



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Laura Miinalainen, Amanda Simpson

Ortopedisen potilaan potilasohjaus, sisältö ja menetelmät

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Marraskuu 2019

Tekijä(t) Otsikko	Laura Miinalainen ja Amanda Simpson Ortopedisen potilaan potilasohjaus, sisältö ja menetelmät
Sivumäärä Aika	27 sivua + 2 liitettä Marraskuu 2019
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Liisa Montin, TtT, sh, lehtori
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla kirjallisuuskatsauksen avulla ortopedisen potilaan potilasohjauksen sisältöä ja menetelmiä. Tässä työssä haluttiin kuvailla mitä tietoa ortopedisen potilaan potilasohjaus sisältää ja minkälaisia ohjausmenetelmiä on käytetty.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin noudattamalla kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Tutkimusaineisto on kerätty hoitotieteellisistä tietokannoista: Medic, CINAHL ja Medline. Lopulliseksi aineistoksi valikoitui 11 suomen- ja englanninkielistä tutkimusta, jotka vastasivat ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Aineiston analysoinnissa käytettiin potilasohjauksen sisällön osalta apuna voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen kuutta eri tietoaletta. Tietoaletat olivat: biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, sosiaalinen, eettinen ja taloudellinen. Aineisto on analysoitu deduktiivista sisällönanalyysiä hyödyntäen.</p> <p>Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, että ortopediset potilaat saavat eniten ohjausta biofysiologisen ja toiminnallisen tiedon alueilta. Tulosten mukaan potilaat saavat vähiten ohjausta eettisestä ja taloudellisesta tietoaletasta. Tärkeimmät potilasohjausmenetelmät ovat suullinen, kirjallinen ja puhelimen välityksellä tapahtuva potilasohjaus sekä tietotestin (KTFI) käyttö potilasohjausmenetelmänä.</p> <p>Tavoitteena on hyödyntää kirjallisuuskatsauksen tuloksia käytännön hoitotyössä sekä sairaanhoitajien ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Potilasohjausta on tärkeä jatkossa kehittää, sillä siinä on parannettavaa sekä potilasohjauksen sisällön, että menetelmien osalta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyönä HUS Töölön sairaalan kanssa.</p>	
Avainsanat	Potilasohjaus, ortopedinen potilas, kirjallisuuskatsaus

Authors Title	Laura Miinalainen and Amanda Simpson Patient education, content and methods of an orthopedic patient
Number of Pages Date	27 pages + 2 appendices November 2019
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to describe the content and methods of patient education of an orthopedic patient by means of a literature review. In this study we wanted to describe what information the orthopedic patient's education contains and what kind of methods have been used.</p> <p>This study was carried out following the principles of the literature review. The research material has been collected from nursing science databases: Medic, CINAHL and Medline. We selected 11 Finnish and English studies for the final data, which answered the pre-set research questions. In analysing the data, six different dimensions of empowering patient education were used to support patient education content. The dimensions of the empowerment are biophysiological, functional, experimental, social, ethical and financial. The collected data was analysed using the concept of deductive content analysis.</p> <p>The results of literature review showed that the orthopedic patients receive the most education in the biophysiological and functional dimensions. According to the results patients receive less education from ethical and financial dimensions. The most important patient education methods are oral, written, telephone guidance and The Knowledge Test Feedback Intervention.</p> <p>The aim is to utilize the results of the literature review in practical nursing and orientation of nurses and nursing students. It would be important to develop patient guidance in the future as there is room for improvement in both the content and methods of patient guidance. This final project has been done in co-operation with HUS Töölö hospital.</p>	
Keywords	Patient education, orthopedic patient, literature review

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tausta	2
2.1	Ortopedia ja ortopedinen potilas	2
2.2	Potilasohjaus	2
2.3	Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus	4
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	5
4	Työn toteutus	5
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	5
4.2	Aineiston valinta	6
4.3	Aineiston analyysi	8
5	Tulokset	10
5.1	Potilasohjauksen sisältö	10
5.1.1	Biofysiologinen tieto	10
5.1.2	Toiminnallinen tieto	11
5.1.3	Kokemuksellinen tieto	12
5.1.4	Eettinen tieto	13
5.1.5	Sosiaalinen tieto	13
5.1.6	Taloudellinen tieto	14
5.2	Potilasohjauksen menetelmät	15
5.2.1	Suullinen potilasohjaus	15
5.2.2	Kirjallinen potilasohjaus	16
5.2.3	Puhelinohjaus	17
5.2.4	Tietotesti ohjausmenetelmänä	17
6	Pohdinta	18
6.1	Tulosten pohdinta	18
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	22
6.3	Kehittämishaasteet	23
	Lähteet	25
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku-aulukko	
	Liite 2. Analysoidut artikkelit	

1 Johdanto

Ortopedia on tuki- ja liikuntaelinten vikojen, vammojen ja sairauksien tutkimiseen sekä hoitoon erikoistunut lääketieteen ala (Ortopedia 2008). Ortopedian yleisimpiä toimenpiteitä ovat tähytysavusteiset leikkaukset, tekonivelleikkaukset sekä selkärangan seudun erilaisten sairauksien hoito. Kyseisen erikoisalan vaativimpia hoitoja ovat selkärangan nivelten sekä raajojen pitkälle edenneiden kuluma- tai muiden sairauksien hoidot. (Ortopedia ja traumatologia. HUS.) Esimerkiksi vuonna 2018 Suomessa tehtiin noin 9 500 lonkan kokotekonivel primaarileikkausta sekä lisäksi noin 1 500 uusintaleikkausta. Polven tekonivelleikkauksia tehtiin noin 12 000 ja uusintaleikkauksia lisäksi 900. (Suomen tekonivelrekisteri 2018.)

Koska erikoissairaanhoidossa hoitoajat ovat lyhentyneet on tärkeää, että potilas saa mahdollisimman laadukasta potilasohjausta. Hyvällä potilasohjauksella on positiivisia vaikutuksia potilaan ja läheisten terveyteen sekä terveyden edistämiseen. On tärkeää niin potilaan sekä kansantalouden kannalta, että hyvään potilasohjaukseen panostetaan. (Kääriäinen 2008: 10.) Potilasohjaus on tärkeä hoitotyön auttamismenetelmä. Siinä sairaanhoitaja tukee vuorovaikutuksen avulla potilaan omatoimisuutta, toimintakykyä ja itsenäisyyteen tähtäävää elämää. (Eloranta – Virkki 2011: 7-11.)

Potilasohjausta annetaan kaikille ihmisille sukupuolesta, iästä, henkilön terveydentilasta tai kulttuuritaustasta riippumatta ja kaikilla on lain mukaan oikeus saada riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Lain lisäksi myös etiikka määrittää potilasohjausta ja sen sisältöä. Etiikan mukaan jokaista ihmistä tulee arvostaa ja kunnioittaa. Potilaan yksilöllisyys, ihmisoikeus ja itsemääräämisoikeus tulee ottaa huomioon ohjauksessa. Jokaisella ammattihenkilöllä on myös lain ja eettisten ohjeiden mukaan velvollisuus kehittää ja ylläpitää omaa ammatillisuuttaan. (Eloranta – Virkki 2011: 7-11.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla aikaisemman tutkimustiedon perusteella, mitä ortopedisen potilaan potilasohjaus sisältää ja millä menetelmillä sitä toteutetaan. Tavoitteena on, että työtä voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä potilasohjausta kehittäessä. Tämä opinnäytetyö on osa suurempaa opinnäyteyhteistyökokonaisuutta, joka tehdään yhteistyössä HUS Töölön sairaalan kanssa.

2 Opinnäytetyön tausta

2.1 Ortopedia ja ortopedinen potilas

Ortopedian ja traumatologian erikoisala tutkii pääosin luuston ja muiden tukikudosten vammoja ja sairauksia. Suurin osa hoidoista perustuu leikkauksiin ja muihin toimenpiteisiin, mutta erikoisalalle kuuluu myös ei-leikkauksellisten hoitojen arviointi, suunnittelu ja toteutus. Ortopedian toimenpiteet ovat pääsääntöisesti kiireettömiä, kun taas traumatologian erikoisalan toimenpiteet ovat yleisesti kiireellisiä ja päivystysluonteisia. Ortopedia ja traumatologia ovat volyymiltaan suurin kirurgian erikoisala sillä 40 % kaikista Suomessa tehtävistä toimenpiteistä on ortopedian ja traumatologiaan liittyviä toimenpiteitä. Ortopedian ja traumatologian erikoisalan yleisimpiä toimenpiteitä voivat olla muun muassa nivelten tähytysavusteiset leikkaukset, tekonivelleikkaukset sekä raajojen murtumien ja sairauksien korjausleikkaukset. (Ortopedia ja traumatologia. HUS.)

Ortopediset potilaat jakautuvat kahteen pääryhmään. Ensimmäinen ryhmä muodostuu ortopedian potilaista, jotka kärsivät muun muassa tuki- ja liikuntaelimestön synnynnäisistä epämuodostumista, tulehduksellisista ja rappeuttavista luu- ja nivelsairauksista. Lisäksi samaan ryhmään kuuluu lihasten, jänteiden, nivelsiteiden ja nivelkalvon tauteja sekä osa hermoston ja verisuonten taudeista. Kyseisen ryhmän potilaista käytetään nimitystä klassiset ortopedian potilaat. Toiseen ryhmään kuuluvat vartalon ja raajojen tapaturmavammapotilaat. (Rokkanen ym. 2003: 9.)

Ortopedisen potilaan hoitomuoto valitaan yksilöllisesti iän, sukupuolen, ammatin ja kotiohjelmien mukaan taustatietojen selvityksen aikana. Lisäksi potilaan asenne on tärkeä, ja se tulee ottaa huomioon hoitomuodon valinnassa. (Dandy – Edwards 2009: 9.)

2.2 Potilasohjaus

Potilasohjauksella tarkoitetaan muun muassa käytännöllisen opastuksen antamista, sairaanhoitajan ohjauksen alaisena toimimista tai potilaan toimintaan vaikuttamista (Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Renfors 2007: 25). Ohjauksen lähikäsitteiksi voidaan laskea neuvonta, opetus ja tiedon antaminen. Ohjauksessa on kyse selviytymisen, tiedon ja taidon rakentamisesta yhteistyössä ohjaajan ja ohjattavan kanssa. Potilasohjaus on suunnitelmallinen prosessi, joka tapahtuu sairaanhoitajan ja asiakkaan aktiivisena sekä

tavoitteellisena toimintana ja pyrkii potilaan omatoimiseen selviytymiseen jokapäiväisessä elämässä. Toiminta on sidoksissa potilaiden taustatekijöihin ja se tapahtuu vastavuoroisena ohjaussuhteena. (Eloranta – Virkki 2011: 19; Kyngäs ym. 2007: 25.)

Ohjauksessa on tärkeää huomioida taustatekijät, kuten fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät, jotka kaikki vaikuttavat ohjaukseen. On tärkeää selvittää potilaan tilanne ja mahdollisuudet sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan, jotta voidaan vastata potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Ohjauksen tarkoituksena on kannustaa ohjattavaa potilasta auttamaan itseään omassa elämässään hänen lähtökohdistaan riippumatta. Ohjattavan motivoitumisen ja sitoutumisen kannalta tavoiteltavaa on, että ohjattava ymmärtää hoidon merkityksen sekä kokee voivansa vaikuttaa siihen. (Eloranta – Virkki 2011: 19-20.)

