

Joel Jokelainen & Toni Karppinen

H259KNS2

TEKONIVELLEIKATTUJEN LEIKO-
POTILAIEN
TYTYVÄISYYSKYSELY
LEIKKAUSOSASTOLLE

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Toukokuu 2012




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 28.5.2012				
Tekijä(t) Joel Jokelainen & Toni Karppinen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja				
Nimeke Tekonivelleikattujen LEIKO-potilaiden tyytyväisyyskysely leikkausosastolle					
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää potilastyytyväisyyslomakkeen avulla Itä-Savon sairaanhoitopiirin tekonivelleikattujenpotilaiden tyytyväisyyttä LEIKO-toimintaa koskevasta ohjauksesta. Lisäksi selvitimme heidän käsitystään vastaanotto- sekä odotustiloista.</p> <p>LEIKO eli leikkauksen kotoa on melko uusi käsite hoitoalalla ja tarkoittaa sitä, että leikkaukseen saapuva henkilö ei tule osastolle etukäteen vaan saapuu erilliseen LEIKO-vastaanottotoimipisteeseen sovittuna aikana ja jatkaa sieltä leikkausosastolle operoitavaksi. Toimenpiteen jälkeen potilas siirtyy jatkohoitoon vuodeosastolle tarvittavaksi ajaksi.</p> <p>Opinnäytetyön aineiston keräsimme kyselylomakkeilla. Leikkausosastolta lähetettiin 100 kyselylomaketta tekonivelleikkauksessa olleille potilaille. Kyselylomakkeessa on suljettuja sekä avoimia kysymyksiä. Suljettuja kysymyksiä analysoimme SPSS-ohjelmaa käyttäen ja avoimia kysymyksiä sisällön-analyysiä käyttäen.</p> <p>Tuloksista käy ilmi, että tekonivelleikatut potilaat ovat pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, sekä hoitoon yleensä. Tyytymättömyyttä oli eniten kivunhoidossa sekä leikkauksen jälkeisenä kuntoutuksen vähäisyytenä. Saatua palautetta voi hyödyntää kehitettäessä LEIKO-potilaiden ohjausta sekä ohjausmateriaaleja.</p>					
Asiasanat (avainsanat) Preoperatiivinen ohjaus, potilastyytyväisyys ja LEIKO-toiminta.					
Sivumäärä 47 + 10	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> <tr> <td>Suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	Suomi	
Kieli	URN				
Suomi					
Huomautus (huomautukset liitteistä)					
Ohjaavan opettajan nimi Uosukainen Leena Turtiainen Tarja	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiiri Leikkausosasto				

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 28.5.2012	
Author(s) Joel Jokelainen & Toni Karppinen		Degree programme and option Degree Programme in Nursing	
Name of the bachelor's thesis Patient satisfaction of endoprosthesis LEIKO-patients in the operation unit			
Abstract <p>The purpose of our thesis was to determine patient satisfaction of endoprosthesis patients concerning the LEIKO guidance in Itä-Savo Hospital District. We also found out their opinion about the admissions department and waiting hall.</p> <p>LEIKO or 'from home to surgery' is a quite new concept in caring industry and means that patient who is coming to a surgery, doesn't come ahead to the ward, but arrives in a separate LEIKO-reception in given time and continues from there into the operation unit for the operation. After the operation the patient moves to the ward for follow-up treatment for the necessary time.</p> <p>We collected the material for our thesis with a questionnaire. They sent 100 questionnaires from the operation unit to the patients who were in endoprosthesis operation. The questionnaire had closed-ended questions and open questions. Closed-ended questions were analysed with SPSS programme and open questions were analysed with content analysis.</p> <p>The results reveal that endoprosthesis patients were mainly satisfied with the guidance they received and with the care generally. There was dissatisfaction mostly with pain treatment and with the lack of rehabilitation after the operation. Received feedback can be exploited in the development of the guidance of LEIKO-patients and in the planning of guidance material.</p>			
Subject headings, (keywords) Preoperative guidance, patient satisfaction and LEIKO-action			
Pages 47 + 10	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Uosukainen, Leena Turtiainen, Tarja		Bachelor's thesis assigned by Itä-Savo Hospital District Operation division	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	LEIKO-TOIMINTA.....	2
2.1	Mitä LEIKO-toiminta on?	2
2.2	LEIKO-toiminnan alku Suomessa.....	4
2.3	Leikkausta edeltävä hoitoprosessi	4
2.4	Lonkka- ja polvitekonivelleikatun hoitoprosessi Savonlinnassa	5
2.5	Tekonivelleikkaukseen menevän potilaan hoitopolku.....	6
2.6	Milloin ja miksi potilas tarvitsee tekonivelen?.....	7
3	POTILASOHJAUS	8
3.1	Potilasohjauksen sisältö	9
3.2	Ohjaustilanne	12
3.2.1	Ympäristön tärkeys potilasohjauksessa	12
3.2.2	Ohjauksen haasteet.....	12
4	POTILASTYYTYVÄISYYS OSANA HOITOTYÖN LAATUA.....	13
4.1	Mitä on hoitotyön laatu?.....	13
4.2	Potilastyytyväisyys ja sen mittaaminen	15
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	16
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	16
6.1	Aineiston keruu.....	16
6.2	Aineiston analyysi	18
6.3	Luotettavuus ja eettisyys.....	19
7	TULOKSET	20
7.1	Taustatiedot.....	21
7.2	Arviointi kutsukirjeestä	21
7.3	Arvio ohjauksen sisällöstä	22
7.4	Kirjalliset ja suulliset ohjeet	31
7.5	Ohjaustilanne	32
7.6	LEIKO-toiminnan tilat.....	36
8	POHDINTA	42
8.1	Tulosten pohdinta	42
8.2	Tutkimusprosessin pohdinta	43

	2
8.3 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset	44
LÄHTEET	45

LIITTEET

- 1 Kirjallisuuskatsaus
- 2 Kyselylomake
- 3 Saatekirje
- 4 Tutkimuslupahakemus
- 5 Kysymykset tutkimusongelmittain
- 6 Esimerkki sisällönanalyysistä

1 JOHDANTO

LEIKO-toiminta on kirurgiaa, jossa potilaat valmistautuvat leikkaukseen kotona ennalta saatujen ohjeiden mukaisesti ja tulevat leikkausamuna leikkausosastolle. LEIKO-toimenpiteen jälkeen potilas on määrätyn ajan heräämössä ja sieltä siirtyy jatkohoitoon vuodeosastolle. LEIKO-toiminnan avulla potilas säästyy turhilta sairaalassaolo päiviltä, tällaisella toiminnalla säästetään henkilöstöresursseja sekä potilaat saavat levätä rauhassa kotona. Leiko -toiminta on aloitettu Itä-Savon sairaanhoitopiirissä (= ISSHP) vuoden 2010 aikana. LEIKO-toiminnasta ISSHP:ssä ei ole tehty aikaisempaa tyytyväisyystutkimusta, joten katsoimme aiheelliseksi toteuttaa potilastutkimuksen. Työelämäohjaajan kanssa käydyssä keskustelussa kävi esille, että ISSHP:ssä on käynnissä LEIKO-toiminnan kehittämistyö, joten tämä auttaa heitä kehittämässä. Sari Pölönen loi opinnäytetyönään potilastyytyväisyysmittarin, jota käytämme apuna myös omassa tutkielmassamme. Potilastyytyväisyysmittarilla tutkitaan kutsukirjettä, preoperatiivista ohjaustilannetta, kirjallisia sekä suullisia ohjeita, preoperatiivista ohjauksen sisältöä ja yleisten tilojen viihtyisyyttä leikkausta odotellessa. Muualla Suomessa on tehty joitakin vastaavanlaisia potilastyytyväisyyskyselyitä. LEIKO-toiminta on alkanut Suomessa ensimmäisenä Hyvinkään aluesairaalaissa vuonna 2000.

Potilastyytyväisyyslomakkeen on luonut siis Sari Pölönen omana opinnäytetyönään keväällä 2011. Kyselylomake on kehitetty yhteistyössä ISSHP:n leikkausosaston kanssa. Kyselylomakkeen on esitellyt Sari Pölönen tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden kanssa. Kyselylomakkeen käyttämiseen kysyimme Sari Pölöseltä puhelimitse luvan 23.9.2011. (Pölönen 2011.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää potilastyytyväisyys-lomakkeen avulla ISSHP:n tekonivelleikkattujen potilaiden tyytyväisyyttä LEIKO-toimintaa koskevasta ohjauksesta. Lisäksi selvitimme potilaiden käsityksiä odotustilojen viihtyisyydestä.

Opinnäytetyö tehtiin ISSHP:n leikkausosastolle, josta olivat myös tutkielmamme työelämäohjaajat. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää tekonivelleikkaukseen tulevien LEIKO-toimintaa ISSHP:ssä sekä huomioidaan potilaiden antama palaute koko hoitoketjun toiminnasta.

Aiheena LEIKO-toiminta kiinnosti meitä, koska kummallakin oli kokemusta tästä toiminnasta ja olimme kuuntelemassa aihetta koskevaa Sari Pölösen opinnäytetyön esitysseminaaria. Leikkausosastolta kysyimme, onko tällaiselle tutkimukselle tarvetta ja saimme positiivisen vastauksen. Koska toiminta on vielä uutta, on tutkimukselle tarvetta, jotta pystytään parantamaan LEIKO-toimintaa potilaiden ehdoilla alusta lähtien.

2 LEIKO-TOIMINTA

2.1 Mitä LEIKO-toiminta on?

LEIKO eli leikkaukseen kotoa on melko uusi käsite hoitoalalla ja tarkoittaa sitä, että leikkaukseen saapuva henkilö ei tule osastolle etukäteen vaan saapuu erilliseen LEIKO-vastaanottoimipisteeseen ennalta sovittuna aikana ja sieltä kävelee operoitavaksi leikkausosastolle, josta hän jää osastolle hoitoon operaation jälkeen tarvittavaksi ajaksi. Tavoitteena on ollut minimoida sairaalassaolopäiviä, joten potilaan vastuu hoidosta saa merkittävän osan koko hoitoprosessissa. LEIKO-toiminnan myötä henkilökunnan resursseja ei tarvitse käyttää siihen, että potilas tulisi vuodeosastolle ennen leikkausta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008.)

Leikkauspotilaat valmistautuvat kotona ennakkoon saatujen ohjeiden mukaisesti ja saapuvat leikkausaikojen mukaan LEIKO-yksikköön. Tarpeelliset valmistelut potilaalle tehdään LEIKO-yksikössä. Potilas saa leikkausajan haastattelussa käytyään tai se ilmoitetaan noin päivää aikaisemmin potilaalle. Leikkausta varten ovat samat rutiinit kuin vuodeosaston kautta tullessa, eli potilaan pitää olla syömättä ja juomatta tarvittava aika. Omien lääkkeiden ottaminen ohjeistetaan potilaalle haastattelukäynnillä. Tietty määrät omat lääkkeet tulee ottaa mukaan leikkauspäivänä. Leikkausyksikössä potilas vaihtaa leikkausvaatteet päälleen. Potilaan omat tavarat pakataan säilytyslaatikoihin ja siirretään jatkohoito-osastolle. LEIKO-yksiköstä potilas siirtyy sairaanhoitajan valvoessa leikkaussaliin. Leikkaussalista potilas siirtyy heräämöhön ja sieltä ennalta sovittulle vuodeosastolle. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2009.)

Potilaat ovat saaneet ennakkoon toimintaohjeet, miten toimia ennen leikkauspäivää ja leikkauspäivänä. Preoperatiivisella eli leikkausta ennakoivalla anestesiaosastolla anestesia-lääkärin arviossa käyvät monisairaant potilaat, joiden leikkauksen kestämis-kyky

täytyy arvioida tarkemmin. Erilaiset leikkaukset tarvitsevat eri tutkimuksia ja kokeita, jotka neuvotaan potilaille ja varataan heille tarvittavat ajat. LEIKO-hoitaja varmistaa edellisenä päivänä potilaan tulemisen operaatioon sekä muistuttaa vielä tarvittavista valmisteluista operaatioamuna. Valmisteluina voivat olla ihokarvojen ajelu sekä tarvittaessa suolen tyhjennys. Hoitajan tulee varmistaa mitä lääkkeitä anestesialääkäri on määrännyt otettavaksi leikkausamuna. (Kauppinen & Räsänen 2010, 5 - 6.)

Kun lääkäri tekee päätöksen potilaan leikkaamisesta, hän arvioi ja päättää onko potilas osastokirurginen, päiväkirurginen vai LEIKO-potilas. Tietyt syyt rajaavat potilaat LEIKO-toiminnasta pois, kuten huono yleistila. Tarvittaessa potilas voi käydä preoperatiivisella osastolla tapaamassa leikkaavaa lääkäriä tai anestesialääkäriä, mutta nämä käynnit on tarkoitus siirtää poliklinikoille. Tällöin varmistetaan, että potilas on varmasti LEIKO-kelpoinen, esimerkiksi tarkastetaan röntgenkuvat ja laboratoriotulokset. LEIKO-hoitaja soittaa tarpeeksi etukäteen potilaalle ja tekee kunnollisen tulohaastattelun. Tavoitteena on siirtää vastuu potilaalle itselleen tulohaastattelun tekemisestä, jolloin potilas soittaa itse LEIKO-hoitajalle. Leikkausamuna potilaalle tehdään lyhyt tulotarkastus LEIKO-yksikössä. Silloin varmistetaan potilaan ravinnotta olo sekä se mitä lääkkeitä hän on ottanut, ja annetaan anestesialääkärin määräämä esilääkitys. (Kauppinen & Räsänen 2010, 7 - 8.)

Tekoniveliä voidaan asentaa lonkkiin, polviin, kyynärpäähän, ranteisiin, nilkkoihin, rystysiin, olkapäihin sekä leukoihin. Suomessa on tehty koeleikkauksia, joissa on korvattu selän välilevyjä sekä isovarpaan tyviniveliä. Tekonivelleikkauksia tehdään julkisella sektorilla yliopisto-, keskus- sekä joissakin aluesairaaloissa ja leikkaustoimintaa harjoittavissa yksityissairaaloissa pääasiassa pääkaupunkiseudulla, Turussa, Kuopiossa sekä Oulussa. Yksityissektorilla hinnat vaihtelevat suoritettuna leikkauksen sekä siihen liittyvän hoidon ja proteesityypin mukaan. Yhden polven tekonivelleikkaus maksaa 9000–12000 eurosta ja molempien polvien tekonivelleikkaus maksaa 16000–20000 eurosta ylöspäin. Tekonivelleikkaukselle ei ole ylä- tai alaikäraja. Tekonivelleikkattujen keski-ikä on nykyään hieman alle 70 vuotta, ja leikkattujen keski-ikä on alenemassa tulevaisuudessa. (Vainikainen 2010, 32.)

LEIKO-toiminta tarkoittaa yhdenmukaista ja yhtenäistä preoperatiivista toimintaa, jossa kaikkien erikoisalojen tarvittavat esivalmistelut tehdään potilaan kotona. Potilas tulee leikkausosastolle leikkauspäivänä aamulla esivalmistelut tehneenä. LEIKO-

toiminnalla pyritään yhdenmukaistamaan kirurgien sekä anestesiaalääkäreiden toimintatapoja. LEIKO-toiminta on aiempaa ennakoitavampaa ja potilasläheisempää. Potilaat ovat tutkimusten mukaan tyytyväisiä LEIKO-toimintaan. LEIKO-toiminta sitoo 73 % vähemmän henkilökunnan ajallisia resursseja verrattuna perinteiseen elektiiviseen kirurgiaan. Potilaat, anestesiaalääkärit sekä myös kirurgit ovat tyytyväisiä LEIKO-toimintaan. (Tohmo 2010, 42 – 43.)

2.2 LEIKO-toiminnan alku Suomessa

LEIKO-toiminta on saanut Suomessa alkunsa Hyvinkään aluesairaalaan vuonna 2000. Hyvinkäällä on ainoa sairaala Suomessa, jonne potilaat saapuvat leikkausamuna riippumatta leikkauksen tyylistä sekä laajuudesta. (Järvi 2008.)

Hyvinkään aluesairaala on antanut muille sairaaloille ideoita, mutta jokaisella sairaalalla on omat käytäntönsä. Esimerkiksi Keski-Suomen aluesairaalan toiminta alkoi erilaisista kirurgisista erikoissairaanhoidon aloista maaliskuussa vuonna 2007. Seuraavana vuonna toimintaan liittyi lisää erikoisaloja. Toiminnan tavoitteena on vähentää vuodeosastojen kuormitusta. On arvioitu, että LEIKO-toiminnalla voidaan säästää 6000 hoitopäivää kun potilaat tulevat vasta leikkausamuna sairaalaan. (Kauppinen & Räsänen 2010, 6.)

LEIKO-toiminta voi toimia myös eri nimellä, kuten esimerkiksi Lapissa se tunnetaan LYHKE-toimintana, joka kattaa päiväkirurgisen ja lyhytkirurgisen toiminnan. Leiko-toiminta leviää ympäri Suomea ja helpottaa vuodeosastojen kuormitusta. (Kauppinen & Räsänen 2010 8.)

2.3 Leikkausta edeltävä hoitoprosessi

Leikkaushoitoprosessi käsittää kolme vaihetta: preoperatiivisen eli leikkausta ennakoidun, intraoperatiivisen eli leikkauksen aikaisen ja postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen vaiheen. Preoperatiivinen vaihe alkaa leikkauksen päätöksestä ja päättyy siihen, kun potilas on siirtynyt leikkauksen vastuulle. Preoperatiivisessa vaiheessa tärkeintä on saada potilaasta kaikki tarvittava tieto. Sairaanhoidajan tehtävä on tarkastaa, että potilas on käynyt kaikissa lääkärin määräämissä tutkimuksissa, esimerkiksi verikokeissa, joilla voidaan pois sulkea tulehdus. Hoitajan tulee huolehtia siitä, että potilas on käynyt hammaslääkärissä tarkistuttamassa suuhygieniansa tilanteen, koska huono

suuhygienia voi aiheuttaa tulehduksen leikkauksen jälkeen. Saatuaan leikkauspäätöksen potilas odottaa leikkausaikaa ja saa valmistavat ohjeet kirjallisesti itselleen. Potilas valmisteleo itsensä leikkaukseen jo kotona saatujen ohjeiden mukaisesti ja tulee sairaalaan sovittuna ajankohtana, jolloin kaikki tutkimukset on tehty. (Iivanainen ym. 2007, 460, 462.)

