutukselliset ohjausmenetelmät (Taulukko 3). Hyvän palvelukokemuksen katsotaan muodostuvan, kun hoitajan ja potilaan välinen ohjaussuhde tapahtuu dialogisesti ja hoitajan käyttämä vuorovaikutustyyli on keskustelijoita lähentävää. Ohjauskeskustelun tulee olla tavoitteellista ja perustua potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Kun molemmat keskustelun osapuolet toimivat ohjaustilanteessa aktiivisesti asetettuja tavoitteita kohti, voidaan olettaa, että tilanteesta muodostuu hyvä palvelukokemus.

	OHJAUSSUHDE	OHJAAJAN VUOROVAIKUTUSTYYLIT	OHJAUSKESKUSTELU	VUOROVAIKUTUKSELLISET OHJAUSMENETELMÄT
HYVÄ PALVELUKOKEMUS SYNTYY, KUN:	- Potilaan ja hoitajan välinen suhde on dialoginen	- Hoitajan vuorovaikutus on keskustelijoita lähentävää. Esim. ohjaava, joustava ja ystävällinen tyyli -Ohjaaja käyttää tilanteessa vaihtelevasti erilaisia tapoja vuorovaikuttaa (asiantuntijakeskeinen, asiakaskeskeinen, dialoginen)	- Ohjauskeskustelu on tavoitteellista eli sillä pyritään saavuttamaan potilaan hoidolle asetetut tavoitteet - Ohjaus perustuu potilaan yksilöllisiin tarpeisiin - Ohjaustilanteen molemmat osapuolet toimivat aktiivisesti	- Vuorovaikutuksellisessa ohjauksessa käytetään menetelmiä, joiden avulla potilas voi saavuttaa hoitonsa tavoitteet. Esim. erilaiset kysymykset, aktiivinen kuuntelu

Taulukko 3: Hyvä palvelukokemus vuorovaikutuksesta

4 Aikaisemmat tutkimustulokset

Aikaisempia tutkimuksia ja artikkeleja aiheeseen liittyen haettiin eri tietokannoista, eri hakusanoilla. Tietoa etsittiin Medic-, CINAHL-, PubMed- ja julkari- tietokannoista hakusanoilla haavahoi*, potilasohj*, wound care, wound pain ja patient experience.

Nigeriassa yliopistollisessa sairaalassa on tehty tutkimus, jossa tutkittiin potilaiden haavaan liittyviä kipukokemuksia. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden haavaan liittyvää kipua levossa ja verrata sitä kipuun haavahoidon yhteydessä esiintyvään kipuun. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella. Tutkimukseen osallistui yhteensä 109 potilasta, joista noin 95% koki haavassa kipua levossa ja päivittäisissä askareissa. Kivun voimakkuus on ollut suurimmaksi osaksi (47%) siedettävää, mutta jopa 30% koki kivun voimakkaaksi. 91,7% tutkimukseen osallistuneista koki haavanhoitoon liittyvää kipua, joista 47% koki kivun siedettävänä ja 28% voimakkaana. Merkittävimmät kipua pahentavat tekijät olivat kosketus, asennon vaihto, haavan puhdistus, haavasidoksen poisto sekä hunajan käyttö haavahoitotuotteena. Parhaimpina haavaan liittyvän kivun ehkäisymenetelmänä todettiin kipulääkitys ja lyhyet tauot haavanhoi-dossa. (Obilor, Adejumo & Ilesanmi 2016.)

Iso-Britanniassa on tutkittu haavaimun käytön yhteyttä potilaiden kokemuksiin. Tutkimus on ollut kolmiosainen, joista ensimmäisessä kahdessa tutkimuksessa haavahoito klinikat kertoivat omia näkemyksiään potilaiden kokemuksista haavaimulaitteen käytössä. Kolmannessa tutkimuksen osassa viidellekymmenelle haavaimua käyttäneelle potilaalle annettiin kyselylomake täytettäväksi ja lisäksi heitä haastateltiin laitteen kokemuksista. Suurin osa potilaista (94%) kokivat että tällä hoitomuodolla oli positiivinen vaikutus heidän haavaansa ja 88% koki kokemuksen kaiken kaikkiaan positiiviseksi. Vastaajat kuitenkin tunnistivat useita haasteita liittyen haavaimun käyttöön. Tällaisia olivat mm. liikkuvuuden rajoittaminen, äänihaitat sekä nukkumisen häiritseminen. Muita kehitysalueita haavaimuhoitoon liittyen olivat hoitohenkilöstön parempi koulutus sekä kivun ja ihovaurioiden ehkäisemiseen käytettävien metodien kehittäminen. (Upton & Andrews 2013.)

Erään British journal of nursing- lehden artikkelin aiheena oli kroonisten haavojen hoito. Artikkelissa tuli myös ilmi, kuinka tärkeää potilaan kokemus on haavan paranemisen kannalta. Positiivisen potilaskokemuksen saavat potilaat ovat sitoutuneempia edistämään hoitoa. Kroonista haava hoidettaessa tulee huomioida potilaan oma kokemus hänen hyvinvoinnistaan ja toimintakyvystään ja yhteistyössä potilaan kanssa edistää näitä komponentteja. Hyvinvoinnissa hoitajan tulee huomioida sekä fyysiset että psyykkiset vaikutukset, joita kroonisen haavan kanssa eläminen aiheuttaa. Esimerkiksi jatkuva kipu voi aiheuttaa fyysisten ongelmien lisäksi psyykkisiä ongelmia. Kivusta johtuvia psyykkisiä ongelmia voivat olla esimerkiksi unettomuus ja masennus. (Grothier & Pardoe 2013, 1-2.)

Kirurgisten vuodeosastojen hoidon laatua on tutkittu potilaiden näkökulmasta Suomessa yliopistollisessa sairaalassa. Tarkoituksena oli hoidon laadun arvioimisen lisäksi selvittää laadun toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimus toteutettiin kyselynä, johon osallistui kirurgian, ortopedian ja traumatologian klinikoilla hoidossa olleita potilaita. Potilaat arvioivat hoidon laadun kirurgisilla vuodeosastoilla keskimäärin hyväksi. Hoitoympäristöön liittyvät laatu-tekijät toteutuivat tutkimuksen mukaan parhaiten ja omaisten kanssa tehtävä yhteistyö toteutui tutkimuksen mukaan huonoinen. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2008, 115.)

Potilasohjauksesta saatua kokemusta erikoissairaanhoidossa on tutkittu Oulun yliopistossa. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata potilaiden kokemuksia erikoissairaanhoidossa saamastaan potilasohjauksesta. Tutkimukseen osallistui 203 yli 65- vuotiasta potilasta, joilta kerättiin tietoa kyselylomakkeilla. Tutkimuksessa selvisi, että potilaat ovat olleet yleisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, mutta aineiston perusteella potilasohjauksessa olisi kuitenkin parantamisen varaa tietyillä osa-alueilla. Tutkimuksen mukaan ohjaustila ei ollut aina sopiva, eivätkä potilaat saaneet riittävästi ohjausta kuntoutuksesta, tukiryhmistä ja sairauden syistä. Toisaalta potilaat kokivat saaneen riittävästi ohjausta sairaudesta, sen hoidosta sekä hoitotimenpiteistä. (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007, 51.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on vuonna 2002 käynnistetyssä hankkeessa kartoitettu ja kehitetty potilasohjauksen laatua kyseisessä sairaanhoitopiirissä. Eri työryhmät ovat tutkineet eri osa-alueita potilasohjauksen laadusta. Ohjaussuhteen vuorovaikutus on yksi osa-alue, jota hankkeessa selvitettiin. Työryhmän, joka aihetta tutki, tavoitteena oli luoda malli hyvästä vuorovaikutuksesta ohjaussuhteessa. Aiheen kirjallisuuden ja tutkimusten perusteella keskeisimmät vuorovaikutuksen onnistumiseen liittyvät käsitteet olivat: ohjattava-hoitaja suhde, viestintä vuorovaikutustilanteessa, fyysinen ympäristö, hoitotyön eettiset periaatteet ja hoitotyön periaatteet. Hanketta toteuttanut työryhmä loi teorian pohjalta analyysirungon, jonka avulla hyvää vuorovaikutusta ohjaussuhteessa arvioitiin. Analyysirunko koostui kolmesta vuorovaikutuksen osa-alueesta: ohjattava-hoitaja suhde, viestintä ja fyysinen ympäristö. Työryhmä kuvasi kuusi ohjaustilannetta potilashuoneissa ja vastaanottotiloissa, joissa ohjaajana toimi hoitotyöntekijä. Teoriassa nousseet vuorovaikutustilanteen onnistumiseen vaikuttavat osa-alueet havaittiin myös käytännössä. Lisäksi hoitajan oma persoonallisuus vaikutti ohjattava-hoitaja suhteen onnistumiseen merkittävästi. Hankkeen tuloksena ohjauksen onnistuminen vaatii hoitajalta teorian lisäksi hyvät vuorovaikutustaidot. Lisäksi tämän päivän hoitotyössä kiire ja lyhentyneet hoitoajat tuovat haasteita ohjaukselle, mikä korostaa vuorovaikutustaitojen ylläpitoa. (Hankonen, Kaarela, Palosaari, Pinola, Säkkinen ym. 2006, 23-31.)

Suomessa toteutetun tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta. Aineistoa tutkimukseen kerättiin yhden sairaalan osastoilta ja poliklinikoilta. Tutkimuksen kyselylomakkeeseen vastasi 844 potilasta. Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat sairaalassa saadun ohjauksen olevan melko riittävää. Ohjaus koettiin pääaisassa potilaslähtöiseksi, vaikka ohjauksessa ei aina huomioitu potilaan elämäntilannetta tai keskusteltu potilaan ongelmista. Potilaat toivoivat, että omaiset olisivat enemmän mukana ohjauksessa. Henkilökunnan ohjausvalmiudet koettiin tutkimuksessa kiitettäväksi mutta ohjaustilanteen asenteissa oli potilaiden mielestä parantamisen varaa. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 10-15.)

Vuonna 2005 julkaistussa artikkelissa kuvataan potilaiden ohjausta hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosilta 1995-2002. Lopullinen tutkimusaineisto koostui 96 artikkelista, jotka analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Kirjallisuuskatsauksen perusteella potilasohjaukseen oltiin tyytyväisiä silloin, kun potilaat saivat riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, tyytymättömyyttä puolestaan aiheutti niukkasisältöinen ohjaus. Tutkimuksissa ohjaus tapahtui suurimmaksi osaksi suullisena yksilöohjauksena, ja tätä pidettiin vaikuttavampana ohjausmenetelmänä kuin ryhmäohjausta. Kirjalliset ja audiovisuaaliset materiaalit ohjauksen yhteydessä koettiin hyväksi tueksi suulliselle ohjaukselle. Kaiken kaikkiaan ohjaus vaikutti positiivisesti muun muassa potilaan hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon sekä tiedon määrään. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208-214.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden palvelukokemuksia haavanhoitotilanteesta. Potilaan palvelukokemuksella tarkoitetaan potilaalle syntyvää kokemusta haavan konkreettisesta hoitamisesta, haavanhoidon aiheuttaman kivun hoidosta ja tilanteesta tapahtuvasta vuorovaikutuksellisesta ohjauksesta.

Potilaan palvelukokemuksia selvitettiin seuraavilla tutkimuskysymyksillä

1. Minkälaisia palvelukokemuksia potilaalle muodostuu itse haavan hoidosta?
2. Minkälaisia palvelukokemuksia potilaalle muodostuu kivun hoidosta?
3. Minkälaisia palvelukokemuksia potilaalle muodostuu vuorovaikutuksellisesta ohjauksesta?

Työn lähestymistapana käytettiin palvelumuotoilua. Opinnäytetyössä keskityttiin palvelumuotoilun ensimmäiseen vaiheeseen: asiakasymmärryksen hankkimiseen ja kehittämismahdollisuuksien tunnistamiseen. Opinnäytetyön tulosten pohjalta opinnäytetyön tilaaja saa tietoa potilaiden palvelukokemuksista ja pystyy siten kehittämään potilaiden palvelukokemuksia haavanhoidosta. Tilaaja voi jatkaa työnsä kehittämistä palvelumuotoilun seuraavilla vaiheilla.

6 Opinnäytetyön aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät

Erilaisten menetelmien monipuolinen hyödyntäminen on palvelumuotoilulle tyypillistä. Asiakasymmärrystä hankittaessa korostuvat menetelmät, joilla palvelun käyttäjien syvälinen ymmärtäminen saadaan selvitettyä. Näitä ovat mm. erilaiset etnografiset menetelmät kuten haavainnointi ja haastattelu. (Ojasalo ym. 2014, 76.) Myös laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan perusteellisesti tapausta, josta halutaan saada mahdollisimman paljon tietoa. Pääasiassa tutkimuskohteina ovat prosessit, mutta myös ihmisten kokemusten merkitykset ovat osa laadullista tutkimusta. Tarkoituksena ei ole saavuttaa yleistyksiä, vaan pyrkiä tutkittavan ilmiön syvälliseen ymmärtämiseen tilastollisia menetelmiä käyttämättä. (Kananen 2008, 24-25.)

Etnografia on menetelmä, jonka avulla kuvataan ilmiötä tutkittavien omasta näkökulmasta. Tässä menetelmässä on tärkeää, että tutkija viettää aikaa tutkittavan yhteisön tai yksilön luonnollisessa ympäristössä, pureutuen laadullista tutkimusta syvemmin tutkittavien elämään ja luoden ilmiön kuvauksen aidossa kontekstissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 68-69; Kananen 2017, 47.) Palvelumuotoilussa etnografisella lähestymistavalla saadaan toiminnallisen kuvauksen lisäksi esille eri merkitysten kytkeytyminen toisiinsa, palvelun käyttäjien tavat liittää palvelu osaksi elämäänsä ja elämäntyyliänsä sekä osaksi arvojaan, käsityksiään ja uskomuksiaan. Etnografiset menetelmät mahdollistavat palvelumuotoilussa uusien palvelu- ja tuoteideoiden löytämisen tavallista arkea tutkimalla. (Hämäläinen, Vilkkä & Miettinen 2011, 63.) Fenomenologian avulla pyritään kuvaamaan tietty ilmiö tai kokemus kokijan

omasta näkemyksestä (Speziale & Carpenter 2007, 76). Fenomenologiassa tutkitaan useita henkilöitä. Heidän kokemuksistaan etsitään yhtäläisyyksiä ja yksilöiden kokemukset tiivistetään koko ilmiön kokemukseksi. (Kananen 2017, 46.)

