

TEKONIVELLEIKKAUSTA ODOTTAVIEN POTILAIKEN KOKEMUKSIA LEIKKAUSTA EDELTVÄSTÄ POTILASOHJAUksesta

Katja Takalo

Opinnäytetyö
Syyskuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, Terveys- ja Liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä TAKALO, Katja	Julkaisun laji	Päivämäärä
	Opinnäytetyö	25.9.2012
	Sivumäärä	Julkaisun kieli
	81	Suomi
	Luottamuksellisuus	Verkojulkaisulupa myönnetty
	() saakka	(X)
Työn nimi TEKONIVELLEIKKAUSTA ODOTTAVIEN POTILAIEN KOKEMUKSIA LEIKKAUSTA EDELTÄVÄSTÄ POTILASOHJAUksesta		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaajat HOLMA, Sinikka TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Osasto 21 (Ortopedian osasto)		
Tiivistelmä <p>Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä otettiin käyttöön syyskuussa 2011 uusi toimintamalli lonkan ja polven primaaritektonivelleikkauspotilaiden hoidossa. Sen avulla pyritään vastaamaan leikkaus- tarpeiden lisääntymisen ja samalla vähenevien taloudellisten resurssien asettamaan haasteeseen. Koska haluttiin tietää, millaisia vaikutuksia uudella toimintamallilla on ollut leikkausta edeltävään potilasohjaukseen, Keski-Suomen keskussairaalassa toteutettiin touko-kesäkuussa 2012 potilas- tutkimus. Kyselyllä kartoitettiin tektonivelleikkausta odottavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta ja henkilökunnan antaman ohjauksen sisältöä. Opinnäytetyössä analysoitiin kysely- tutkimuksen aineisto. Työn tarkoituksena oli tuottaa tietoa potilaiden kokemuksista ennen leikkausta tapahtuvasta potilasohjauksesta. Tavoitteena oli, että tämän tiedon avulla potilasohjausta voidaan kehittää edelleen.</p> <p>Tutkimuksessa kerättiin tietoa pääasiassa kirurgian poliklinikalla, ensiohjausluennolla ja ortopedian osaston preoperatiivisella tutkimuskäynnillä annetusta ohjauksesta. Kyselylomake annettiin potilaille preoperatiivisen osastokäynnin yhteydessä noin 1–2 viikkoa ennen suunniteltua leikkauksista, ja potilaat saivat täyttää sen rauhassa kotonaan. Lomakkeita jaettiin 72:lle peräkkäisellä osastokäynnillä vierailleelle potilaalle. Tutkimuksen vastausprosentti oli 57 %.</p> <p>Onnistuneimmin potilaita ohjattiin leikkauspäivän tapahtumista ja leikkaukseen valmistautumisesta sekä tulehdussairauksien ehkäisyyn ja hoidon ja hammaslääkärin todistuksen tärkeydestä. Lisäohjausta potilaat olisivat kaivanneet eniten henkisestä hyvinvoinnista ja tukihenkilön tärkeydestä, mutta myös jossain määrin perussairauksien hoidosta ja hyvän terveyden ylläpidosta. Potilaiden liikunta- ja terveystottumuksiin ohjauksella ei ollut suurta vaikutusta: liikuntatottumuksia muutti ohjauksen perusteella vastaajista vajaa kolmannes ja terveystottumuksia noin neljäsosa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) potilasneuvonta, hoidonohjaus, potilasohjaus, leikkaukseen valmistaminen, preoperatiivinen hoito, tektonivelleikkaus, kyselytutkimus		
Muut tiedot		