Intraoperatiivinen vaihe eli leikkauksen aikainen vaihe alkaa, kun potilas saapuu leikkausosastolle ja saa tarvittavan esilääkityksen. Ensisijaisesti potilaasta raportin ottaa anestesiahoitaja, koska anestesiahoitaja valvoo potilasta leikkauksen ajan sekä luovuttaa potilaan heräämööo jatkohoitoon. Raportointivaiheessa ollaan potilaaseen nähden siten, että potilas näkee ja kuulee hoitajien puheen. Potilas voi raportin aikana esittää kysymyksiä tai täydentää raporttia. Raportista tulee käyda ilmi seuraavia asioita: potilastiedot, diagnoosi sekä toimenpide, tarkistettu leikkausalue, potilaan sairaudet sekä lääkehoito, mahdolliset yliherkkyydet, tarvittavat verivaraukset, anestesian ja toimenpiteen kannalta tehdyt tutkimukset sekä toimenpiteet ja potilaalle annettu esilääkitys. Kun kaikki on valmista leikkausta varten, leikkaava kirurgi voi suorittaa toimenpiteen. (Kallio ym. 1996, 350 - 353.)

Postoperatiivinen vaihe eli leikkauksen jälkeinen vaihe alkaa, kun potilas luovutetaan heräämööo tai tehohoitoon. Postoperatiivisessa vaiheessa alkaa potilaan kuntoutumis- ja toipumisvaihe. Ennen kuin potilas voidaan siirtää heräämö tai tehohoitoon, anestesiahoitaja tarkastaa, että potilaan jatkohoitomääräykset ovat kirjattu anestesiaalomakkeelle. Anestesiahoitaja antaa potilaasta heräämön tai tehohoidon hoitajalle kunnollisen raportin, josta tulee ilmi potilaaseen sekä toimenpiteeseen liittyvät tiedot. Potilas voidaan siirtää jatkohoito-osastolle, kun potilas täysin tajuissaan, peruselintoiminnot eli verenkierto sekä hengitystoiminnot ovat kunnossa, kivut ovat hallinnassa, potilas ei ole huonovointinen ja potilaalle on määrätty tarvittavat hoidot. Postoperatiivinen vaihe loppuu, kun potilas kotiutuu tai kuntoutuu leikkauksesta. (Iivanainen ym. 2007, 488 - 489.)

2.4 Lonkka- ja polvitekonivelleikatun hoitoprosessi Savonlinnassa

LEIKO-potilaan hoitoprosessi alkaa potilaan hoidon tarpeen määrittäyksestä lääkärin vastaanotolla. Ortopedi arvioi vastaanotolle tulon kiireellisyyden lähetteestä. Osastonsihtööri kutsuu potilaan vastaanotolle kirurgian poliklinikalle. Ortopedi tapaa potilaan

poliklinikalla ja tekee leikkauspäätöksen ja asettaa potilaan leikkausjonoon. Jonohoitaja suunnittelee potilaalle tarvittavat tutkimukset sekä preoperatiiviset ohjaukset ja vastaanottoajat ortopedille sekä anestesiaosastolle. Potilas tutkitaan leikkauskelpoisuuden toteamiseksi sekä tarvittavien lisätutkimuksien vuoksi. Sairaanhoitaja antaa potilaalle leikkausaamuna toimintaohjeet sekä ohjeet otettavista lääkkeistä. Leikkausaamuna potilas saapuu kotoaan leikkaus- ja anestesiaosastolle, jossa ilmoittautuu saapuneeksi. (Savonlinnan keskussairaala 2010, 1.)

2.5 Tekonivelleikkaukseen menevän potilaan hoitopolku

Nivelrikkosen potilaan kulku leikkaukseen on usean ammattilaisen sekä potilaan oman harkinnan aikaansaannos. Kun mietitään tekonivelleikkauksen tarpeellisuutta, ovat puntaroitavia asioita tekonivelleikkaukseen liittyvät riskit sekä potilaan elämänlaadun parantaminen. Päätös tekonivelleikkauksesta syntyy yleensä niin, että potilaan omalääkäri työterveyshuollossa tai terveystieteiden keskuksessa lähettää potilaan ortopedin vastaanotolle erikoissairaanhoidon ortopedian poliklinikalle. Leikkaava sairaala asettaa potilaan leikkausjonoon ortopedin arvioitua leikkauksen kiireellisyyden tarpeen. Ortopedi tarkastaa potilaan itse, jotta selviää potilaan tarve saada tekonivel ja se, minäkäläisen avun tekonivelleikkaus potilaalle tuo. Päätös tekonivelleikkauksesta on aina potilaskohtainen. Leikkauspäätöksessä otetaan huomioon potilaalla oleva vaiva, ja pyrkimyksenä on arvioida tarkasti potilaan saama hyöty tekonivelleikkauksesta. Potilas tutkitaan ennakoivasti, jotta riskitekijät voidaan tunnistaa aikaisessa vaiheessa. (Vainikainen 2010, 34 - 35). Tekonivelleikkaukseen tulevat potilaat saavat koteihinsa ohjeet kolme viikkoa aikaisemmin, kuinka valmistautua tulevaan leikkaukseen. Potilaat käyvät oman kotikaupunkinsa laboratoriossa, josta kokeet lähetetään sairaalaan analysoitaviksi. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008.)

Mahdolliset sairaudet tai lääkitys voivat vaikuttaa anestesiaan leikkauksen aikana tai leikkauksen jälkeiseen hoitoon tai molempiin. Anestesiaosastolla tai muita tarvittavia lääkäreitä tulee konsultoida tarpeen mukaan riittävän ajoissa. Näin ollen potilas voi joistakin riskeistä huolimatta valmistautua tekonivelleikkaukseen turvallisesti. Tekonivelleikkaukseen liittyvien riskien etsiminen sekä niihin varautuminen ennakoivasti parantaa potilasturvallisuutta ja edistää tekonivelleikkauksesta kuntoutumista. Nivelrikkoinen potilas voi ihmetellä myös sitä, miten lääkärit voivat olla erimieltä potilaan jatkohoidosta, toisin sanoen mikä olisi potilaalle paras ratkaisu hoidon hyödyn

suhteen. Jopa leikkauksen tarpeellisuudesta lääkärit voivat olla eri mieltä. Tekonivel-leikkaus vaatii aina perusteellisen harkinnan. Tekonivelen asettamiselle polveen tai lonkkaan ei ole yhtä syytä, vaan moni asia vaikuttaa leikkauspäätökseen. Koska tekonivelkirurgiassa on kyse elämänlaatua parantavasta toimenpiteestä, tulee huolellisesti arvioida tulevan hyödyn ja riskien suhdetta. Päätöksen tekonivelleikkauksesta tekee aina potilas itse, ortopedi antaa potilaalle arvion leikkausmahdollisuudesta. Tulee muistaa, että tekonivelleikkattu ei saa tekonivelestä toiminnallista hyötyä jos hän ei sitoudu pitämään huolta lihaskunnostaan. Leikkaukseen tulevan potilaan yleistilan tulee olla vähintäänkin tyydyttävä sekä hänen tulee haluta toimenpidettä ja motivoitua kuntoutumiseen. (Vainikainen 2010, 34 - 37.)

2.6 Milloin ja miksi potilas tarvitsee tekonivelen?

Pääsyy tekonivelleikkaukseen on hankalan nivelrikon aiheuttama kipu, joka häiritsee potilaan jokapäiväistä elämää huomattavasti, esimerkiksi yöunta ja liikkumista. Nivelvaurion voi myös aiheuttaa synnynnäinen kehityshäiriö, nivelreuma, osteonekroosi (reisiluun päässä oleva kuolio, joka voi esiintyä myös polvessa) tai tapaturmaisesti aiheutunut vamma. (Vainikainen 2010, 32.) Nivelrikko eli artroosi on yleisin sairaus, joka pahetessaan aikaansaa potilaalle kovia kipuja sekä usein toimintakyvyn huomattavan alenemisen. Perimmäistä syytä nivelrikon syntyyn ei tunneta. Muutokset nivelessä muodostuvat hitaasti vuosien saatossa, eikä vahingoittunut rustokudos parane entiselleen. Ikääntyessä nivelrikon esiintyvyys yleistyy. Yleisimmät riskitekijät lonkan sekä polven nivelrikolle ovat ylipaino, raskas fyysinen työ sekä nivelvammat. (Suomen nivelyhdistys ry. 2010.)

Joillekin potilaille voidaan suunnitella osatekoniveltä, mutta sen komplikaationa voi olla suurentunut riski joutua uusintaleikkaukseen. Polvessa oleva osatekonivel käy ainoastaan tietynlaiseen kulumaan, eikä näin ollen ratkaisu useimmille potilaille. Tekonivelleikkaus on viimeinen vaihtoehto nivelrikon hoidossa, leikkausta on harkittava potilaan tarpeen mukaan. Tekonivelleikkaus ei paranna nivelvaivaa potilaalta, kuten esimerkiksi umpilisäkkeen poisto auttaa parantumaan tulehtuneesta umpilisäkkeestä. Tekonivelleikkauksessa potilaan oma huono nivel vaihdetaan uuteen insinöörin valmistamaan tekoniveleen, joka ei kuitenkaan koskaan ole yhtä hyvä kuin potilaan oma nivel olisi ollut. Suurin osa tekonivelleikatuista potilaista kokee saaneensa tekonivelen ansiosta laatua elämäänsä. Enemmistö nivelrikkoisista potilaista tulee kuitenkin toi-

meen ilman tekonivelproteesia liikunnan, laihduttamisen ja kivunhoidon avulla. Oikeanlaisella potilasvalinnalla pyritään saamaan sopivat tekonivelpotilaat leikkaushoitoon, joka on tehokasta sekä antaa potilaalle lisää toimintakykyisiä vuosia. (Vainikainen 2010, 33 - 34.)

3 POTILASOHJAUS

Potilasohjeiden antaminen ja neuvominen kuuluu potilaita ohjaavan hoitajan päivittäiseen työhön. Ohjaustilanteet voivat olla hoitotilanteeseen liittyviä taikka etukäteen suunniteltuja. Ohjaustilanteet ovat neuvojen saajan ja neuvojen antajan vuorovaikutuksellista toimintaa. Potilaan ohjaaminen on hoitotyön auttamismenetelmä. Erilaisten vuorovaikutusmenetelmien hallinta on edellytys tuloksekkaalle hoitotyölle. Vuorovaikutuksessa pyritään tietojen vaihdossa molemminpuolisuuteen. Pyrkimyksenä hoitotyössä ovat sekä kasvatukselliset että hoidolliset tavoitteet, joissa vahvistetaan ja tuetaan asiakkaan näkemyksiä sekä autetaan ongelmien ratkaisussa. Tarkoituksena auttamisessa on nähdä potilas ihmisenä eikä vain hoitotyön kohteena. (Paunonen 2000, 6.)

Ammatillista osaamista ovat myös vuorovaikutustaidot; niitä tulisi opetella ja kehittää. Se, että ymmärtää toisten sekä omaa käyttäytymistä ja haluaa ohjata potilasta, auttaa saavuttamaan hyvän tuloksen. Luottamus on myös osaltaan sellaista, että tiedostaa tunteitaan sekä kunnioittaa erilaisuutta ja osaa kuuntelutaidon kehittämisen, koska saavutettu potilasluottamus parantaa turvallisuuden tuntua. Onnistunut sanallinen ja sanaton viestintä ilmenee tyytyväisyytenä vuorovaikutustilanteisiin. Tärkeitä asioita ovat ilmeet, kehon liikkeet, katseet sekä asennot. Tärkeää on arvioida, kuinka lähelle potilasta voi lähestyä. (Rantahakala ym. 2007, 10 - 11.) Hoitajan tulee käyttää sellaista kieltä, jota potilas ymmärtää. Potilaan oppimisen kannalta on parempi pilkkoa ohjattavat asiat järkevaksi ja loogisesti eteneväksi. Ohjaustilanne pitää yksilöidä potilaan tarpeiden mukaisiksi. Potilasta ei tule kuormittaa useilla pienillä asioilla. Ohjauksen aikana on hyvä käyttää kirjallisia materiaaleja mukana. On hyvä ja kohtelias tapa kysyä potilaalta, ymmärsikö hän ohjatun aineiston sekä onko potilaalle noussut kysymyksiä tulevasta toimenpiteestä. (Kallio ym. 1996, 60 - 61.)

Hoitohenkilöstön ammatilliseen toimintaan kuuluu ohjaus olennaisena osana työnkuvaan, se on tärkeä osa potilaiden hoitoa. Hyvin onnistuneella ohjauksella on potilaan

sekä heidän omaistensa terveyttä edistävä vaikutus. Lyhentyneet hoitoajat sekä osin hoitohenkilöstön puutteelliset resurssit asettavat potilasohjauksen toteuttamiselle haasteita. Potilaiden ohjaus haastavissa tilanteissa vaatii ohjausprosessin tuntemista, siis mitä osa-alueita ohjaukseen kuuluu sekä mitä ohjaus on. Hoitotyön henkilöstön näkökulmasta ohjausta on tilanteissa, joissa määritetään potilaan tilanteeseen terveyttä edistäviä asioita. Ohjaus on siis prosessin näkökulmasta ongelmanratkaisua tavoitteellisesti, potilaan omien kokemusten erittelyä ja niistä oppimista. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

15 vuoden aikana sairaaloissa hoitajaksojen pituudet ovat lyhentyneet huomattavasti. Hoitajille jää yhä vähemmän aikaa potilas ohjaukseen hoitajaksojen lyhentyessä. Potilaiden odotusten ja tietämyksen myötä vaatimukset, jotka on asetettu potilasohjaukseen, ovat muuttuneet. Potilaan ohjaamisen sisältöön sekä tarvittavan tiedon määrään potilaalla vaikuttaa sukupuoli, ikä, koulutus, hoidon vaihe sekä työelämässä oleminen. Potilaan saamaan ohjauksen sisällön ymmärtämiseen vaikuttavat oppimisympäristö, potilaan osallistuminen omien hoidon tarpeidensa määrittelyyn, tavoitteiden asettamiseen hoidolle ja ohjauksen arviointiin sekä suunnitteluun. Potilaan osallistuminen päätöksentekoon kannustaa potilasta tarpeellisten muutosten tekoon sekä ottamaan vastuuta omasta oppimisestaan. Sairaanhoidajan tulee tiedostaa, että potilas tarvitsee monimuotoista ohjaamista sekä tukea ohjaussuunnitelmansa toteuttamisessa. Positiivisella ilmapiirillä, tasavertaisella vuorovaikutuksella, potilaan kunnioittamisella sekä toistolla on vaikutusta ohjaustilanteessa oppimiseen. (Jaakonsaari 2009, 18 - 19.)

3.1 Potilasohjauksen sisältö

Ohjauksen sisältöön kuuluu anestesiaalomakkeen täyttäminen, jonka jälkeen varmistetaan potilaalta leikkausalue sekä tiedustellaan aikaisemmat anestesioiden ja mahdolliset ongelmat anestesioiden aikana. Tarkastetaan ja mahdollisesti täydennetään potilaan lääkelistaa ja varmistetaan mahdolliset tauotettavat lääkkeet. Mitataan potilaalle sopivan kokoinen antiemboliasukka; jos potilas sairastaa valtimonkoveutustautia, niin antiemboliasukkaa ei tarvita. Tarkastetaan potilaan ihon kunto ja huomioidaan karvoitus leikkausalueelta sekä puudutettavalta alueelta ja myös mahdolliset tatuoinnit. Ohjauksessa muistutetaan potilasta suolentoimituksesta toimenpidettä edeltävänä päivänä etenkin, jos on jonkinlaisia ongelmia ulostamisen kanssa. Määrätään tarvittavat verikokeet otettavaksi leikkaussalissa. Potilaalle varataan tarvittavat määrät punasoluja

riippuen leikkauksen tyypistä. Jos potilaalla on muistihäiriö, osastolle tulisi informoida potilaasta ennakkoon. Tarkastetaan hammaslääkärin lausunnot ortopediseen leikkaukseen tullessa, koska huono hammashygienia on tulehdusriski. Preoperatiivisten tutkimuksellisten käyntien tarkastaminen esimerkiksi röntgenkuvat, joista voidaan varmentaa leikkauksen tarve. Tarkastetaan ja huomioidaan laboratoriovastaukset, jos potilas on Marevanin käyttäjä; potilaalta kontrolloidaan veren hyytymisarvo. Mikäli potilaan puhtaasti lasketussa virtsanäytevastauksessa on jotain poikkeavaa, tulee leikkaavaa kirurgia konsultoida, tarvitseeko potilas mahdollisesti antibioottia. Tarkastetaan mahdolliset lisätutkimukset sekä konsultaatiot ortopedin ja anestesia­lääkärin käynniltä. Hoitaja kertoo potilaan kanssa preoperatiivisella käynnillä toimenpidepäivän tapahtumat, sairaalaan tulemisen sekä toipumiseen liittyvät asiat. (Savonlinnan keskussairaala 2010, 1 - 2.)

Potilaan täytyy ottaa omasta hoidosta vastuuta lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi. Empowerment-ajattelu on tärkeä osa potilaanohjausta. Empowerment-ajattelu tarkoittaa prosessia, jossa potilas itse hallitsee omia selviytymis- sekä muuttumiskykyjään. Preoperatiivisen ohjauksen tarkoituksena on kasvattaa ja tukea potilaan sekä hänen lähipiirin voimavarojen hallitsemista. Ohjauksen tarkoitus on, että potilas itse muuttaa omia tarvittaessa asenteitaan sekä toimintatapojaan. (Hautakangas ym. 2003, 63 - 64.)