6.1 Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä

Havainnointi on aina, joko yksinään tai yhdessä toisen tutkimusmenetelmän kanssa käytettynä, haastava aineistonhankintamenetelmä. Havainnoinnin valitseminen tutkimusmenetelmäksi on syytä perustella hyvin, se on käyttökelpoinen menetelmä erityisesti silloin kun tutkittavasta ilmiöstä on hyvin vähän tietoa entuudestaan. Havainnoinnin avulla asiat pystytään näkemään oikeissa yhteyksissään, mutta toisaalta haastattelu saattaa selventää selvittävää asiaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 81). Opinnäytetyössä havainnointi on perusteltu aineistonkeruumenetelmä, sillä haavahoitotilanteen palvelukokemuksen muodostumisesta on vain vähän tutkittua tietoa.

Havainnointi voidaan jakaa neljään eri muotoon, piilohavainnointiin, suoraan havainnointiin, osallistuvaan havainnointiin sekä osallistavaan havainnointiin. Suora havainnointi on osallistuvan havainnoinnin ja piilohavainnoinnin välimuoto. Suorassa havainnoinnissa tutkija ei ole jäsenenä yhteisössä, mutta tutkimuksen tiedonantajat tietävät osallistuvansa tutkimukseen ja heiltä on saatu havainnointilupa. Havainnointimuodoksi valikoitui suora havainnointi, koska toimiminen yhteisön jäsenenä ei tuo lisäarvoa aiheen havainnointiin. Piilohavainnointi ei ole tässä tilanteessa toimiva havainnoinnin muoto eettisistä syistä. Piilohavainnointiin liittyy paljon eettisiä ongelmia, kuten havainnoin kohteiden tietämättömyys tutkimuksesta ja ilman havainnointilupaa toimiminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 81-82; Kananen 2008, 69-70.)

Havainnoinnissa tutkija käyttää apunaan kaikkia aisteja. Havainnoitavasta kohteesta on kuitenkin tarkoitus saada kirjattua mahdollisimman paljon ylös samanaikaisesti. Lisähaasteita tilanteeseen luo se, että havainnoinnin aikana ei välttämättä tiedetä mistä tilanteessa on kyse. Protokolla havainnointiin on hyvä suunnitella etukäteen, aina tutkimusongelman mukaiseksi. (Kananen 2008, 71.) Havainnoinnin kohteen valikointi eroaa esimerkiksi haastattelun valikoinnista. Havainnointi ei yleensä keskity yksilöihin vaan tilanteisiin, mitä toimintaa tilanteessa tapahtuu, millainen vuorovaikutus tilanteessa on. Eräs havainnoinnin ongelmista onkin havainnoitavien tilanteiden valinta, kuinka valita havainnoitavat kohteet, joissa tutkimuksen ongelmakohdat tulevat esille. Jos ei ole mahdollista havainnoida kokonaista päivää organisaatiossa, on ongelmana löytää tutkimuksen kannalta ensisijaiset havainnointitilanteet, joissa merkitykselliset henkilöt ja tilanteet oletettavasti tapahtuvat. Lisäksi havainnoitavien tilanteiden tulee olla riittävän monipuolisia, jotta havainnointiin saadaan vaihtelevuutta. (Flick 2014, 314-315.)

Spradleyn (Flick 314-315) mukaan sosiaaliset tilanteet voidaan jakaa yhdeksään osaan havainnoinnin päämäärää ajatellen (Taulukko 4). Havainnoitavan kohteen autenttinen dokumentaatio onnistuu nykyään hyvin myös ääni- tai videotallennuksen avulla (Kananen 2008, 71).

Sosiaalisten tilanteiden jakautuminen Spradleyn (Flick 2014, 314-315) mukaan.	
1. Tila	Fyysinen tila, jossa sosiaalinen tilanne tapahtuu
2. Henkilöt	Tilanteessa mukana olevat henkilöt
3. Toiminta	Tilanteessa tapahtuva toiminta
4. Objekti	Esineet ja tavarat, joita tilanteessa on
5. Henkilöiden toiminta	Yksittäisen henkilön yksittäinen toiminta tilanteessa
6. Tapahtuma	Sarja toisiinsa liittyviä aktiviteetteja, joita ihmiset tilanteessa toteuttavat
7. Aika	Tilanteen kronologinen järjestys
8. Tavoite	Päämäärä, johon tilanteessa pyritään
9. Tunne	Tunteet, joita tilanteen aikana koetaan ja tuodaan esille

Taulukko 4: Havainnoinnin kohteet sosiaalisissa tilanteissa

Havainnoinnin avulla voidaan kerätä tietoa ihmisten välisistä vuorovaikutustilanteista erilaisissa ympäristöissä (Hopia, Paavilainen, Åstedt-Kurki 2008, 336; Moritz 2005, 197). Havainnoinnin avulla voidaan tuottaa vain tietynlaista tietoa. Ilmiö, jota havainnoidaan, tulee olla havainnoitavissa. Vain ulospäin näkyviä asioita, joita voidaan kirjata ylös, voidaan havainnoida. Tutkimuskohteen tunteita eikä ajatuksia pystytään havainnoimaan ilman havainnoijan ja tutkittavan kohteen interaktiota. (Kananen 2008, 71.) Havainnointi ja haastattelu ovat yleisimmät tutkimusmenetelmät laadullisessa tutkimuksessa, ja yhdessä käytettynä ne ovat hyvinkin tuloksellisia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71 & 81). Opinnäytetyön tarkoituksena on havainnoida potilaiden palvelukokemuksia, joten havainnoinnin tueksi on perusteltua ottaa käyttöön haastattelu. Haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna.

Opinnäytetyössä käytettiin havainnoinnin apuna havainnointilomaketta (Liite 1) ja vapaita muistiinpanoja. Havainnointilomake luotiin mukaillen Spradleyn (Flick 2014, 314-315.) sosiaalisten tilanteiden jakautumista (Taulukko 4) sekä huomioiden palvelumuotoilun kontaktipisteiden (Koivisto 2011, 51-53.) neljä ryhmää, kanavat, esineet, toimintamallit ja ihmiset. Havainnointilomake jaettiin opinnäytetyön tutkimuskysymysten mukaisesti kolmeen osaan: haavanhoidon, kivunhoidon ja vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen.

Havainnointilomakkeeseen merkittiin havainnoijan oma näkemys muun muassa haavanhoitotilan tarkoituksenmukaisuudesta, rauhallisuudesta ja tunnelmasta. Haavasta kirjattiin taulukoon sen tyyppi, koko ja sijainti. Lisäksi, omin sanoin, kirjattiin ylös haavanhoitovälineet ja -tuotteet. Kivunhoidosta havainnointilomakkeeseen kirjattiin käytetty kivunhoidon menetelmä ennen haavanhoitoa, haavanhoidon aikana ja haavanhoidon jälkeen. Kivunhoidon havainnoinnin avulla pyrittiin selvittämään kivunhoidon riittävyys ja vaikutus palvelukokemuksen muodostumiseen. Vuorovaikutuksellisesta ohjaamisesta on havainnointilomakkeessa neljä taulukkoa. Jokaisessa neljässä taulukossa on sarake havainnoijan subjektiivisesta näkemyksestä, jota pystyttiin hyödyntämään havainnointia seuraavassa haastattelussa. Lisäksi kaikista vuorovaikutuksellisen ohjaamisen taulukoista löytyy sarake havainnoitavan asian esimerkeille. Ensimmäiseen taulukkoon kirjattiin tukkimiehen kirjanpidolla vuorovaikutussuhteen luonteen vaihtelua. Toiseen taulukkoon kirjattiin sekä hoitajan että potilaan käyttämiä lähentäviä vuorovaikutustyyplejä. Kolmannen taulukon avulla havainnoitiin hoitajan käyttämien kysymyksen laatua ja määrää. Hoitajan ja potilaan aktiivisen kuuntelemisen laadun ja määrän ilmene mistä havainnoitiin neljännessä taulukossa. Havainnointilomakkeen lopussa on vapaata tilaa ohjauksen asiasisällölle ja avoimille havainnoille.

Havainnointi kirurgian vuodeosastolla tapahtui suorana havainnointina tilassa, jossa haavanhoito tapahtui. Opiskelijat valitsivat paikkansa tilanteessa niin, etteivät läsnäolollaan vaikuttaneet havainnointitilanteeseen. He istuivat tai seisoivat potilashuoneessa, hiljaa, osallistumatta hoitoon. Opiskelijat olivat saaneet hoitajalta etukäteen tiedon havainnoitavista potilaista, eli kenelle toteutettiin haavahoitoa, jotta potilaalta voitiin käydä etukäteen pyytämässä suostumus havainnointiin ja sen jälkeiseen haastatteluun (Liite 2). Jos potilas antoi suostumuksensa havainnointiin ja haastatteluun, saattoivat opiskelijat jäädä huoneeseen odottamaan haavahoidon alkamista. Vaihtoehtoisesti opiskelijat tulivat huoneeseen samanaikaisesti hoitajan kanssa. Tilanteet kuitenkin elivät ja jokainen havainnointitilanne toteutettiin tilanteeseen sopivalla tavalla. Jotta koko haavahoitotilanteen ja siitä potilaalle muodostuvan kokemuksen havainnoiminen oli mahdollista, oli opiskelijan tultava vähintään hoitajan kanssa samanaikaisesti tilaan, jossa havainnointi tapahtuu.

6.2 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Haastattelun suunnittelussa tulee valita ketä, mitä, milloin ja missä haastatellaan. Laadullisessa tutkimuksessa tiedonantajat valitaan siten, että saadaan tutkimuksen kannalta parasta tietoa. (Kananen 2008, 75-76.) Opinnäytetyössä haastateltavat valikoituvat havainnoinnin perusteella eli haastatellaan samoja ihmisiä, joiden haavahoitotilannetta havainnoidaan. Tällä tavoin pyritään tietyltä tiedonantajalta saamaan kattavasti syvällistä tietoa hänen palvelukokemuksestaan sekä havainnoinnin että haastattelun avulla.

Haastattelun perusidea on yksinkertainen: pyritään selvittämään mitä joku ajattelee jostakin asiasta. Parhaiten toisen ihmisen käsityksen saa selville kysymällä. (Eskola & Vastamäki 2010,

26.) Haastattelussa haastattelija esittää henkilökohtaisesti haastattelukysymykset haastateltavalle ja kirjaa vastaukset ylös (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-73). Haastattelu tapahtuu aina suorassa vuorovaikutuksessa tiedonantajan ja tutkijan välillä. Tämän vuoksi haastattelu pitää sisällään paljon etuja sekä haittoja. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 204.) Haastattelun etuna, esimerkiksi kyselyyn verrattuna, on joustavuus. Tämä tarkoittaa sitä, että haastattelun aikana voidaan käydä keskustelua tiedonantajan kanssa, jos epäselvyyksiä ilmenee. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Haastattelu on havainnoinnin tavoin aikaa vievä tutkimusmenetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128).

Haastattelulla saadaan tietoa tiedonantajan ulkoisen käyttäytymisen lisäksi tajunnan sisällöstä, kun havainnoinnilla pystytään selvittämään vain ulkoista käyttäytymistä (Järvinen & Järvinen 2011, 146). Haastattelu voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123-124). Haastattelu toimi opinnäytetyössä havainnoinnin tukena, jotta potilaan palvelukokemusta voidaan tarkastella sekä ulkopuolelta, että potilaan omasta näkökulmasta. Havainnoitavan tilanteen jälkeen haastateltiin potilaita ja saatiin syvällisempää tietoa potilaan omasta palvelukokemuksesta. Haastattelut tapahtuivat yksilöhaastatteluina siten, että tilanteessa oli yksi potilas ja yksi tai kaksi opiskelijaa.

Haastattelut voidaan jakaa kolmeen eri luokkaan, strukturoidut haastattelut, puolistrukturoidut haastattelut eli teemahaastattelut sekä avoimet haastattelut (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124). Teemahaastattelussa aihepiirit ja teemat ovat ennalta tiedossa, mutta haastattelu on avoin kysymysten muodon ja esittämisyjärjestyksen osilta. Ihmisten tulokset asioista ja asioiden merkitykset sekä se, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksesta korostuvat teemahaastattelussa. Teemahaastattelun ei tarvitse välttämättä olla yhdenmukainen kaikille tiedonantajille, kunhan haastattelun teemat pysyvät samoina. Teemat valikoituvat tutkimuksen viitekehysten mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Haastattelutilanteeseen tulisi valmistautua ennalta määrittelemällä teemat sekä asettamalla jonkinlainen runko, jota pitkin haastattelu etenee (Kananen 2008, 79). Teemarungon tarkoituksena on varmistaa, että kaikkien tiedonantajien kanssa keskustellaan samoista halutuista teemoista. Se, kuinka paljon kustakin teemasta keskustellaan haastattelun aikana, riippuu tiedonantajasta. Teemarungon voi haastattelija tehdä itselleen sopivalla tavalla. Teemarungon voi rakentaa kolmelle tasolle. Ylimmällä tasolla sijaitsevat laajat teemat ja aihepiirit, joista on tarkoitus keskustella. Toisella tasolla on apukysymyksiä, jotka tarkentavat teemaa ja kolmannella tasolla on yksityiskohtaisimmat kysymykset. Kolmannen tason yksityiskohtaisia kysymyksiä ei tarvitse ottaa käyttöön, jos aiempien tasojen keskustelu on poikkinut riittävästi tulosta. Teemojen asettaminen kolmelle tasolle helpottaa haastattelijan työtä tilanteissa, joissa tiedonantaja ei vastaa riittävästi ennalta suunniteltuihin kysymyksiin. (Eskola & Vastamäki 2010, 37-38.)