Myös sairaanhoitajan taustatekijöiden tunnistamisella on vaikutusta ohjaustavoitteisiin pääsemiseksi. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää omat tunteensa, tapansa toimia ja ajatella sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä, jotta voi toimia niin, että potilaan tilanne selkiytyy. (Kyngäs ym. 2007: 26-28.) Potilaan ja sairaanhoitajan taustatietojen selvittämisen jälkeen, voidaan asettaa ohjauksen tavoitteet. Jotta tavoitteet olisivat potilaan saavutettavissa, on tärkeää sopia tavoitteet yhteistyössä potilaan kanssa. Realistiset, konkreettiset ja mitattavat tavoitteet on hyvä kirjoittaa ylös, jotta edistetään potilaan sitoutumista ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007: 75).

Sairaanhoitajan tehtävä on valita sopiva potilasohjausmenetelmä ottaen huomioon, miten potilas ymmärtää asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. Osalle potilaista on helpompaa tarkastella asioita kokonaisuuksista yksityiskohtiin ja toisille potilaille päinvastoin. Joillekin voi olla helpompaa hahmottaa ohjausta visuaalisesti esimerkiksi kuvamateriaalin avulla, kun taas toiset muistavat kielellisesti ilmaistut asiat helpommin. Ohjausmenetelmiä ovat yksilö- tai ryhmäohjaus sekä audiovisuaalinen ohjaus. Ohjaus voi olla esimerkiksi puhelinohjausta, videoiden avulla tapahtuvaa ohjaamista tai kirjallisia ohjeita. Huolimatta siitä, millaisella tavalla potilas ohjausta omaksuu, on keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen lopuksi tärkeää. (Kyngäs ym. 2007: 73-130).

Potilaalla on lain mukaan oikeus saada tietoa ja neuvontaa omasta terveydentilastaan riittävän ymmärrettävästi. Ammattilaiset ovat siis velvoitettuja antamaan potilaalle tietoja hänen terveyteensä sekä hoitoihin liittyvistä seikoista, mikäli annettava tieto ei aiheuta vakavaa haittaa potilaan terveydelle ja jos potilas niitä pyytää. Mahdollisuuksien mukaan

on myös pidettävä huoli tulkkaamisesta, jos potilas ei ymmärrä sairaanhoitajan puhumaa kieltä tai ei puhe- tai näkövammansa puolesta pysty ymmärtämään ohjausta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 5.)

2.3 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus

Voimavaraistumisen käsite on vaikea määritellä yksiselitteisesti (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 26). Se on moniulotteinen ja abstrakti käsite, jota on käytetty monipuolisesti eri tieteenaloissa ja niin myös terveydenhuollon yhteydessä (Weisbeck – Lind – Ginn 2019: 1149). Käsite ”empowerment” on ainakin käännetty voimaantumiseksi, valtaistumiseksi, työn sisäiseksi hallinnaksi, työn hallinnaksi ja sisäiseksi hallinnaksi (Rompainen ym. 2013: 267-268; Leino-Kilpi ym. 1999: 26). Tässä työssä empowerment-käsite sisältää kaikki edellä mainitut käännökset ja siitä käytetään käsitettä voimavaraistuminen.

Voimavaraistumisen prosessiksi voidaan luokitella toimintaa, joka auttaa ihmisiä kehittämään taitoja itsenäiseen ongelmanratkaisuun ja päätöksentekoon (Leino-Kilpi – Luoto – Katajisto 1998: 116). Voimavaraistumisella viitataan prosessiin, joka helpottaa potilaan itsehoitoa sekä käyttäytymisen muutosta. Se vaatii molemminpuolista sekä luottavaista vuorovaikutussuhdetta potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä (Weisbeck ym. 2019: 1149.) Nykyään oletuksena on, että potilaat ovat enemmän aktiivisempia osapuolia terveydenhoidossa ja heillä on myös vastuu omasta hoidostaan. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus kasvattaakin potilaan itsehallintaa ja päätöksentekoa hoitoonsa liittyen. (Weisbeck ym. 2019: 1149-1149.)

Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen elementit voidaan määritellä seuraavasti. Se sisältää kuusi keskeistä tietoaletta, joita ovat biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, eettinen, sosiaalinen ja taloudellinen tietoaletta. Biofysiologiseen tietoaletteeseen kuuluvat esimerkiksi tieto sairaudesta, oireista, sairauden hoitovaihtoehdoista, tutkimuksista ja komplikaatioista. Toiminnalliseen tietoaletteeseen kuuluvat muun muassa toimintakyky, ravinto, lepo ja apuvälineet. Kokemukselliseen tietoaletteeseen kuuluvat ainakin tunteet sekä aikaisemmat sairaalakokemukset ja aikaisempi kokemus terveydestä. Eettiseen tietoaletteeseen kuuluvat potilaan osallisuus päätöksentekoon, potilaan oikeudet ja luottamuksellisuus. Sosiaaliseen tietoaletteeseen kuuluvat sosiaaliset suhteet su-

kulaisiin, läheisiin ja muihin potilaisiin. Taloudelliseen tietoon kuuluvat taloudellisiin tekijöihin liittyvät asiat kuten kustannukset, vakuutusasiat ja saatavat edut (Leino-Kilpi ym. 1998: 117; Leino-Kilpi ym. 2005: 310.)

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla aikaisempien tutkimusten perusteella, mitä ortopedisen potilaan potilasohjaus on. Saatua tietoa voidaan hyödyntää sairaanhoitajien sekä opiskelijoiden koulutuksessa ja perehdytyksessä ortopedisen potilaan hoitotyössä ja sitä kehittäessä. Tässä työssä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Mitä ortopedisen potilaan ohjaukseen sisältyy? Mitä menetelmiä siinä käytetään?

4 Työn toteutus

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen muotoja on monenlaisia, mutta ne voidaan kuitenkin nykyään ryhmitellä kolmeen eri luokkaan eli metatutkimuksiin, systemaattisiin sekä kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin. Metatutkimuksen ideana on tehdä systemaattinen kirjallisuushaku, kirjallisuuden arviointi sekä valitun alkuperäisaineiston käsittely. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus taas pohjautuu eksplisiittiseen menetelmään, jonka tarkoituksena on tehdä aikaisemmista tutkimuksista yhteenveto. (Kangasniemi ym. 2013: 293.) Tämä työ toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen periaatteita noudattaen.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on runsaasti käytetty kirjallisuuskatsauksen muoto ja se on itsenäinen tutkimusmenetelmä, joka noudattaa tieteellisiä periaatteita. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pyritään löytämään tietoa tutkittavasta aiheesta sekä selvittämään keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Kyseisessä tutkimusmenetelmässä on neljä eri vaihetta: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Kirjallisuuskatsaukselle tyypillistä on, että vaiheiden rajat ovat häilyviä eli niissä voi olla päällekkäisyyksiä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tärkein tekijä on tutkimuskysymys, joka ohjaa koko tutkimusprosessia. (Kangasniemi ym. 2013: 291-294.)

Tutkimuskysymys ohjaa myös kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa. Aineiston tulee vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja lisäksi on tärkeää huomioida, että se täsmentää, jäsentää sekä avaa tutkimuskysymystä. Aineisto voidaan valita kahdella toisistaan poikkeavalla menetelmällä eksplisiittisellä tai implisiittisellä menetelmällä. Molemmissa menetelmissä haetaan tietoa asianmukaisista tieteellisistä lähteistä, mutta ne eroavat toisistaan systemaattisuudessa ja raportointitavassa. Implisiittisessä aineiston valinnassa ei ole tarkkoja aineistonvalintakriteereitä eikä käytettyjä tietokantoja erikseen määritellä vaan sen sijaan ne tuodaan esille raportin tekstissä. Eksplisiittisessä menetelmässä taas hyödynnetään erilaisia aineistonrajauksia sekä valintaprosessin vaiheet raportoidaan, jolloin aineiston valintaa kuvataan tarkemmin kuin implisiittisessä menetelmässä. (Kangasniemi ym. 2013: 295-296.)

4.2 Aineiston valinta

Tutkimuskysymys ohjaa kirjallisuuskatsauksen aineiston valitsemista ja tarkoituksena on löytää mahdollisimman hyvä aineisto vastaamaan tutkimuskysymykseen. Aineiston valinnassa kiinnitetään huomiota siihen, miten alkuperäistutkimus vastaa asetettuun tutkimuskysymykseen ja täsmentääkö, kritisoiko tai avaako se tutkimuskysymystä. Yksi oleellisimmista seikoista aineiston valinnassa on myös se, että sen perusteella voidaan tarkastella tutkittavaa aihetta ilmiölähtöisesti ja tarkoituksenmukaisesti. (Kangasniemi ym. 2013: 295.)

Kirjallisuuskatsauksessa eksplisiittinen aineiston valinta kuvataan yleensä tarkkaan. Lisäksi siinä hyödynnetään aineiston rajaamista aika- ja kielirajauksilla. Tärkeää tässä valintamenetelmässä on myös valitun aineiston vastaaminen tutkimuskysymykseen. Tämä ei kuitenkaan rajaa pois sitä, että aineiston pitäisi perustua vain hakusanoihin ja rajauksiin, vaan tärkeää on, että aineisto vastaa mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseen. Tärkeintä valitussa aineistossa on sen sisältö, mikä tarkoittaa aineiston valinnassa koko ajan tapahtuvaa ja vastavuoroista vertailua. Näin tutkimuskysymys ja valittu aineisto tarkentuvat koko prosessin ajan. (Kangasniemi ym. 2013: 295-296.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytetään eksplisiittistä aineiston valintaa.

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin hyödyntäen kolmea tieteellistä tietokantaa Medic, Medline ja Cinahl. Tiedonhaussa pyrittiin käymään läpi mahdollisimman kattavasti eri

tietokannoista löytyviä lähteitä. Aineistoksi valittiin tutkimukset, jotka vastasivat mahdollisimman hyvin asetettuihin tutkimuskysymyksiin sekä koskivat elektiivisiä ortopedisiä leikkauspotilaita.

Mukaan opinnäytetyöhön hyväksyttiin hoitotieteelliset tutkimusartikkelit. Opinnäytetyöhön valittiin vain relevantit ja ajankohtaiset tutkimukset sekä vain alkuperäisaineistoa. Lisäksi aineisto rajattiin suomen- ja englanninkielisiin tutkimusartikkeleihin. Aineiston sisäänotto ja poissulkukriteerit on kuvattu tarkemmin taulukossa 1.

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineiston vastaaminen asetettuun tutkimuskysymykseen	Aineisto ei vastaa asetettuun tutkimuskysymykseen
Alkuperäisaineisto	Toissijainen lähde
Aineiston kielenä suomi tai englanti	Aineiston kielenä muu kuin englanti tai suomi
Mahdollisimman ajankohtaiset julkaisut	Ei ajankohtaiset julkaisut
Elektiiviset leikkauspotilaat	Ei elektiiviset leikkauspotilaat
Hoitotieteelliset tutkimusartikkelit	Muut kuin hoitotieteelliset tutkimusartikkelit

Hakusanoina Medic-tietokannassa käytettiin sanoja ”potilasohjaus” ja ”ortopedinen potilas”. Medic-tietokannassa haettiin kohdennetusti tieteellisistä hoitotyön lehdistä Hoitotiede ja Tutkiva Hoitotyö. Cinahl-tietokannassa hakusanoja olivat ”patient education”, ”orthopedic patient” ja ”orthopaedic patient”. Cinahl-tietokannasta haettiin myös kohdennetusti näistä tieteellisistä lehdistä: ”Journal of Orthopaedic Nursing” ja ”Orthopaedic Nursing”. Tiedonhaku on kuvattu tarkemmin taulukon avulla liitteessä 1.

Lopulliseen työhön valikoitui yksitoista tutkimusartikkelia, joista yksi oli suomenkielinen ja kymmenen englanninkielisiä. Tutkimuksista seitsemän on tehty Suomessa, kaksi Yhdysvalloissa, yksi Israelissa ja yksi Kyproksella. Työhön valitut tutkimusartikkelit ovat kuvattu tarkemmin liitteessä 2.