Ennen leikkausta potilaalle annetaan mahdollisuus kysyä kaikista mahdollisista tekonivelkeikkaukseen liittyvistä asioista. Potilaalle kerrotaan, että yhdynnässä potilaan kannattaa noudattaa tiettyjä asentorajoituksia. Potilasta muistutetaan, että tekoni­velestä kertova todistus kannattaa pitää mukana turvatarkastuksissa. Tukisukkia kannattaa pitää määrätyn ajan, jotta ehkäistään veritulppien muodostumista. LEIKO-hoitaja huolehtii, että potilas käyttää lääkärin määräämiä lääkkeitä annettujen ohjeiden mukaisesti. Kyykistymistä, kumartumista ja kantamista potilaan tulee välttää ennen kuin siihen annetaan lupa. (Suomen Nivelyhdistys ry 2010.)

Monipuolinen ruokavalio sekä riittävä nesteiden saaminen edesauttavat haavojen parantumista sekä estävät kudosten tulehdustiloja ja lisäävät kestävyyttä sekä voimaa kuntoutumiseen. Suuret leikkaukset laskevat usein potilaan veriarvoja, jolloin oikeanlainen ruokavalio auttaa palauttamaan elimistön tilan ennalleen. (Vainikainen 2010, 62.) Mikäli potilaalla on ylipainoa, tulisi potilaan pyrkiä pudottamaan painoa. Päivässä tulisi tehdä 2 - 3 kävelylenkkiä, jotta lihaksisto kuntoutu­isi ennalleen. WC:ssä poti-

laan tulisi käyttää koroketta. Määrättyjä harjoitteita tulisi tehdä päivittäin. Jos potilaan on välttämätöntä tehdä kiinteistön huoltotöitä, tulisi niitä tehdä pitkävartisilla työkaluilla. Jos hammaslääkäri tai urologi tekee verenvuotoa aiheuttavia toimenpiteitä, potilas tarvitsee antibioottisuojaan muutamaksi vuorokaudeksi infektioiden ehkäisemiseksi. (Suomen Nivelyhdistys ry. 2010.)

Potilaan tulisi istuessa välttää alaraajan asettamista toisen raajan päälle. Potilaan ei tulisi istuessaan koukistaa lonkaansa enempää kuin 90^o ja tulisi välttää istuessaan nojaamista liiaksi eteenpäin. Pitkään jatkuvaa istumista tulisi myös välttää, koska istuminen huonontaa verenkiertoa ja lisää trombin saamisen riskiä. Potilaan tulee välttää pitkäkestoista rasittavaa työtä. Tarpeettomia riskejä olisi syytä välttää, esimerkiksi epätasaisessa maastossa liikkumista, ja liukkaalla tulisi käyttää liukuesteitä. Kuormitettavia liikuntamuotoja tulisi välttää, kunnes saa lääkäriltä luvan niihin. Yli 20 % kehon painon ylittävää kuormaa tulee välttää. (Suomen Nivelyhdistys ry 2010.)

Kuntoilulajeista suositelluimmat ja kuntoutumisen kannalta parhaat vaihtoehdot ovat uiminen, vesivoimistelu sekä vesijuoksu, koska vesi keventää rasitusta sekä antaa sopivan vastuksen harjoittelulle. Hiihto sekä pyöräily ulkosalla ovat hyödyllisiä lajeja tasapainon palaututtua. Kuntopyöräilyn voi aloittaa heti, koska siinä ei ole kaatumisen vaaraa, kunhan polven liikkuminen sallii sen. Lonkkaleikattu joutuu viivyttämään kuntopyöräilyä kuusi – kahdeksan viikkoa leikkauksesta. Pyöräily tulee aloittaa maltillisesti ja lisätä harjoituksen pituutta vaihteittain. Uiminen on mahdollista vasta sitten kun ompeleet tai haavahakaset on poistettu, haavan täytyy myös olla kiinnittynyt kunnolla. Kotoakin löytyy hyviä kuntoutuspaikkoja; esimerkiksi portaat, jotka on varustettu turvallisilla kaiteilla, on erinomainen paikka harjoitella. Harjoittelun riittävyys on yksilöllistä. (Vainikainen 2010, 63.)

Suullisen ohjauksen lisäksi annetaan, myös kirjallista ohjausta. Hyvässä kirjallisessa potilasohjeessa ohjauksen rakenne on looginen; tällä tarkoitetaan sitä, että potilasohje ei hypi aiheesta toiseen, vaan ohjattavat asiat liittyvät järkevästi toisiinsa. Potilasohjeissa sisältö on tärkeysjärjestyksessä. Otsikointi kertoo, mistä asioista tekstissä kerrotaan. Helposti luettavassa tekstissä on lyhyitä kappaleita, jotka eivät ole vain luettelomia. Virkkeet on rakenteellisesti helposti ymmärrettäviä sekä sanat tavallisten kansalaisten ymmärrettävissä. Vierasperäiset sanat voidaan myös kansan kielelle. Neuvot ja ohjeet on perusteltava potilaalle, jotta hän ymmärtää mitä hyötyä niistä saa. Oikeinkir-

joitus täytyy hyvässä tekstissä olla viimeistelty. Kunnollisen potilasohjeen laatiminen ei ole helppoa, koska tekstin pitää olla maallikolle ymmärrettävää sekä sisällöllisesti kattava ja omaan toimintaan motivoiva. Potilasohjeen laadinnassa tärkeää on, että se on laadittu kohderyhmälle eikä toiselle hoitoalan ammattilaiselle. Lukija haluaa saada tietää, kuinka toimia, jotta tauti ei pahenisi tai oireet lievittyisivät. Tämä pitää kertoa kohderyhmälle selkeästi. (Hyvärinen 2005.)

3.2 Ohjaustilanne

3.2.1 Ympäristön tärkeys potilasohjauksessa

Ympäristötekijät pystyvät muuttamaan vuorovaikutussuhdetta joko heikentäen sitä tai tukien sitä. Tukevia ja heikentäviä tekijöitä hoitoympäristössä ovat fyysinen ympäristö, hoitotyön kulttuuri ja ihmissuhdeympäristö. Kiireetön ja rauhallinen ympäristö edesauttaa ohjaustilanteen onnistumista. Huoneen pitäisi olla rauhallinen, äänieristetty ja valoisa. Hoitajan tulisi istua ohjattavan kanssa samalla tasolla. Normaalisti sopiva etäisyys hoitajan ja potilaan väliselle ohjauskeskustelulle on noin puoli metriä. Rasittavia tekijöitä ohjaustilanteessa ovat esimerkiksi liian lämmin ohjaushuone sekä häikäisevä aurinko. Palvelun laadun tasossa on myös merkitystä ympäristöllä. Potilaalle merkitseviä tekijöitä ovat odotustilojen siisteys, viihtyisyys, virkistävyys ja rauhallisuus. (Kyngäs & ym. 2006, 26).

Potilasohjauksen ympäristön tulisi olla sellainen, että ohjauksessa käytettävä materiaali on lähettyvillä ja että voidaan toteuttaa ohjaus ilman häiriötekijöitä. Ohjaustilanteissa, joissa huomioidaan potilaiden yksilöllisiä tarpeita, yksityisyys on toivottua. Jotta ohjausympäristö olisi viihtyisä, tulee sen olla myös turvallinen; turvallisuuden tunteen kautta tuodaan potilaassa esille positiivisia asioita. (Rantahakala ym. 2007, 13 - 14.)

3.2.2 Ohjauksen haasteet

Ohjauksen lähtökohtana on potilaan sekä hoitajan taustatekijöiden huomioon ottamisessa. Taustatekijät voidaan jakaa neljään ryhmään, psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin sekä muihin ympäristötekijöihin. Potilaan fyysisistä tekijöistä esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairauden pituus, sairauden laatu sekä näiden vaikutus potilaan arkeen vaikuttavat yksilöllisiin ohjaustarpeisiin. Fyysiset tekijät vaikuttavat myös potilaan kykyyn

ottaa ohjausta vastaan, ja ne vaikuttavat siihen, vältteleekö potilas ohjausta, unohtaako potilas asioita tai kieltääkö hän saamansa tiedon ohjauksessa. Potilaan iällä, koulutuksella sekä sukupuolella on havaittu olevan vaikutusta ohjaavan hoitajan toimintaan, kuten asennoitumisessa ohjaukseen sekä tietoihin ja taitoihin, joita ohjauksessa tarvitaan. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Potilaan psyykkiset ominaisuudet on huomioitava myös ohjauksessa. Psykkisiin ominaisuuksiin kuuluu muun muassa potilaan motivaatio, erilaiset uskomukset terveyteen liittyvissä asioissa, henkilökohtaiset tarpeet sekä odotukset ja ohjauksen vastaanottamisvalmiudet. Potilaan motivaatio on osana vaikuttamassa siihen, miten hän ottaa ohjauksen vastaan. Ohjaavan hoitajan tulisi osasta käyttää avoimia kysymyksiä selvittääkseen, miten potilasta voi motivoida oppimaan ohjauksesta. Hoitaja motivoi potilasta myös omalla käyttäytymisellään ohjaustilanteessa. Potilaan erilaiset terveysuskomukset voivat vaikuttaa siihen miten potilas ottaa ohjausta vastaan vai uskooko potilas omiin ajatuksiinsa. Aina potilas ei tuo omia ohjausta tarvitsevia asioita ohjaustilanteessa esiin, joten hoitajan tulisi osata selvittää potilaan tarpeet. Hoitaja voi erilaisilla ohjaustyyleillä parantaa ohjauksen onnistumista. Ohjauksen sosiaaliset tekijät ovat merkityksellisiä, ne muodostuvat eri kulttuureista, uskonnollisista sekä eettisistä tekijöistä. Potilaan ja hoitajan uskonnolliset näkemykset vaikuttavat siihen miten ohjattavia asioita käydään lävitse. Potilaalta voi ottaa selville, kuinka tärkeänä hän pitää omaistensa ohjaamista, jotta omaiset voivat tukea sekä kannustaa potilasta. Potilaan kulttuurista johtuvat uskomukset tulee huomioida ohjauksessa. Mikäli potilaan äidinkieli on vieras, voi ohjaustilanne luoda turvattomuuden tuntua sekä vaikeuttaa potilaan osallistumista ohjaukseen. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

4 POTILASTYYTYVÄISYYS OSANA HOITOTYÖN LAATUA

4.1 Mitä on hoitotyön laatu?

Laadun määrittäminen on erittäin vaikeaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Nykyisin käytetään lähestymistapaa, jossa yhdistetään johtamisen näkökulmat, palvelujen tuottajat sekä palvelujen käyttäjät. Laatu voidaan määritellä kyvyksi täyttää asiakkaiden palvelujen tarpeet edullisesti lakien, asetusten sekä määräyksien mukaan ja ammattitaidolla. Mitattavat ja näkyvät ominaisuudet ovat osana laadun kokonaisuutta. Subjektiiiset piirteet ovat myös osa laatua, mutta ne ovat vaikeasti mitattavia ja määriteltä-

viä. Asiakkaiden elämykset laadusta ovat keskeistä. Tieteellinen ja ammatillinen laatu on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten määrittelemää laatua. Taloudellisuus ja kustannukset suhteutetaan saavutettuun laatuun, ja niitä käytetään laadun mittareina. Asiakkaan kokema laatu kertoo siitä, tuottaako mahdollinen palvelu asiakkaalle sitä, mitä asiakas kokee tarvitsevänsä. Asiantuntijan näkökulmasta ammatillinen laatu kertoo siitä, täyttävätkö palvelut potilaan tarpeet. Johtamisen laatu kertoo siitä, onko palvelu toteutettu siten, että palvelu toteutetaan kohtuullisten kustannusten puitteissa, ilman virheitä ja hukkakäyttöä sekä määräyksien ja lakien mukaisesti. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000, 11- 12.)

Laatu määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon sanastoissa kokonaisuudeksi, joka muodostuu hyödykkeen ominaisuuksista johon kyvystä täyttää siihen kohdistuneet odotukset. Sosiaali- ja terveyshuollossa laadun käsite ymmärretään monella eri tavalla riippuen siitä, ovatko määrittelijänä potilaan sukulaiset, potilas itse, yhteiskunta vai työntekijä ja mikä tai kuka on määrittelyn kohteena sekä millaisella organisaatiotasolla sitä pystytään määrittelemään. Laatua pystytään tarkastelemaan hoitotyöntekijän ja potilaan välisenä vuorovaikutuksena, joka näkyy potilaan tarpeiden ja hoitavan yksikön asettamina tavoitteina hoidolle. Laatua pystytään tutkimaan myös yhteisöllisesti, mikä tarkoittaa jonkin tietyn väestöalueen tarpeiden sekä hoitavien yksiköiden vastaavuutta, sekä valtakunnallisena, kuten kansalaisten tarpeiden ja valtakunnallisten päätöksien vastaavuutena. Terveyspalveluiden laatu on olemassa olevan tiedon hyödyntämistä ja tekniikan käyttämistä sovellettuna potilaiden hoidossa. Laatua on myös täyttää potilaiden tarpeet mahdollisimman hyvällä palvelulla sekä pienillä kustannuksilla. (Muurinen 2003, 20 - 21.)

Terveyspalveluiden laatu voidaan jakaa kolmeen osaan, jotka ovat potilaslaatu, hoitotyön tekijöiden ammatillinen laatu sekä johtamisen laatu. Potilaslaatu on kyky täyttää potilaiden asettamat hoidon tavoitteet. Ammatillinen laatu on hoitotyöntekijöiden kyky täyttää potilaiden asettamat tavoitteet sekä työntekijän kykyä tehdä toimenpiteitä, joiden arvellaan olevan potilaalle hyödyksi. Johtamisen laatua on vastata potilaiden tarpeisiin käyttämällä resurssit hyvin sekä kustannustehokkaasti. Erilaisilla asetetuilla hoitotyön laatuvaatimuksilla sekä kriteereillä pystytään ilmaisemaan haluttu ja tavoiteltava hoitotyön laatu. (Muurinen 2003, 20 - 21.)

4.2 Potilastyytyväisyys ja sen mittaaminen

Potilaskeskeisyys on yksi keskeinen periaate arvioitaessa hoidon laatua, jolloin toiminta perustuu suunnitteluun, joka on potilaista lähtöisin. Potilastyytyväisyyttä terveydenhuollossa käytetään arviointikäsitteenä, sillä sitä pidetään hoidon laadun mittarina. Potilastyytyväisyys kuuluu nykyään potilaslähtöiseen kulttuuriin sairaalassa. Tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan antamaan palautteeseen, ovat sosiaaliset tekijät, odottelu sekä vertailu. Nämä tekijät voivat olla yksilöllisiä ja jopa muuttua kokemuksen myötä. Hoidon laadun mittarina potilastyytyväisyyttä pidetään tärkeänä tekijänä, sillä on havaittu, että tyytyväisyyskyselyllä saadaan esille potilaan tarpeet, näkemykset ja hoidon toteutukseen osallistuminen. (Hiidenhovi 2001.)

Potilastyytyväisyyden oletetaan normaaliksi olevan toteuman ja odotusten summa. Tyytyväisyys on yleensä vähäistä, jos näiden välillä on ristiriita. Huomioitava asia on myös se, että yleisesti ottaen potilas olisi tyytyväinen hoitokokemukseensa, ei tarkoita, että hän olisi tyytyväinen kaikkiin asioihin hoidossaan. Keskeistä sairaalakokemukselle on potilaiden tyytyväisyys hoitajien toimintaan. Hyvän olon, kiitollisuuden ja turvallisuuden tunnetta voidaan lisätä hyvällä hoidolla, ja se myös vähentää pelkoa. Sukulaisille ja tuttaville kerrotaan hyvistä hoidollisista kokemuksista. Huono hoito aiheuttaa puolustuskyvyttömyyden tunnetta, stressaantumista ja vihastumista. Henkilökunnan työtyytyväisyys heijastuu suoraan potilastyytyväisyyteen. (Saarinen 2007, 3 - 4.)

Positiivisuutta ja tyytyväisyyttä pidetään onnistuneen hoidon tuloksena. Tyytyväisyyttä pystytään arvioimaan hoidon laatua selvittävänä tekijänä, jolloin hoidon laadusta tyytyväisyys on vain osamittarina. Tyytymättömyyttä ja tyytyväisyyttä voidaan verrata jatkumona. Vertailuprosessin sijasta olisi kuitenkin luotettavampaa tarkastella tyytymättömyyttä ja tyytyväisyyttä käsitteinä erikseen, koska analysoidessa tyytyväisyyskyselyä täytyisi myös selvittää mihin vastaajat ovat tyytyväisiä ja mihin tyytymättömiä. (Hiidenhovi 2001.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää ISSHP:n tekonivelleikattujen potilaiden tyytyväisyyttä LEIKO-toimintaa koskevasta preoperatiivisesta ohjauksesta.

Tyytyväisyyden arvioimisessa etsimme vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaiseksi potilaat arvioivat kutsukirjeen oltuaan tekonivelleikkauksessa?
2. Millaiseksi potilaat arvioivat preoperatiivisen ohjauksen sisällön?
3. Millaisiksi potilaat arvioivat suulliset ja kirjalliset ohjeet?
4. Millaiseksi potilaat arvioivat preoperatiivisen ohjaustilanteen?
5. Millaisiksi potilaat arvioivat LEIKO-toiminnan vastaanotto- ja odotustilat?