Opinnäytetyön teemahaastattelurunko (Liite 3) koostui yhdestä pääteemasta ja kolmesta alateemasta. Lisäksi haastatteluun liitettiin taustakartoituskysymyksiä, joiden avulla oli tarkoitus selvittää, kuinka tuttua haavanhoito on tiedonantajalle, ja kuinka kauan kyseistä haavaa on hoidettu. Haastattelun pääteemana oli palvelukokemus haavahoitotilanteesta, johon liittyen oli kolme pääkysymystä. Alateemoja olivat palvelukokemus haavanhoidosta, palvelukokemus kivunhoidosta haavanhoidon yhteydessä sekä palvelukokemus potilasohjauksen vuorovaikutuksesta. Alateemoja tarkentavia kysymyksiä oli 12. Alateemat olivat yhteydessä havainnointilomakkeen teemojen kanssa. Ensimmäisen alateeman ”kokemus haavahoitotilanteesta” kysymysten tarkoituksena oli selvittää potilaan syntynyt palvelukokemus haavan konkreettisesta hoidosta. Toisen alateeman ”kokemus kivunhoidosta” kysymyksillä selvitettiin potilaan kokemuksia haavahoidon aikana tapahtuvasta kivunhoidosta sekä huomioimisesta, ja miten kivunhoito vaikutti kokonaiskokemukseen. Kolmannen alateeman tarkoituksena oli selvittää potilaiden palvelukokemuksia potilasohjauksen vuorovaikutuksesta. Tämän teema piti sisällään haavahoitotilanteessa käydyn ohjauksen ja potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen, sekä niiden vaikutuksen potilaan palvelukokemukseen. Haastattelut kestivät 5-15 minuuttia, riippuen kuinka paljon muutakin asiaa potilailla oli. Kaikki haastattelut tapahtuivat potilashuoneissa, missä haavanhoitokin tapahtui, ja haastattelut tapahtuivat välittömästi haavanhoidon jälkeen. Ennen haastattelua opiskelija kertoi potilaalle laittavansa puhelimestaan äänityksen päälle ja varmisti vielä äänittämisen käyvän potilaalle.

6.3 Otanta

Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on tutkittavaa asiaa tutkia riittävän monesta näkökulmasta luotettavan tuloksen saavuttamiseksi, mutta toisaalta kuitenkin tasapainotettava otannan määrää, jotta aineiston analyysi onnistuu. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet määrittelevät myös otannan kokoa. Laadullisessa tutkimuksessa otanta on perinteisesti määrällistä tutkimusta pienempi, ja tutkimuksesta saadun aineiston laatu yleensä luotettavampaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.)

Otoksen määrittelyyn voidaan käyttää kolme eri menetelmää, joista opinnäytetyössä käytetään tarkoituksenmukaista otantaa. Tarkoituksenmukaisessa otannassa valitaan tietyt tapahtumat, osallistujat ja osiot, joista saadaan aineistoa. Tutkimusta varten voidaan tällä menetelmällä valita tutkittavan aiheen asiantuntijat, ja samalla poissulkea ”turha” tieto. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112.) Tarkoituksenmukaista otantaa voidaan käyttää, kun pyritään saamaan mahdollisimman suurta vaihtelua otannan sisällä. Otannalla, jossa osallistujat eroavat mahdollisimman paljon toisistaan, pystytään tuomaan esiin monimuotoisuutta tutkittavassa kohteessa. Maksimaalisen vaihtelun otanta pyrkii edustamaan sisältämiänsä monimuotoisuutta. Kun otannassa on käytetty toisistaan suuresti eroavia osallistujia, pystytään esittämään todisteita jakautumisesta nähdä ja kokea tutkittavaa asiaa. (Flick 2014, 175, 177.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin Hyvinkään sairaalan kirurgisen vuodeosaston 4B:n potilailta. Otantaan valikoitui sellaisia potilaita kyseisestä solusta, joille suoritettiin haavanhoitoja. Tarkoituksena oli saada havainnoitua mahdollisimman erilaisia palvelukokemuksia. Tämän vuoksi havainnoitiin ja haastateltiin eri ikäisiä ja sukupuolta olevia potilaita, joilla oli eri syistä syntyneitä haavoja. Haavahoitotilanteet valikoituivat toteutuspäivinä siten, että saatiin mahdollisimman monipuolinen otanta.

Havainnoitavat tilanteet määräytyivät haavanhoitoa tarvitsevien potilaiden määrän perusteella, kuitenkin siten, että havainnoitavia palvelukokemuksia tuli toteutuksen aikana yhteensä kuusi kappaletta. Kyseisiä potilaita haastateltiin heidän palvelukokemuksestaan heti havainnoinnin jälkeen, eli haastattelun otanta on sama kuin havainnoinnissa.

6.4 Aineiston analyysimenetelmä

Laadullisten aineiston perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysi mahdollistaa erilaisten aineistojen kuvaamisen tiivistetyssä ja yleisessä muodossa aineiston analysoinnin lisäksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Deduktiivisessa sisällönanalyysissä on lähtökohtana teoria, jonka toteutumista käytännössä tarkkaillaan. Siinä käytetään aikaisempaa tutkimustietoa ja teoriaa tutkittavan kohteen määrittelemiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67-68.) Ennen sisällönanalyysin aloittamista dokumentoitu aineisto litteroidaan eli saatetaan yhteen muotoon. Litteroinnin aikana tutkija voi nostaa aineistosta tutkimuksen kannalta oleelliset asiat. Tallenteisiin voi tarvittaessa palata myöhemmin. (Kananen 2017, 132,134.) Deduktiivisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen teoriaan, aikaisempiin tutkimuksiin ja käytänteisiin perustuen. Analyysirunkoon muodostetaan erialisia luokituksia tai kategorioita, joiden avulla aineistosta poimitaan oleellinen tieto, ja jätetään pois tieto jota ei tarvita. Tämän jälkeen aineistonkeruusta saatu aineisto pelkistetään sisällönanalyysiä noudattaen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127-128; Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Pelkistämässä litteroidusta aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäoleellinen tieto ja aineisto tiivistetään ymmärrettävään muotoon (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110).

Analyysirunko muodostettiin tutkimuskysymysten, teemahaastattelurungon, havainnointilomakkeen ja teorian pohjalta. Analyysirungon yhdistäväksi tekijäksi valittiin tutkimuskysymysten ja opinnäytetyön tarkoituksen pohjalta potilaan palvelukokemus haavanhoitotilanteesta. Yläluokiksi muodostui haavanhoitotilanteen kolme osa-aluetta, jotka niin ikään ovat myös tutkimuskysymyksiä. Alaluokiksi muodostui teorian, teemahaastattelurungon ja havainnointilomakkeen pohjalta väittämät. Analyysirungon alaluokat muodostettiin mahdollisimman paljon teemahaastattelurunkoa ja havainnointilomaketta apuna käyttäen, jotta alkuperäisten ja pelkistettyjen ilmaisujen sijoittaminen olisi mahdollisimman helppoa. (Liite 4).

Haastatteluaineisto litteroitiin tekstimuotoon ja tulostettiin. Tulostettuun aineistoon merkittiin yliviivaustusseilla potilaan haastattelusta haavanhoitoon, kivunhoitoon ja vuorovaikutukseen liittyvät kommentit niin, että oranssilla tussilla yliviivattiin palvelukokemukseen haavanhoidosta liittyvät kommentit, punaisella kivunhoitoon liittyvät kommentit ja vihreällä vuorovaikutukseen liittyvät kommentit. Yliviivatut kommentit vietiin Word-tiedostona olevaan analyysirunkoon alkuperäisen ilmauksen sarakkeeseen. Analyysirungossa vastaukset värikoodattiin uudestaan tiedonantajien järjestyksen mukaan (Taulukko 5). Analyysirunkoon kirjattiin havainnointilomakkeesta opiskelijoiden tekemät havainnot haavanhoidosta, kivunhoidosta ja vuorovaikutuksesta haavanhoitotilanteesta. Analyysirungossa on otsikoitu erikseen, tuleeko kommentti havainnoinnista vai haastattelusta. Lisäksi haastattelusta tulleet kommentit kursivoitiin havainnoinneista erottamiseksi.

HAVAINNOINTI- JA HAASTATTELUJÄRJESTYS	KOMMENTIN VÄRI ANALYYSIRUNGOSSA
Ensimmäinen potilas	sininen
Toinen potilas	oranssi
Kolmas potilas	vihreä
Neljäs potilas	punainen
Viides potilas	violetti
Kuudes potilas	harmaa

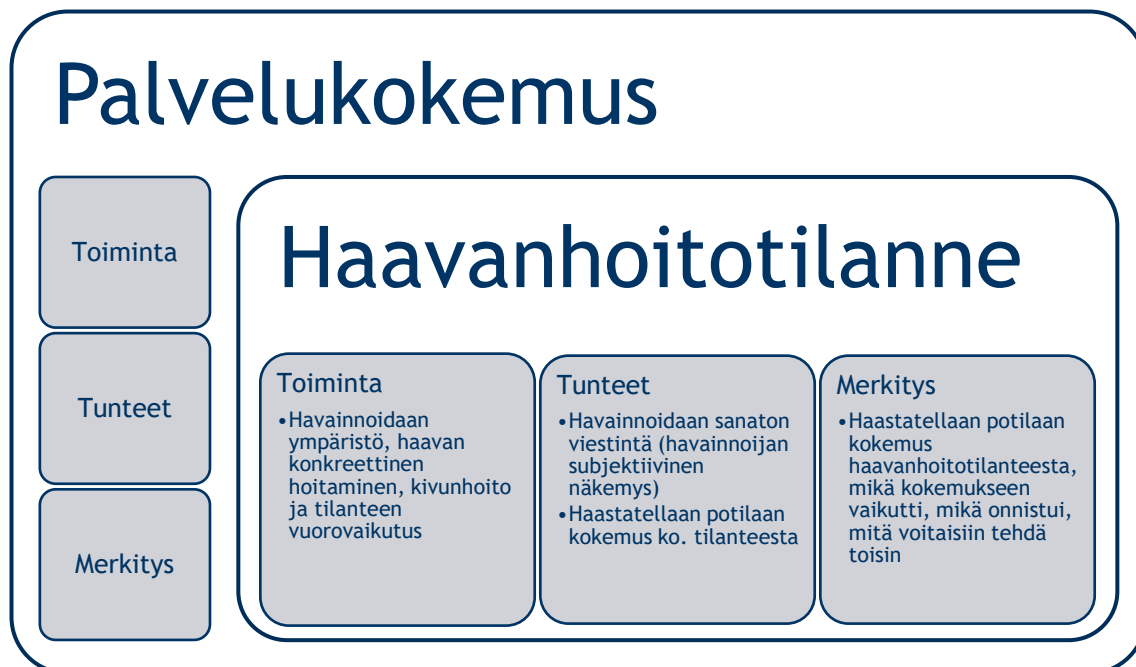
Taulukko 5: Analyysirungon värikoodaus

Haastatteluista saadut alkuperäiset värikoodatut ilmaisut asetettiin sen alaluokan riviin, johon se kuului. Kun kaikki alkuperäiset ilmaisut, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin, oli aseteltu oikeaan kohtaan analyysirunkoa, aloitettiin alkuperäisten ilmaisujen pelkistäminen. Lauseet, tai useamman lauseen kokonaisuudet, pelkistettiin mahdollisimman lyhyeen muotoon siten, että niistä selvisi mitä potilas on halunnut sanoa. (Taulukko 6.)

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
<i>"nyt oli ok keskustelu mutta toi on vähä tollanen hoitsu että (sen kaa voi jutella)."</i>	Joidenkin hoitajien kanssa keskustelu onnistuu paremmin kuin toisten.
<i>"eiks meil aika kivasti täs menny?"</i>	Potilaalla ja hoitajalla oli hyvä ohjaussuhde.
<i>"osa ihmisistähän on ihan sellasii, semmosia tuota noin, rentoja ja tuota huumorintajuisia mut eihän tietysti kaikki oo"</i>	Rennot ja huumorintajuiset ihmiset tekevät kokemuksesta paremman.

Taulukko 6: Pelkistäminen

Tuulaniemen (2011) mukaan palvelukokemus voitiin jakaa toimintaan, tunteisiin ja merkitykseen. Opinnäytetyössä haavanhoitotilanteen palvelukokemuksen katsottiin muodostuvan haavan konkreettisesta hoitamisesta, kivunhoidosta ja vuorovaikutuksesta haavanhoitotilanteessa. Havainnointilomakkeeseen kirjattiin haavanhoitotilanteen toimintaa ja tilanteesta välittyviä tunteita. Potilaan tunteet ja kokemukset selvitettiin haastatteleamalla potilasta haavanhoitotilanteen jälkeen (Kuvio 7).



Kuvio 7: Palvelukokemuksen muodostuminen haavanhoitotilanteesta (Mukaiillen Tuulaniemi 2011, 74.)

Haavanhoitotilanteen toimintaa havainnoitiin kirjaamalla havainnointilomakkeeseen tiedot haavanhoitotilanteen ympäristöstä, haavan taustasta, sijainnista ja koosta sekä haavan konkreettiseen hoitoon liittyvistä hoitovälineistä- ja tuotteista. Kivun hoitamisen ajankohdan ja menetelmän kirjaamisella selvitettiin haavanhoitotilanteen kivunhoitoon liittyvä toiminta. Havainnoimalla vuorovaikutussuhteen luonnetta, lähentäviä vuorovaikutusmenetelmiä, interventiivisiä kysymyksiä ja aktiivista kuuntelemista, selvitettiin haavanhoitotilanteen vuorovaikutuksellinen toiminta. Lisäksi havainnointilomakkeeseen kirjattiin havainnoijan subjektiivisia näkemyksiä potilaan reagoineista, jotka muodostavat havainnoijan käsityksen potilaalle syntyneistä tunteista ja kokemuksesta esimerkiksi potilaan sanaton reagointi kipuun.