4.3 Aineiston analyysi

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa analyysi perustuu käsittelyosan rakentamiseen. Käsittelyosan rakentamisen tavoitteena on vastata esitettyyn tutkimuskysymykseen ja yhdistää sekä analysoida sisältöä kriittisesti. Tietoa yhdistellään eri tutkimuksista kuitenkin muuttamatta alkuperäistä tietoa, täten voi syntyä uusia tulkintoja. Aineiston analyysin tarkoituksena ei ole referoida, tiivistää tai raportoida alkuperäistä tekstiä vaan tavoitteena on aineiston keskinäinen vertailu, tiedon vahvuuksien ja heikkouksien analysointi sekä mittavien johtopäätösten tekemistä aineistoista. (Kangasniemi ym. 2013: 296.) Työstä on tehty mahdollisimman jäsennelty kokonaisuus yhdistelemällä monipuolisesti erilaisia tutkimustuloksia. Työ pyrittiin tekemään edellä kuvattujen periaatteiden mukaisesti.

Sisällönanalyysi on perinteinen menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida erilaisia aineistoja ja kuvailla niitä (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2015: 165-166). Analyysin tarkoituksena on tiivistää kerätty tietoa aineisto, jotta tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleisellä tasolla. Lisäksi sisällönanalyysin avulla tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita saadaan esitettyä selkeästi. Olennaista on, että sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen – Nikkonen 2001: 23.)

Sisällönanalyysi on prosessi, jonka etenemisestä voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Analyysi voi perustua joko induktiiviseen tai deduktiiviseen päättelyyn ja tämä määrittelee sen, millaiseksi sisällönanalyysin prosessi muodostuu. (Janhonen – Nikkonen 2001: 24.) Induktiivista eli aineistonlähtöistä analyysiä käytetään silloin, jos asiasta ei juuri tiedetä tai aikaisempi tieto on hajanaista. Aineiston analyysi etenee induktiivisessa analyysissä pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain. Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä analyysissä sen sijaan lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet. (Kankkunen ym. 2015: 167.) Analyysiä ohjaa silloin teema, malli tai käsittekartta, jonka avulla aineistoa analysoidaan. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aloitetaan muodostamalla analyysirunko, joka voi olla väljä tai strukturoitu eli tarkasti analyysiä ohjaava. Analyysirungon muodostamisen jälkeen lähdetään pelkistämään aineistoa systemaattisesti käyttämällä luokittelua. Luokittelussa ilmiöt järjestetään yläluokkiin tai alaluokkiin analyysirungon mukaisesti. (Janhonen – Nikkonen 2001: 30-33).

Tässä opinnäytetyössä analyysi toteutettiin käyttäen deduktiivista luokittelua. Analysoinnissa lähdettiin liikkeelle pääluokkien määrittelystä, jotka syntyivät asetetuista tutkimuskysymyksistä. Tämän jälkeen muodostettiin yläluokat potilasohjauksen sisällöstä käyttäen aineiston analysoinnin runkona voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen kuutta keskeistä tietoaaluetta. Alaluokat muodostuivat eri tietoaalueiden alle tutkimuksista poimitujen sisällön tietoaalueiden mukaisesti. Menetelmien osalta luokittelu toteutettiin suoraan pääluokista alaluokkiin tutkimuksista ilmenneiden menetelmien mukaisesti. Toteutettu luokittelu on kuvattu tarkemmin taulukossa 2.

Taulukko 2. Aineiston deduktiivinen luokittelu

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokat
Potilasohjauksen sisältö	Biofysiologinen tietoaalue	Oireet Kivun hoito Hoitovaihtoehdot Haavanhoito Sairaus ja sen hoito
	Toiminnallinen tietoaalue	Liikkuminen Apuvälineet Ravinto Kotona tapahtuvat järjestelyt Turvallisuus Päivittäiset toiminnot Leikkaukseen valmistautuminen
	Kokemuksellinen tietoaalue	Tunteet Aikaisemmat sairaalakokemukset Motivointi itsehoitoon Henkilökunnan läsnäolo Huolet Ahdistus
	Eettinen tietoaalue	Vastuu omasta hoidosta Päätöksenteko

		Luottamuksellisuus Salassapito Potilasasiakirjat
	Sosiaalinen tietoaalue	Läheisten hoitoon osallistuminen Jatkohoito kotiutuksen jälkeen Jatkohoitopaikat Sairaalapapin tai erilaisten potilasjärjestöjen hyödyntäminen
	Taloudellinen tietoaalue	Kuntoutuksen kustannukset Sairauspäivärahat Vakuutuksiin liittyvät asiat Jatkohoidon kustannukset Lääkehoidon kustannukset
Potilasohjauksen menetelmät	Suullinen potilasohjaus	
	Kirjallinen potilasohjaus	
	Puhelinohjaus	
	Tietotestin käyttö menetelmänä	

5 Tulokset

5.1 Potilasohjauksen sisältö

Tuloksista selviää, että ortopedisen potilaan potilasohjauksessa hyödynnetään useasti voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen eri tietoaalueita (Eloranta – Leino-Kilpi – Katajisto – Valkeapää 2015: 14; Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2016: 42).

5.1.1 Biofysiologinen tietoaalue

Biofysiologisella tietoaalueella potilasohjauksen sisällössä korostuvat muun muassa **oireet, kivun hoito, hoitovaihtoehdot ja haavan hoito** (Ben-Morderchai – Herman – Kerzman – Irony 2010: 68; Eloranta ym. 2015: 15). Haavan hoidosta potilaat saivat

ohjausta muun muassa siitä, miten usein haavaa tulee hoitaa ja milloin tikit tulee poistaa. Kivun hoidon ohjauksessa sairaanhoitaja on kertonut kipulääkkeiden ottamisen tärkeydestä sekä lääkkeiden vaikutusajan pituudesta. (Ben-Morderchai ym. 2010: 68.) Tuloksista selviää, että leikkausta edeltävällä ohjauksella on saatu vähennettyä leikkauksen jälkeistä kipua ja mahdollisesti täten vähennettyä kipulääkkeiden tarvetta (Kesänen ym. 2017: 2526). Potilaat, jotka osallistuivat ennen leikkausta järjestettyyn eräänlaiseen ohjaustilaisuuteen, pystyivät hallitsemaan kipua leikkauksen jälkeen paremmin, kuin potilaat, jotka eivät tähän ohjaukseen osallistuneet. Kuitenkaan kummankaan potilasryhmän välillä ei ollut eroa siinä, minkä tasoista kipua oli. (Kearney – Jennrich – Lyons – Robinson – Berger 2011: 394.)

Merkitsevästi suurimmat erot potilaiden, hoitajien ja läheisten välillä olivat erot toteutuneen ohjauksen arvioissa biofysiologisella tietoalueella. Läheiset ja sairaanhoitajat kokivat potilaita vähemmän, että ohjaustilanteessa käsiteltiin biofysiologista tietoa. Potilaat kokivat saavansa merkitsevästi enemmän tietoa eri hoitovaihtoehdoista, kuin omaiset ja yli puolet hoitajista taas arvioivat välittäneensä tietoa eri hoitovaihtoehdoista. (Eloranta ym. 2015: 15.)

Kävi myös ilmi, että sairaanhoitajat arvioivat pääpainon olevan ortopedisen potilaan potilasohjauksessa biofysiologisella tietoalueella esimerkiksi **sairaudessa ja sen hoidossa** (Eloranta ym. 2016: 43). Työn fyysisellä kuormittavuudella oli tilastollisesti merkitystä ohjauksen toteutumiseen. Sairaanhoitajat, jotka kokivat työnsä fyysisesti erittäin tai jonkin verran kuormittavaksi, käsitelivät ohjauksessa biofysiologista tietoa enemmän kuin he, jotka kokivat työnsä vähemmän kuormittavaksi. (Eloranta ym. 2015: 19.) Tuloksista myös ilmenee, että sairaalasta suoraan kotiutuneet potilaat ovat oman arvionsa mukaan saaneet enemmän ohjausta kyseisestä tietoalueesta kuin potilaat, jotka ovat siirtyneet sairaalasta kuntoutukseen omaan terveyskeskukseen (Montin – Johansson – Kettunen – Katajisto – Leino-Kilpi 2010: 250).

5.1.2 Toiminnallinen tietoalue

Ortopediset potilaat saivat tietoa **liikkumisesta** sekä erilaisten **apuvälineiden** käytöstä. Liikuntaan liittyen potilaita ohjeistettiin muun muassa siitä, että vaativaa urheilua tulisi alkuun välttää operoidun jalan takia. Potilasohjaus sisälsi tietoa leikkauksen jälkeisestä **ravinnosta**, kuten korkeakuituisesta ruokavaliosta. Potilaat saivat myös ohjausta **ko-**

tona tapahtuvista järjestelyistä ja turvallisuudesta esimerkiksi apuvälineiden käytöstä kylpyhuoneessa sekä sängyssä, esteettömästä kodista ja yölamppujen käytöstä. (Ben-Morderchai ym. 2010: 68; Montin ym. 2010: 250.) Potilaat saivat myös ohjausta **päivittäisistä toiminnoista**, kuten peseytymisestä, levosta, eritystoiminnasta sekä **leikkaukseen valmistautumisesta** (Eloranta ym. 2015: 17; Kesänen ym. 2016: 1986).

Potilaiden kokemusten mukaan he saivat toiseksi eniten tietoa toiminnallisesta tietoa-alueesta heti biofysiologisen tietoa-alueen jälkeen. Tämä tietoa-alue korostui muihin voimava- raistumista tukevan potilasohjauksen tietoa-alueisiin verrattuna. (Montin ym. 2010: 248-249.) Myös seitsemän Euroopan maan välisessä vertailussa tuli ilmi, että ortopedisen potilasohjauksen sisällöstä korostui merkittävästi toiminnallinen tietoa-alue. Sekä sairaanhoitajat, että potilaat kokivat tämän tietoa-alueen korostuvan potilasohjauksessa. (Charalambous ym. 2018: 779.) Sairaanhoitajat kokivat itse myös, että antavat toiseksi eniten potilasohjausta liittyen toiminnalliseen tietoa-alueeseen (Eloranta ym. 2016: 42).

Päivittäisistä toiminnoista, kuten kymmenen metrin kävelystä, tuoilta noususta ilman käsiä, housujen pukemisesta ja suihkussa käymisestä sekä välineellisistä toiminnoista, kuten siivoamisesta, matkustamisesta ja lääkkeiden ottamisesta suoriutuivat paremmin potilaat, jotka saivat potilasohjausta rakenteellisesti verrattuna potilaisiin, jotka saivat standardin mukaista yksilöohjausta. (Ben-Morderchai ym. 2010: 72.) Leikkausta edeltävä potilasohjaus edesauttoi sitä, että potilaat kokivat olevansa selkeästi paremmin valmistautuneita leikkaukseen, kuin potilaat, jotka eivät saaneet sairaanhoitajan antamaa strukturoitua ohjausta (Kearney ym. 2011: 394).

5.1.3 Kokemuksellinen tietoa-alue

Kokemuksellisen tietoa-alueen ohjaus pitää sisällään sairauden aiheuttamat **tunteet, aikaisemmat sairaalakokemukset** sekä tunteista keskustelun (Eloranta ym. 2015: 17; Montin ym. 2010: 250). Potilaista 62 % on ollut täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ohjaustilanteissa on käsitelty kokemuksellista tietoa. Sairaanhoitajista taas vain reilu puolet eli 51 % on arvioinut olevansa täysin samaa mieltä siitä, että ovat välittäneet tietoa potilaalle minkälaisia tunteita sairaus ja sen hoito mahdollisesti aiheuttavat. (Eloranta ym. 2015: 15.) Mikäli potilaat olivat arvioineet sairaalahoidon yleisesti ottaen positiiviseksi kokemukseksi, raportoivat he saaneensa enemmän tietoa muun muassa kokemuksellisesta tietoa-alueesta (Montin ym. 2010: 250).