Tutkimuksemme tuottaa leikkausosastolle toiminnan kehittämisideoita. LEIKO-potilaat vastaavat kyselytutkimukseen, jossa kysytään preoperatiivisesta ohjauksesta, kutsukirjeestä tekonivelleikkaukseen saavuttaessa, potilaan vastaanotosta sekä yleisistä tiloista. Tutkimuksen teoreettiseksi pohjaksi etsimme tietoa LEIKO-toiminnasta ja potilaan preoperatiivisesta ohjauksesta. Tutkimuksen tarve tuli esille työelämäohjaajien kanssa käydyssä keskustelussa. Lomakkeen käyttämiseen sekä muokkaamiseen on kysytty lupa puhelimitse lomakkeen kehittäjältä Sari Pölöseltä 23.9.2011. Kyselylomake on esitettävä Sari Pölösen toimesta LEIKO-potilaille kevään 2011 aikana.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Aineiston keruu

Työelämäohjaajan kanssa käydyssä keskustelussa 19.3.2012 sovimme, että leikkausosastolta kyselylomakkeet lähetettiin 100 tekonivelleikatulle ISSHP:n LEIKO-toiminnan aikaiselle potilaalle, jotta tutkijoiden ei tarvitsisi käsitellä potilastietoja ja tutkimuksen anonymiys säilyisi.

Opinnäytetyömme on sekä määrällinen että laadullinen tutkimus. Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen piirteitä ovat numeeristen tulosten selittäminen, vertailu, luokittelu sekä syy- ja seuraussuhteiden tutkiminen. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkitaan kohteen ominaisuuksia, laatua ja merkitystä kokonaisvaltaisesti. Valitsimme nämä molemmat lähestymistavat, ja meidän kyselyssä on sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. (ks. Humanistinen tiedekunta 1999.) Yhdistettäessä kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta on tutkijan mietittävä tarkkaan, miksi molempien tutkimusmenetelmien käyttäminen on kannattavampaa kuin yhden menetelmän. Yleisesti menetelmiä yhdistellään siksi, että pystytään tulkitsemaan paremmin aineistoa. Tällaisessa tapauksessa menetelmistä toinen on tutkimuksen pääasiallinen tutkimusote, ja toinen menetelmä täydentää havaintoja, joita on tehty. Kun tutkimusta lähdetään toteuttamaan haastattelu- tai kyselytekniikkaa käyttämällä, käytetään monesti kahden tutkimusotteen yhdistämistä. Opinnäytetyössämme pääasiallinen tutkimusote on määrällinen tutkimus, ja kyselylomakkeen kysymykset ovat pääsääntöisesti suljettuja kysymyksiä. (ks. Metsämuuronen 2003, 207 - 208.)

Käytämme valmista lomaketta, jonka käyttämiseen sekä muokkaamiseen oli kysytty lupa puhelimitse lomakkeen kehittäjältä Sari Pölöseltä 23.9.2011. Kyselylomake on kohdistettu tiettyyn potilasryhmään sekä esitettävä Sari Pölösen toimesta LEIKO-potilaille kevään 2011 aikana ja todettu toimivaksi.

Kyselylomakkeessa on siis avoimia sekä strukturoituja kysymyksiä. Tutkimuslomakkeessa on kysymyksiä henkilön taustatiedoista, kutsukirjeestä tekonivelleikkaukseen tultaessa, preoperatiivisesta ohjauksesta sekä suullisista että kirjallisista ohjeista ja yleisistä tiloista. (LIITTEET 2-3)

Mitattaessa tyytyväisyyttä kyselylomakkeella tarkoitetaan sillä usein mittaria, joka on numeraalinen tai sanallinen. Näin potilastyytyväisyydestä saadaan selkeä kuvaus. (Hiidenhovi 2001.) Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehtoja on kolmenlaisia, on kyllä- ja ei-vastausvaihtoehtoja sekä arvoasteikko 1 - 5, josta arvo yksi tarkoittaa en tarvinnut tietoa, arvo kaksi tarkoittaa en saanut lainkaan tietoa, arvo kolme tarkoittaa sain liian vähän tietoa, arvo neljä tarkoittaa sain jonkin verran tietoa ja arvo viisi tarkoittaa sain tietoa riittävästi.

LEIKO-toiminta ISSHP:ssa alkoi vuonna 2010. Tutkimuslomake on tehty vuonna 2011, LEIKO-toiminnan parantamista varten, koska tulevaisuudessa LEIKO-toimintaa laajennetaan muillekin erikoisaloille kuin ortopedia. Kyselylomakkeen kysymykset on jaettu tutkimusongelmittain. (LIITE 5).

Hankimme tarvittavat postimerkit sekä kirjekuoret tutkimuslomakkeiden palauttamista varten, jotta tutkittavalle potilasryhmälle ei tulisi minkäänlaisia kustannuksia. Tutkittavat täyttivät kyselylomakkeen täysin vapaaehtoisesti sekä anonyymeinä. Kyselylomakkeen täyttämiseen varattu aika oli kaksi viikkoa, täytetyt lomakkeet palautettiin tutkimuksen tekijöille kotiosoitteisiin.

6.2 Aineiston analyysi

Strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisesti SPSS-for Windows -ohjelmalla. Aineisto kuvataan frekvensseinä ja prosentteina. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. SPSS-for Windows -ohjelma on tilastollisen tietojenkäsittelyn ohjelmisto, jolla voidaan tehdä monia vaativampiakin tarkasteluja ja täyttää helposti tavallisemmat tilastollisen analyysin tarpeet. SPSS-ohjelmassa käytetään kuutta erilaista työskentelyikkunaa. Näillä keskeisillä työskentelyikkunoilla on omat toimintonsa kuitenkin siten, että yksi työskentelyikkuna pystyy olemaan kerrallaan aktiivinen. (SPSS-alkeisopas 2006.)

Sisällönanalyysissä tarkastellaan aineistoa eritellen, tiivistäen ja eroja ja yhtäläisyyksiä etsien. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa käydään läpi ennestään valmiita tekstimuodossa olevia tai siihen muotoon muokattuja aineistoja. Sisällönanalyysillä pystytään analysoimaan dokumentteja objektiivisesti sekä systemaattisesti. Dokumentilla voidaan ymmärtää mitä tahansa kirjallisessa muodossa olevaa materiaalia, kuten kirjoja, haastatteluita, puheita, päiväkirjoja ja keskusteluita. Strukturoimaton aineisto analysoidaan sisällönanalyysillä, jolloin pyrkimyksenä on saada tutkittavasta asiasta kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–105.)

Sisällön erittelystä puhutaan joskus myös sisällönanalyysin ohessa. Puhuttaessa sisällön erittelystä tarkoitetaan dokumenttien kvantitatiivista analyysia, jossa kuvataan jotakin dokumentin sisältöä tai tekstiä määrällisesti. Tutkimusongelmasta riippuen voidaan laskea esimerkiksi tiettyjen sanojen esiintymistiheyttä dokumenteissa. Sisäl-

lönanalyysistä puhuttaessa tarkoitetaan yleisesti tekstin sisällön sanallista kuvaamista. Sisällönanalyysia voidaan jatkaa esimerkiksi tuottamalla määrällisiä tuloksia sanallisesti kuvatusta aineistosta. Laadullisessa sisällönanalyysissä tutkimusaineisto pirstotaan ensin pieniin osiin, käsitteellistetään ja järjestetään lopuksi uudenlaiseksi kokonaisuudeksi uudestaan. Sisällönanalyysi voidaan tehdä teorialähtöisesti, teoriaohjaavasti tai aineistolähtöisesti, erona on luokittelun ja analyysin perustuminen joko valmiiseen teoreettiseen viitekehykseen tai aineistoon. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimuksessamme oli viisi avointa kysymystä, joilla haluttiin saada täsmällisempää tietoa määrällisen aineiston vastauksista. Avoimet kysymykset kohdistuvat tutkimusongelmittain kutsukirjeeseen, ohjauksen sisältöön, sanallisiin sekä suullisiin ohjeisiin, ohjaustilanteeseen ja LEIKO-toiminnon tiloihin. Sisällönanalyysin pääluokat muotoutuivat näistä viidestä eri kategoriasta. Kaikki avointen kysymyksien vastaukset listasimme sekä kirjoitimme ne auki. Listaamalla vastaukset löysimme helposti yhtäläisyyksiä, joista muotoutui sisällönanalyysin alaluokka. Liitteessä 6 on kuvattuna sisällönanalyysiketju.

6.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimus on yhtä luotettava kuin kehitetty mittari on. Yleensä luotettavuutta kuvataan kahdella sanalla: reliabiliteetti ja validiteetti. Kummatkin sanat tarkoittavat luotettavuutta, sisällöltään reliabiliteetti liittyy tutkimuksen toistettavuuteen. Jos mitattaisiin samanlaista asiaa useasti peräkkäin yhdellä mittarilla, montako samanlaista tai toisistaan poikkeavia tuloksia saavutettaisiin? Jos mittari olisi reliaabeli, vastaukset olisivat eri tutkimuskerroilla lähes samankaltaisia. Validiteetti tarkoittaa sitä, että on tutkittu mitä on tarkoituskin tutkia. (Metsämuuronen 2003, 42 - 43.) Tutkimuksessa pyritään käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, joita kohtaan ollaan kriittisiä. Pyrkimyksemme on, että lähteet olisivat alkuperäisiä ja korkealaatuisia. Viittaukset ja lähdeviitteet tulemme merkitsemään tarkasti ja ohjeen mukaisesti. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 159.)

Tutkimuskysymyksistä aihe-alueet ovat kutsukirje, preoperatiivisen ohjauksen sisältö, suulliset ja kirjalliset ohjeet, preoperatiivinen ohjaustilanne sekä LEIKO-toiminnan yleiset tilat. Aihe-alueet määräytyivät aiemmin tehdyn kyselylomakkeen myötä. Jo-

kaisessa aihe-alueessa kyselyyn vastaajalla on mahdollisuus tarkentaa tai kertoa muuta aiheeseen liittyvää avoimessa kohdassa.

Määrällisen ja laadullisen tutkimusmenetelmän yhdistämisen tarkoituksena on saada mahdollisimman monipuolisia tuloksia. On muistettava, että tulosten tulkinnalla on merkittävä vaikutus tutkimuksen luotettavuuteen. (Metsämuuronen 2003, 207 - 208.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ihmistieteitä koskevia tutkimuseettisiä periaatteita. Nämä periaatteet ovat tutkittavien vahingoittamisen välttäminen, tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä yksityisyys ja tietosuojan mahdollistaminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

Eettisesti toimiminen on lähtökohtana meidän tutkimuksessamme. Anonymiteettiä pyrimme suojelemaan siten, ettei tutkittavien henkilöllisyys tule tietoomme. Tarkoituksena on myös, ettei työssämme esiinny sellaisia tietoja, joista kohdehenkilöt mahdollisesti voitaisiin tunnistaa. Tutkimus saa selkeitä etuja anonymiteetin säilyttämisen kautta ja sitä kautta, myös tutkijat saavat lisää vapautta tutkia. Tutkimukseen osallistuvia henkilöitä rohkaisee vastaamaan rehellisesti ja suoraan, jos heille taataan henkilöllisyyden salassapito. (Mäkinen 2006, 114.)

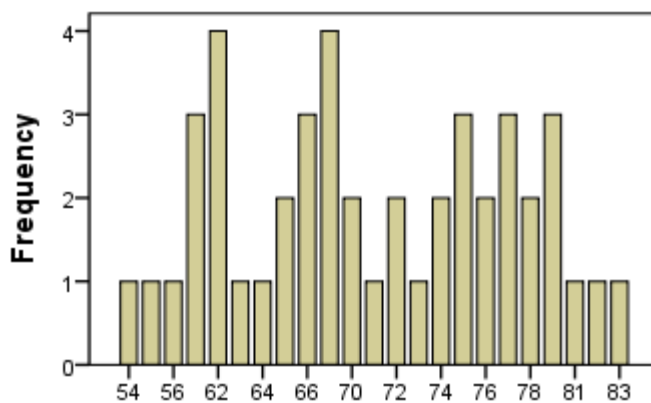
Tutkimuksessa, joka on ihmistieteellinen, eettiset kysymykset painottuvat tutkittavan ja tutkijan kohtaamiseen. Tutkimuksen moraaliset ja eettiset ratkaisut ovat tutkijan vastuulla. Tutkimussuunnitelma tulisi ennakoarvioida tieteenalakohtaisesti eettisten käytäntöjen mukaan. Eettisessä ennakoarviossa painotetaan mahdollisesti tutkittavalle koituvien haittojen ennakoointia. Saimme tutkimusluvan ISSHP:ltä. (LIITE 4.) (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

7 TULOKSET

Potilastyytyväisyyskysely kohdistettiin ISSHP:n LEIKO-potilaille jotka olivat olleet tekonivelleikkauksessa. Kysely oli rajattu polvi- sekä lonkkaproteesipotilaille, jotka olivat olleet tekonivelleikkauksessa vuoden 2011 syksyn aikana. Kyselylomakkeita annoimme lähetettäväksi 100 kappaletta, joista palautui 45 kappaletta, näin ollen vastausprosentiksi muodostui 45 %. Vastausprosentin perusteella tutkittavaa aineistoa on riittävästi. Kaikki palautuneet kyselylomakkeet olivat tutkimuskelpoisia.

7.1 Taustatiedot

Potilaita ei ollut jaettu ikäryhmiin, vaan he saivat laittaa tarkan ikänsä tutkimukseen. Nuorin henkilö, joka vastasi kyselyyn, oli 54-vuotias, sekä vastaavasti vanhin kyselyyn vastaaja oli 83 vuotta. Vastanneiden keski-ikäksi tuli 70 vuotta. Potilastyytyväisyys kyselyyn vastanneista miehiä oli 37,8 % (n=17) ja naisia 62,2 % (n=28). Polviproteesileikattuja potilaita oli 51,1 % (n=23) ja lonkkaproteesileikattuja oli 48,9 % (n=22). Potilaiden ikäjakaumaa voi tarkastella tarkemmin kuviosta 1.



KUVIO 1. Potilaiden ikäjakauma

7.2 Arviointi kutsukirjeestä

Kutsukirjeestä tutkimme kutsukirjeen ajoissa saapumista, sisällön selkeyttä sekä tarvittavan tiedon määrää. Kutsukirjeen sisältö arvosteltiin kyllä- ja ei-vaihtoehtoilla. Vastatessa ei-vaihtoehtoon pystyi antamaan palautteen myös sanallisesti. Potilaiden mielestä kutsukirje saapui hyvissä ajoin potilaille (100 %, n=45). Kutsukirjeen sisällön selkeyteen oli suurin osa potilaista tyytyväisiä (97,8 %, n=44), sekä osa olisi kaivannut lisää selkeyttä kutsukirjeen sisältöön (2,2 %, n=1). Kaikkien vastanneiden mielestä kutsukirjeessä oli tarpeeksi tietoa (100 %, n=45).

Sanallisesti kommentoitiin kutsukirjeen tiedon riittävyyttä ja ilmaisutapaa. Tietoa oli saatu riittävästi, mutta 1 vastaaja pahoitteli leikkausta edeltävän tarkastuskäynnin ja leikkausaamun laboriokäynnin ohjeen epäselvyyttä.

”Kaikki oli ”selkosuomeksi” ; riittävästi”

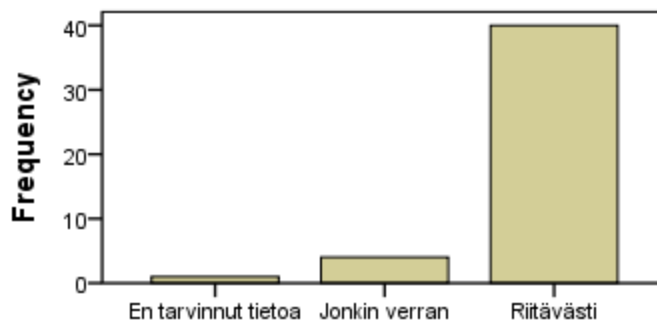
”Tietoa saa tarpeeksi, kun lukee huolellisesti annetut paprut. Niiden perusteella pystyy sitten kyselemään mahdollisia yksityiskohtia lisää.”

”Asiat jotka ohjasivat leikkaukseen valmistautumiseen oli selkeästi esitelty kirjeissä jotka sain ja myös henkilöiden nimet”

”Tietoa oli tarpeeksi, mutta ohjeet leikkausta edeltävään tarkastukseen olivat sekavat, eikä ajallisesti oikeassa järjestyksessä. Ohje oli epäselvä myös leikkausaamun laboratiokäynnin osalta.”

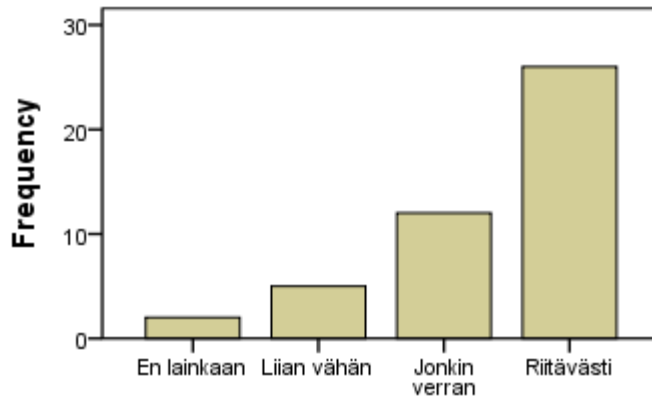
7.3 Arvio ohjauksen sisällöstä

Kysymyksiin ohjauksen sisällöstä potilaat vastasivat arvoasteikolla 1 - 5, jossa 1 = ei tarvinnut tietoa, 2 = ei lainkaan, 3 = liian vähän, 4 = jonkin verran ja 5 = riittävästi tietoa. Tietoa tulevasta leikkauksesta riittävästi sai 88,9 % (n=40) potilaista, jonkin verran sai tietoa 8,9 % (n=4) ja tietoa ei tarvinnut lainkaan 2,2 % (n=1). Tiedonsaantia havainnollistetaan kuviossa 2.