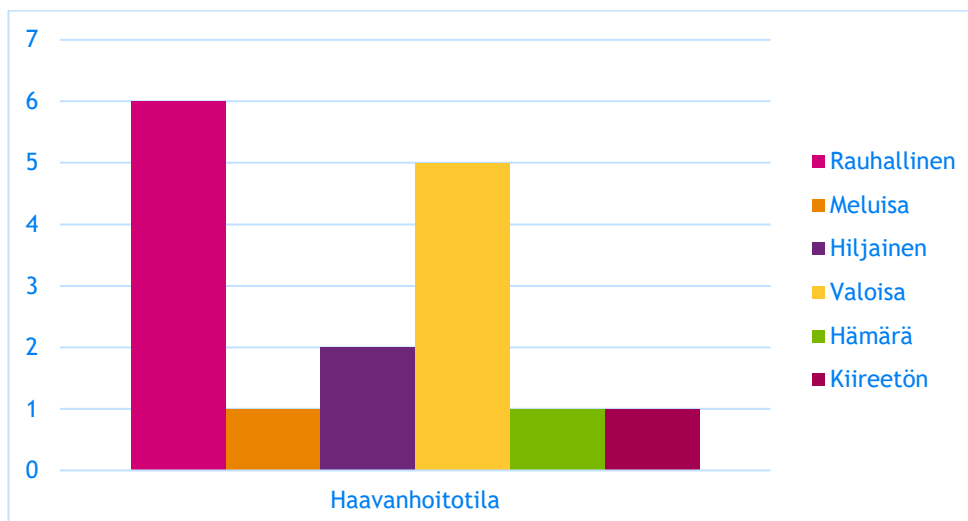
Haastattelulomakkeen pääkysymyksellä saatiin haastattelussa esille potilaan yleinen kokemus haavanhoitotilanteesta. Alakysymyksillä haavan konkreettisesta hoidosta, kivunhoidosta ja vuorovaikutuksesta täsmennettiin palvelukokemuksen muodostumista. Tarkentavilla kysymyksillä selvitettiin potilaan kokemukseen vaikuttavia henkilökohtaisia tuntemuksia ja kokemuksen merkitystä potilaalle. Tarkentavilla kysymyksillä selvitettiin muun muassa mikä haavanhoidossa onnistui/epäonnistui kyseisen potilaan kohdalla ja miten haavanhoitoa voitaisiin kyseisen potilaan mielestä parantaa.

7 Tulokset

Opinnäytetyöhön osallistui Hyvinkään sairaalan kirurgian vuodeosastolta 4B kuusi potilasta, viisi miestä ja yksi nainen. Yksi potilaista oli työikäinen, muut viisi eläkeikää lähestyviä tai sen jo ylittäneitä. Potilailla oli eri syistä syntyneitä haavoja eri puolilla kehoaan. Kahdella potilaalla haava sijaitsi niin, ettei potilas itse nähnyt haavaansa. Kahdella potilaalla oli amputaatiohaavat yhden tai useamman varpaan poiston vuoksi ja kahdella potilaalla haava sijaitsi jalassa. Havainnoitava haavanhoitotilanne ei ollut potilaalle ensimmäinen haavanhoito, vaan haavaa oli hoidettu osastolla pidemmän aikaa.

7.1 Potilaan kokemukset itse haavanhoidosta

Havainnoitavat haavanhoitotilanteet tapahtuivat potilashuoneissa, joissa oli läsnä muitakin potilaita. Yksi havainnoitavista haavanhoidosta tehtiin yhden hengen huoneessa, eristyksessä, yksi kahden hengen huoneessa, niin että toinenkin potilas oli paikalla ja loput neljä haavanhoitoa havainnoitiin neljän hengen huoneissa, joissa kaikissa oli 2-3 potilasta läsnä haavahoidettavan potilaan lisäksi. Potilaspaikat olivat eroteltu toisistaan verhoilla, yhden haavahoidon aikana verho oli auki toiseen potilaaseen. Haavahoidon aikana huoneen toisille potilaille tehtiin päivittäisiä hoitotoimia, tuotiin aamupalaa tai he puhuivat kovaäänisesti puhelimiinsa. Edellä mainituista asioista aiheutui potilashuoneeseen hieman melua, mutta yleiskäsitys potilashuoneesta haavanhoitotilana oli rauhallinen (Kuvio 8). Kahdessa haavanhoitotilanteessa ääntä tuli myös auki olevasta televisiosta ja kahdessa haavanhoitotilanteessa radio on taustalla päällä.



Kuvio 8: Opiskelijan subjektiivinen näkemys haavanhoitotilasta

Haavanhoito keskeytyi kolmessa haavanhoidossa, kun toinen hoitaja tuli kysymään, tarvitseeko haavaa hoitava hoitaja apua. Näistä kerroista kahdessa hoitajat keskustelivat keskenään myös muista asioista, kuten töiden jakamisesta vuoron aikana tai toisen potilaan asioista. Lisäksi haavahoito keskeytyi kahdesti hoitajan hakiessa lisää tarvittavia hoitovälineitä. Haavahoidon keskeytyessä haavaa hoitavan hoitajan toimesta, keskeytymistä pahoiteltiin molemmilla kerroilla.

Haastatteluissa potilaat kertoivat aikaisempienkin haavanhoitokertojen tapahtuneen potilashuoneissa. Potilashuoneen ei koettu ympäristönä vaikuttavat haavanhoidosta muodostuneeseen kokemukseen. Potilaat kokivat verhojen antavan riittävästi yksityisyyttä neljänkin hengen huoneissa. Yksi potilas toivoi kiinnitettävän huomiota potilashuoneiden viileyteen haavanhoidon aikana. Kaksi potilasta nosti esille eri sukupuolta olevien sijoittamisen samaan potilashuoneeseen.

”Näissä tiloissa on useampia henkilöitä, että kun tulee tänne, ni on usein niinku miehet ja naiset sekasin, vaatii jonkunverran joustavuutta molemmilta”

”Vähän karsastaa tietysti, ku on vastakkaista sukupuolta täällä (huoneessa)”

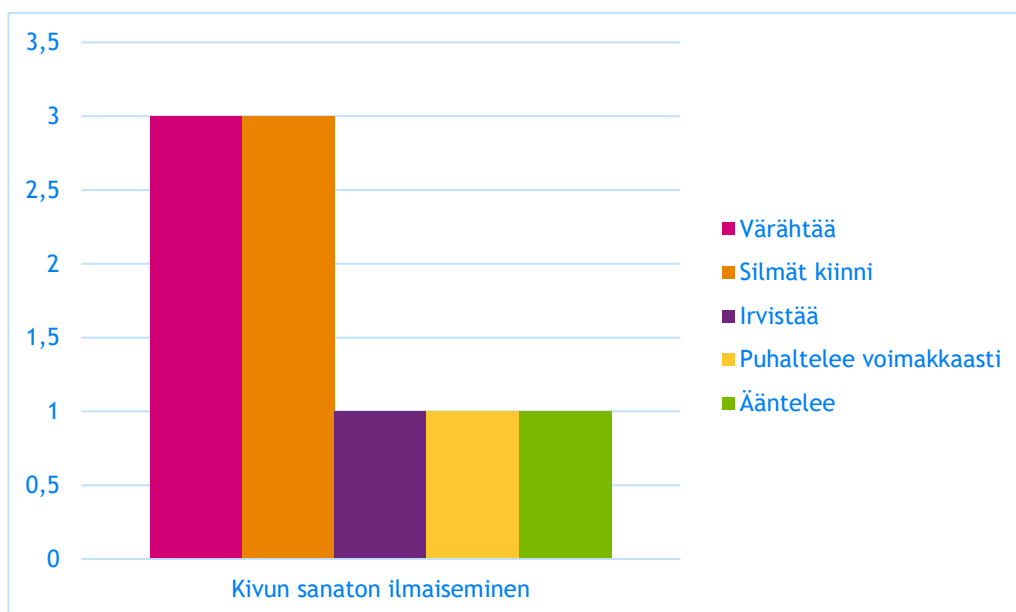
Haavan paraneminen hoidon ansiosta lisäsi potilaiden hyvää kokemusta haavanhoidosta. Kaksi potilasta nosti haastattelussa esille, että kokemus on positiivinen ongelmista tai kivusta huolimatta, koska haavan paraneminen edistyy. Yksi potilas ilmaisi haavahoidon edistymisen olevan toivottavaa jatkossakin, jottei kivuliaista hoitotoimenpidettä tarvitsisi enää tehdä ja yksi potilas nosti esille hoitajien ammattitaidon hoitaa haavoja paranemista edistäen. Hän kertoi haastattelussa, ettei ole väliä, vaikka haavaa hoitaa useampi hoitaja, kun he kaikki pyrkivät kuitenkin ammattitaidolla haavan paranemiseen.

”positiivinen (millainen kokemus), koska homma menee eteenpäin”

”hyvä kokemus jäi, et näähän on ammatti-ihmisiä ja tuota tekevät hyvää työtä. Jokaisella on pikkusen erilainen käsitys siitä, että mikä on niinku paras tapa hoitaa mutta isoista linjoistahan ne on aina samaa mieltä”

7.2 Potilaan kokemukset kivunhoidosta

Neljässä haavanhoitotilanteessa potilas ilmaisi kipuaan sanattomasti. He muun muassa värähtivät hoitajan tehdessä mekaanista haavanpuhdistusta, painoivat silmiään voimakkaasti kiinni, irvistelivät ja heijasivat raajojaan. Yhdessä haavanhoitotilanteessa molemmat opiskelijat havaingoivat potilaan keskittyneen hengittämiseen niin intensiivisesti, ettei hän kuullut hoitajan kysymystä. Havainnoinnin perusteella hoitajat reagoivat potilaan kipuun potilaan värähtäessä kivulle, mutta muu sanaton kivun ilmaiseminen jäi usein hoitajilta huomiotta. Kahden haavahoidon aikana ei havainnoitu ilmaisuja kivuista, toinen potilaista oli halvaantunut ja toisella ilmeisesti ennalta annettu kipulääke hyvin tehonnut.



Kuvio 9: Opiskelijan näkemys tilanteessa tapahtuneesta sanattomasta kivun ilmaisusta

Neljässä haavanhoitotilanteessa kipua ennaltaehkäistiin ennen haavanhoidon aloittamista suun kautta annettavalla kipulääkkeellä. Yhdessä haavanhoitotilanteessa haavalle laitettiin lisäksi puudutusgeeliä. Kipua arvioitiin kysymällä potilaalta neljän haavahoidon aikana. Ennalta annetun kipulääkityksen vaikutusta kysyttiin potilaalta yhden haavanhoidon aikana. Toisessa haavanhoidossa auttamaan tullut hoitaja sekä haavanhoitoa tehnyt hoitaja pohtivat yhdessä toimenpiteen kivuliaisuutta potilaalle, mutta eivät kysyneet potilaalta tai tehneet kivun lieventämiseksi mitään. Yhdenkään haavanhoidon jälkeen ei arvioitu toimenpiteen jälkeistä kipua. Haastattelussa kaksi potilasta mainitsi kivun olevan voimakasta toimenpiteen jälkeen,

toinen potilaista pyysi opiskelijoita viemään viestiä hoitajille kipulääkkeen tarpeesta. Lisäksi hänen haastattelunsa kesti aiempaa vähemmän aikaa, kenties potilaan kivuliaisuuden vuoksi.

Kaksi potilasta mainitsi kokemuksensa haavanhoidosta parantuneen kivun vähentyessä, toinen heistä oli haavahoidon ensimmäisillä kerroilla pyörtnyt kivusta puudutusaineen tehottomuuden vuoksi. Yksi potilaista kertoi sietävänsä kipua haavan kokonaishoidon etenemiseksi. Yllättävät koskettamiset haava-alueelle olivat kahden potilaan kertoman mukaan erittäin kivuliaita ja kipu koettiin lievemmäksi, jos hoitaja kertoi ennalta mitä aikoo tehdä.

”Nyt oli kaikista paras kokemus. Ei niin kauheesti sattunut, kun joka päivä muutoin.”

”siltee et en mä muka huomais niinku. kai mä nyt huomaan (kosketuksen).”

7.3 Potilaan kokemukset vuorovaikutuksellisesta ohjauksesta

Kolme potilasta kertoi haastattelussa, että heidän vuorovaikutussuhteensa haavanhoitoa tekevän hoitajan kanssa oli hyvä. Kaksi näistä potilaista kertoi myös, että joidenkin hoitajien kanssa tulee paremmin juttuun kuin toisten, ja erityisesti hoitajan avoimuus ja huumorintaju vaikuttavat kyseiseen asiaan. Yhden potilaan mukaan ohjaussuhde oli neutraali. Havainnot tukivat osittain haasteluissa saatua informaatiota. Neutraaliksi koettu vuorovaikutussuhde oli havaintojenkin mukaan neutraali. Haavanhoito tapahtui lähes kokonaan hiljaisuudessa molempien osapuolten osalta. Välillä hoitaja kertoi mitä tekee ja miksi. Kun potilas ja hoitaja keskustelivat tilanteesta, se vaikutti kuitenkin tuttavalliselta. Kolmen haavanhoitotilanteen havaintojen perusteella potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhde oli läheinen, tuttavallinen ja avoin. Yksi havainnointitilanne ei tukenut haastattelussa saatua tietoa. Haastattelussa potilas kertoi vuorovaikutussuhteen olevan onnistunut, mutta havaintojen perusteella näin ei ollut. Potilas ei kyennyt vastaamaan kivoilta hoitajalle kysymyksiin. Hoitaja kuitenkin välillä kyseli potilaalta, onko kaikki hyvin. Enimmäkseen tässä tilanteessa kaksi hoitajaa keskusteli keskenään.

”Nyt oli ok keskustelu”

”Ei siinä oikeen mitään”

Kaksi potilasta otti haastatteluissa esille sen, että hoitajan hyvä ohjaus ja tietotaito edesauttavat hyvän palvelukokemuksen muodostumisessa. Hoitajan on oltava asiallinen, eikä hän saa hermostua. Yksi potilaista huomioi myös sen, että hoitajien vuorovaikutustyyli on hyvin erilaisia. Neljä havaintoa tuki potilaiden haastatteluissa kertomia kokemuksia hoitajien vuorovaikutustyyleistä. Hoitajien toiminnan havainnoitiin olevan neljässä tilanteessa asianmukaista, ammattimaista ja ohjaavaa. Yhdessä tilanteessa kuitenkin vuorovaikutus ei onnistunut lainkaan potilaan ollessa niin kivulias.