Potilaat kokivat, että sairaanhoitajan **motivoinnilla itsehoitoon** oli vahva positiivinen vaikutus selviytymiseen riippumatta siitä, kuinka monta leikkausta potilaalla on ollut aikaisemmin. **Henkilökunnan läsnäolo** ohjaustilanteessa ja potilaan tarpeiden huomioon ottaminen ovat motivoinnin lisäksi asioita, joita potilaat ovat nimenneet tuloksien mukaan tärkeimmiksi tekijöiksi ulkopuolisesta tuesta. (Leikkola – Helminen – Paavilainen – Åsted-Kurki 2014: 354-355.) Strukturoidun potilasohjauksen saaneet potilaat olivat myös tyytyväisempiä kommunikointiin sairaanhoitajien kanssa sekä sairaanhoitajilta saatuihin kotiutusohjeisiin (Ben-Morderchai ym. 2010: 72). Sairaanhoitajan tehtävänä oli myös keskustella potilaiden kanssa mahdollisista **huolen aiheista** tulevaa leikkausta ajatellen (Kesänen ym. 2017: 2521; Kesänen ym. 2016: 1986).

Potilaiden saamalla ohjauksella on ollut lisäksi positiivisia vaikutuksia leikkausta edeltävän **ahdistuksen** vähentymiseen. Potilailla, joilla on takana jo aikaisempia leikkauksia, ovat myös kokeneet ahdistuksen lievittyneen parantuneen potilasohjauksen ansiosta. Myös aikaisemmat tutkimukset tukevat sitä, että ahdistus on vähentynyt tehostetun potilasohjauksen avulla. (Kesänen ym. 2017: 2524.)

5.1.4 Eettinen tietoaalue

Eettisen tietoaalueen voimavaraistumista tukevaan potilasohjaukseen sisältyy ohjausta potilaan **vastuusta omassa hoidossaan** sekä **päätöksentekoon osallistuminen**. Lisäksi potilaat saavat ohjausta muun muassa **luottamuksellisuudesta, salassapidosta** ja **potilasasiakirjoista** (Montin ym. 2010: 250; Eloranta ym. 2015: 18.)

Potilaat kokivat merkittävästi enemmän kuin sairaanhoitajat tai läheiset, että ohjauksessa olisi käsitelty tietoa siitä, miten potilaita koskevat asiat pysyvät salassa. Omaiset olivat potilaita kriittisempiä saadun tiedon kokemuksesta eettisestä tietoaalueesta. Tuloksista selvisi myös, että potilaan pitkäaikaissairaudella oli vaikutusta koettuun tiedon saantiin eettisen tietoaalueen suhteen. Pitkäaikaissairaat arvioivat, että potilasohjaustilanteissa olisi käsitelty enemmän eettistä tietoaaluetta, kuin ilman pitkäaikaissairautta elävät potilaat. (Eloranta ym. 2015: 18-20.)

5.1.5 Sosiaalinen tietoaalue

Sosiaalisen tietoaalueen potilasohjaus sisältää tietoa **läheisten aktiivisesta osallistumisesta potilaan hoitoon**, tietoa **jatkohoidosta kotiutuksen jälkeen**, informaatiota siitä

mihin **jatkohoitopaikkaan** voi tarvittaessa hakeutua sekä **sairaalapapin** tai erilaisten **potilasjärjestöjen hyödyntämisestä**. Tutkimuksen tuloksista selviää, että sairaanhoitajan vakituinen paikka, fyysisesti vaativa työ sekä työn sisältämä potilasohjaus olivat yhteydessä sairaanhoitajien antamaan sosiaalisen tietoalueen potilasohjaukseen. (Charalambous ym. 2018: 778-781.)

Sosiaalisen ulottuvuuden alueella sairaanhoitajien, potilaiden ja läheisten arviot toteutuudesta ohjauksesta olivat hyvin samansuuntaiset. Tästä esimerkkinä 75 % sairaanhoitajista arvioi välittäneensä tietoa potilaalle mahdollisesta jatkohoitopaikasta. (Eloranta ym. 2015: 18). Tuloksista kuitenkin selviää, että sairaalahoidossa aikaisemmin olleet potilaat ovat raportoineet saaneensa vähemmän tietoa sosiaalisesta tietoalueesta, kuin muut potilaat (Montin ym. 2010: 249).

5.1.6 Taloudellinen tietoalue

Taloudellista tietoaluetta käsiteltiin potilaiden, sairaanhoitajien ja omaisten mielestä kaikkein vähiten. Potilaista 58 % koki, että **kuntoutuksen kustannuksista** välitettiin tietoa, kun taas sairaanhoitajista ja läheisistä vain 40 % arvioi, että siitä olisi ohjauksessa välitetty tietoa. Eettisen tietoalueen potilasohjauksen sisältöön kuuluivat lisäksi muun muassa **sairauspäivärahat, vakuutusasiat sekä jatkohoidon ja lääkehoidon kustannukset**. (Eloranta ym. 2015: 18-19.) Potilaat, omaiset sekä sairaanhoitajat kokivat lisäksi, että kuntoutukseen ja lääkehoitoon liittyvien kustannusten, vakuutusasioiden ja sairauspäivärahojen käsittely ohjaustilanteissa oli vähäistä (Eloranta ym. 2016: 20).

Sairanhoitajien potilasohjaustaitoja tutkittaessa selvisi, että myös sairaanhoitajat kokevat välittävänsä vähiten tietoa taloudellisesta tietoalueesta. Euroopan maiden välinen vertailu ortopedisen potilasohjauksen sisällöstä toi ilmi samankaltaisia tuloksia siitä, että taloudellista tietoaluetta käsiteltiin vähemmän kuin muita. (Eloranta ym. 2016: 42; Charalambous ym. 2018: 776.)

Merkittävä ero Euroopan maiden välisessä vertailussa huomattiin siinä, että mikäli sairaanhoitajan työ sisälsi potilasohjauksen antamista kaikille potilaille, niin he myös ohjasivat potilaita enemmän taloudellisen tietoalueen osalta. Sairanhoitajat, jotka vastasivat antavansa vain osalle tai monille potilaille ohjausta työssään, antoivat vähemmän potilasohjausta taloudellisen tiedon osalta kuin sairaanhoitajat, jotka antoivat ohjausta kaikille potilaille. (Charalambous ym. 2018: 778.)

5.2 Potilasohjauksen menetelmät

Potilasohjauksen menetelmät ovat suullinen- ja kirjallinen potilasohjaus, puhelinohjaus sekä tietotestin käyttö potilasohjausmenetelmänä. Näistä menetelmistä ei syntynyt alaluokkia vaan jokaisen menetelmän kohdalla on kuvailtu tarkemmin tapa, jolla potilasohjausta on annettu.

5.2.1 Suullinen potilasohjaus

Yksilöllinen suullinen potilasohjaus on yksi yleisimmin käytetyistä menetelmistä ortopedisen potilaan ohjauksessa (Eloranta ym. 2016: 45; Kesänen ym. 2019: 254; Kesänen ym. 2017: 2521). Leikkausta edeltävää suullista ohjausta annettiin potilaille henkilökohtaisessa keskustelussa sairaanhoitajan kanssa. Lisäksi potilaat kävivät keskustelua kirurgin kanssa tulevasta toimenpiteestä ja sen hoitomuodoista. Potilaiden huolenaiheet käytiin läpi näissä edellä mainituissa suullisissa keskusteluissa. (Kesänen ym. 2016: 1986.)

Potilaat kokivat, että muun muassa sairaanhoitajien suullisella motivoimisella itsehoitoon oli vahva positiivinen vaikutus heidän selviytymiseensä. Lisäksi potilaat ovat arvioineet saamansa suullisen informaation riittäväksi. Tutkimuksen tulokset myös tukevat sitä, että riittävien kotihoito-ohjeiden ja hoitohenkilökunnan antamien suullisten ohjeiden on todettu olevan yhteydessä potilaiden selviytymiseen. (Leikkola ym. 2014: 355.)

Yhdessä tutkimuksessa käytettiin ”teach back” menetelmää, joka luokitellaan osaksi suullista potilasohjausta. Potilaat ja heidän omaisensa saivat ryhmämuotoista suullista sekä kirjallista ohjausta ennen kotiutusta sairaalasta. Menetelmässä pyritään siihen, että sekä potilas että omainen osaavat selittää omin sanoin ohjeet, jotka he ovat saaneet. Lisäksi oli tarkoitus, että ohjeiden perusteella potilaat sekä omaiset osaavat esittää muille ryhmäläisille avoimia kysymyksiä. Potilaiden osallistuminen ryhmämuotoiseen ohjaukseen on edesauttanut sitä, että kotiutus ortopediseltä osastolta on joidenkin potilaiden kohdalta aikaistunut. (Goodson – DeGuzman – Honeycutt – Summy – Manly 2014: 160.)

5.2.2 Kirjallinen potilasohjaus

Ortopedisen potilaan kirjallinen potilasohjaus sisältää usein kotihoito-ohjeita, joita potilaille annetaan kotiutuksen yhteydessä tai sairaalajakson aikana. Kirjallinen potilasohjaus koettiin yhdessä tutkimuksessa tarpeeksi riittäväksi potilaiden toimesta, jotka kokivat sairaanhoitajan olevan läsnä ohjaustilanteessa sekä huomioivan potilaan toiveet. Tämä edesauttoi heidän toipumistaan. (Leikkola ym. 2014: 355.) Leikkaukseen valmistautumiseen koskevaa kirjallista materiaalia tarjottiin lisäksi sairaalassa sairaanhoitajan toimesta (Kesänen ym. 2016: 1986).

Kirjallisessa potilasohjauksessa sairaanhoitajat käyttivät apuna jäsennehtyä kotiuttamisen vihkosta, jossa oli mainittuna kaikki olennaiset sekä yksityiskohtaiset aihealueet ja ohjeet huomioiden potilaiden kotiutumista. Vihkosen rakenne oli muotoiltu kysymysten ja vastausten muotoon ja siinä oli erityisesti huomioitu ortopedisten potilaiden huolenaiheet. (Ben-Morderchai ym. 2010: 68.) Toinen potilasohjauksessa käytetty menetelmä oli informaatiivihkonen, joka annettiin potilaille ennen sairaalaan kirjautumista. Heillä oli myös mahdollisuus tavata proteesihoitaja ja keskustella leikkaukseen liittyvistä huolenaiheista. (Montin ym. 2010: 247.)

Potilaat, jotka saivat tietoa rakenteisesti kirjasein avulla sairaanhoitajilta, olivat tyytyväisempiä hoidon tuloksiin ja myös hoidon tulokset kuuden viikon jälkeen kotiutumisesta olivat parempia verrattuna potilaisiin, jotka saivat osastolla standardin mukaista yksilöohjausta. (Ben-Morderchai 2010: 71-72.)

Potilaat, jotka eivät osallistuneet sairaalassa toteutettuun leikkausta edeltävään potilasohjaukseen saivat tietoa muilla keinoilla, kuten hakemalla Internetistä, sekä saamalla sairaanhoitajalta sekä lääkäriltä kirjallista materiaalia. Osa potilaista osallistui myös kirurgin toteuttamalle nettikurssille. Vaikka muiden potilasohjausmenetelmien tieto ei ollut kohdistettu suoraan kyseisille leikkauspotilaille koettiin sen lisäävän potilaiden tietotaitotasoa. Myös potilaat, jotka osallistuivat sairaanhoitajan järjestämään leikkausta edeltävään potilasohjaukseen, hakivat tietoa muilla keinoin. (Kearney – Jennrich – Lyons – Robinson – Berger 2011: 393-394.)