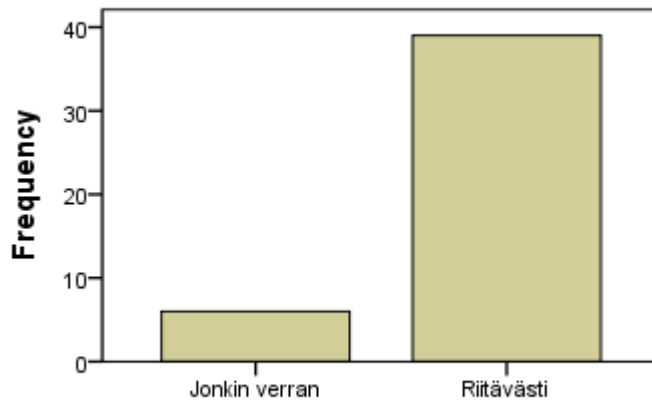
KUVIO 2. Tiedonsaanti tulevasta leikkauksesta

Leikkaavasta lääkäristä sai riittävästi tietoa 57,8 % (n=26) potilasta, jonkin verran 26,7 % (n=12), liian vähän 11,1 % (n=5) ja ei lainkaan tietoa sai 4,4 % (n=2) potilasta. Tietoa leikkaavasta lääkäristä voi tarkastella kuvioista 3.



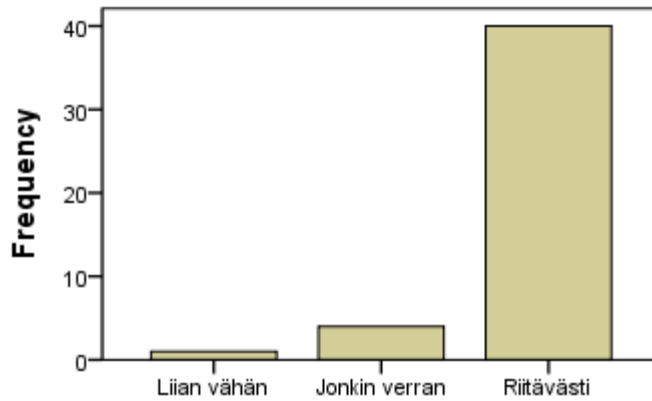
KUVIO 3. Tiedonsaanti leikkaavasta lääkäristä

Tietoa leikkaukseen valmistautumisesta riittävästi sai 86,7 % (n=39) potilaista ja jonkin verran tietoa sai 13,3 % (n=6). Tuloksia havainnollistetaan kuviosta 4.



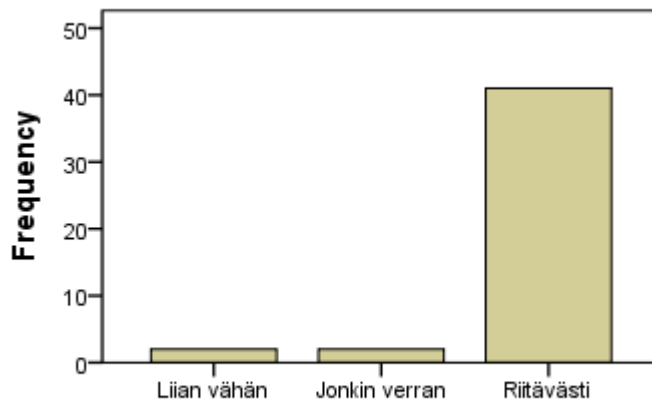
KUVIO 4. Tiedonsaanti leikkaukseen valmistautumisesta

Leikkausta edeltävistä tutkimuksista riittävästi tietoa sai 88,9 % (n=40) potilaista, jonkin verran tietoa sai 8,9 % (n=4) ja liian vähän tietoa sai 2,2 % (n=1). Tarkemmin jakaumaa voi tarkastella kuviosta 5.



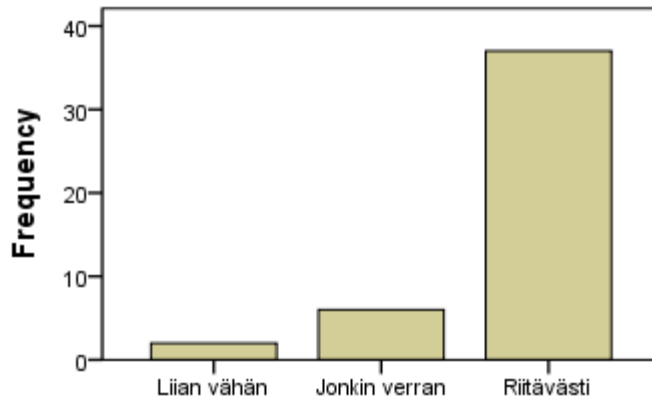
KUVIO 5. Tiedonsaanti edeltävistä tutkimuksista

Ihon hoidosta riittävästi tietoa sai 91,1 % (n=41) potilaista, jonkin verran tietoa sai 4,4 % (n=2) ja liian vähän tietoa sai 4,4 % (n=2). Tiedonsaantia ihon hoidosta voi tarkastella kuviosta 6.



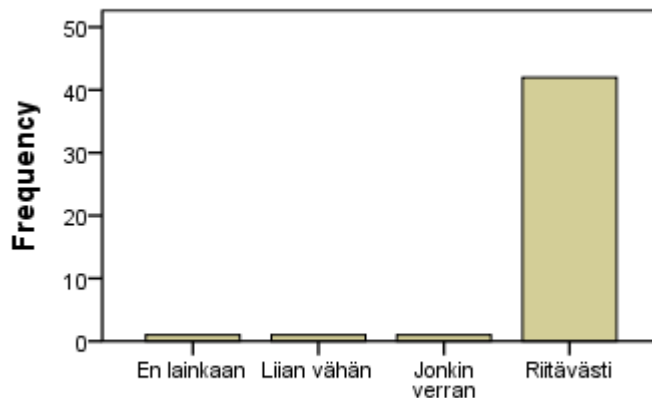
KUVIO 6. Tiedonsaanti ihon hoidosta

Infektioiden ehkäisystä riittävästi tietoa sai 82,2 % (n=37) potilaista, jonkin verran tietoa sai 13,3 % (n=6) ja liian vähän tietoa sai 4,4 % (n=2). Tarkemmin jakaumaa ihon hoidosta saadusta tiedosta voi tarkastella kuviosta 7.



KUVIO 7. Tiedonsaanti infektioiden ehkäisystä

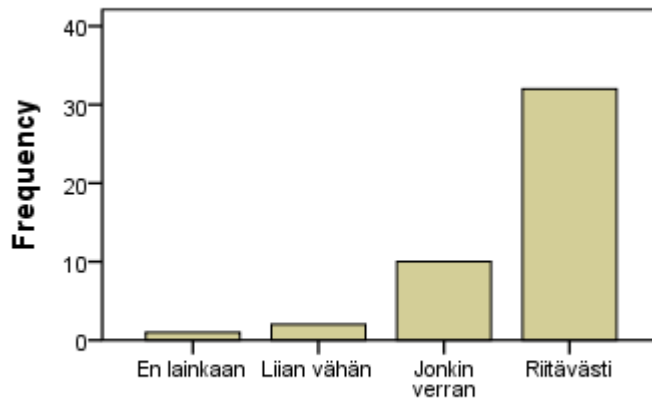
Ravinnosta olost riittävästi tietoa sai 93,3 % (n=42) potilaista, jonkin verran tietoa sai 2,2 % (n=1), liian vähän tietoa sai 2,2 % (n=1) sekä ei lainkaan tietoa sai 2,2 % (n=1). Tuloksia voi tarkastella kuviosta 8.



KUVIO 8. Tiedonsaanti ravinnosta olost

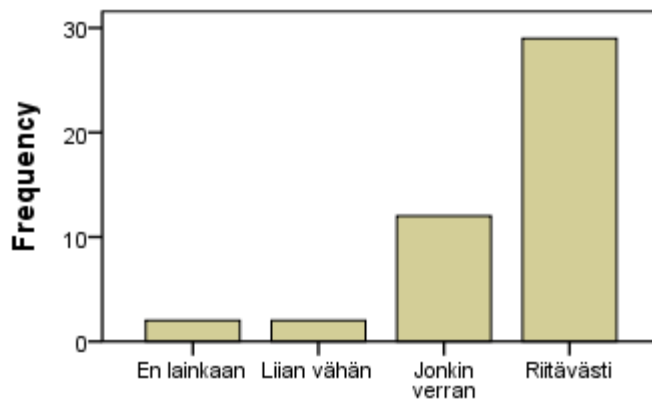
Sairaalaan saapumisesta leikkausaamuna sai tietoa riittävästi 100 % (n=45) potilaista. Ohjaustilanteessa potilaat ovat siis saaneet hyvin selville, minne heidän pitää saapua ja ilmoittautua leikkausaamuna.

Leikkauspäivän tapahtumista riittävästi tietoa sai 71,1 % (n=32) potilaista, jonkin verran tietoa sai 22,2 % (n=10), liian vähän tietoa sai 4,4 % (n=2) sekä ei lainkaan tietoa, sai 2,2 % (n=1). Vastauksia voi tarkastella kuviosta 9.



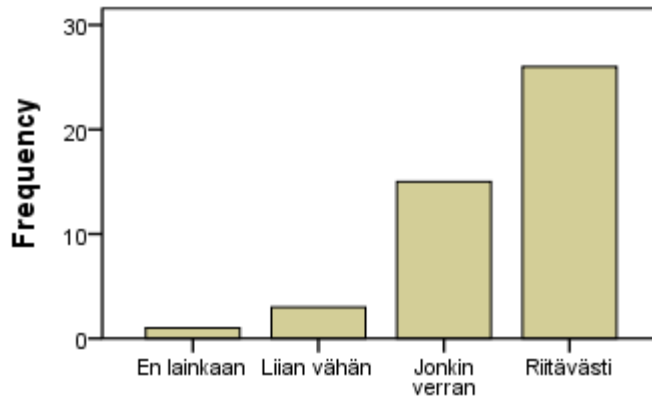
KUVIO 9. Tiedonsaanti leikkauspäivän tapahtumista

Esilääkkeen tarkoituksesta riittävästi tietoa sai 64,4 % (n=29) potilaista, jonkin verran tietoa sai 26,7 % (n=12), liian vähän tietoa sai 4,4 % (n=2) sekä ei lainkaan tietoa sai 4,4 % (n=2). Vastauksia voi tarkastella kuviosta 10.



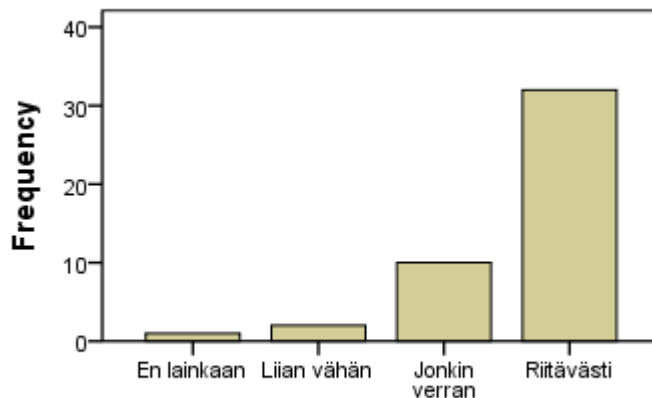
KUVIO 10. Tiedonsaanti esilääkkeestä

Leikkauksen jälkeisestä voinnista riittävästi tietoa sai 57,8 % (n=26) potilaista, jonkin verran tietoa sai 33,3 % (n=15), liian vähän tietoa sai 6,7 % (n=3) sekä ei lainkaan tietoa sai 2,2 % (n=1). Tarkemmin vastauksia voi tarkistella kuviosta 11.



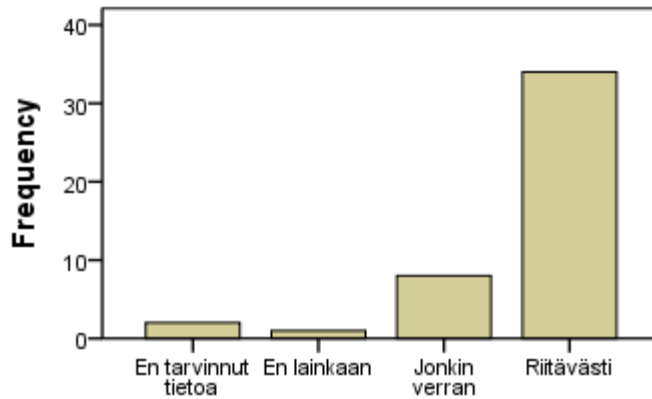
KUVIO 11. Tiedonsaanti leikkauksen jälkeisestä voinnista

Leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta riittävästi tietoa sai 71,1 % (n=32) potilaista, jonkin verran tietoa sai 22,2 % (n=10), liian vähän tietoa sai 4,4 % (n=2) ja ei lainkaan tietoa sai 2,2 % (n=1). Tarkemmin vastauksia voi tarkastella kuviosta 12.



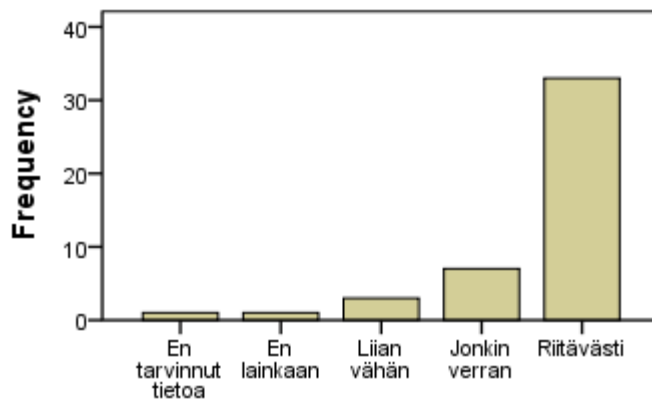
KUVIO 12. Tiedonsaanti leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta

Leikkauksen jälkeisestä vuodeosastohoidosta riittävästi tietoa sai 75,6 % (n=34) potilaista, jonkin verran tietoa sai 17,8 % (n=8), ei lainkaan tietoa sai 2,2 % (n=1) ja tietoa ei tarvinnut lainkaan 4,4 % (n=2). Tuloksia voi tarkastella kuviosta 13.



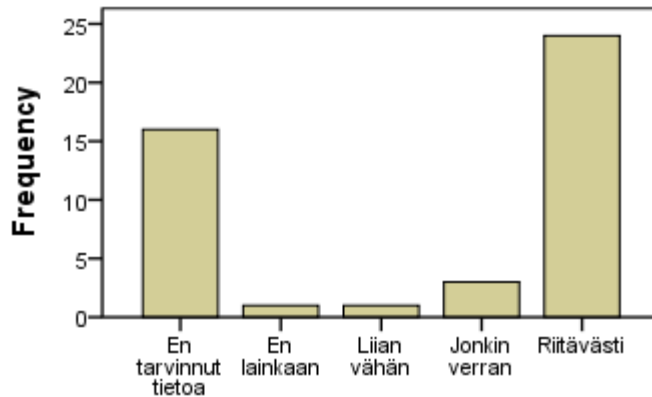
KUVIO 13. Tiedonsaanti vuodeosasto hoidosta

Kotona tapahtuvasta hoidosta riittävästi tietoa sai 73,3 % (n=33) potilaista, jonkin verran tietoa sai 15,6 % (n=7), liian vähän tietoa sai 6,7 % (n=3), ei lainkaan tietoa sai 2,2 % (n=1) ja tietoa ei tarvinnut lainkaan 2,2 % (n=1). Tarkemmin vastauksia voi tarkastella kuviosta 14.



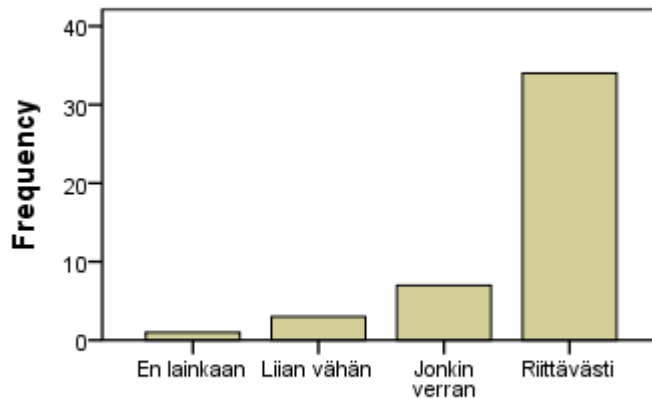
KUVIO 14. Tiedonsaanti koti hoidosta

Sairasloman pituudesta riittävästi tietoa sai 53,3 % (n=24) potilaista, jonkin verran tietoa sai 6,7 % (n=3), liian vähän tietoa sai 2,2 % (n=1), ei lainkaan tietoa sai 2,2 % (n=1) ja ei tarvinnut tietoa lainkaan 35,5 % (n=16). Tarkemmin tietoa voi tarkastella kuviosta 15.



KUVIO 15. Tiedonsaanti sairaalomasta

Siitä mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä, jos tulee kysyttävää, riittävästi tietoa sai 75,6 % (n=34) potilaista, jonkin verran tietoa sai 15,6 % (n=7), liian vähän tietoa sai 6,7 % (n=3) ja ei lainkaan tietoa sai 2,2 % (n=1). Tuloksia voi tarkastella kuviosta 16 tarkemmin.



KUVIO 16. Tieto yhteydenottoaikasta tarvittaessa

Kysymyksessä 24 kysyttiin näistä asioista. Vastaajat olisivat halunneet lisätietoa kivunhoidosta, turvotuksista ja jälkihoidosta. Potilaat kokivat, etteivät he saaneet tarpeeksi kipulääkitystä leikkauksen jälkeen, vaan joutuivat pyytämään kipulääkettä ensimmäisen vuorokauden aikana lisää. Jälkihoidosta potilaat halusivat lisää tietoa, koska yksi vastaaja pahoitteli hoitotoimenpiteistä aiheutunutta komplikaatiota, joka ilme-

ni tämän kotiuduttuaan sairaalasta. Kaksi vastaaja pahoitteli sitä, ettei hänen kuntoutumisensa ei sujunut odotetusti leikkauksen jälkeen, vaan kuntoutuminen kesti yhteensä vuoden. Itse ohjauksen sisältöön potilaat olivat tyytyväisiä.