"Hoitajat ohjaa ja kertoo mitä tekee koko ajan, hyvä kokemus"

"Tärkeätä on se, että hoitajat on asiallisia ja hoitaa hommansa"

Neljässä haavanhoitotilanteessa hoitaja ohjasi jatkohoidon toteuttamisesta, mutta yhdestä näistä hoitaja ei lainkaan ohjannut mitä tekee. Kahdessa tilanteessa hoitaja ohjasi kivun ilmaistamiseen ja kivun hoitoon. Yksi potilas kertoi haastattelussa, että on mukavaa, kun hoitaja puhuu myös muustakin kuin itse haavasta. Havainnoitaessa vuorovaikutuksellisten ohjausmenetelmien käyttöä, huomattiin että hoitaja osittain reagoi potilaan sanattomaan vuorovaikutukseen. Esimerkiksi kipua ilmaistaessa sanattomasti, silmiä puristamalla kiinni, äännelemällä, hengittämällä raskaasti, hoitaja ei kolmessa tilanteessa reagoinut potilaan sanattomaan viestintään. Kun potilas värähti tällaisessa tilanteessa, hoitaja reagoi, ja kysyi kivusta. Haastatteluissa potilaat eivät nostaneet tätä asiaa esille.

7.4 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tulosten perusteella haavanhoitotilanteen ympäristö, haavan koko ja sijainti eivät vaikuttaneet potilaan kokemukseen haavanhoidosta. Haavanhoidon tavoitteellinen toteuttaminen hoitajien toimesta vaikutti kokemukseen myönteisesti. Kivun arvioinnin ja hoidon todettiin vaikuttavan merkittävästi potilaan kokemukseen haavanhoidosta. Potilaan kokemukseen vuorovaikutuksesta vaikutti merkittävästi hoitajan ja potilaan välinen ohjausuhde ja hoitajan vuorovaikutustyyli haavaa hoidettaessa. Ohjauskeskustelu, sen sisältö tai hoitajan vuorovaikutuksellisten ohjausmenetelmien käyttäminen eivät vaikuttaneet potilaan kokemuksen muodostumiseen.

8 Pohdinta

Tässä luvussa tarkastellaan ja pohditaan opinnäytetyön keskeisimpiä tuloksia, verrataan niitä aikaisempiin tutkimustuloksiin ja teoriaan. Lisäksi pohditaan opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden toteutumista lähteisiin perustuen.

8.1 Tulosten tarkastelu

Potilaiden palvelukokemus haavanhoidoista kokonaisuudessaan oli hyvä. Haastattelun avulla löytyi joitakin osatekijöitä, kuten kipua ja vuorovaikutuksen vähäisyys hoitajan kanssa, jotka vaikuttivat negatiivisesti kokemukseen. Havainnoista ja haastatteluista saatiin joitakin ristiriitaisiakin tuloksia, esimerkiksi kivun hoidon suhteen, joiden avulla huomaa kuinka yksilöllisistä asioista palvelukokemus muodostuu. Tämän opinnäytetyön tulos on samoilla linjoilla aikaisempien tutkimusten kanssa, niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Tutkimusten mukaan potilaiden kokemuksiin haavanhoidossa vaikuttaa kunkin potilaan yksilöllinen sen hetkinen tilanne henkisesti ja fyysisesti.

Opinnäytetyön tulosten mukaan ympäristön vaikutus haavanhoidon palvelukokemukseen jäi pieneksi. Voidaan kuitenkin päätellä, että ympäristöllä on merkitystä palvelukokemuksen muodostumiseen, sillä kolme potilasta kuudesta antoi kehitysehdotuksia, joiden avulla ympäristön positiivista vaikutusta palvelukokemukseen voitaisiin kehittää. Näitä olivat ympäristön lämpötilan huomioiminen haavaa hoidettaessa ja samaa sukupuolta olevien sijoittaminen samaan potilashuoneeseen. Opinnäytetyöstä saadut tulokset ympäristön vaikutuksesta eivät täysin kohtaa teorian ja aiempien tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan ympäristö vaikuttaa palvelukokemuksen muodostumiseen. Suomessa kirurgisella vuodeosastolla tehdyn tutkimuksen mukaan kuitenkin juurikin ympäristön liittyvät tekijät toteutuivat hoidon aikana parhaiten (Eloranta ym. 2008).

Haavanhoidon toteuttaminen tavoitteellisesti ja yhdenmukaisesti vaikutti tulosten mukaan potilaiden palvelukokemukseen haavanhoidosta. Potilaat olivat tyytyväisiä haavanhoitoon, vaikka se oli kivuliasta ja pitkäkestoista, kunhan hoito edistyy. Hoidon eteneminen vaikutti positiivisesti itsenäisenä tekijänä, ja lisäksi hoidon edistyminen vaikutti lieventävänä tekijänä negatiivisesti kokemukseen vaikuttaneisiin tekijöihin, kuten kipuun. Tulokset ovat yhteneviä teorian kanssa siinä suhteessa, että tavoitteellinen hoito vaikuttaa palvelukokemukseen myönteisesti. Teoriasta ei kuitenkaan noussut esiin se, että sen merkitys olisi niin suuri, että se vaikuttaisi muihin kokemusta huonontaviin osatekijöihin lieventävästi.

Malmgren & Kontinen (2012) toteavat kivun arvioimisen ja hoitamisen perustuvat potilaan arvioon kivusta. Kivun voimakkuuden arvioimiseen on olemassa erilaisia mittausmenetelmiä, kuten VAS (visual analogue scale) ja NRS (numeric rating scale). Malmgrenin ja Kontisen mukaan, kipua tulee arvioida systemaattisesti ja jatkuvasti, ja kivun voimakkuus tulee mitata ennen ja jälkeen toimenpiteen. Havainnoituissa haavanhoitotilanteissa ei käytetty kivun voimakkuuden arviointia. Neljässä haavanhoitotilanteessa potilaalta kysyttiin, tunteeko hän kipua eikä potilaan myöntävään vastaukseen välttämättä reagoitu. Haavanhoidon jälkeisestä kivusta potilailta ei kysytty eikä kivun voimakkuutta siten arvioitu. Kahdessa haastattelussa potilaat kuitenkin kertoivat kivun olevan voimakasta haavanhoidon jälkeen. Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan kivun arvioimisessa on kehitettävää, minkä voidaan olettaa johtavan puutteelliseen kivunhoitoon.

Malmgren ja Kontinen (2012) ovat todenneet haavanhoitotilanteiden olevan potilaille kivuliasta ja onnistuneen kivunhoidon vaikuttavat potilaan hoitomyöntyvyyteen ja haavanhoidon onnistuneisuuteen. Obilor, Adejumo & Ilesanmi (2016) selvittivät tutkimuksessaan merkittävimmiksi kipua pahentaviksi tekijöiksi muun muassa kosketuksen, haavan puhdistuksen ja haavasidoksen poistamisen. Samassa tutkimuksessa noin kolmasosa vastanneista koki voimakasta kipua haavassa sekä levossa että haavanhoidon aikana. Opinnäytetyössä saatiin vastaavia tuloksia. Kuudesta potilaasta viisi ilmaisi kipua haavanhoitotilanteen aikana tai sen jälkeen. Potilaat kertoivat kivustaan spontaanisti hoitajalle, hoitaja saattoi kysyä potilaan kiputilannetta

haavanhoidon aikana tai kipu ilmeni tilanteessa sanattomasti. Potilaalla, joka ei kertonut kivustaan haavanhoidon aikana tai sen jälkeen, oli tuntopuutoksia alueella, jolla haavaa hoidettiin. Levoton liikehdintä, jännittynyt vartalo, kasvojen ilmeet ja kehon asento voivat merkitä kokemusta kivusta (Salanterä ym. 2006, 76-77). Edellä mainitut kivun sanattoman ilmenemisen muodot havainnoitiin molempien opiskelijoiden toimesta erään haavanhoidon aikana. Lisäksi potilas hengitteli puuskuttaen vielä haastattelutilanteessa haavanhoidon jälkeen. Potilas ei kuitenkaan kokenut kivun olleen niin voimakasta kuin miltä se havainnoinnin perusteella vaikutti olevan. Voidaan todeta havainnoinnista ja haastattelusta saatujen tulosten olevan ristiriidassa keskenään. Havainnoitua voimakasta kipua kuitenkin tukee se, että potilas pyysi opiskelijoita tuomaan hänelle kipulääkettä haastattelun päätyttyä.

Potilasohjauksen vuorovaikutuksen vaikuttamisesta palvelukokemukseen haavanhoidosta nousi esiin merkittävimmin osatekijöinä hoitajan vuorovaikutukselliset menetelmät sekä ohjauksen sisältö. Potilaat olivat tyytyväisiä palvelukokemukseen, kun hoitaja ohjasi potilaita haavanhoitotilanteessa ja kertoi mitä itse tekee. Opinnäytetyöstä saadut tulokset ovat yleisellä tasolla hyvin samansuuntaiset. Isola ym. (2007) ovat tutkimuksellaan osoittaneet, että erikoissairaanhoidon potilaat ovat potilasohjauksessa olleet tyytyväisimpiä ohjaukseen hoidosta ja hoitotoimenpiteistä. Myös Kääriäinen & Kyngäs (2005) ovat tutkineet potilasohjausta, ja saaneet samansuuntaisia tuloksia; ohjaukseen ollaan tyytyväisimpiä silloin kun saadaan riittävästi tietoa ja tyytymättömyyttä lisää niukkasisältöinen ohjaus. Vaikka osa opinnäytetyössä havainnoidut haavanhoitotilanteet olivat ohjaussisällön puolesta niukkasisältöisiä, ei se vaikuttanut negatiivisesti palvelukokemuksen muodostumiseen haastattelun perusteella. Haavanhoitotilanne oli kuitenkin suhteellisen lyhyt toimenpide koko hoidon kannalta, ja on otettava huomioon, että haavaa on saatettu hoitaa useampaan otteeseen ja haavanhoitotilanteessa ei tarvita enää ohjausta. Voidaan siis todeta opinnäytetyön tuloksista, että hyvä ohjaus riittävällä sisällöllä vaikuttaa positiivisesti potilaan palvelukokemukseen haavanhoidosta, mutta niukkasisältöinen tai riittämätön ohjaus ei vaikuta positiivisesti eikä negatiivisesti.

Aiempien tutkimusten mukaan hoitajan oma persoonallisuus, hyvät vuorovaikutustaidot ja asenne vaikuttavat potilaiden kokemuksiin vuorovaikutuksellisesta ohjaamisesta (Kääriäinen ym. 2005; Hankonen ym. 2006). Myös opinnäytetyössä haastatteluissa nousi erityisesti hoitajien asenteen ja vuorovaikutuksen merkitys potilaalle. Välttämättä näillä asioilla ei ollut suurta merkitystä kokonaisuudessa haavanhoidon kokemukseen, mutta jälleen ne potilaat, jotka kokivat edellä mainitut asiat onnistuneeksi, olivat tyytyväisempiä. Tämän voidaan olettaa olevan yksi asia, joka vaikuttaa kokonaiskokemukseen positiivisesti lieventämällä muita ”pakollisia” negatiivisia tuntemuksia, kuten kipua.

Voidaan siis todeta, että merkittävin haavanhoidon palvelukokemukseen vaikuttava tekijä on haavanhoidon toteuttaminen tavoitteellisesti. Potilaat ovat tyytyväisiä, kun hoito etenee ja

haava saadaan parannettua, ja ovat sen vuoksi valmiita sietämään kipua. Kuitenkin kokemukseen voidaan herkästi vaikuttaa positiivisesti antamalla riittävää ohjausta, vuorovaikuttamalla potilaiden kanssa yksilöllisesti ja hoitamalla kipua hyvin haavanhoidon yhteydessä.

8.2 Opinnäytetyön eettiset ongelmat

Tranoy (1983) määrittelee tutkimusetiikan tarkoittavan joko vapaaehtoista tai järjestelmällistä tieteellisestä tutkimuksesta ja sen seuraamuksista johtuvien moraalisten ongelmien tarkastelua (Mäkinen 2006, 10). Tutkimusetiikka voidaan jakaa kahteen osaan, tieteen sisäiseen ja tieteen ulkopuoliseen etiikkaan. Tieteen sisäisessä etiikassa tarkastelun kohteena ovat tutkimuskohde, sen tavoite sekä koko tutkimusprosessi. Perusvaatimuksena sisäisessä tutkimusetiikassa pidetään sitä, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. Tieteen ulkopuolisessa etiikassa tarkastellaan miten alan ulkopuoliset näkökulmat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja kuinka asiaa tutkitaan. Esimerkkinä ulkopuolisesta etiikasta on rahoittajien kiinnostus tutkimuksen tukemiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.)

Hyvä tieteellinen käytäntö takaa tieteellisen tutkimuksen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijoiden tulee olla rehellisiä, huolellisia ja tarkkoja. Tutkimuksessa tulee soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, lisäksi tulosten julkaisussa tulee olla avoin. Aikaisempien tutkimusten huomioiminen omassa tutkimuksessa on myös osa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002, 3.)

Erilaiset eettiset ohjeistukset ja lainsäädäntö ohjaavat tutkimuksen kulkua. Tutkimusetiikan mukaan tutkijan on pyrittävä minimoimaan tarpeettomat haitat ja riskit. Haitat voivat olla fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia. Kaikki mahdolliset haitat on arvioitava tutkimussuunnitelman laadintavaiheessa. Suunnitelmassa pitää myös kuvata kuinka voidaan turvata tutkimukseen osallistujien tasapaino. Tutkimustietoa ei missään tapauksessa saa käyttää tutkittavia vastaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212, 217-218.)

Lähtökohtana tutkimusetiikassa pidetään ihmisen itsemääräämisoikeutta. Tutkimuksen tulee aina olla tutkittavalle vapaaehtoista ja kieltäytymisen mahdollisuus on taattava kaikille tutkimuskohteille. Tutkittavalla on oltava myös mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tutkimusta tahansa, eikä tutkimukseen osallistumista tulisi palkita. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 218-219; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Usein laadullista tutkimusta tehdessä liittyy aineistoon paljon luottamuksellista tietoa sekä yrityksistä että tiedonantajista. Haastattelu tutkimusmenetelmänä itsessään pitää sisällään monia eettisiä ongelmia. Aineistonkeruumateriaalien käyttö vaatii aina luvan. Organisaatio myöntää tutkimusluvan ja tiedonantaja antaa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta.