Vertaillen sairaanhoitajien potilasohjausosaamista vuosina 2001 sekä 2010 tuli ilmi, että sairaanhoitajat kokevat vahvimiksi taidokseen potilasohjauksen sisällön hallinnan

ja heikoimmaksi taidokseen erilaisten potilasohjausmenetelmien käyttämisen. Ryhmäsessioita ja videoita käytettiin kaikista vähiten ohjauksessa molempina vuosina. Sairaanhoitajien ohjaustaidoissa ei ollut myöskään tapahtunut merkittävää muutosta vertaillessa vuosia 2001 ja 2010. (Eloranta ym. 2016: 42,44.)

5.2.3 Puhelinohjaus

Kirjallisen ja suullisen potilasohjauksen lisäksi sairaanhoitajat ovat antaneet henkilökohtaisen ohjauksen sijaan puhelimen välityksellä ohjausta esimerkiksi leikkaukseen valmistautumiseen liittyen (Kesänen ym. 2019: 254). Myös leikkauksen jälkeen kotiutuneille potilaille on sairaanhoitajan toimesta soitettu puhelu, jossa on tiedusteltu muun muassa leikkauksen jälkeisiä mahdollisia komplikaatioita (Kearney ym. 2011: 392-393).

Eräässä tutkimuksessa sairaanhoitaja on soittanut potilaalle kuusi viikkoa kotiutumisen jälkeen ja tiedustellut muun muassa tyytyväisyydestä sairaanhoitajan antamiin ohjeisiin sairaalassa olon aikana sekä kotiutuksen yhteydessä. Hoitajakontakti on tulosten mukaan ollut yksi tärkeimmistä tekijöistä potilastyytyväisyydessä leikkauksen jälkeen kotiutuneille potilaille. Potilastyytyväisyyden paranemisen lisäksi tuloksista selviää, että ortopedisten potilaiden hoitomyyntyvyys jatkokäynteihin on kasvanut, mutta tarvittavien käyntien määrä on vähentynyt potilastasolla. (Ben-Morderchai ym. 2009: 69-73.)

5.2.4 Tietotesti ohjausmenetelmänä

Tietotestiä, The Knowledge Test Feedback Intervention (KTFI) on käytetty potilasohjausmenetelmänä selkäleikkauspotilailla. Tämä potilasohjausmenetelmä on kehitetty varta vasten osaksi isompaan kokonaisuuteen liittyvään projektiin. Siinä etsitään leikkausta edeltävän potilasohjauksen vaikutuksia selkäydinkanavanahahtaumapotilailla. (Kesänen ym. 2016: 1985.)

Ennen tietotesti-palautekeskustelu -menetelmän toteuttamista potilaat saivat yksilöllistä ohjausta sairaanhoitajalta sekä kirurgilta. KTFI-menetelmä sisälsi tietotestin eli The KNOWBACK-testin, johon kuului 27 erilaista kysymystä kuudesta eri voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tietoaalueesta. Lisäksi KTFI-menetelmässä käytettiin apuna sairaanhoitajan toteuttamana tietotestiin perustuvaa puhelinkeskustelua potilaiden tietotaitotasosta. Siinä oikeat vastaukset huomioitiin ja väärät korjattiin. Potilas itse sai sää-

dellä keskustelun etenemistä eli kuinka syvällisesti tai pinnallisesti hän halusi puhua erilaisista ongelmista tai yleisistä asioista. Sairaanhoitaja esitti avoimia kysymyksiä, jolloin potilaalle jäi vaikutusvalta säädellä keskustelun syvällisyyttä ja yleisyyttä. Sairaanhoitaja toimi aktiivisena kuuntelijana palautekeskustelun aikana. (Kesänen ym. 2016: 1986-1987.)

KTFI-menetelmän todettiin nostavan potilaiden tietotaitotasoa kaikissa leikkaukseen ja hoitoon liittyvissä tietoalueissa lukuun ottamatta kokemuksellista tietoaluetta. Tämä tulee myös aikaisempaa tutkimustulosta selkäleikkauspotilaiden osalta. Aikaisempi tutkimustulos myös viittaa siihen, että potilaiden parempi tietotaso voi johtaa parempiin hoidon tuloksiin. (Kesänen ym. 2016: 1989-1990.) Vaikka tietotesti potilasohjausmenetelmänä nosti potilaiden tietotasoa voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tietoalueilta, se ei auttanut potilaita ymmärtämään leikkaustoimenpidettä (Kesänen ym. 2019: 257). Potilaiden tietotaso pysyi tasaisena koko seurantajakson aikana eikä potilasryhmien välillä havaittu merkittäviä eroja. (Kesänen ym. 2016: 1988).

Tietotesti potilasohjausmenetelmänä todettiin vähentävän merkittävästi leikkausta edeltävää ahdistusta. Tuloksissa merkittävää on se, että tämä on ensimmäinen kerta, kun selkäleikkauspotilailla havaittiin tietyn potilasohjausmenetelmän vaikuttavan leikkausta edeltävään ahdistukseen. Se ei yksistään kuitenkaan riitä parantamaan selkäleikkauspotilaiden hoidon tuloksia, kuten leikkauksen jälkeistä kipua tai liikuntakyvyttömyyttä. Potilaan toipumisen tueksi tarvitaan potilasohjauksen lisäksi muita tehokkaita potilasohjausmenetelmiä. (Kesänen ym. 2017: 2524, 2526.) Tietotesti oli kuitenkin selkeä potilasohjausmenetelmä potilaiden mielestä, mikä tekee siitä käyttökelpoisen selkäleikkauspotilaiden ohjauksessa (Kesänen ym. 2016: 1989).

6 Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta

Tässä opinnäytetyössä lähdettiin etsimään vastauksia ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tarkoituksena oli kuvailla aikaisemman tutkimustiedon perusteella ortopedisen potilaan potilasohjausta. Opinnäytetyön tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä.

Tutkimuskysymyksiin vastaavia tutkimusartikkeleita löytyi niukasti ja aineistosta nousi esille vaihtelevasti vastauksia tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön päätulokset viittasivat samankaltaisiin tuloksiin kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Eniten tietoa tutkimuksista löytyi liittyen potilasohjauksen sisältöön, kun taas potilasohjausmenetelmien osalta tieto jäi vähäisemmäksi. Sisällönanalyysi toteutettiin deduktiivisen päättelyn avulla tarkoittaen, että luokittelu aloitettiin pääluokista edeten alaluokkiin. Useimmissa tutkimuksissa toistuivat potilasohjauksen sisällössä voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen kuusi eri tietoaletta, joita ovat biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, eettinen, sosiaalinen ja taloudellinen. Näitä tietoaletta hyödynnettiin potilasohjauksen sisällön luokittelussa, kun taas menetelmät jaettiin suoraan neljään yläluokkaan.

Opinnäytetyön ensimmäinen tutkimuskysymys oli, mitä ortopedisen potilaan ohjaukseen sisältyy. Tuloksista kävi ilmi, että potilasohjauksessa korostuivat biofysiologinen ja toiminnallinen tietoaletta (Montin ym. 2010: 249). Biofysiologiselta tietoaletalta ohjauksessa korostuivat oireet, haavan hoito, kivun hoito, hoitovaihtoehdot sekä sairaus ja sen hoito (Ben-Morderchai ym. 2010: 68; Eloranta ym. 2015: 15; Eloranta ym. 2016: 43). Toiminnallisessa tietoaletassa potilaan ohjauksessa korostuivat liikkuminen, apuvälineet, ravinto, kotona tapahtuvat järjestelyt ja turvallisuus (Ben-Morderchai 2010: 68; Montin ym. 2010: 250) sekä päivittäiset toiminnot ja leikkaukseen valmistautuminen (Eloranta ym. 2015: 17; Kesänen ym. 2016: 1986). Potilaat, omaiset ja sairaanhoitajat kokivat taloudellisen tiedon jäävän vähäiseksi (Eloranta ym. 2015: 18-19). Taloudellisen tietoaletan potilasohjauksessa korostuivat kuntoutuksen kustannukset, sairauspäivärahat, vakuutuksiin liittyvät asiat, jatko- ja lääkehoidon kustannukset (Eloranta ym. 2016: 20). Euroopan maiden välisessä vertailussa potilasohjauksen sisällössä korostuivat myös toiminnallinen ja biofysiologinen tietoaletta, kun taas vähiten käsiteltiin taloudellista tietoaletta (Charalambous ym. 2018: 776). Tämä viittaa samanlaisiin tutkimustuloksiin, kuin muissa opinnäytetyön tutkimuksissa.

Biofysiologisen ja toiminnallisen tietoaletan korostuminen potilasohjauksessa voi johtua siitä, että niiden koetaan olevan keskeisimpiä tietoaletta ajatellen ortopedisen leikkauspotilaan potilasohjausta. Ortopedinen elektiivinen leikkaustoimenpide herättää potilaissa varmasti paljon erilaisia kysymyksiä ja huolia, sillä se vaikuttaa potilaan toimintakykyyn kokonaisvaltaisesti. Tämä voi taas johtaa siihen, että juuri nämä tietoaletta korostuvat ortopedisen potilaan ohjauksessa. Ohjauksen sisällössä vähäisimmäksi jäänyt taloudellisen tietoaletan potilasohjaus voi taas johtua siitä, että sairaanhoitaja koulutuksessa keskitytään usein potilaan hoitamiseen taloudellisen näkökulman sijaan. Osastoilla on

myös yleensä tilaisuus ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään, jolloin taloudellinen tietoa-alue jää hoitajilta potilasohjauksessa vähäisemmäksi.

Toinen opinnäytetyön tutkimuskysymys oli, millaisia menetelmiä ortopedisen potilaan ohjauksessa käytetään. Käytössä tällä hetkellä olevat ohjausmenetelmät ortopedisen potilaan kohdalla ovat suullinen-, kirjallinen- ja puhelinohjaus sekä tietotestin (KTFI) käyttö. Suullinen ohjaus on usein sairaanhoitajan toteuttamaa yksilöllistä potilasohjausta ja henkilökohtaista keskustelua esimerkiksi potilaan leikkaukseen liittyvistä huolenaiheista sekä leikkaukseen valmistautumisesta. (Kesänen ym. 2016: 1986.) Kirjallinen potilasohjausmenetelmä taas voi olla esimerkiksi sairaanhoitajan antamaa potilasohjausta kirjallisen materiaalin avulla tai tarjoamalla potilaalle kotiin kirjallista materiaalia (Morderchai ym. 2010: 68; Leikkola ym. 2014: 355). Puhelin ohjausmenetelmässä sairaanhoitaja oli muun muassa yhteydessä potilaisiin 30 vuorokautta kotiutumisen jälkeen, selvittääkseen esimerkiksi ilmenikö leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Kearney ym. 2011: 393). Potilaat sekä läheiset kokivat yleisesti ottaen, että suullista ja kirjallista tietoa oli annettu riittävästi ohjaustilanteissa (Leikkola ym. 2014: 355).

Omaksi ohjausmenetelmäksi nousi esiin tietotestin (KTFI) käyttö selkäpotilaiden ohjauksessa. Tietotesti menetelmä todettiin tehokkaaksi ja selkeäksi potilaiden toimesta. Tietotesti nosti potilaiden tietotaitotasoa kaikilta tietoa-alueilta paitsi kokemukselliselta tietoa-alueelta. Tämän menetelmän todettiin myös laskevan leikkausta edeltävää ahdistusta selkäleikkauspotilailla, kun taas toisen kontrolliryhmän ahdistus laski vasta leikkauksen jälkeen. (Kesänen ym. 2016: 1989; Kesänen ym. 2017: 2524-2525.) Tietotesti menetelmä on kehitetty Suomessa käytettäväksi selkäleikkauspotilaiden ohjauksessa. Kyseisen potilasohjausmenetelmän käyttöä tulee lisätä selkäleikkauspotilaan ohjauksessa, sillä se on tehokas ja helposti toteutettava. Menetelmän hyödynnettävyyttä kannattaa jatkossa tutkia myös muiden ortopedisten potilaiden potilasohjauksessa.