”Kivunhoidosta”

”Minulla on viimevuoden aikana operoitu molemmat lonkat, mielestäni leikkauksen ennen ja jälkeen asiat hoituivat hyvin. Toisen lonkan ope-roinnin jälkeen en saanut särkylääkettä riittävästi, jouduin pyytämään lisäystä ensimmäisen vuorokauden aikana.”

”Raajojen turvotuksen hoitoon leikkauksen jälkeen.”

”Liian vähän kipulääkettä osastolla. Katetrasta aiheutui kipua osastolla, mutta pyynnöstäni huolimatta ei tutkittu, vaan laitettiin potilas kotihoitoon. 4 :ä päivänä kuumeen takia sairaalaan ja todettiin virtsatulehdus ja munuaistulehdus, joka aiheutui katetrin käytöstä, jota ei tutkittu leikkaushoidon jälkeen. Hoidot tapahtui Savonlinnan keskussairaalassa.”

”En mistään kaikki oli hyvin hoidettu ennen leikkausta.”

”Kävin terveystalo kirurgilla joka määräsi leikkaukseen ja samalla so-vittiin, että hän leikkaa, kun pyysin että ei ulkolainen lääkäri leikkaisi eikä muutenkaan hoitaisi.”

”Minulle leikkaus tuttu jo aikaisemman polvinivelen vaihdon vuoksi ja siksi tuntui kaikki tutulta ja helpolta.”

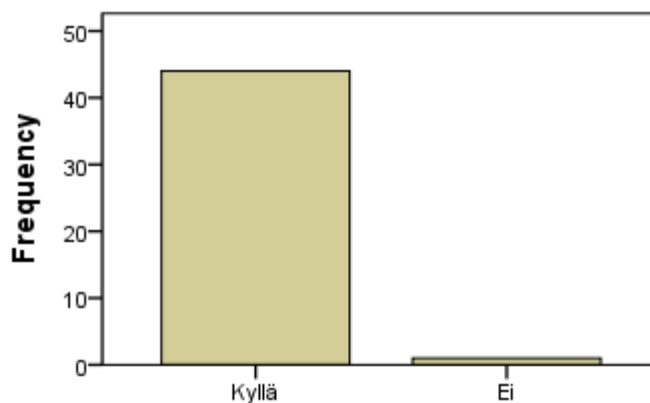
”En saanut tietoa, että voisin tilata sairaanhoitajan kotiin vaihtamaan siteitä.”

”Jos polvi ei parane odotetulla tavalla. Liian hidas jälkihoito. Minun tapauksessa meni yli vuosi, polvi oli lähes jäykkä, kunnes ruvettiin korjaus toimiin. Tyhjää käyntiä röntgenissä ja sairaalassa.”

7.4 Kirjalliset ja suulliset ohjeet

Kirjallisten ja suullisten ohjeiden selkeydestä kysyttiin myös tutkimuksessa, ohjauksen riittävydestä sekä ohjauksen ajoittamisesta ennen leikkausta. Mahdollisuus oli vastata kysymyksiin kyllä- ja ei-vaihtoehtoihin. Mikäli potilas vastasi johonkin kysymykseen ”ei”, pyysimme perustelemaan vastauksen.

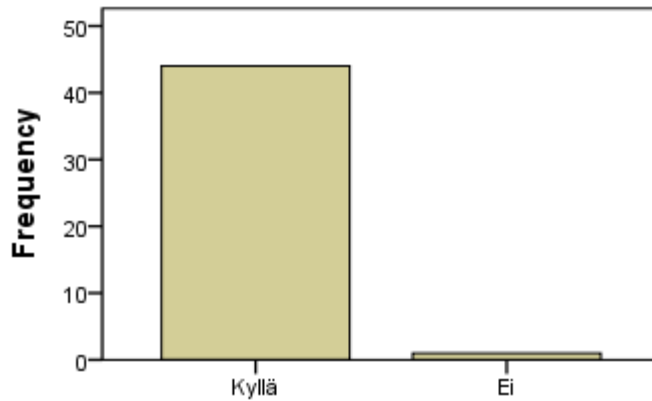
Ennen leikkausta saadut kirjalliset ohjeet selkeiksi koki 97,8 % (n=44) potilaista ja epäselviksi 2,2 % (n=1). Vastauksia voi tarkastella kuviosta 17.



KUVIO 17. Kirjallisten ohjeiden selkeys

Suulliset ohjeet ennen leikkausta olivat 100 %:n mielestä (n=45) selkeät. Suullisessa ohjauksessa on helppo kysyä epäselviksi jääneistä asioista.

Ohjausta riittävästi mielestään sai 97,8 % (n=44) potilaista ja riittämättömästi ohjausta sai 2,2 % (n=1). Tulosta voi tarkastella tarkemmin kuviosta 18.



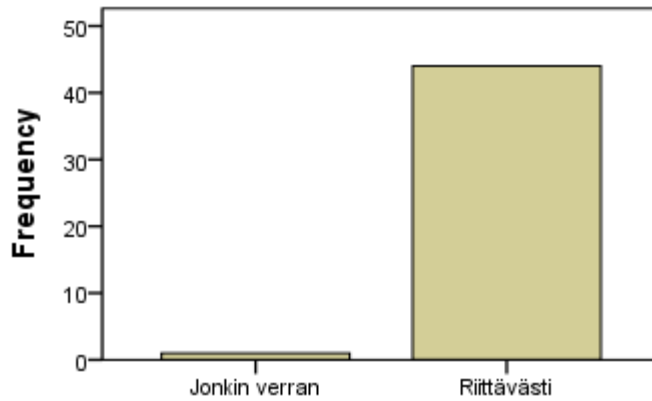
KUVIO 18. Ohjauksen riittävyys

100 %:n mielestä (n=45) ohjaus oli oikein ajoitettu.

7.5 Ohjaustilanne

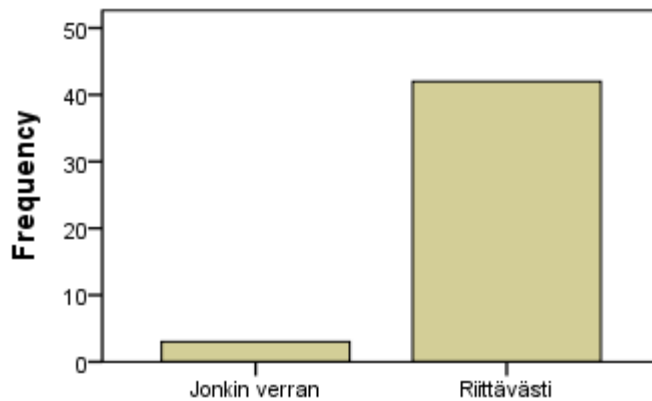
Seuraavat kysymykset koskevat ohjaustilannetta sairaanhoitajan kanssa noin pari viikkoa ennen leikkausta. Potilaat vastasivat kysymyksiin asteikolla 1 - 4, jolloin 1 tarkoitti ei lainkaan, 2 tarkoitti liian vähän, 3 tarkoitti jonkin verran ja 4 tarkoitti riittävästi. Kysymykset koskivat ohjaajan asiantuntijuutta, hienotunteisuutta, kiinnostuneisuutta ohjaukseen, potilaan motivoimista ja kannustamista, kysymismahdollisuuden tarjoamista, toiveiden kuuntelemista ja ohjaustilanteen luottamuksellisuutta. Avoimella kysymyksellä haettiin ohjaustilanteen kehittämisehdotuksia.

Ohjaajan asiantuntevuuden koki riittäväksi 97,8 % (n=44) potilaista ja 2,2 % (n=1) koki ohjaajan asiantuntevuuden jonkin verran vajaaksi. Asiaa voi tarkastella tarkemmin kuviosta 19.



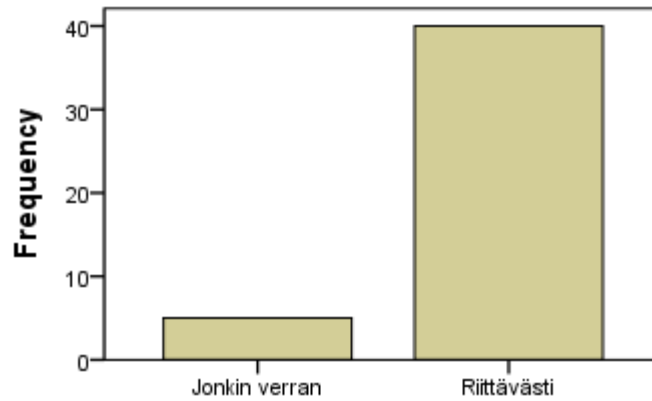
KUVIO 19. Ohjaajan asiantuntevuus

Ohjaajan koki hienotunteiseksi 93,3 % (n=42) potilaista ja 6,7 % (n=3) koki ohjaajan jonkin verran hienotunteiseksi. Asiaa voi tarkastella kuviosta 20 tarkemmin.



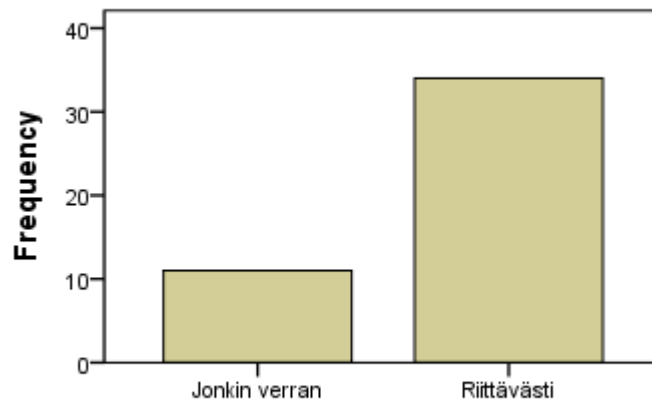
KUVIO 20. Ohjaajan hienotunteisuus

Ohjaajan kiinnostuksen potilaan ohjauksesta koki riittäväksi 88,9 % (n=40) potilaista ja jonkin verran kiinnostusta oli havainnut 11,1 % (n=5). Asiaa voi tarkastella kuvios-
ta 21.



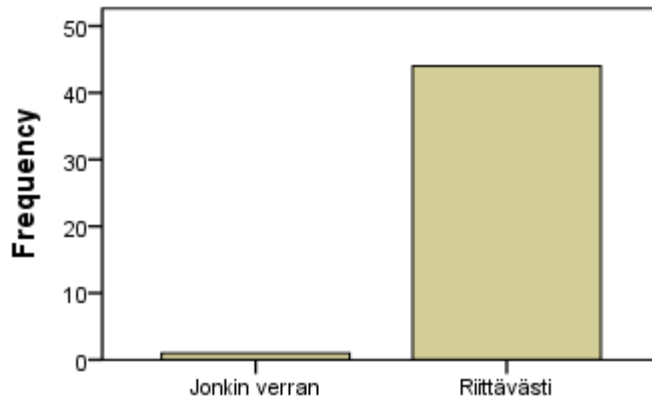
KUVIO 21. Ohjaajan kiinnostus ohjauksesta

Ohjaajan motivoinnin sekä kannustuksen koki riittäväksi 75,6 % (n=34) potilaista ja jonkin verran motivointia ja kannusta oli havainnut 24,4 % (n=11). Tulosta voi tarkastella kuviosta 22.



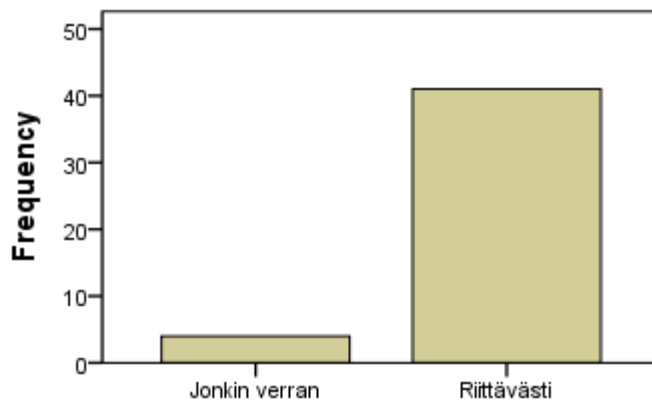
KUVIO 22. Ohjaajan motivointi ja kannustaminen

98,7 %:n mielestä (n=44) he saivat kysyä mieltään askarruttaneita asioita riittävästi. Jonkin verran asioita sai kysellä 2,2. % (n=1) potilaista. Asiaa voi tarkastella kuviosta 23.



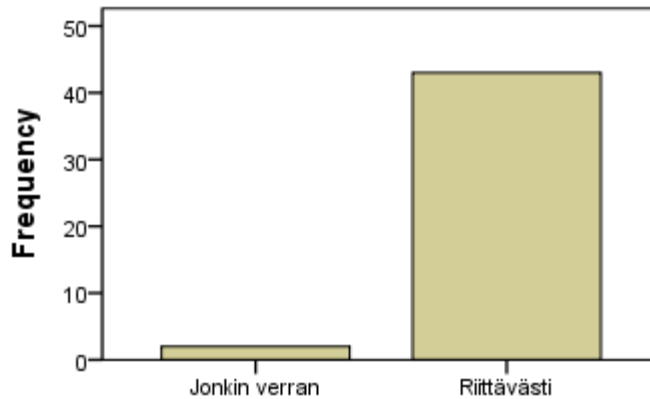
KUVIO 23. Askarruttavista asioista kysyminen

Ohjaustilanteessa potilaiden toiveita kuunneltiin 91,1 %:n (n=41) mielestä riittävästi. Jonkin verran toiveita kuunneltiin 8,9 %:n (n=4) mielestä. Asiaa voi tarkastella kuviosta 24.



KUVIO 24. Toiveiden kuunteleminen

Ohjaustilanne tuntui riittävän luottamukselliselta 95,6 %:n (n=43) mielestä. Jonkin verran huonommaksi ohjaustilanteen luottamuksellisuuden tunsivat 4,4 % (n=2) potilasta. Tuloksen jakautumista voi tarkastella kuviosta 25.



KUVIO 25. Ohjaustilanteen luottamuksellisuus

Pyysimme ehdotuksia siihen mitä voisi tehdä toisin? Sisällönanalyysin avulla keskeiseksi tuloksiksi nousi tyytyväisyys ohjaukseen sekä ohjeiden noudattamiseen. Potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen sekä noudattaneet heille annettuja ohjeita Tämä kertoo siitä, että annetut ohjeet ovat olleet selkeitä ja ymmärrettäviä.

Kysyttäessä, mitä olisi voitu tehdä toisin ohjaustilanteessa, vastauksiksi nousi:

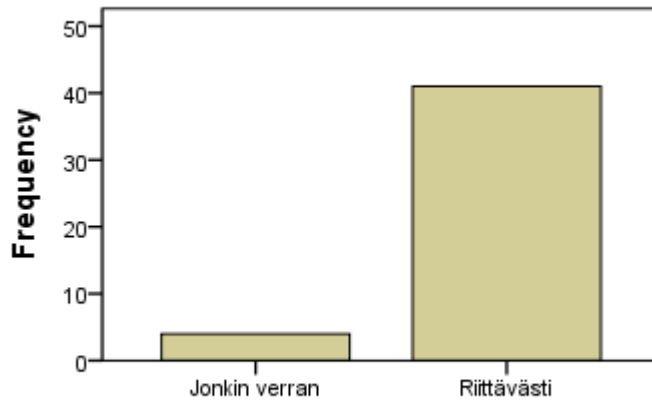
” Noudatin kaikkia ohjeita, jotka sain ”

”Jatkakaa samaan malliin, ohjaus on hyvin suunniteltu ja toteutettu”

7.6 LEIKO-toiminnan tilat

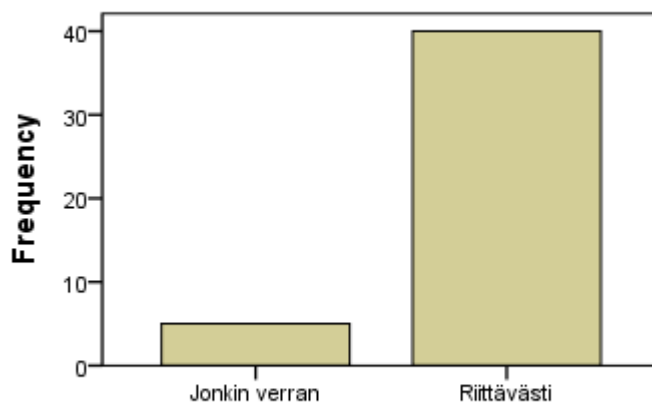
LEIKO-toiminnan tiloja arvioitaessa potilaat ovat vastanneet esitettyihin kysymyksiin arvoasteikolla 1 - 4, jossa 1= ei lainkaan, 2= liian vähän, 3= jonkin verran ja 4= riittävästi. LEIKO-toiminnan tiloja arvioitaessa potilailta pyydettiin arvioita vastaanottotilanteen miellyttävyydestä, odotus- ja vastaanottotilojen viihtyvyydestä, yksityisyyden kunnioituksesta, ilmapiirin myönteisyydestä, hoitoympäristön kiireettömyydestä sekä ohjaustilan rauhallisuudesta. Pyysimme potilaita vastaamaan myös, tulisivatko he uudelleen LEIKO-toimenpiteeseen (kyllä tai ei) sekä antamaan kouluarvosanan LEIKO-toiminnalle asteikolla 4 - 10. Lisäksi potilaat pystyivät antamaan avoimeen kysymyksen kehittämisehdotuksia LEIKO-yksikköön.

Vastaanottotilanne sairaalaan tullessa oli riittävän miellyttävä 91,1 %:n (n=41) mielestä, jonkin verran miellyttäväksi arvioi 8,9 % (n=4). Asiaa voi tarkastella kuviosta 26.