(Kananen 2008, 135; Mäkinen 2006, 92.) Tutkittavan tulee tietää ennen tutkimukseen suostumista perusteellisesti tutkimuksen luonne eli osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Tutkijan tulee antaa tutkittavalle riittävä ja rehellinen tieto mahdollisista tutkimukseen liittyvistä haitoista ja hyödyistä sekä aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tutkittavan suostumukseen voidaan käyttää valmista suostumuslomaketta, mikäli organisaatiolla on sellainen käytössä. Jos valmista lomakepohjaa ei ole, voidaan tutkimuksen suostumukseksi käyttää yliopistojen sähköisiä lomakepohjia mallina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219-220.)

Opinnäytetyön toteutuksesta sovittiin Hyvinkään sairaalan kirurgian vuodeosaston kanssa vasta, kun tutkimuslupahakemus oli hyväksytty (Liite 5). Hyväksymisen jälkeen vuodeosaston plastiikkakirurgisen solun (4B) hoitajille pidettiin lyhyt infotilaisuus opinnäytetyöstä. Opinnäytetyötä toteutettiin niin, että opiskelijat soittivat toteutusta edeltävänä päivänä kirurgian vuodeosaston kansliaan ja tiedustelivat seuraavan aamun haavanhoitotilanteita. Toteutuspäivänä vuorossa olevilta hoitajilta tiedusteltiin etukäteen haavahoidettavat potilaat, jotta kyseisiltä potilailta voitiin käydä kysymässä halukkuutta osallistua tutkimukseen. Opiskelijat esittelivät itsensä potilaalle ja kertoivat opinnäytetyöstään tarkoituksen sekä julkaisuajankohdan ja -kanavan. Potilaille kerrottiin, että haastattelutilanne nauhoitetaan ja että missään vaiheessa potilaan nimi tai muut tiedot eivät tule esille. Potilaille annettiin kirjallinen suostumuslomake (Liite 2) allekirjoitettavaksi, josta potilaat saivat halutessaan kopion. Lisäksi tiedusteltiin, onko potilailla kysyttävää havainnoinnista tai haastattelusta.

Haastatteluun ja havainnointiin liittyy samankaltaisia eettisiä kysymyksiä, esimerkiksi voidaanko haastattelu nauhoittaa ja havainnointitilanne videoida. Haastatteluissa tulee ottaa huomioon tiedonantajan kyky vastata kysymyksiin eli jos hän ei suoriudu haastattelu tilanteesta esimerkiksi kielellisistä syistä, tulisi hänelle järjestää avustaja, esimerkiksi tulkki. (Mäkinen 2006, 92-93.) Tämä edesauttaa myös tutkittaviksi valikoituneiden tasa-arvoa, tutkimuksesta ei saa jättää pois ei-toivottuja tutkittavia esimerkiksi juuri hankaluuden vuoksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221). Jos haastattelun kohteena ovat sairaat ihmiset, aiheuttaa se erityishaasteita tilanteeseen. Mikäli haastateltavat ovat haastatteluhetkellä hoidossa ja heiltä tiedustellaan hoidon laadusta, tulee vastauksiin suhtautua varauksella. Haastatteluiden nauhoittamiseen tarvitaan haastateltavan suostumus (Mäkinen 2006, 94.)

Kolmessa haastattelutilanteessa olivat läsnä molemmat opinnäytetyötä tekevät opiskelijat. Jos haastateltava ei olisi suostunut haastattelun nauhoittamiseen, olisi toinen opiskelija hoitanut haastattelun toisen kirjatessa vastaukset ylös. Yksin haastatellessa olisi opiskelijan täytynyt kysymyksensä jälkeen kirjata potilaan vastaus ylös. Opinnäytetyöhön osallistuneet potilaan olivat tasa-arvoisia keskenään, eikä esimerkiksi eristyshuoneessa tehtävää haavanhoitoa suljettu pois otannasta. Kaikki potilaat, joilta kysyttiin osallistumisesta opinnäytetyöhön, suostuivat ja he samalla suostuivat haastattelujen äänittämiseen.

Keskeinen asia, joka tulee huomioida tutkimustyössä, on anonymiteetti. Tutkimustietoja ei saa luovuttaa tutkimusprosessin ulkopuolelle, eikä henkilö saa olla tunnistettavissa tutkimustuloksista. Aineiston ollessa pieni, voidaan anonymiteettiä turvata taustatietojen kuvaamisella keskiarvoina vaihteluvälien sijaan. Pienen otannan tutkimuksessa saattaa erottua myös pieniä alaryhmiä, jolloin tulee huolella pohtia, onko eettisesti aiheellista raportoida ryhmittäiset erot, esimerkiksi yksi miespuolinen tiedonantaja. Mikäli käytetään alkuperäisilmauksia verifioimaan tutkimustuloksia, niin kuin laadullisessa tutkimuksessa on tapana tehdä, tulee pohtia, onko anonymiteetin toteutumisen kannalta järkevää jättää esimerkiksi murrekieli pois. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Opinnäytetyön haastattelut tehtiin potilashuoneissa, joissa lähes jokaisella haastattelukerralla läsnä muitakin potilaita. Opinnäytetyössä käytettiin pientä otantaa ja anonymiteetin suojaamiseksi tuloksissa ei yhdistetty syntyneitä palvelukokemuksia tiettyihin potilaisiin. Aineiston analyysivaiheessa murteet pelkistettiin pois. Potilaan sukupuolen paljastavat ilmaisut muutettiin sellaisiksi, että niistä ei selviä sukupuoli.

Havainnointitutkimuksessa tutkijan tulisi suhtautua tutkittaviin ja tutkimuskenttään mahdollisimman neutraalisti. Havainnot pitäisi pystyä tekemään taustalla, hyväksyen tutkittavien elämäntilanteiden ja tavat sellaisenaan kuin ne ovat. (Mäkinen 2006, 97-98.) Havainnointi- ja haastattelutilanteet toteutettiin yhden tai kahden opiskelijan läsnä ollessa. Opiskelijat sijoituivat potilashuoneeseen niin, etteivät häirinneet läsnäolollaan haavanhoitamista. Opiskelijat olivat tilanteessa neutraalisti, eivätkä esimerkiksi puhuneet tai sanattomasti viestineet tilanteesta. Havainnointilomakkeeseen kirjattuja omia avoimia havaintoja tilanteesta verrattiin opiskelijoiden kesken, jos molemmat opiskelijat olivat havainnoimassa samaa tilannetta. Subjektiiiviset tulkinnat tilanteesta olivat molemmilla opiskelijoilla samankaltaisia, jolloin niiden todettiin olevan päteviä tutkimuksen kannalta.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Toisin kuin määrällisen tutkimuksen luotettavuusarvioinnissa, laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole vakiintuneita arviointikriteereitä. Laadulliseen tutkimukseen on otettu määrällisessä tutkimuksessa kehitetty, luotettavuutta ilmaiseva termistö, keskeisimpinä käsitteinä reliabiliteetti ja validiteetti. (Kananen 2017, 173.) Reliabiliteetti eli mittaus tulosten toistettavuus on toissijaista laadullisen tutkimuksen arvioinnissa. Ihmisten käyttäytymistä tarkasteltaessa tutkimustilanteiden vakioiminen ei ole mahdollista. Tutkittavat ilmiöt, ihmisten käyttäytyminen ja oppiminen, tutkimuksen ympäristö ovat muuttuvia suureita. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kananen 2017, 173.) Validiteetti tarkoittaa, että on tutkittu tutkimuksen kannalta oikeita asioita, se on osa tutkimusasetelmaa eli tutkimussuunnittelua. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti on kuvausta ja kuvauksesta syntyneiden tulkintojen ja selitysten

yhteensopivuutta. Laadullisessa tutkimuksessa työn luotettavuuskysymys huomioidaan jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, kuljetaan läpi tutkimusprosessin ja luotettavuustarkastelussa tutkija näyttää tehneensä oikeat johtopäätökset. (Kananen 2017, 174.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta edistää tutkijan huolellinen kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta sen kaikissa vaiheissa (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232). Luotettavuuden lisäämiseksi myös mahdolliset häiriötekijät, haastatteluiden virhetulkinnat ja tutkijan oma itsearviointi tilanteesta tulee dokumentoida tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Riittävän dokumentaation avulla voidaan arvioida tutkijan tekemiä päätelmiä ja kohentaa tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusprosessin aikana tehdyt ratkaisut perustellaan. Esimerkiksi tutkimusmenetelmän, aineistonkeruun ja analysoinnin menetelmien valinnoista kirjoitetaan perustelut. Laaja ja tarkka dokumentaatio mahdollistaa tutkijan tekemien ratkaisujen jäljittämisen ja arvioinnin. (Kananen 2017, 176,178.) Opinnäytetyössä on kuvailtu tarkasti aineistonkeruutilanteet, olosuhteet ja paikat, joissa haastattelu- ja havainnointitutkimukset suoritettiin.

Yksinkertainen keino osoittaa tutkimuksen luotettavuutta on aineiston kerääminen useista eri lähteistä. Eri lähteistä kerättyä tietoa verrataan tutkimuksessa muodostuneisiin päätelmiin ja katsotaan, saadaanko toisiaan tukevia tuloksia. Omia tutkimustuloksia voi verrata esimerkiksi aiempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin, jos niissä on päädytty samankaltaisiin päätelmiin. Lisäksi voidaan varmistua tulosten oikeellisuudesta niin, että tiedonantajalle annetaan tutkijan tekemät tulkinnat luettavaksi. Tutkimuksen luotettavuus paranee samalla, jos tiedonantaja hyväksyy tutkijan tulkinnan. Eri lähteet voivat olla siis aiempia tutkimuksia tai oman tutkimuksen aikana käytettyjä aineistoja. Mitä useammasta eri lähteestä saadaan omaa päätelmää vastaava tulos, sitä luotettavampi oma tulkinta on. Kylläntyminen eli kun eri lähteiden antamat tutkimustulokset alkavat toistaa itseään, on tehokas laadullisen tutkimuksen luotettavuutta korostava ilmiö. (Kananen 2017, 177-179.) Opinnäytetyötä tekee kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa, jolloin kyetään hyödyntämään molempien tekijöiden tulkinnat tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa.

Triangulaatio on monimenetelmäinen strategia, jota käyttämällä kohennetaan tutkimuksen luotettavuutta. Käyttämällä eri menetelmiä samassa tutkimuksessa, pyritään saamaan vahvistusta syntyvälle tulkinnalle. Triangulaatiota on perusteltua käyttää, jos yksi menetelmä jättää aineiston keräämiseen aukkoja. On kuitenkin huomioitava, että eri menetelmien käyttäminen saattaa lisätä tulosten tulkinnanvaraa aineiston analyysivaiheessa. Tällöin tutkijatriangulaatiosta eli useamman tutkimuksen tekijän osallisuudesta voi olla hyötyä. Useamman tutkijan päätyessä samaan lopputulokseen, voidaan tulkintaa pitää oikeana. (Kananen 2017, 154-155.) Opinnäytetyötilaajan asettamaa tiedonkeruumenetelmää, havainnointia, täydennettiin haastattelulla. Kokemuksen havainnoiminen on tutkijan tulkinta havainnoitavan kokemuksesta. Haastattelulla pyrittiin varmistamaan opiskelijan tekemien havaintojen paikkaansa pitävyys.

Havainnoilla ja haastatteluilla saadut tulokset olivat joillakin osa-alueilla ristiriitaisia. Haastattelu antoi lopullisen potilaan oman kokemuksen tilanteesta, kun havainnoimalla saatu tieto oli havainnoijan subjektiivinen näkemys. Jos opinnäytetyö olisi toteutettu pelkällä havainnoinnilla, ei olisi saatu yhtä luotettavaa ja paikkaansa pitävää tietoa.

Haastattelulomake testattiin etukäteen. Lisäksi haastattelulomakkeeseen lisättiin henkilökunnan ehdotuksesta kysymyksiä potilaan mahdollisista aiemmista haavanhoidoista ja tämän hetken haavan taustoista. Henkilökunnan infotilaisuuden jälkeen toinen opiskelijoista haastatteli yhden potilaan haavanhoitamisen jälkeen. Haastattelulomake toimi testauksessa hyvin, eikä sitä ollut tarvetta muuttaa.

Kolmessa opinnäytetyön havainnointi- ja haastattelutilanteessa olivat läsnä molemmat opiskelijat. Ensimmäisellä toteutuskerralla, toisen opiskelijan toteuttaessa havainnointia yksin, oli haasteena saada kirjattua kaikki havainnot lomakkeelle. Molempien opiskelijoiden läsnäololla saatiin havainnointilomake jaettua, jolloin havainnoinnin kohteita oli vähemmän yhtä opiskelijaa kohti. Näin pystyttiin varmistamaan kaikkien palvelukokemukseen vaikuttavien havaintojen kirjaaminen ylös. Seuraavilla toteutuskerroilla havainnointilomake jaettiin aina samalla tavalla opiskelijoiden kesken. Opiskelija havainnoi siis aina samoja asioita eri havainnointitilanteissa, jotta näkemys havainnoitavista kohteista säilyi samana. Viimeisenä toteutuspäivänä havainnointi- ja haastattelutilanteissa oli, olosuhteiden pakosta, läsnä vain toinen opiskelija.

Haavanhoitotilanteet Hyvinkään sairaalan kirurgisella vuodeosastolla olivat kestoltaan lyhyehköjä. Havainnointilomake tässä laajuudessaan, sopisi paremmin haavanhoitotilanteisiin, joiden tiedetään kestävän ajallisesti pidemmän aikaa. Vuorovaikutuksellinen ohjaus ei ehdi näyttäytyä lyhyessä ajassa, kun kommunikointi hoitajan ja potilaan välillä oli pääasiassa lauseen mittaisia kehoituksia tai suljettuja kysymyksiä sen hetkisestä kivusta. Vaihtoehtoisesti havainnointitilanteen voisi videoida, jolloin tilanteeseen kykenisi palaamaan jälkepäin.