Tällä hetkellä perinteisiä ohjausmenetelmiä eli suullista ja kirjallista menetelmää hyödynnetään hyvin, kun taas muita ohjausmenetelmiä kuten ryhmäohjausta ja video-ohjausta ei käytetä tarpeeksi monipuolisesti. Yllättävää tuloksissa oli myös se, että nykyaikaisia teknologisia menetelmiä, kuten Internet-ohjausta ei hyödynnetty tarpeeksi ortopedisten potilaiden ohjauksessa. Yhden tutkimuksen osalta kävi kuitenkin ilmi, että kirurgi on käyttänyt potilasohjauksen apuna audiovisuaalista tekniikkaa helpottaakseen potilaan ymmärrystä lääketieteellistä asioista.

Huomattavaa oli myös, että tekonivelpotilaiden leikkausta edeltävällä potilasohjauksella oli merkittävää vaikutusta leikkauksen jälkeiseen kipuun, kun taas selkäleikkauspotilailla ei vastaavanlaisia tuloksia ilmennyt. Selkäleikkauspotilaiden terveyteen liittyvä elämälaatu ja toimintakyky paranivat seurantajakson aikana, mutta verratessa kontrolliryhmään ei havaittu merkittäviä eroja. Tuloksista ilmenee, että potilasohjaus ei yksistään riitä vaan tarvitaan monipuolisia ja tehokkaita menetelmiä avuksi potilaan toipumisen tukemiseksi. Lisää tutkimusta potilasohjausmenetelmien käytöstä ortopedisten potilaiden parissa tarvitaan, sillä tutkimusta on tehty vähän ja niiden avulla pystytään jatkossa kehittämään potilasohjausmenetelmiä.

Potilasohjauksella ja läheisten tiedon tarpeisiin vastaamisella on tärkeä rooli potilaan selviytymisen tukemisessa (Leikkola ym. 2014: 357). Omaisten läsnäolo potilasohjaustilanteissa on tärkeää ja heidän näkökulmaansa tulisi enemmän huomioida ohjauksessa. Omaiset harvoin osallistuvat osastolla tapahtuvaan potilasohjaukseen, joten olisi hyvä rohkaista heitä enemmän osallistumaan potilaan hoitoon. Tulosten perusteella on myös selvää, että läheisten arviot potilasohjauksen sisällöstä olivat kriittisempiä kuin potilaiden ja hoitajien, lukuun ottamatta sosiaalista tietoa (Eloranta ym. 2015: 19). Tällä hetkellä tulokset osoittavat sen, että omaiset eivät saa tarpeeksi tietoa potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Olisi hyvä kysyä omaisten tiedon tarve ennen potilasohjauksen toteuttamista. Näin saataisiin muodostettua paremmin kuva siitä mistä asioista omaiset kaipaavat tietoa.

Tuloksista tuli esille se, että kaikista voimavaraistumisen tietoa antavista hoitajien antamassa potilasohjauksessa korostuivat eniten biofysiologinen ja toiminnallinen tietoa (Eloranta ym. 2016: 42). Oli huomattavaa, että sairaanhoitajat, jotka kokivat oman työnsä fyysisesti erittäin kuormittavaksi, antoivat enemmän ohjausta biofysiologisesta, toiminnallisesta ja taloudellisesta tietoa (Eloranta ym. 2015: 19). Vaikutusta oli myös sillä, mitä pidempään sairaanhoitaja oli työskennellyt ortopedisellä osastolla, sitä vähemmän he antoivat ohjausta potilaille (Charalambous ym. 2018: 778). Sairaanhoitajan työtä pitkään tehdessä voi olla vaarana, että työtä tehdään rutiininomaisesti kiinnittämättä tarkemmin huomiota työn sisältöön ja tämä voi olla esteenä sairaanhoitajan ammattitaidon kehittymiselle. Sairaanhoitajat arvioivat tulosten perusteella potilasohjauksen sisällön hallinnan parhaimmaksi ja potilasohjausmenetelmien käytön huonoimmaksi potilasohjaustaidokseen eikä mitään merkittävää muutosta havaittu hoitajien potilasohjaustaidoissa vertaillen vuosien 2001 ja 2010 välillä (Eloranta ym. 2016: 42).

Näistä tuloksista käy selkeästi ilmi, että potilasohjauksen kehittämiseksi on runsaasti tarvetta. Potilaat eivät saa ohjausta tasaisesti kaikilta kuudelta tietoa-alueelta, eikä erilaisia potilasohjausmenetelmiä myöskään käytetä riittävän monipuolisesti. Nykyään pyritään yhä enemmän siihen, että vastuu hoidosta on pääsääntöisesti potilaalla itsellään ja näin ollen olisi tärkeää huomioida sairaalassa toteutetussa potilasohjauksessa riittävä ohjauksen sisältö ja oikeanlaisen ohjausmenetelmän valinta. Sairaanhoidajana työssä yksi tärkeimmistä taidoista on tunnistaa potilaan yksilölliset tarpeet ja ottaa ne huomioon kaikissa potilasohjausprosessin vaiheissa.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Työn luotettavuuden kannalta olennaista on, että tutkimuskysymykset esitellään selkeästi ja teoreettinen perustelu on raportoitu selkeästi. Olennaista on, että aineisto tarkentuu koko prosessin ajan. Aineiston valinnan lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa aineiston valintatapa. Mikäli aineiston valinnassa tarkoitushakuisuutta ei ole raportoitu tai eritelty selkeästi niin silloin aineiston valinnassa käytetyt perustelut ja kriteerit saattavat prosessin edetessä muuttua ja täten heikentää luotettavuutta. Analysoitujen tutkimusten liittäminen vahvasti teoreettiseen taustaan lisää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013: 297-298.)

Tässä työssä tutkimusaineistoa etsittiin eri tietokannoista ja tutkimuskysymyksiin liittyvillä hakusanoilla. Työn luotettavuutta pyrittiin lisäämään valitsemalla mahdollisimman ajankohtaisia tutkimuksia, jotka vastasivat ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Apuna käytettiin taulukkoa jäsentämään valittua aineistoa ja sen avulla arvioitiin aineiston luotettavuutta. Opinnäytetyön aiheesta on tehty vähän tutkimusta, mikä vaikutti työhön valittuun aineiston laatuun ja laajuuteen. Osa tutkimuksista on tehty muualla kuin Suomessa, kuten USA:ssa ja Israelissa, joten ulkomaiset tutkimustulokset eivät välttämättä ole suoraan sovellettavissa Suomen terveyspalvelujärjestelmään. Tämä voi osaltaan vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ja hyödynnettävyyteen.

Kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on tulosten tarkastelu sekä luotettavuuden ja eettisyyden arviointi (Kangasniemi ym. 2013: 297). Tässä työssä luotettavuuteen on kiinnitetty huomiota koko prosessin ajan. Huolellisuutta on noudatettu ja aineisto on valittu harkitusti sekä perusteltu valinnat huolellisesti. Luotettavuutta on lisännyt se, että opinnäytetyötä on työstyetty kahdestaan. Prosessin aikana on työskennelty sekä yhdessä, että erikseen ja koko työskentelyn ajan on käyty vuorovaikutuksellista keskustelua eri

vaihtoehtoista ja työn toteutuksen tavoista. Luotettavuutta on lisännyt myös se, että työskentelyyn on käytetty paljon aikaa ja ohjausta on saatu tarvittaessa.

Tutkimuseetiikka on tutkimuksen yksi keskeisimmistä asioista ja se vastaa kysymykseen mikä on oikein tai väärin (Kankkunen ym. 2013: 211). Eettisyyteen liittyy vahvasti kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksen muodostaminen ja tutkimuseetiikan noudattaminen kaikissa sen vaiheissa (Kangasniemi ym. 2013: 292). Tutkimuseetiikan näkökulmasta oleellista on rehelliset toimintatavat sekä tulosten esittämisessä ja arvioinnissa huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen. Tutkimustyössä tulee noudattaa myös mahdollisimman avointa ja vastuullista viestintää tuloksia esittäessä. Muiden tutkijoiden tutkimuksiin kuuluu viitata asianmukaisella tavalla sekä kunnioittaa heidän työtään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.) Opinnäytetyössä on perehdytty aiheeseen liittyvään tutkimustietoon ja niiden pohjalta aloitettu tutkimuskysymysten muodostaminen. Työssä on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tuloksia esittäessä sekä tutkimuksiin on viitattu asianmukaisella tavalla. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset olivat pääsääntöisesti englanninkielisiä, joten tuloksiin viitatessa saattaa esiintyä tulkinta tai käänkövirheitä. Eettisyyden varmistamiseksi kaikista epäkohdista keskusteltiin yhdessä opinnäytetyöparin kanssa.

Piittaamattomuus säädöksiä kohtaan ja vilppi tieteellisessä toiminnassa ovat epäeettisiä sekä hyvän tieteellisen käytännön vastaisia. Vilppi voi ilmetä tutkimuksessa liiallisena sepittämisenä, havaintojen vääristelynä, plagiointina eli luvattomana lainaamisena tai anastamisena. Piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä voi taas ilmetä puutteellisena viittaamisena aikaisempiin tutkimuksiin, harhaanjohtavana tutkimustulosten esittämisenä tai tutkimusaineistojen puutteellisena kirjaamisena sekä muiden tutkijoiden mainitsematta jättämisenä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6-9.) Opinnäytetyössä on toimittu niin, ettei siinä esiinny törkeää laiminlyöntiä tai huolimattomuutta. Työssä ei ole lainattu luvattomasti tietoa tai se ei sisällä tekaistuja tai vääristettyjä havaintoja, näin varmistettiin työn eettinen uskottavuus. Lopullinen työ on viety Turnit -ohjelmaan ennen sen palautusta plagioinnin, suorien lainausten ja lähteiden alkuperän varmistamisen osalta.

6.3 Kehittämishaasteet

Tuloksista selvisi, että potilasohjauksessa on paljon puutteita ja kehitettävää. Potilaat eivät saa riittävästi tietoa voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tietoaalueilta eikä

tieto jakaudu tasaisesti potilasohjauksen sisällössä kuuden eri tietoaalueen kesken. Potilasohjauksen tulee olla potilaslähtöistä ja vastata yksilöllisiin tarpeisiin. Tämän vuoksi ennen ohjausta tulee kysyä, mistä asioista potilas kokee tarvitsevansa ohjausta.

Potilasohjausmenetelmien käyttäminen on olennainen osa ohjausta. Kuten tuloksista selviää, usein pelkkä suullinen ohjaus ei riitä, vaan tarvitaan useamman ohjausmenetelmän yhdistelmä, jotta potilas muistaisi helpommin oppimansa tiedon. Siksi potilasohjausta kehitettäessä on hyvä huomioida ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö ja mahdollisten uusien ohjausmenetelmien kehittäminen. Teknologian kehittymisen myötä on tärkeää myös ohjausmenetelmää valitessa huomioida potilas yksilöllisesti. Esimerkiksi ikäänntyneillä ei välttämättä ole mahdollisuutta käyttää teknologisia välineitä, kun taas nuorille teknologian käyttö voi olla luontevampaa.