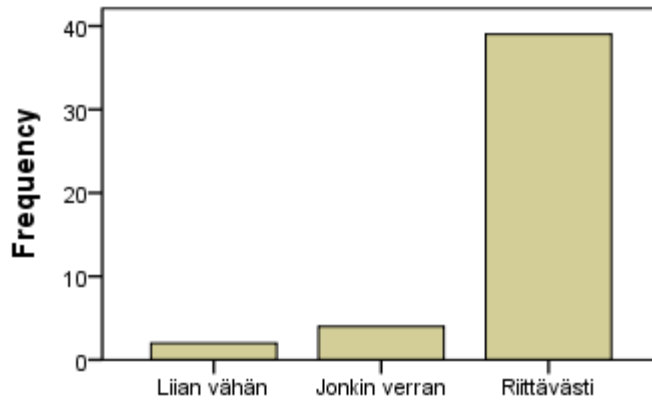
KUVIO 26. Vastaanottotilanteen miellyttävyys

Odotus- ja vastaanottotilat arvioi riittävän miellyttäväksi 88,9 % (n=40) potilaista ja jonkin verran viihtyisäksi arvioi 11,1 % (n=5). Asiaa voi tarkastella kuviosta 27.



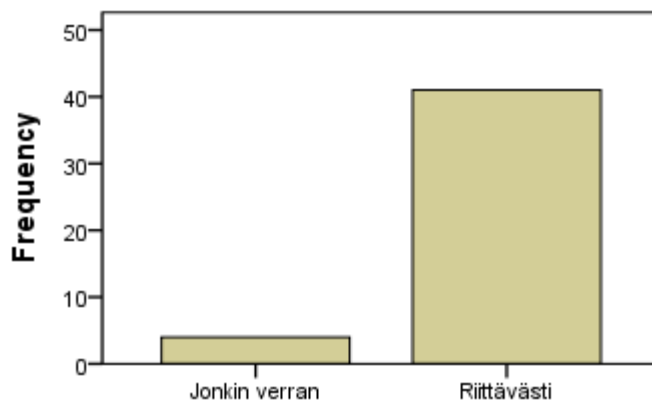
KUVIO 27. Odotus- ja vastaanottotilojen viihtyisyys

Yksityisyyttä kunnioitettiin riittävästi 86,7 %:n (n=39) mielestä, jonkin verran yksityisyyttä kunnioitettiin 8,9 %:n (n=4) mielestä sekä liian vähäiseksi yksityisyyden kunnioituksen arvioi 4,4 % (n=2). Asiaa voi tarkastella kuviosta 28.



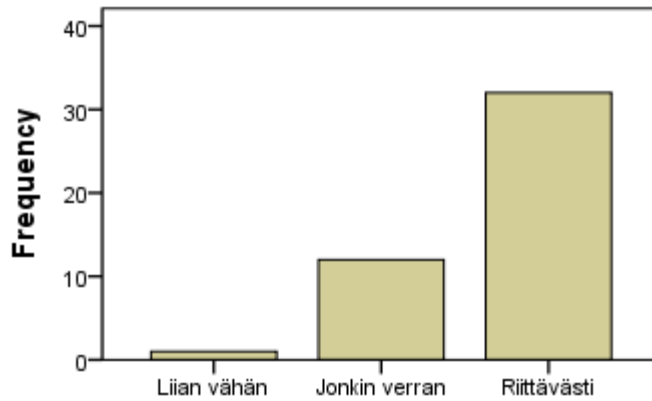
KUVIO 28. Yksityisyyttä kunnioitettiin

Ilmapiirin myönteisyyden riittäväksi koki 91,1 (n=41) potilaista ja 8,9 % (n=4) koki ilmapiirin jonkin verran myönteiseksi. Asiaa voi tarkastella kuviosta 29.



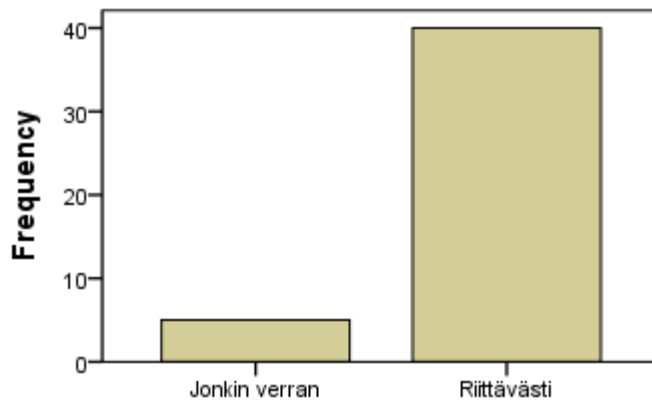
KUVIO 29. Ilmapiirin myönteisyys

Hoitoympäristön riittävän kiireettömäksi arvioi 71,1 % (n=32) potilaista, jonkin verran kiireettömäksi arvioi 26,7 % (n=12) sekä liian vähän kiireettömäksi arvioi 2,2 % (n=1). Asiaa voi tarkastella kuviosta 30.



KUVIO 30. Hoitoympäristön kiireettömyys

Ohjaustilan arvioi rauhalliseksi 88,9 % (n=40) potilaista, jonkin verran rauhalliseksi 11,1 % (n=5). Tuloksia voi tarkemmin katsoa kuviosta 31.

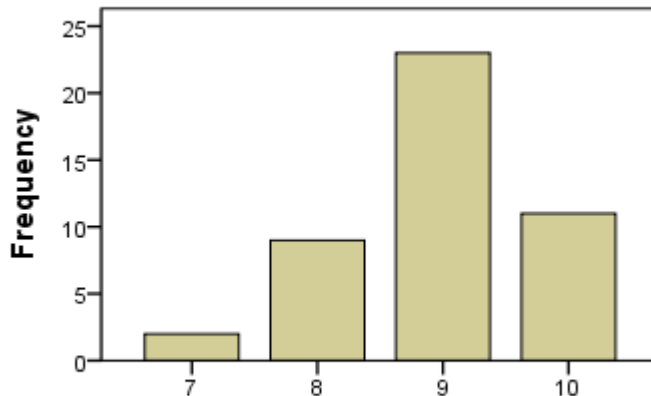


KUVIO 31. Ohjaustilan rauhallisuus

Kysyttäessä potilailta, haluaisivatko he tulla uudelleen sairaalaan leikkausamuna, potilaista 97,8 % (n=44) haluaisi. Potilaista 2,2 % (n=1) ei halunnut tulla leikkausamuna sairaalaan, koska asia riippuu siitä, mihinkä leikkaukseen olisi mahdollisesti tulossa.

Potilaat arvioivat LEIKO-toiminnan kouluarvosanoin 4 - 10. Potilaista arvosanaksi 10 antoi 24,4 % (n=11), arvosanaksi 9 antoi 51,1 % (n=23), arvosanan 8 antoi 20 % (n=9)

sekä arvosanaksi 7 antoi 4,4 % (n=2). Keskiarvoksi tuli 9. Asiaa voi tarkastella tarkemmin kuviosta 32.



KUVIO 32. Potilaiden antama arvosana LEIKO-toiminnasta

Pyysimme kehittämissuhteita LEIKO-yksikköön. Sisällönanalyysiä käyttäen keskeisiksi tuloksiksi nousi leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen riittämättömyys ja hoitajien kiire. Kehittämissuhteiksi LEIKO-yksikköön esitettiin **leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen riittämättömyys, hoitajien ajankäyttö ja kiireettömyys**. Pääsääntöisesti oltiin kuitenkin **tyytyväisiä**. Potilaat halusivat hoitajien käyttävän enemmän aikaa heidän hoitoonsa ja leikkauksen jälkeistä kuntoutusta ja siihen liittyvää ohjausta voisi lisätä, koska potilaat kokevat asiat omalla tavallaan, esimerkiksi kivun potilaat tuntevat yksilöllisesti, potilaiden saama aika hoitajilta vaikuttaa turvallisuuden tunteeseen. Potilaiden mielestä leikkauksen jälkeistä kuntoutusta voisi lisätä enemmän, potilaat kotiutuvat osastolta kun he täyttävät kotiuttamiskriteerit, lisäksi lyhentyneet hoitajaksot vaikuttavat kuntoutuksen saamiseen.

Yksityiskohtaisempia toiveita **hoitajien ajankäytöstä ja kiireettömyydestä** oli mm. **yksityisyyden kunnioittamisesta, turhan odottelun vähentymisestä.**

”Leikkausaamuna voisi varata potilaalle riisumiseen ja ”karvojen ajoon” ajan, jolloin toinen potilas ei ole samaan aikaan tilassa riisuutussa ym.”

*”Potilaan kannalta mielyttävämpää tulla sairaalaan vasta leikkausam-
muna. Edellisen nivelen vaihdon yhteydessä saavuin jo edellispäivänä,
tuntui turhalta odottelulta. Molemmilla kerroilla info ja tutkimukset toi-
mivat hyvin.*

”Ainainen kiire-kiire”

Ennakkovalmisteluihin ja sairaalassa olemiseen oltiin pääosin tyytyväisiä. Vastauksis-
sa tuli esille **hyvä kivunhoito ja hyvin hoidetut ennakkovalmistelut**. Negatiivisena
koettiin **käytävien ahtaus** ja **turha ohjaus**, jos oli jo toista kertaa leikkauksessa.

*Muuten olen ollut erittäin tyytyväinen ja iloinen leikkauksista. Kivut jäi-
vät sille tielleen ja elämä normalisoitui.”*

*”Leikkauksen ennakkovalmistelut kuten myös sairaalassa olo olivat erit-
tään hyvin hoidetut.”*

*”Potilaan valistaminen oli todella asiallista, empaattista ja ammattitai-
toista. Terveyskeskuksen fysioterapian harjoitteluryhmä ennen leikkaus-
ta oli mielestäni erinomainen paikka kuulustella muita; ns. vertaisryh-
mässä. Fysioterapia oli kannustava sekä terveyskeskuksessa että keskus-
sairaalassa.”*

*”Osaston käytäville enemmän liikkumistilaa, olivat aika ahtaat kävellä
sauvojen kanssa. Aina sai varoa ettei kukaan töni ovella.”*

*”Tämä kaikki on OK, kun potilas tulee ensimmäisen kerran leikkauk-
seen. Itse olin toisen kerran 7kk aikana ja toinen kierros oli osin turhaa
kun tiesin jo nämä asiat 2,3 jne kerralla potilaalta voisi kysyä tarvitsee-
ko näitä ohjauksia, varsinkin jos muisti pelaa ja on muutenkin "kartal-
la"”*

Kuntoutuksesta toivottiin lisää tietoa ja siihen myös laatua.

”Leikkauksen jälkeen enemmän tietoa kuntoutuksesta. Fysioterapiaan enemmän.”

”Jouduin haavan vuodon ja punoituksen takia käymään päivystyksessä. Lääkäri oli erittäin nuori/ kokematon ja epäystävällinen. Kohteli minua kuin minulla olisi ollut joku vaarallinen tappava tauti. Älkää lähettäkö leikkauspotilaita" harjoittelijoiden" käsiin. Opettakaa myös nuorille valmistuville lääkäreille hyvät käytöstavat. Ne poikivat potilasluottamuksena ja turvallisuutena- Paraneminenkin edistyy paremmin.”

”Tarkempi tieto asennettavasta proteesista. Kokemuksia, tietoa sen kestävydestä. Enempi tietoa jälkikuntoutuksesta Aika, Paikka ja saanti mahdollisuudet. Ylimalkaan erittäin ammattitaitoista ja osaavaa henkilökuntaa kiitos.”

”Tämä kaikki on OK, kun potilas tulee ensimmäisen kerran leikkaukseen. Itse olin toisen kerran 7kk aikana ja toinen kierros oli osin turhaa kun tiesin jo nämä asiat 2,3 jne kerralla potilaalta voisi kysyä tarvitseeko näitä ohjauksia, varsinkin jos muisti pelaa ja on muutenkin "kartalla"”

Kehittämistoiveet liittyivät yksityisyyteen, heräämön hoitajilta saatuun huomioon ja kohteluun, kuntoutukseen ja tiedonsaantiin proteesinkestävyydestä sekä käytävätiloihin.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten pohdinta

Enemmistö potilaista koki kutsukirjeen sisällön riittävän selkeäksi. Palautteen perusteella kutsukirjeessä on riittävästi tietoa sekä kutsukirje saapui hyvissä ajoin ennen leikkausta potilaille.

Ohjauksen sisältöön liittyvissä asioissa pääasiallisesti potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamansa ohjauksen sisältöön. Enemmän ohjausta potilaat olisivat kaivanneet kivun-

hoitoon liittyvistä asioista sekä kotisairaanhoidon palveluiden saatavuudesta. Useimmissa palautteissa käsiteltiin jatkohoitoon liittyviä asioita, joista potilaat olisivat halunneet tietoa. Ohjauksen sisällön tarpeellisuuteen vaikuttaa, ovatko potilaat olleet aikaisemmin leikattavana. Potilaat ovat saaneet riittävästi tietoa tulevasta leikkauksesta; jotkut olisivat halunneet saada tietää leikkaavasta lääkäristä enemmän. Savonlinnan ympäristökuntien potilaissa leikkausta edeltävät tutkimukset voivat aiheuttaa ohjaustarpeen lisääntymistä, koska niissä on tarjolla varsin erilaiset tutkimusmahdollisuudet ja lääkäripalvelut voivat olla heikohkot. Esilääkkeestä sekä kivunhoidosta potilaat olisivat halunneet enemmän ohjausta; moni ei varmaankaan ole käyttänyt vahvoja kipulääkkeitä.

Potilaat kokivat kirjalliset ohjeet selkeiksi sekä olivat saaneet riittävästi ohjausta ennen leikkausta. Ohjaus oli ajoitettu oikein leikkaukseen nähden. Ohjaajan taidot arvoitettiin pääosin riittäviksi. Ohjaajan kannustaminen sekä motivointi olivat potilaiden mielestä jonkin verran riittämätöntä, mutta enemmistö tunsi, että ohjaaja oli kannustava ja motivoiva. Ohjaustilanteen koki enin osa potilaista riittävän luottamukselliseksi, mikä onkin tärkeää potilastyön onnistumisen kannalta.

Potilaiden mielestä vastaanottotilanne oli riittävän miellyttävä sekä vastaanotto- ja odotustilat olivat viihtyisät. Potilaista lähes kolmasosa koki, ettei heidän yksityisyyttään kunnioitettu riittävän hyvin. Ilmapiirin potilaat kokivat riittävän hyväksi. Hoitoympäristön kiireellisyyden enemmistö potilaista koki kiireettömäksi. Enemmistö potilaista oli sitä mieltä, että ohjaustila oli riittävän rauhallinen. Potilaista selkeä enemmistö antoi kiitettävän arvosanan LEIKO-toiminnalle.

Yhteenvedon huomasiimme potilaiden olevan pääosin riittävän tyytyväisiä LEIKO-toimintaan ennen leikkausta ohjausta koskevissa asioissa. Valtaosa saadusta avoimesta palautteesta koski jälkihoitoon liittyviä asioita.

8.2 Tutkimusprosessin pohdinta

Alkuun meidän oli hankala keksiä itsellemme opinnäytetyön aihe. Käytyämme kuuntelemassa Sari Pölösen opinnäytetyön esitysseminaarin, huomasiimme aiheen kiinnostavan meitä kumpaakin. Syksyn 2011 aikana teimme aiheesta idealuonnoksen, silloin meillä oli selkeä tavoite aikataulun ja työn valmistumisen suhteen.

Alkukeväällä 2012 teimme opinnäytetyön suunnitelman, jolloin meillä oli opinnäytetyö vielä aikataulussa. Harjoitteluiden sekä henkilökohtaisten töiden vuoksi opinnäytetyön aikataulu rupesi venymään ja haasteita asetti yhteisen ajan löytyminen. Nopeuttaaksemme työskentelyämme jaoimme tehtäviä, jotka oli määrä saada tiettyyn aikaan mennessä valmiiksi. Opinnäytetyön työstämisessä vältyttiin erimielisyyksiltä. Toukokuun aikana saimme opinnäytetyön kokonaisuudessaan valmiiksi.

8.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Potilaiden antamien palautteiden pohjalta esille ei noussut suuria epäkohtia tai puutteita ISSHP:n LEIKO-toiminnan ennen leikkausta tapahtuvasta ohjauksesta. Pääosin potilaat olivat kaikilla alueilla tyytyväisiä.

Mielestämme tuloksien pohjalta esiin nousee tarve tutkia ja kehittää leikkauksen jälkeistä kivun- sekä jälkihoitoa.

Kehitettyä kyselylomaketta voisi käyttää muissakin LEIKO-toimintoa käyttävissä yksiköissä pienin muokkauksin.

LÄHTEET

Hautakangas, Anna-Liisa, Horn, Tarja, Pyhälä-Liljeström, Paula & Raappana, Maarit 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo: WSOY.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008. Hyvinkään LeiKo avattiin tilat toiminnan ehdoilla. WWW-dokumentti.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,14828,14829,7967,14862,23216>

Päivitetty 16.6.2008. Luettu 24.3.2012.

Hiidenhovi, Hannele 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalle. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti.

><http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5165-1.pdf>. Julkaistu 7.9.2001. Luettu 17.5.12.

Humanistinen tiedekunta 1999. Määrällinen tutkimus. WWW-dokumentti.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus> Päivitetty 20.9.1999. Luettu 13.3.2012.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. WWW-dokumentti.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95167&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Julkaistu 2005. Luettu 18.5.2012.

Idänpää-Heikkilä, Ulla, Outinen, Maarit, Nordblad, Anne, Päivärinta, Eeva & Mäkelä, Marjukka 2000. Laatuksiteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. PDF-julkaisu.

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/aiheita20-2000.pdf>.

Helsinki: Stakes. Luettu 24.3.2011.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen Pirjo 2007. Sairauksien hoitaminen. Keuruu: Tammi.

Jaakonsaari, Marjo 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu. PDF-julkaisu.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf?sequence=1> Julkaistu 04/2009. Luettu 18.5.2012.