8.4 Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyössä toteutettiin palvelumuotoilun asiakasymmärryksen hankkiminen ja hankitun tiedon kiteyttäminen. Kiteytetyn tiedon pohjalta nousi esille muutamia kehityskohteita, joihin puuttumalla potilaan palvelukokemusta voitaisiin parantaa. Jatkamalla palvelumuotoilun prosessia eteenpäin, opinnäytetyöstä saatuja tuloksia, eli kiteytettyä tietoa, voitaisiin käyttää hyödyksi haavanhoidon palvelukokemuksien kehittämisessä. Palvelumuotoilun seuraavassa vaiheessa tulisi kehityskohteista ideoida mahdollisimman paljon erilaisia kehitysehdotuksia ja seuloa ideoista jatkojalostukseen soveltuvat. Palvelumuotoiluprosessin voisi viedä toteutukseen asti, jolloin valitut kehitysideat jalkautettaisiin käytäntöön.

Opinnäytetyössä haavanhoito oli jaettu kolmeen osatekijään, haavan konkreettiseen hoitoon, kivunhoitoon ja vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen, joissa jokaisessa ilmeni tulosten mukaan

kehittävää. Kuitenkin kokonaisuudessaan haavanhoitotilanteista muodostuneet palvelukokemukset Hyvinkään sairaalan kirurgisen vuodeosaston 4B plastiikkakirurgisessa solussa olivat hyviä.

Haavan konkreettinen hoito tapahtui tavoitteellisesti jokaisessa haavanhoitotilanteessa, ja oli näin ollen onnistunutta. Haavanhoidon vuoksi potilas saattaa joutua riisumaan vaateustaan, jolloin huomioimalla potilaan kokemuksen haavanhoidon ympäristön lämpötilasta, voidaan palvelukokemuksen vaikuttaa positiivisesti. Eri sukupuolta olevien sijoittaminen samaan potilashuoneeseen, saattaa vaikuttaa joidenkin potilaiden kokemukseen esimerkiksi juuri vaateuksen välttämättömän vähentämisen vuoksi. Haavanhoidon toteuttaminen suihkun yhteydessä pesutiloissa tai erillisessä toimenpidehuoneessa parantaisi haavanhoidon palvelukokemusta tältä osin.

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaan kokemus haavanhoidosta paranee kivun vähentyessä. Kiinnittämällä huomiota kivun arvioimiseen kivun voimakkuuden mittaamenetelmiä apuna käyttäen, voitaisiin parantaa potilaiden palvelukokemuksia kivunhoidosta. Kivun mahdollinen voimistuminen ja toisaalta kipulääkkeen vaikutus konkretisoituisi hoitajalle, jos kipua arviointiin mittaamenetelmillä.

Ne potilaat, joille kerrottiin haavanhoidon aikana mitä hoitaja kulloinkin teki ja mitä hän tulee seuraavaksi tekemään, kokivat vuorovaikutuksellisen ohjaamisen vaikuttavan positiivisesti palvelukokemukseen. Potilaat, joita ei ohjattu edellä mainitulla tavalla, eivät saaneet positivistista kokemusta vuorovaikutuksellisesta ohjaamisesta, vaan suhtautuivat asiaan neutraalisti. Jatkuvaan ohjaamiseen ja vuorovaikutukseen huomiota kiinnittämällä olisi mahdollista vaikuttaa muuttamalla neutraalit kokemukset positiivisiksi.

Lähteet

Painetut

Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu sotessa. 2. painos. Nummela: Painokiila Oy.

Dealey, C. 2012. The care of wounds, a guide for nurses. 4th edition. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 2008 vol. 20, no 3/-08, 115-125.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2010. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimismetodeihin* 1. painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 26-44.

Flick, U. 2014. An introduction to qualitative research. 5th edition. London: Sage.

Hankonen, A., Kaarela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Oulu: Oulun yliopistopaino, 23-31.

Hietanen, H. 2012a. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. 1. painos. Helsinki: SanomaPro, 183-195.

Hietanen, H. 2012b. Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. 1. painos. Helsinki: SanomaPro, 136-156.

Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2012. Haavan määritelmä ja haavatyypit. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. 1. painos. Helsinki: SanomaPro, 26-28.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino oy.

Hopia, E., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2008. Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä perhehoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2008 vol. 20 no 6/-08, 336-344.

Hämäläinen, K., Vilkkä, H. & Miettinen S. 2011. Asiakasymmärryksen ja käyttäjätiedon hankkiminen. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) *Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen*. 2.painos. Helsinki: Teknologiainfo Teknova oy, 60-75.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Oulu: Oulun yliopistopaino, 10-17.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2007 vol. 19 no 2/ -07, 51-62.

Juutilainen, V. 2012a. Haava yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Teoksessa Juutilainen, V & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. 1. painos. Helsinki: SanomaPro, 12-15.

Juutilainen, V. 2012b.2012. Haavanhoidon osatekijät. Teoksessa Juutilainen, V & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. 1. painos. Helsinki: SanomaPro, 77-82.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2011. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.

- Kananen, J. 2008. Kvali, kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Suomen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koivisto, M. 2016. Palvelumuotoilun peruskäsitteet. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. 3.painos. Helsinki: Teknologiainfo Teknova oy, 42-59.
- Kyngäs H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Wsoy.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamistaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö. vol. 3, no 1/2005, 10-15.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Hoitotiede. vol. 17, no. 4/2005, 208-216.
- Lagus, H. 2012. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Helsinki: SanomaPro, 29-51.
- Leino-Kilpi, H. & Kulju, K. 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turku: Turun yliopisto, 3-12.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2014. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-5- painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Malmgren, K. & Kontinen, V. 2012. Kipu haavanhoidossa. Teoksessa Juutilainen, V & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Helsinki: SanomaPro, 90-99.
- Miettinen, S. 2016. Palvelumuotoilu - yhteissuunnittelua, empatiaa ja osallistumista. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. 3.painos. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy, 20-41.
- Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyönmenetelmät - Uudenlaista osaaamista liiketoimintaan. 3. painos. Helsinki: SanomaPro.
- Pekkari, M. 2008. Tavoitteellinen ohjauskeskustelu. Helsinki: Tammi.
- Rantanen, M. 2016. Tunnelmamuotoilu. Helsinki: Talentum pro.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Schwab, U. 2012. Haavapotilaan ravitsemus. Teoksessa Juutilainen, V & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Helsinki: SanomaPro, 83-89.

Speziale, H. & Carpenter, D. 2007. Qualitive Research in Nursing. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 8. Painos. Jyväskylä: Tammi.

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

Tuulaniemi, J. 2013. Palvelumuotoilu. 2. painos. Helsinki: Talentum Media Oy.

Sähköiset

Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? Duodecim 2017;133:1015.21. Viitattu 17.11.2017. <http://duodecim-lehti.fi.nelli.laurea.fi/api/pdf/duo13734>

Grothier, L. & Pardoe, A. 2013. Chronic wounds: management of healing and wellbeing. British Journal of Nursing 2013. Vol22, No12. Viitattu 3.1.2018. <http://web.b.ebsco-host.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=af6c5c47-34b3-464a-925b-3d050f067cdb%40sessionmgr101>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 12.10.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Järvinen, M. 2014a. Vaikuttava terveysohjaus. Käypä hoito. Viitattu 15.12.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak08281>

Järvinen, M. 2014b. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito. Viitattu 15.12.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02109>

[Kirurgian vuodeosasto. HUS. 2017. Viitattu 16.11.2017. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/osastot/kirurgian-vuodeosasto/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/osastot/kirurgian-vuodeosasto/Sivut/default.aspx)

Moritz, S. 2005. Service Design Practical access to an evolving field. Viitattu 9.11.2017. https://issuu.com/st_moritz/docs/pa2servicedesign/15

Obilor, H., Adejumo, P. & Ilesanmi, R. 2016. Assesment of patients` wound-related pain experiences in University College Hospital, Ibadan, Nigeria. International Wound Journal Oct2016 13. Viitattu 7.1.2018 <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/detail/detail?vid=8&sid=f2a0ef7d-902c-41a5-ab11-1d77ef8e9cbd%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtOGl2ZQ%3d%3d#AN=118055059&db=c8h>

Quain, A. & Khardori, N. 2015. Nutrition in Wound Care Managment: A Comprehensive Overview. Viitattu 1.1.2018. <http://www.woundsresearch.com/article/nutrition-wound-care-management-comprehensive-overview>

Ravitsemus osana haavanhoitoa. 2017. Ihotautitalo. Viitattu 30.12.2017. https://www.terveyskyla.fi/ihotautitalo/Documents/Haavaravitsemus_potilasohje.pdf

Upton, D. & Andrews, A. 2013. Negative pressure wound therapy: improving the patient experience part 3 of 3. Journal of wound care Dec2013 22. Viitattu 7.1.2018 <http://web.a.ebsco-host.com.nelli.laurea.fi/ehost/detail/detail?vid=9&sid=f2a0ef7d-902c-41a5-ab11-1d77ef8e9cbd%40ses-sionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104126180&db=c8h>

Vuorovaikutus. 2018. Väestöliitto. Viitattu 6.2.2018. <https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/mina-ja-muut/ihmissuhteet/vuorovaikutus/>

Julkaisemattomat

Sipilä, R. 2017. Sähköpostiviesti 16.11.2017. HUS. Hyvinkää.

Tulla, T. & Sipilä, R. 2017. Tapaaminen 16.11.2017. HUS. Hyvinkää

Kuviot

Kuvio 1: Vuorovaikutustyyli (Mukaillen Kauppila (Pekkari 2008,32-36))	13
Kuvio 2: Ohjausprosessi (Mukaillen Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo ym. 2006, 10-11.)	16
Kuvio 3: Palvelumuotoilu (Mukaillen Moritz 2005, 123-149; Koivisto 2011, 43-49.)	19
Kuvio 4: Palvelumuotoiluprosessi (Mukaillen Moritz 2005, 123; Miettinen 2011, 31-38.)	19
Kuvio 5: Kirurgisen potilaan palvelupolku. (Mukaillen: Sipilä 2017.)	21
Kuvio 6: Palvelupolun, palvelutuokion ja kontaktipisteiden operationalisointi	22
Kuvio 7: Palvelukokemuksen muodostuminen haavanhoitotilanteesta (Mukaillen Tuulaniemi 2011, 74.)	35
Kuvio 8: Opiskelijan subjektiivinen näkemys haavanhoitotilasta.....	37
Kuvio 9: Opiskelijan näkemys tilanteesta tapahtuneesta sanattomasta kivun ilmaisusta	38

Taulukot

Taulukko 1: TIME-toimintamalli (Juutilainen 2012b, 79; Dealey 2012, 80-84.).....	8
Taulukko 2: Hyvä palvelukokemus haavan- ja kivunhoidosta	23
Taulukko 3: Hyvä palvelukokemus vuorovaikutuksesta	24
Taulukko 4: Havainnoinnin kohteet sosiaalisissa tilanteissa	29
Taulukko 5: Analyysirungon värikoodaus	34
Taulukko 6: Pelkistäminen	35

Liitteet

Liite 1: Havainnointilomake	55
Liite 2: Suostumuslomake potilaalle havainnointia, haastattelua ja nauhoitusta varten	58
Liite 3: Teemahaastattelurunko	59
Liite 4: Analyysirunko	60
Liite 5: Tutkimuslupahakemus	61

Liite 1: Havainnointilomake

HAAVANHOITOTILANTEEN HAVAINNOINTILOMAKE

Havainnoija: _____

Pvm: _____ Alkamis- ja päättymisaika: _____

Henkilöt paikalla: _____, joista hoitajia _____ ja muita potilaita _____.

Potilas	Hoitaja
Sukupuoli: _____	_____

HAAVANHOITO

(Ympyröidään havainnoijan subjektiivinen näkemys tilasta, jossa haavanhoito tapahtuu. Lisäksi mahdollista kirjoittaa avoimesti)

Rauhallinen	Rauhaton	Meluisa	Hiljainen	Valoisa
Hämärä	Kiireetön			

Muu, mikä?

Haava:

Akuutti/Krooninen?	
Koko	
Sijainti	

Hoitovälineet ja -tuotteet:

KIVUNHOITO

Kivunhoito + sen menetelmä, kirjoitetaan taulukkoon:

Ennen haavanhoitoa	
Haavanhoidon aikana	
Haavanhoidon jälkeen	

VUOROVAIKUTUKSELLINEN OHJAAMINEN

Vuorovaikutussuhteen luonne:

VUOROVAIKUTUSSUHDE	tukkimiehen kirjanpito	ESIMERKKEJÄ	SUBJEKTIIVINEN VAIKUTELMA
Asiantuntijakeskeinen (hoitaja johtaa keskustelua, antaa ohjeita ja neuvoja, suljetut kysymykset, ohjattavan puheen keskeyttäminen)			
Asiakaskeskeinen (potilaan näkemykset ja tarpeet keskeisiä, hoitaja kuuntelee ja antaa ohjeita vain pyydettyäessä)			
Dialoginen (vastavuoroisuus, ohjaus etenee molempien ehdoilla, huolellinen kuuntelu, monologin välttäminen, kysymysten kautta etenevä keskustelu)			

Lähentävät vuorovaikutustyyli:

	Hoitaja (tukkimiehen kirjanpito)	Potilas (tukkimiehen kirjanpito)	Esimerkkejä (Mitä tyylin ominaispiirrettä käytettiin, miten se ilmeni, kuka käytti H=hoitaja P=potilas)
Ystävällinen (kohtelias, ymmärtävä, kuunteleva, luottamuksellinen, läsnä oleva, läheinen, avoin)			
Ohjaava (ohjaava, opastava, ehdottava, kehottava, toisesta huolehtiva)			
Joustava (ehdotusmyönteinen, luottavainen, empaattinen, paneutuva)			
Havainnoijan subjektiivinen näkemys tilanteesta:			

INTERVENTIIVISET KYSYMYKSET	KYLLÄ (tukkimiehen kirjanpito)	EI (x, jos ei käytetä)	ESIMERKKEJÄ KYSYMYKSISTÄ	POTILAAN REAKTIO KYSYMYKSEEN, havainnoijan subjektiivinen näkemys
AVOIMET KYSYMYKSET (voidaan vastata lyhyesti tai pitkästi, ei ”kyllä” tai ”ei” vastauksia)				
TARKENTAVAT KYSYMYKSET (avoimen kysymyksen vastausta tarkentava kysymys)				
SULJETUT KYSYMYKSET (voidaan vastata lyhyesti, myöntävästi tai kieltävästi, yhdellä sanalla)				

AKTIIVINEN KUUNTELEMINEN	Hoitaja (tukkimiehen kirjanpito)	Potilas (tukkimiehen kirjanpito)	Esimerkkejä	Vaikutus ohjauskeskusteluun, havainnoijan subjektiivinen näkemys
Puheen heijastaminen				
Sanattomaan vuorovaikutukseen reagoiminen				
Käyttää yhteenvedoa keskustelussa				
Minimipalautteen käyttäminen				

Ohjauksen asiasisältö:

AVOIMIA HAVAINTOJA TILANTEESTA:

Liite 2: Suostumuslomake potilaalle havainnointia, haastattelua ja nauhoitusta varten

Arvoisa potilas,

Teemme opinnäytetyötä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, Hyvinkään sairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyössä on tarkoituksena tutkia potilaan kokemuksia haavahoitonsa sujuvuudesta.