Yhtenä haasteena on tulevaisuudessa kehittää sairaanhoitajien potilasohjaustaitoja. Sairaanhoitajille tulee järjestää lisää koulutusta potilasohjauksen sisällöstä ja menetelmistä. Jotta potilasohjaus on mahdollisimman tehokasta ja potilaslähtöistä tulee sen perustua ajankohtaiseen tutkittuun tietoon. Elektiivisen ortopedisen leikkauspotilaan potilasohjauksesta tarvitaan lisää tutkimusta koska aiheesta on tehty suhteellisen vähän tutkimusta tällä hetkellä. On tärkeää, että hoitajien ohjaus perustuu tutkittuun tietoon, jotta potilasohjauksessa osataan kiinnittää huomiota oikeisiin asioihin.

Lähteet

Ben-Morderchai, Bela – Herman, Amir – Kerzman, Hana – Irony, Angela 2010. Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 14. 66-74.

Charalambous, Andreas – Papastavrou, Evridiki – Valkeapää, Kirsi – Zabalegui, Adelaida – Ingadottir, Brynja – Lemonidou, Chryssoula – Fatkulina, Natalja – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2018. Content of orthopedic patient education provided by nurses in seven european countries. *Clinical Nursing Research* 27(7). 770-789.

Dandy, David J. – Edwards, Dennis J. 2009. *Essential Orthopaedics and Trauma*. Elsevier: Cambridge. 9.

Eloranta, Sini – Jouko, Katajisto – Helena, Leino-Kilpi 2016. Orthopaedic patient education practice. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 21. 39-48.

Eloranta, Sini – Leino-Kilpi, Helena – Katajisto, Jouko – Valkeapää, Kirsi 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja omaisten arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 13 (1). 13-22.

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Goodson, Ann – DeGuzman, Pamela – Honeycutt, Angie – Summy, Connie – Manly Frances 2014. Total joint replacement discharge Brunch. Meeting patient education needs and a hospital initiative of discharge by noon. *Orthopaedic Nursing* 33 (3). 159-162.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Verkkodokumentti. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 10.1.2019.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: Werner Söderström Oy.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291-301.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2015. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kearney, Marge – Jennrich, Mary Kay – Lyons, Sheri – Robinson, Rochelle – Berger Barbara 2011. Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery. *Orthopaedic Nursing*. 30 (6). 391-396.

Kesänen, Jukka – Leino-Kilpi, Helena – Lund, Teija – Montin, Liisa – Puukka, Pauli – Valkeapää, Kirsi 2017. Increased preoperative knowledge reduces surgery-related anxiety: a randomised clinical trial in 100 spinal stenosis patients. *European spine journal* 26. 2520-2528.

Kesänen, Jukka – Leino-Kilpi, Helena – Lund, Teija – Montin, Liisa – Puukka, Pauli – Valkeapää, Kirsi 2016. The knowledge test feedback intervention (KTFI) increases knowledge level of spinal stenosis patients before operation – A randomized controlled follow-up trial. *Patient education and counseling* 99. 1984-1991.

Kesänen, Jukka – Leino-Kilpi, Helena – Lund, Teija – Montin, Liisa – Puukka, Pauli – Valkeapää, Kirsi 2019. Spinal stenosis patient's visual and verbal description of the comprehension of their surgery. *Orthopaedic Nursing*. 38 (4). 253-261.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6 (4). 10-15.

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

Leikkola, Päivi – Helminen, Mika – Paavilainen, Eija – Åstedt-Kurki, Päivi 2014. Staff support for back surgical patients and family members. Does it improve coping at home? *Orthopaedic Nursing* 33 (6). 352-358.

Leino-Kilpi, Helena – Johansson, – Heikkinen, – Kaljonen, – Virtanen – Salanterä 2005. Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. *Journal of nursing care quality* 20 (4). 307-316.

Leino-Kilpi, Helena – Luoto, Eija – Katajisto, Jouko 1998. Elements of empowerment and MS patients. *Journal of neuroscience nursing* 30 (2). 116-123.

Leino-Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger – Katajisto, Jouko 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Säärijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Montin, Liisa – Johansson, Kirsi – Kettunen, Jyrki – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2010. Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. *Orthopaedic nursing* 29 (4). 246-253.

Ortopedia ja traumatologia. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/ortopedia/Sivut/default.aspx>>. Luettu 15.1.2019.

Ortopedia. 2018. Lääketieteen sanasto. Duodecim. Verkkodokumentti. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02434>. Luettu 15.10.2019.

Rokkanen, Pentti – Avikainen, Veikko – Tervo, Tapio – Hirvensalo, Eero – Kallio, Pentti – Kankare, Jyrki – Kiviranta, Ilkka – Pätiälä, Hannu 2003. Ortopedia. Helsinki: Kandi-daattitutkimus Oy.

Romppainen, Tiina – Rantanen, Anja – Kuokkanen, Liisa – Roine-Mentula, Kaija – Vuorinen, Riitta – Suominen, Tarja 2013. Reumapotilaita hoitavan hoitohenkilökunnan työn hallinta sekä työn hallintaa estävät ja edistävät tekijät. *Hoitotiede* 25 (4). 266-278.

Suomen tekonivelrekisteri 2018. Finnish arthroplasty register. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/far/#html/welcome>>. Luettu 10.10.2019.

Weisbeck, Sarah – Lind, Candace – Ginn, Carla 2019. Patient empowerment: An evolutionary concept Analysis. *International Journal of Caring Sciences* 12 (2). 1148-1155.

Taulukko 3. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
Medic	"Potilasohjaus", ortopedinen pot*	Vuosirajaus 08-19, Hoitotiede lehti	24	4	0	0
Medic	"Potilasohjaus, ortopedinen pot*	Vuosirajaus 08-19, Tutkiva Hoitotyö	20	4	1	1
Cinahl	Patient education	Englannin kieli, vuodet 08-19, academic journals, find all my search terms, apply related words Journal: Orthopaedic Nursing	234	15	8	5

Liite 1

2 (2)

Cinahl	Patient education, orthopedic nursing	Englannin kieli, vuodet 10-19, academic journals, find all my search terms, apply related words	102	10	5	3
Cinahl	Patient education	Englannin kieli, vuodet 08-19, academic journals, find all my search terms, apply related words Journal: Journal of Orthopaedic Nursing	21	4	0	0
Medline	Patient education, orthopedic nursing	Five stars, add to search terms	120	7	0	0
Medline		Advanced search Author Kesänen	4	2	2	2
			525 Yhteensä	46 Yhteensä	16 Yhteensä	11 Yhteensä

Taulukko 4. Analysoidut artikkelit (n=11)

Tekijät, vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
ohjauksen sisältö				
Ben-Morderchai – Herman, Kerzman – Irony 2010, Israel	Tarkoituksena oli arvioida jäsennellyn potilasohjauksen ja yksilöllisen potilasohjauksen vaikutuksia kotiutustilanteessa.	Ortopediset potilaat Israelin sairaalassa, n= 47 ja n=48.	Aineisto on analysoitu tilastollisin menetelmin.	-Biofysiologinen tieto, toiminnallinen tieto, kokemuksellinen tieto -Jäsennellyn ohjauksen saaneilla kivunhoito oli parempaa ja myös tyytyväisyys saatuun ohjaukseen sekä kommunikointiin sairaanhoitajan kanssa.
Charalambous – Papatavrou – Valkeapää – Zaballegui – Ingadottir – Lemonidou – Fatkulina – Katajisto – Leino-Kilpi 2018, Kypros	Tarkoituksena oli tutkia hoitajien antamaa potilasohjauksen sisältöä tekonivelleikkaus potilaille ja heidän omi-silleen. Lisäksi tutkittiin eri maiden välisiä eroja potilasohjauksen sisällössä tekonivelleikkauspotilaille.	18 ortopedistä yksikköä 7 eri Euroopan maassa n=1603.	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	-Biofysiologinen tieto, toiminnallinen tieto, kokemuksellinen tieto, eettinen tieto, sosiaalinen tieto ja taloudellinen tieto. -Kaikissa maissa ilmeni hoitajien ja potilaiden välillä eroja saadun ohjauksen ja tiedon suhteen. Potilaiden kokemus saadusta ohjauksesta hoitajilta erosi tilastollisesti kaikkien 6 osa-alueiden ja osallistujien maiden välillä.

<p>Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2016, Suomi</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia ortopedisten hoitajien käsitystä potilasohjaus käytännöistä, ohjaustaitoja, sisältöä, rakennetta ja opetuksellista lähestymistapaa potilasohjaukseen ja sen vaihtelua vuonna 2001 ja 2010.</p>	<p>Ortopediset sairaanhoitajat. 2001, n=56 ja 2010, n=51.</p>	<p>Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.</p>	<p>-Biofysiologinen tieto, toiminnallinen tieto, kokemuksellinen tieto, eettinen tieto, sosiaalinen tieto ja taloudellinen tieto.</p> <p>-Merkittävää muutosta ei ollut tapahtunut 9 vuoden välillä potilasohjaustaidoissa.</p> <p>-Molempina vuosina parhaimmaksi arvioitu taito oli potilasohjauksen sisällön hallinta.</p> <p>-Pääpaino potilasohjauksen sisällössä oli biofysiologisessa tiedossa, toiminnallisessa tiedossa ja kognitiivisessa tiedossa ja vähiten ohjausta oli taloudellisesta tiedosta</p>
<p>Eloranta – Leino-Kilpi -Katajisto – Valkeapää – 2015, Suomi</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä ortopedisen leikkauspotilaan, heidän läheisten ja hoitajien arvioimana.</p>	<p>Ortopediset polvi- ja lonkka-proteesi potilaat. Potilaita n=207, Läheisiä n=177, Hoitajia n=43.</p>	<p>Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.</p>	<p>-Biofysiologinen tieto, toiminnallinen tieto, kokemuksellinen tieto, eettinen tieto, sosiaalinen tieto ja taloudellinen tieto.</p> <p>-Tulosten mukaan kaikkien ryhmien välillä oli tilastollisesti merkittäviä eroja saadun tiedon osalta lukuun ottamatta sosiaalisen tietoaluetta.</p> <p>-Omaisten arviot olivat potilaita ja hoitajia kriittisempiä</p>

				<p>lukuun ottamatta taloudellisen tietoaluetta, mikä oli arvioitu huonoksi kaikkien ryhmien kohdalla.</p> <p>-Taloudellinen tieto kaikkien ryhmien mielestä heikoiten käsitelty.</p>
<p>Goodson – DeGuzman – Honeycutt – Summy – Manly 2014, USA</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvailla kotiutus ”brunssi tilaisuuden” toteutusta ja määrittellä johtaako kotiutus brunssi aikaisempaan kotiutukseen.</p>	<p>Ortopediset tekonivelleikkaus potilaat, n=234.</p>	<p>Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.</p>	<p>-Biofysiologinen tieto ja toiminnallinen tieto.</p> <p>-Ryhmämuotoiseen potilasohjaukseen osallistuneet potilaat olivat kotiutettu suuremmalla todennäköisyydellä ennen puolta päivää kuin ne, jotka eivät osallistuneet.</p>
<p>Kearney – Jennrich – Lyons – Robinson – Berger 2011, USA</p>	<p>Tarkoituksena oli vertailla tuloja potilaiden välillä, jotka osallistuivat ja ketkä eivät osallistuneet sairaalassa toteutettuun leikkausta edeltävään potilasohjaukseen.</p>	<p>Ortopediset lonkka ja tekonivel potilaat n= 150.</p>	<p>Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.</p>	<p>-Biofysiologinen tieto: Oletetun kivun määrä</p> <p>-Toiminnallinen tieto: Leikkaukseen valmistautuminen, komplikaatioita ehkäisevää jumppaa</p> <p>-Potilaat, jotka osallistuivat leikkausta edeltävään ohjaukseen tunsivat olevansa merkittävästi paremmin valmistautuneet leikkaukseen sekä kokivat paremmin voivansa kontrolloida kipua leikkauksen jälkeen.</p>