Järvi, Ulla 2008. Kotisohvalta leikkauspöydälle. WWW-dokumentti.

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=5434/type=1

Päivitetty 10.1.2008. Luettu 24.3.2012.

Kallio, Arja, Korte, Ritva, Lukkari, Liisa & Rajamäki, Aira 1996. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY.

Kauppinen, Anna & Räsänen, Laura 2010. Leikkaukseen kotoa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. WWW-dokumentti.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/

Julkaistu 2006 Luettu 16.5.2012.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria & Lipponen, Kaija 2006. Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. PDF-dokumentti.

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf Luettu 30.3.2012.

Muurinen, Seija 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

PDF-julkaisu. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5683-1.pdf>

Päivitetty 6.6.2003. Luettu 18.5.2012.

Metsämuuronen, Jari 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Tammi. Vaajakoski: Tammi.

Paunonen, Tarja 2000. Potilasohjaus päiväkirurgiassa. PDF-dokumentti.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12313/tarjapaunonen.pdf?sequence=1> Päivitetty 2000 Luettu 30.3.2012.

Pölonen, Sari 2011. LEIKKAUKSEEN KOTOA: Potilastyytyväisyyskyselomakkeen laatiminen LeiKo-toiminnasta tekonivelleikatulle potilaille. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Rantahakala, Hanna, Ryyppö, Jaana & Nylund, Ulla 2007. Potilaan kokemuksia hoitajan toteuttamasta ohjauksesta ennalta suunniteltujen toimenpiteiden yhteydessä. Diakonia-ammattikorkeakoulu/ Lahden ammattikorkeakoulu Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. WWW-dokumentti.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 16.5.2012.

Saarinen, Sakari 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-julkaisu. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02020.pdf>

Päivitetty 2007. Luettu. 30.3.2012.

Satakunnan sairaanhoitopiiri 2009. LeiKo-yksikkö. WWW-dokumentti.

http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=116,120330&_dad=wportal&_schema=WP ORTAL&p_calledfrom=1 Päivitetty 23.11.2009. Luettu 20.3.2010.

Savonlinnan keskussairaala 2011. Materiaali arkisto. Painamaton lähde.

Suomen Nivelyhdistys ry 2010. Ohjeita tekonivelleikatulle. WWW-dokumentti. <http://tekonivel.net/potohj.htm> Luettu 14.3.2012. Päivitetty 23.2.2011.

Tampereen yliopisto 2005. SPSS-alkeisopas. PDF-dokumentti
http://www.uta.fi/~tm47874/opetus/SPSS_alkeisopas.pdf
Päivitetty 20.5.2005. Luettu 13.3.2012.

FINNANEST 43, 310 - 311. Tohmo, Harri 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa?

Tuomi, Jouni & Sarajärvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011. Ohjeet tutkijoille. WWW-dokumentti.
<http://www.tenk.fi/ohjeet.html> Päivitetty 2011. Luettu 1.4.2012.

Vainikainen, Tuula 2010. Nivelkirja: Nivelrikon ehkäisy, tekonivelleikkaus ja kuntoutuminen. Juva: WSOY.

Valtanen, Maarit 2006. SPSS-opas. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. PDF-julkaisu. <http://www.valt.helsinki.fi/blogs/tvt-stat/spss-opas-v13.pdf>.
Päivitetty 20.11.2009. Luettu 16.5.2012.

LIITE 1 (1). Kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Leikkaukseen kotoa Leiko-Potilaiden Tyytyväisyyskysely Keski-Suomen Keskussairaalassa, Kauppinen Anna & Räsänen Laura 2010	Leikkaukseen kotoa tulevat potilaat.	100kpl, Määrällinen tutkimus	Suurin osa potilaista tulee sairaalaan mieluummin vasta leikkauspäivänä. Ohjausta toivottiin lisää
Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? Tohmo Harri, Finnanest 2010	Hyvinkään sairaanhoitopiirin leikkausosastot.	Määrällinen tutkimus.	Leiko-toiminnalla on saatu leikkaustoimintaa paremmaksi.
Leikkaukseen kotoa Potilastyytyväisyyskyselylomakkeen laatiminen LEIKO-toiminnasta tekonivelleikatuille potilaille. Pölönen Sari 2011	Savonlinnassa Leikona leikatuille potilaille kohdistettu kysely	Määrällinen ja Laadullinen tutkimus	Potilastyytyväisyyskyselylomake toimii ja sitä pystyy käyttämään jatkossa tyytyväisyyden mittaamiseen.
Potilaan kokemuksia hoitajan toteuttamasta ohjauksesta ennalta suunniteltujen toimenpiteiden yhteydessä. Rantahakala Hanna, Ryyppö Jaana & Nylund Ulla 2007	Kohderyhmänä olivat ennaltasuunniteltuihin toimenpiteisiin tulevat potilaa terveyskeskuksen avosairaanhoidossa.	100kpl, Määrällinen tutkimus	lällä ja sukupuolella ei tutkimuksen mukaan ole merkitystä ohjauskokonaisuuteen.

LIITE 1 (2). Kirjallisuuskatsaus

Potilasohjaus päiväkirurgiassa Laadullinen tutkimus päiväkirurgisen polventähystys potilaan kokemuksista, odotuksista ja tarpeista hoitoketjun erivaiheissa. Paunonen Tarja 2000.	Päiväkirurgiset polventähystyspotilaat	Kvalitatiivinen tutkimus	Suurin osa potilaista tyytyväisiä päiväkirurgiseen ohjaukseen
Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Saarinen Sakari 2007.	Jorvissa ja Peijaksessa 16-vuotta täyttäneille ja vanhemmille päivystyksessä käyneille	Määrällinen tutkimus.	Potilaat olivat yleensä ottaen tyytyväisiä hoitoonsa joka osalla alueella
Palvelu mittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Hiidenhovi Hannele 2001.	Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa 10603 potilasta.	Fenomenologinen analyysi.	Vahvuuksia poliklinikoilla olivat ammattitaito, kohtelu, palveluhenkisyys, potilaan asioiden salassa pito ja potilaan kokema hyöty käynnistä poliklinikalla.
Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa. Jaakonsaari Marjo 2009	103 hoitotyön opettajaa 10 Ammatti korkeakoulusta.	Määrällinen tutkimus	Potilasohjauksen opetus perustui ammatilliseen tietoon, hoitotieteelliseen tutkimus tietoon, käypä hoito suosituksiin ja ohjausteorioihin.
Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Kynäs Helvi & Kääriäinen Maria 2006.	Sairaanhoitajaliitto	Määrällinen tutkimus	Ohjauksen parantaminen eri potilas ryhmien välillä.

Kysely Leikkaukseen kotoa eli LeiKo – toiminnasta

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Olette vastaamassa kyselyyn, joka koskee saamaanne ohjausta ennen tekonivel- eli proteesileikkaukseen tuloa. Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan jokaiseen kysymykseen valitsemalla mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto, joko ympyröimällä sopiva vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

TAUSTATIEDOT

1. Ikä: _____
2. Sukupuoli: Nainen Mies
3. Mikä leikkaus Teille tehtiin? Lonkkaproteesi Polviproteesi

KUTSUKIRJE

Seuraavassa esitetään kotiin saamaanne kutsukirjeeseen liittyviä väittämiä. Ympyröikää sopivin vaihtoehto.

4. Kutsukirje saapui hyvissä ajoin ennen leikkausta. Kyllä Ei
5. Kutsukirjeessä asiat oli esitetty selkeästi. Kyllä Ei
6. Kutsukirjeessä oli tarpeeksi tietoa. Kyllä Ei
7. Mitä muuta tietoa olisitte kaivanneet kutsukirjeeseen?

OHJAUKSEN SISÄLTÖ

Seuraavaan on koottu asioita ennen leikkausta saamanne ohjauksen sisällöstä. Ympyröikää sopivin vaihtoehto: 1 = En tarvinnut tietoa, 2 = En lainkaan, 3 = Liian vähän, 4 = Jonkin verran, 5 = Riittävästi

Ennen leikkausta sain tietoa seuraavista asioista:

	En tarvinnut tietoa	En lainkaan	Liian vähän	Jonkin verran	Riittä- västi
8. Tulevasta leikkauksesta	1	2	3	4	5
9. Leikkaavasta lääkäristä	1	2	3	4	5
10. Leikkaukseen valmistautumisesta	1	2	3	4	5
11. Leikkausta edeltävistä tutkimuksista	1	2	3	4	5
12. Ihon hoidosta	1	2	3	4	5
13. Infektioiden ehkäisystä	1	2	3	4	5
14. Ravinnotta olost	1	2	3	4	5
15. Sairaalaan saapumisesta leikkausaamuna	1	2	3	4	5
16. Leikkauspäivän tapahtumista	1	2	3	4	5
17. Esilääkkeen tarkoituksesta	1	2	3	4	5
18. Leikkauksen jälkeisestä voinnista	1	2	3	4	5
19. Leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta	1	2	3	4	5
20. Leikkauksen jälkeisestä vuode- osastohoidosta	1	2	3	4	5
21. Kotona tapahtuvasta hoidosta	1	2	3	4	5
22. Sairasloman pituudesta	1	2	3	4	5
23. Mihin voin tarvittaessa ottaa yhteyttä, jos tulee kysyttävää	1	2	3	4	5

24. Mistä asioista olisitte kaivanneet lisää tietoa / ohjausta?

KIRJALLISET JA SUULLISET OHJEET

Seuraavat väittämät koskevat saamianne ohjeita ennen leikkausta.

Ympyröikää sopivin vaihtoehto.

- | | | |
|---|-------|----|
| 25. Ennen leikkausta saamani kirjalliset ohjeet olivat selkeät. | Kyllä | Ei |
| 26. Ennen leikkausta saamani suulliset ohjeet olivat ymmärrettävät. | Kyllä | Ei |
| 27. Sain riittävästi ohjausta ennen leikkausta. | Kyllä | Ei |
| 28. Saamani ohjaus oli oikein ajoitettu. | Kyllä | Ei |
| 29. Jos vastasitte johonkin edellä olevaan väittämään ”Ei”, voisitteko perustella vastaustanne? | | |

OHJAUSTILANNE

Seuraavat osiot koskevat ohjaustilannetta sairaanhoitajan kanssa päiväkirurgian yksikössä, noin pari viikkoa ennen leikkausta. Ympyröikää sopivin vaihtoehto:

1 = Ei lainkaan, 2 = Liian vähän 3 = Jonkin verran, 4 = Riittävästi

	Ei lainkaan	Liian vähän	Jonkin verran	Riittävästi
30. Ohjaaja oli asiantunteva	1	2	3	4
31. Ohjaaja oli hienotunteinen	1	2	3	4
32. Ohjaaja oli kiinnostunut ohjauksestani	1	2	3	4
33. Ohjaaja motivoi ja kannusti minua	1	2	3	4
34. Sain vapaasti kysyä mieltäni askarruttavia asioita	1	2	3	4
35. Toiveitani kuunneltiin	1	2	3	4
36. Ohjaustilanne tuntui luottamukselliselta	1	2	3	4

37. Mitä olisimme voineet tehdä toisin ohjauksen suhteen?

LeiKo – TOIMINNAN TILAT

	Ei lainkaan	Liian vähän	Jonkin verran	Riittävästi
38. Vastaanottotilanne sairaalaan tullessa oli miellyttävä	1	2	3	4
39. Odotus- ja vastaanottotilat olivat viihtyisät	1	2	3	4
40. Yksityisyyttäni kunnioitettiin	1	2	3	4
41. Ilmapiiri oli myönteinen	1	2	3	4
42. Hoitoympäristö oli kiireetön	1	2	3	4
43. Tila, jossa sain ohjausta, oli rauhallinen	1	2	3	4

44. Jos tulisin uudestaan leikkaukseen, haluaisin silloinkin

tulla sairaalaan leikkausamuna.

Kyllä

Ei

45. Minkä kouluarvosanan (4 – 10) antaisitte LeiKo – toiminnalle? _____

46. Kehittämisehdotuksia LEIKO – yksikköön:

Kiitos vastauksistanne!

SAATE

Arvoisa vastaanottaja.

Potilaan tyytyväisyys saamaansa palveluun ja sen laatuun on keskeinen tavoite terveystalouden järjestämisessä. Tämä kyselytutkimus koskee ”Leikkaukseen kotoa” – (LeiKo) – toimintaa. Kyselyssä selvitetään potilaiden näkemystä leikkaukseen edeltävästä ohjauksesta, suullisten sekä kirjallisten ohjeiden laadusta, ohjaustilanteesta ja Leikkaukseen kotoa eli LeiKo -toiminnan tilojen toimivuudesta. Kyselytutkimus toteutetaan Mikkelin ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetyönä ja se tehdään Itä-Savon sairaanhoitopiirille, Savonlinnan keskussairaalan leikkausosastolle toiminnan kehittämiseksi.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastauksianne käsitellään luottamuksellisesti. Antamanne tiedot jäävät sellaisenaan vain tutkijoiden käyttöön, eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu missään tiedonkäsittelyn vaiheessa. Mukana on postimerkillä ja osoitetiedoilla varustettu kirjekuori, jossa täytetyt kyselylomakkeet palautetaan tutkimuksen tekijöille heidän kotiosoitteisiinsa. Vastausaikaa kyselyyn on kaksi (2) viikkoa. Vastauksenne ja mielipiteenne ovat meille tärkeitä, koska niiden pohjalta toimintaa ja ohjausta pystytään jatkossa kehittämään potilaiden tarpeita ja toiveita vastaavaksi.

Kiitämme Teitä osallistumisesta!

Jokelainen Joel

joel.jokelainen@mail.mamk.fi

Karppinen Toni

toni.karppinen@mail.mamk.fi

Sairaanhoitajaopiskelijat

Mikkelin ammattikorkeakoulu

Savonlinna

LIITE 4. Tutkimuslupa hakemus



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

PYYNTÖ

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: Itä-Savon Sairaanhoidopiiriin ky.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyömme tarkoituksena on toteuttaa potilastyytyväisyyskysely Savonlinnan Keskussairaalan leikkausosastolle. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa potilaiden näkemystä leikkausta edeltävästä pre-operatiivisesta ohjauksesta, suullisten sekä kirjallisten ohjeiden laadusta, ohjaustilanteesta ja LeiKo-toiminnan tilojen toimivuudesta.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Yhteistyötaho: Savonlinnan Keskussairaalan leikkausosasto. Kohderyhmä: Tekonivelleikatut LeiKo-potilaat. Tutkimuksesta on poissuljettu lapsi- sekä päiväkirurgiset potilaat.
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Opinnäytetyössämme käytämme sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää. Päädyimme tähän ratkaisuun, koska kyselylomakkeemme vaatii molempia tutkimusmenetelmiä. Tutkimusmenetelmien yhdistämällä luodaan luotettavuutta tutkimukselle. Kyselylomake on laadittu ja esitettävä keväällä 2011 LeiKo-potilailla. Kyselylomakkeen on laatinut Sari Pölönen. Kokoamistavaksi olemme sopineet, että leikkausosastolta lähetetään kyselylomakkeet potilaille, jotka ovat käyneet leikkauksessa syksyn 2011 aikana. Hankimme tarvittavat postimerkit ja kirjekuoret. Tutkittavat täyttävät kyselylomakkeen täysin vapaaehtoisesti sekä anonymieinä, jotta potilas-tiedot pysyisivät salassa.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Tutkimusaineisto on tarkoitus kerätä toukokuun 2012 alkuun mennessä.
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Opinnäytetyömme arvioitu valmistumisaika on toukokuun 2012 puoleen-väliin mennessä.
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty	---- päivänä ----- kuuta 20 ----- opettaja
Opinnäytetyön AMK ja työelämäohjaaja ja molempien yhteystiedot	Turtiainen Tarja, Koulutusjohtaja Uosukainen Leena, yliopettaja Ikonen Sirpa, Osastonhoitaja
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot Nimi Jokelainen Joel puh. 0503750915 s-posti joel.jokelainen@mail.mamk.fi Nimi Karppinen Toni puh.0408410159 s-posti toni.karppinen@mail.mamk.fi	

Anomus käsitelty ____ / ____ 20__

____ lupa myönnetty

____ lupa eväty, peruste: _____

Allekirjoitus _____

LIITE 5. Kysymykset tutkimusongelmittain

1. Millaiseksi potilaat arvioivat kutsukirjeen tullessaan tekonivelleikkaukseen?	Kysymykset 4,5,6
2. Millaiseksi potilaat arvioivat preoperatiivisen ohjauksen sisällön?	Kysymykset 8, 9,10,11,12,14,15,16,17,18,19,20,21,22, 23
3. Millaiseksi potilaat arvioivat suulliset ja kirjalliset ohjeet?	Kysymykset 25, 26, 27, 28
4. Millaiseksi potilaat arvioivat preoperatiivisen ohjaustilanteen?	Kysymykset 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36
5. Millaisiksi potilaat arvioivat LeiKo-toiminnan yleiset tilat?	Kysymykset 38, 39, 40, 41, 42, 43

LIITE 6. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen aineisto	Alaluokka	Yläluokka
<p>Viikonloppuna leikatuillekin järjestettävä asianmukainen leikkauksen jälkeinen kuntoutus sairaalassaolon aikana. ;</p> <p>Leikkauksen jälkeen enemmän tietoa kuntoutuksesta.</p> <p>Fysioterapiaan enemmän.</p> <p>Ainainen kiire- kiire. ;</p> <p>Enempi tietoa jälkikuntoutuksesta</p> <p>Aika, Paikka ja saanti mahdollisuudet;</p> <p>Mielestäni kuntoutus leikkauksen jälkeen on liian vähäistä;</p> <p>Ns. heräämishuoneessa toivoisin enemmän hoitajien huomiota. He viivähtävät vain hetkiä potilaan luona.</p>	<p>Leikkauksen jälkeinen kuntoutus</p> <p>Hoitajien kiireisyys ja ajankäyttö</p>	<p>Kehittämisehdotuksia LEIKO-yksikköön</p>