Opinnäytetyön tutkimusaineistot viikoilla 12-16 havainnoimalla potilaiden haavahoitotilanteita sekä haastatteleamalla heitä hoitotilanteen jälkeen. Havainnointi- ja haastattelutilanteet nauhoitetaan. Lisäksi käytämme havainnoidessamme tietokonetta kirjaamisvälineenä. Kerätyt aineistot käsitellään huolellisesti ilman nimeänne tai muita henkilöllisyystietojanne. Ääninauhoitteet säilytetään huolellisesti ulkopuolisten tavoittamattomissa ja tuhoetaan tietosuoja huomioiden opinnäytetyön valmistuttua. Saatuja tuloksia käytetään potilaan haavahoidon kehittämiseen. Opinnäytetyön tekijät ovat Laurea ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelijat Anni Melentjeff ja Emma Kaipainen.

Pyydämme Teiltä lupaa saada havainnoida haavahoitotilannettanne ja sen jälkeen haastatella teitä tilanteesta. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssä nyt tai tulevaisuudessa.

Halutessanne lisätietoja opinnäytetyöstämme, pyydämme teitä kääntymään puoleemme. Tunnistatte meidät Laurea ammattikorkeakoulun tumman sinisistä paidoista.

Emma Kaipainen
emma.kaipainen@student.laurea.fi

Anni Melentjeff
anni.melentjeff@student.laurea.fi

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Minä _____ annan suostumukseni sairaanhoitajaopiskelijoille Emma Kaipaiselle ja Anni Melentjeffille havainnoida haavahoitoani ja haastatella Minua haavahoidon jälkeen.
Ymmärrän että havainnointi- ja haastattelutilanne nauhoitetaan.

Aika ja paikka: _____

Allekirjoitus: _____

Liite 3: Teemahaastattelurunko

PÄÄTEEMA	PÄÄKYSYMYS	ALATEEMA	ALAKYSYMYKSET	TARKENTAVAT KYSYMYKSET
Palvelukokemus haavanhoitotilanteesta	<p>Millainen kokemus teille jäi haavanhoitotilanteesta?</p> <p>Mikä meni erityisen hyvin?</p> <p>Mitä asioita voisi parantaa?</p>	<p>Palvelukokemus haavanhoidosta</p> <p>Taustatekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onko aiemmin ollut haavanhoitoja? Eri haava vai sama haava kuin nyt? - Kuinka kauan tätä haavaa on hoidettu? Moneko haavanhoitokerta? - Onko kokemus muuttunut haavanhoidon aikana? 	<p>Millainen kokemus teille jäi itse haavan hoidosta tilanteessa?</p>	<p>Mikä onnistui mielestänne hyvin?</p> <p>Miten haavanhoidon voisi toteuttaa paremmin?</p> <p>Miten koitte ympäristön vaikuttavan tilanteeseen?</p> <p>Miten haavan sijainti/koko vaikutti tilanteessa kokemukseenne?</p> <p>Miten hoitovälineet ja tuotteet vaikuttivat kokemukseenne?</p>
		<p>Palvelukokemus kivunhoidosta haavanhoitotilanteessa</p>	<p>Millainen kokemus teille jäi kivunhoidosta haavanhoitotilanteen yhteydessä?</p>	<p>Miten kivunhoito onnistui?</p> <p>Miten kivunhoito olisi voinut onnistua paremmin?</p> <p>Miten kipunne otettiin huomioon?</p> <p>Ohjattiinko kivun ilmaisemiseen etukäteen? Miten?</p> <p>Miten kipua mitattiin ja arvioitiin?</p>
		<p>Palvelukokemus potilasohjauksen vuorovaikutuksesta</p>	<p>Millaisena koitte vuorovaikutuksen haavanhoitotilanteessa?</p> <p>Miten teitä ohjattiin haavanhoitotilanteessa?</p>	<p>Miten vuorovaikutus eteni?</p> <p>Millainen tunnelma haavanhoitotilanteessa oli/jäi?</p>

Liite 4: Analyysirunko

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ
Haastattelu:	Haastattelu: Havainnointi:	Palvelukokemukseen vaikuttaa ympäristön ja tilan tarkoituksenmukaisuus	Palvelukokemus haavan konkreettisesta hoidosta	Palvelukokemus haavanhoidosta
Haastattelu:	Haastattelu: Havainnointi:	Palvelukokemukseen vaikuttaa haavan koko ja sijainti		
Haastattelu:	Haastattelu: Havainnointi:	Palvelukokemukseen vaikuttaa haavan hoidon toteuttaminen tavoitteellisesti ja yhdenmukaisesti		
Haastattelu:	Haastattelu: Havainnointi:	Palvelukokemukseen vaikuttaa potilaan yksilöllinen kivun arviointi ja hoitaminen	Palvelukokemus kivunhoidosta haavanhoidon yhteydessä	
Haastattelu:	Haastattelu: Havainnointi:	Palvelukokemukseen vaikuttaa hoitajan ja potilaan välinen ohjaussuhde	Palvelukokemus vuorovaikutuksesta haavanhoitotilanteessa	
Haastattelu:	Haastattelu: Havainnointi:	Palvelukokemukseen vaikuttaa hoitajan vuorovaikutustyyli haavanhoitotilanteessa		
Haastattelu:	Haastattelu: Havainnointi:	Palvelukokemukseen vaikuttaa ohjauskeskustelu ja sen sisältö		
Haastattelu:	Haastattelu: Havainnointi:	Palvelukokemukseen vaikuttaa hoitajan vuorovaikutuksellisten ohjausmenetelmien käyttö		

Liite 5: Tutkimuslupahakemus

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Liite 1

5/4/2018

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet KAIPAINEN, EMMA NELLA EMILIA MELENTJEFF, ANNI NATALIA	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta SAIRAANHOITAJAOPIKSELIJA	
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm emma.kaipainen@student.laurea.fi / 0405939232 anni.melentjeff@student.laurea.fi / 0505964206	
	Kotiosoite OJALANKATU 22 C 15, 05830 HYVINKÄÄ NORPONTIE 74, 05620 HYVINKÄÄ	
	Yliopisto ja laitos/ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee LAUREA AMMATTIKORKEAKOULU	
	Yliopiston laitoksen/ammattikorkeakoulun/oppilaitoksen osoite UUDENMAANKATU 22	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Pirkko Rimpilä-Vanninen, lehtori, THM, puh. 046 8567722 <i>pirkko.rimpila-vanninen@laurea.fi</i>	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa On hyväksytty	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi SIPILÄ RIIKKA-MARJA	
	Työpaikan osoite SAIRAANKATU 1, 05850 HYVINKÄÄ	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm riikka-man.sipila@hus.fi	
	HUS:n tulosalue, tulossyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Mediiviivien ty	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa PLASTIikkAKIRURGISEN POTILAAN KOKEMUS HATTAHOIDON SUJUUDESTA	
	Asiasanat (max 5 kpl) HAAVAHOITO, POTILASOHJAUS, POTILAAN KOKEMUS	
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteritutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tiedot <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS-hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 11/2017	Arvioitu päättymispvm. 5/2018
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa		
HYKS-sairaanhoidtoalue <input type="checkbox"/> HYKS Akuutti <input type="checkbox"/> HYKS Lasten ja nuorten sairaudet (LaNu) <input type="checkbox"/> HYKS Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito (ATEK) <input type="checkbox"/> HYKS Naistentaudit ja synnytykset (NaiS) <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatria <input type="checkbox"/> HYKS Pää- ja kaulakeskus <input type="checkbox"/> HYKS Sisätaudit ja kuntoutus (Sisu) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Syöpäkeskus <input type="checkbox"/> HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgia <input type="checkbox"/> HYKS Tulehduskeskus <input type="checkbox"/> HYKS Vatsakeskus <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidtoalueen johto		<input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoidtoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoidtoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoidtoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoidtoalue <input type="checkbox"/> HUS Yhtymähallinto <input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kliinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä

Kohderyhmä <input checked="" type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 10 - 12
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input checked="" type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välittömän soveltuvuusarvo toimintaan, mihin HAAVAINNINTOON JA SEN OHJAUKSEEN, <input type="checkbox"/> Ei välittömää sovellettavuutta POTILKSEN PALVELU- KOKEMUKSEN PARANTAMISEEN
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 28.1.2018		Päiväys 6-2-2018
 Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys EIVARA KARPAINEN ANNI MELENTJEFF		 HUS:n vastuhenkilö nimenselvitys RIIKKA SIPILÄ
Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija HUS:ssa Päiväys 2.2.2018 Päivi Mella Päivi Melk		Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja HUS:ssa Päiväys 6.2.2018 Marika Härmäläinen Osastoryhmän päällikkö Hyvinkään sairaala - HUS
Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija nimenselvitys		Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja nimenselvitys

Hakemukseen on liitetty seuraavat liitteet


Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
 Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
 Aineiston keruulomake
 Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
 Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
 Vaitiolosittamus/salassapito- ja käyttäjäsittamus
 Tutkittavan tiedote ja suostumus
 Eettisen toimikunnan lausunto
 STM:n lupa
 Henkilörekisteriseloste

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	Lomakepäätöksen numero <u>4/2018</u>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti	
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että	
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)	
*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä		
Tutkimusluvan alkamispäivä <u>9.3.2018</u>		Tutkimusluvan päättymispäivä <u>15.6.2018</u>
Päiväys <u>9.3.2018</u>		
Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys 		

Opinnäytetyön tekijä	Opinnäytetyöntekijä tai tekijät. Jos tekijöitä on useita, ensimmäiseksi merkityn henkilön osoite- ja yhteystiedot
Opinnäytetyön ohjaaja	Yliopiston tai oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot
HUS:n vastuuhenkilö	Tutkimuksen vastuuhenkilön ohjauksessa opiskelija voi suorittaa opinnäytetyön lakien ja asetusten, viranomaismääräysten ja HUS:n määräysten ja ohjeiden mukaisesti ja raportoida opinnäytetyöstä tutkimusluvan myöntäjälle. Vastuuhenkilö seuraa tutkimuksen kulkua ja huolehtii sen järjestämisestä koskevasta tiedottamisesta ja etsii opinnäytetyön tarvitsemat yhdyshenkilöt ao. tutkimusyksiköistä. Jos tutkimus kohdistuu sairaanhoitoalueen useaan tulosyksikköön, vastuuhenkilö voidaan nimetä sairaanhoitoalueelta. Jos tutkimus kohdistuu usealle sairaanhoitoalueelle tai koko HUS:iin, vastuuhenkilö voidaan nimetä yhtymähallinnosta.
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Koska nimi tulee julkiseen rekisteriin, opinnäytetyön nimeksi on syytä valita otsikko, joka kuvaa tehtävää työtä. Opinnäytetyön tyyppi luokitellaan esim. pro gradu, kliininen hoitotiede Opinnäytetyön suorituspaikat: merkitään kaikki, joista aineisto kerätään. Tutkittava(t) kohderyhmät ja havaintoyksiköt kuvataan esim. Potilaat N=10, Omaiset N=10, Asiakirjat N=10. Aineiston keruumenetelmät luokitellaan.
Asiasanat	Käytetään esim. YSA/FinMeSH tai hoitotyön asiasanastoa enintään 5 kpl
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot	Kuvataan, mitkä muut laitokset ja yhteistyötahot ovat mukana esim. monikeskustutkimuksen osapuolet.
Aiheuttaako opinnäytetyö kustannuksia HUS:lle	Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa tavanomaiseen toimintaan nähden ylimääräisiä kustannuksia tutkittavalle tai sairaalalle. Aloitustilavuuden myöntäjä voi vaatia perustelut siitä, miksi kustannuksia ei aiheudu. HUS:n kannalta merkittävistä kustannuksissa eritellään tarvittava henkilökunnan työpanos (haastatteluaika/hlö), monistus- ja materiaalikulut, asiakirjapainotakulut yms. Ylimääräisistä kustannuksista laaditaan kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma, jotka toimitetaan erillisenä liitteenä.
Opinnäytetyön hyödyt ja vaikutukset HUS:n toimintaan	Opinnäytetyön tekijän ja ohjaajan näkemys opinnäytetyön hyödyistä/vaikutuksista HUS:n toimintaan.
Eettinen arviointi	Luvan myöntäjä arvioi, tarvitaanko eettisen toimikunnan lausuntoa.
Allekirjoitukset	Opinnäytetyön tekijän, HUS:n vastuuhenkilön ja puoltajan (tapauskohtaisesti) sekä opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelijan (tapauskohtaisesti) allekirjoitukset. Tapauskohtaisesti on harkittava puoltajan ja valmistelijan tarve. Lupa myönnetään ohjeen mukaan joko lomakepäätöksenä tai viranhaltijapäätöksenä.
Liitteet	Tutkimuslupahakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma (ml tarvittava selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa), opinnäytetyön tutkimussuunnitelman tiivistelmä, aineistonkeruulomake ja kysely/haastattelulomakkeen saatekirje. Tutkimusluvan myöntäjä voi lisäksi tarvittaessa vaatia muuta liiteaineistoa.