<p>Kesänen – Leino-Kilpi – Lund, Montin – Puukka – Valkeapää 2016, Suomi</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida leikkausta edeltävän tietotestin (KTFI) vaikutusta selkäleikkaus potilaiden tietotaitotasoon 6kk seurantajakson aikana.</p>	<p>Ortopediset selkäpotilaat IG (n= 47) ja CG (n= 40).</p> <p>IG= intervention ryhmä CG= kontrolliryhmä</p>	<p>Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.</p>	<p>-Biofysiologinen tieto, toiminnallinen tieto, kokemuksellinen tieto, eettinen tieto, sosiaalinen tieto ja taloudellinen tieto.</p> <p>-IG=ryhmän osalla merkittävää nousua kaikissa tiedon alueissa paitsi kokemuksellisessa tiedossa.</p> <p>CG=ryhmässä tilastollisesti merkittävää nousua biofysiologisessa tiedossa, toiminnallisessa tiedossa ja eettisessä tietoalueessa.</p> <p>-Kokonaisvaltaisessa tietotassossa havaittavissa ero ryhmien välillä.</p> <p>-Tietotaso pysyi tasaisena koko seurantajakson ajan.</p>
<p>Kesänen – Leino-Kilpi – Lund – Montin – Puukka – Valkeapää 2017, Suomi</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida leikkausta edeltävän tietotestin (KTFI) vaikutusta selkäleikkaus potilaiden ahdistukseen, terveyteen liittyvään elämänlaatuun (HRQoL), kyvyttömyyteen ja kipuun 6kk seurantajakson aikana.</p>	<p>Ortopediset selkäpotilaat IG (n=50 ja CG (n=50).</p>	<p>Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.</p>	<p>-Biofysiologinen tieto, toiminnallinen tieto, kokemuksellinen tieto, eettinen tieto, sosiaalinen tieto ja taloudellinen tieto.</p> <p>-IG ryhmässä ahdistus laski intervention jälkeen, kun taas CG ryhmässä se laski vasta leikkauksen jälkeen. Tulokset eivät kuitenkaan olleet merkittäviä ryhmien välillä.</p> <p>-Seurantajakson aikana molempien ryhmien terveyden</p>

				<p>liittyvä elämänlaatu ja toimintakyky paranivat, ei merkittäviä eroja ryhmien välillä.</p> <p>-VAS-mittarilla arvioitu kivun taso laski molemmissa ryhmässä seurantajakson aikana, ei merkittäviä eroja ryhmien välillä.</p>
<p>Kesänen – Leino-Kilpi – Lund – Montin – Puukka – Valkeapää 2019, Suomi</p>	<p>Tarkoituksena oli vertailla kahta potilasryhmää, joista toinen on saanut standardienmukaisen ohjauksen ja toinen ryhmä, jonka potilasohjauksessa käytettiin spesifiä potilasohjausmenetelmää eli (KTFI) tietotestiä.</p>	<p>Ortopediset selkäpotilaat IG (n= 50) ja CG (n=50).</p>	<p>Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.</p>	<p>-Biofysiologinen tieto, toiminnallinen tieto, kokemuksellinen tieto, eettinen tieto, sosiaalinen tieto ja taloudellinen tieto.</p> <p>-Lähtötilanteessa puolet molemmista ryhmistä pystyi kuvailemaan leikkaustoimenpidettä oikein.</p> <p>-Seurantajakson lopussa molempien ryhmien tietotaso leikkaustoimenpiteestä parani verraten lähtötilanteeseen.</p>
<p>Leikkola – Helminen – Paavilainen – Åstedt-Kurki 2014, Suomi</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida leikkauksen jälkeistä ulkoista tukea, jota henkilökunta antaa potilaalle ja perheenjäsenille sairaalahoidon aikana sekä siihen liittyvistä tekijöistä.</p>	<p>Ortopediset selkäpotilaat, n=92.</p>	<p>Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.</p>	<p>-Kokemuksellista tietoa</p> <p>-Potilaat sekä läheiset kokivat yleisesti ottaen saaneensa riittävästi tietoa, joka edesauttoi heidän selviytymistään.</p>

				<p>-Potilasohjauksen ilmapiiri, sairaanhoitajan läsnäolo, potilaan tiedon tarpeiden huomioiminen ja motivointi itsehoitoon ovat tärkeimpiä ulkopuolisen tuen muotoja.</p> <p>-Selviytyminen oli parempaa, mikäli potilaan käytös sekä perheen väliset tunteet olivat muuttuneet positiiviseen suuntaan.</p>
Montin – Johansson – Kettunen – Katajisto – Leino-Kilpi 2010, Suomi	Tarkoituksena oli kuvailla tekonivelleikkaus potilaiden käsitä saamista tiedosta/ohjauksesta.	Ortopediset lonkka- ja polvinivelleikkaus potilaat n= 123.	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	<p>-Biofysiologinen tieto, toiminnallinen tieto, kokemuksellinen tieto, eettinen tieto, sosiaalinen tieto ja taloudellinen tieto.</p> <p>-Potilaiden saama tieto painottui biofysiologiseen ja toiminnalliseen tietoalueeseen.</p> <p>-Vähiten tietoa saatiin taloudellisesta tietoalueesta.</p> <p>-Potilaiden positiivinen arviointi sairaalahoidosta oli yhteydessä kokemukseen saadusta tiedosta.</p> <p>-Lisäksi sillä oli vaikutusta saadun tiedon koettuun määrään mihin potilas kotiutui.</p>
Ohjausmenetelmät				

Ben-Morderchai – Herman – Kerzman – Irony, 2010, Israel	Tarkoituksena oli arvioida jäsennellyn potilasohjauksen ja yksilöllisen potilasohjauksen vaikutuksia kotiutustilanteessa.	Ortopediset potilaat Israelin sairaalassa, n= 47 ja n=48.	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	-Käytetyt menetelmät kirjallinen ohjaus, suullinen ohjaus, puhelinohjaus
Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2016 Suomi	Tarkoituksena oli tutkia ortopedisten hoitajien käsitystä/näkemyistä potilasohjaus käytännöistä; ohjaustaitoja, sisältöä, rakennetta ja opetuksellista lähestymistapaa potilasohjaukseen ja sen vaihtelua vuosina 2001 ja 2010.	Ortopediset sairaanhoitajat. 2001, n=56 ja 2010, n=51.	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	-Käytetyt menetelmät yksilöohjaus, keskustelu, ryhmäsessiot, videot. -Huonoimmaksi potilasohjaus taidoksi oli arvioitu erilaisten potilasohjausmenetelmien käyttäminen molempina vuosina. -Käytetyimmät menetelmät yksilöllinen potilasohjaus sekä keskustelu. Vähiten käytettiin ryhmäsessioita. Kiinnostavaa oli, että 2001 sairaanhoitajat käyttivät enemmän videoita potilasohjauksessa, kuin 2010.
Goodson – DeGuzman – Hooneycutt – Summy – Manly 2014, USA	Tarkoituksena oli kuvailla kotiutus ”brunssi tilaisuuden” toteutusta ja määrittellä johtaako kotiutus brunssi aikaisempaan kotiutukseen osalta.	Ortopediset tekonivelleikkaus potilaat, n=234.	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	-Käytetyt menetelmät: Teachback metodi -Ryhmämuotoiseen potilasohjaukseen osallistuneet potilaat kotiutuivat todennäköisemmin ennen keskipäivää kuin ne, jotka eivät osallistuneet -Henkilökunta, potilaat ja omaiset ovat tyytyväisiä, kun

				on selkeä aika asetettu ryhmämuotoiselle kotiutusohjaukselle ja potilaat pääsevät kotiutumaan ohjauksen jälkeen.
Kearney –Jennrich – Lyons – Robinson – Berger 2011, USA	Tarkoituksena oli vertailla tuloksia potilaiden välillä, jotka osallistuivat ja ketkä eivät osallistuneet sairaalassa toteutettuun leikkausta edeltävään potilasohjaukseen.	Ortopediset lonkka ja tekonivel potilaat n= 150.	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	<p>-Menetelminä tutkimuksessa käytettiin sairaanhoitajan antamaa suullista sekä kirjallista ohjausta.</p> <p>-Osa potilaista osallistui myös kirurgin järjestämään internetin välityksellä järjestettyyn verkkokurssiin.</p> <p>-Potilaat hyödynsivät itsenäisesti erilaisia oppimismenetelmiä, kuten internetistä tiedon etsimistä.</p>
Kesänen – Leino-Kilpi – Lund – Montin – Puukka – Valkeapää 2016, Suomi	Tarkoituksena oli arvioida leikkausta edeltävän tietotestin (KTFI) vaikutusta selkäleikkaus potilaiden tietotaitotasoon kuuden kuukauden seurantajakson aikana.	Ortopediset selkäpotilaat, IG (n= 47) ja CG (n= 40).	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	<p>-The Knowledge Test Feedback Intervention= KTFI potilasohjaus menetelmä, johon kuului myös voimaannuttava puhelinkeskustelu tietotestin tuloksista.</p> <p>-KTFI:n todettiin olevan tehokas menetelmä nostamaan potilaan tietotaitotasoa.</p> <p>-Potilaat kokivat KTFI:n selkeäksi potilasohjausmenetelmäksi.</p>

Kesänen – Leino-Kilpi – Lund – Montin – Puukka – Valkeapää 2017 Suomi	Tarkoituksena oli arvioida leikkausta edeltävän tietotestin (KTFI) vaikutusta selkäleikkauspotilaiden ahdistukseen, terveyteen liittyvään elämänlaatuun, kyvyttömyyteen ja kipuun kuuden kuukauden seurantajakson aikana.	Ortopediset selkäpotilaat IG (n=50 ja CG (n=50).	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	-KTFI menetelmä, johon kuului lisäksi hoitajien soittama voimaannuttava puhelin keskustelu tietotestiin perustuen. -Leikkausta edeltävä potilasohjaus lievensi mm. ahdistusta, mutta merkittäviä eroja ryhmien välillä ei ollut havaittavissa.
Kesänen – Leino-Kilpi – Lund – Montin – Puukka – Valkeapää 2019, Suomi	Tarkoituksena oli vertailla kahta potilasryhmää, joista toinen on saanut standardienmukaisen ohjauksen ja toinen ryhmä, jonka potilasohjauksessa käytettiin spesifiä potilasohjausmenetelmää eli (KTFI) tietotestiä.	Ortopediset selkäpotilaat IG (n= 50) ja CG (n=50).	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	-Menetelmänä käytettiin kirjallista, suullista ja/tai puhelinohjausta, sekä tietotestiä KTFI. -KTFI menetelmä lisäsi potilaiden tietotasoa, mutta ei lisännyt ymmärrystä itse toimenpiteestä.
Leikkola – Helminen – Paavilainen – Åstedt-Kurki 2014, Suomi	Tarkoituksena oli arvioida leikkauksen jälkeistä ulkoista tukea, jota henkilökunta tarjoaa potilaalle ja perheenjäsenille sairaalahoidon aikana ja siihen liittyvistä tekijöistä.	Ortopediset selkäpotilaat, n=92.	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	-Menetelminä käytettiin suullista ja kirjallista ohjausta. -Suullinen ja kirjallinen ohjaus koettiin yleisesti ottaen riittäväksi potilaiden ja omaisten toimesta.
Montin – Johansson – Kettunen – Katajisto – Leino-Kilpi 2010, Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla tekonivelleikkauspotilaiden käsityksiä saamastaan tiedosta/ohjauksesta.	Ortopediset lonkka- ja polvinivelleikkaus potilaat n= 123.	Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.	-Potilasohjausmenetelmänä kirjanen/vihkonen, mikä annettiin potilaille leikkausta edeltävästi. Potilaille myös mahdollisuus tavata proteesihoitaja ennen leikkausta.