Author	Type of publication	Date
TAKALO, Katja	Bachelor's Thesis	25.9.2012
	Pages	Language
	81	Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title EXPERIENCES OF PREOPERATIVE PATIENT EDUCATION AMONG PATIENTS WAITING FOR ARTHROPLASTY		
Degree Programme Nursing		
Tutors HOLMA, Sinikka TYRVÄINEN, Hannele		
Assigned by Central Finland Health Care District, Ward 21 (Orthopedics)		
Abstract <p>A new approach to the treatment of primary hip and knee arthroplasty patients was introduced in the Central Finland Health Care District in September 2011. It helps to meet the requirements set by increased operation needs and simultaneously decreased financial resources. Since information on the impact of this new approach in preoperative patient education was wanted, a patient satisfaction survey was carried out in May-June 2012 in the Central Finland Central Hospital. With this inquiry experiences related to the patient education and its content were examined among patients waiting for arthroplasty. The research data was analyzed in this bachelor's thesis. The purpose of the thesis was to provide information on patients' experiences of preoperative patient education. The aim was to use this information to develop the patient education.</p> <p>In the thesis information was collected mainly on patient education provided in the surgical out-patients department, in the patient education lecture and in the preoperative visit on the orthopedic ward. The questionnaire was given to patients when they were visiting the ward about 1–2 weeks before the surgery. The patients filled out the form at home. Questionnaires were distributed to 72 patients who had consecutive visits on the ward. The response rate was 57 %.</p> <p>The most successful guidance was provided about the events of the day of surgery and the preparation for the surgery. Information about the importance of the prevention and care of infection as well as about a dentist's statement was also successfully delivered. The patients would have needed more education about mental health care and social support and, to some extent, also about the care of primary diseases and healthy ways of living. The patient education had little effect on the patients' habits of exercise and health: less than a third changed their exercise habits and about one fourth changed their health habits.</p>		
Keywords patient education as topic, preoperative care, arthroplasty, replacement, questionnaires		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	4
2	POLVEN JA LONKAN NIVELRIKKO	6
2.1	Vaaratekijät ja oireet	6
2.2	Hoito	7
2.2.1	Konservatiivinen hoito	7
2.2.2	Lääkehoito	8
2.2.3	Kirurginen hoito.....	8
3	OHJAUS HOITOTYÖSSÄ.....	9
3.1	Lakien ja eettisten ohjeiden näkökulma.....	10
3.2	Potilaslähtöinen ohjausprosessi	11
3.2.1	Ohjaussuhde.....	12
3.2.2	Suunnittelu	13
3.2.3	Toteutus	16
3.2.4	Arviointi	17
3.2.5	Voimaantuminen.....	18
3.3	Yhteenveto.....	19
4	TEKONIVELPOTILAAN PREOPERATIIVISEN OHJAUKSEN SISÄLTÖ.....	21
4.1	Fyysisen tilan arviointi ja ohjaus	22
4.1.1	Kivunhoito	22
4.1.2	Perussairauksien hoito ja terveelliset elämäntavat	23
4.1.3	Elimistön infektiot ja ihon kunto	25
4.1.4	Fyysinen kunto ja toimintakyky.....	26
4.2	Psyykkisen tilan arviointi ja ohjaus	27
4.2.1	Minäpystyvyys	28
4.2.2	Tulosodotukset.....	29
4.3	Sosiaalisten tekijöiden arviointi ja ohjaus	30
4.4	Ohjaus leikkauksesta ja kuntoutumisesta	31
4.5	Yhteenveto.....	33
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	35
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	35
6.1	Kohdejoukko ja aineiston keruu	35
6.2	Tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointi.....	37
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	38
7.1	Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden taustatiedot.....	38
7.2	Potilaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta.....	39

	2
7.2.1	Kirurgian poliklinikka40
7.2.2	Ensiohjausluento42
7.2.3	Preoperatiivinen käynti osastolla44
7.2.4	Ohjauksen yhdenmukaisuus ja päällekkäisyys46
7.2.5	Kirjallisten potilasohjeiden riittävyys46
7.3	Ohjauksen vaikutukset potilaiden liikunta- ja terveystottumuksiin.....47
7.3.1	Liikuntatottumukset47
7.3.2	Terveystottumukset48
8	POHDINTA49
8.1	Tutkimuksen luotettavuus.....50
8.2	Tutkimuksen eettisyys52
8.3	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset53
8.3.1	Missä asioissa potilaat kokivat ohjauksen onnistuneen?54
8.3.2	Mistä asioista potilaat olisivat tarvinneet lisää ohjausta?56
8.3.3	Miten ohjaus vaikutti potilaiden liikunta- ja terveystottumuksiin?.....60
8.4	Kehittämisehdotuksia61
8.5	Jatkotutkimusideoita64
	LÄHTEET.....65
	LIITTEET72
	Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje72
	Liite 2. Kyselylomake73

TAULUKOT

TAULUKKO 1.	Vuorovaikutteisen keskustelun elementit ja ilmenemismuodot13
TAULUKKO 2.	Potilaan ja hoitajan taustatekijät.....14
TAULUKKO 3.	Anestesariskiluokitus eli ASA-luokitus.....24
TAULUKKO 4.	Ortopedian osaston kotiutumiskriteerit.....32

KUVIOT

KUVIO 1.	Yhteenveto ohjauksesta hoitotyössä20
KUVIO 2.	Yhteenveto tekonivelpotilaan preoperatiivisen ohjauksen sisällöstä ja ohjauksen tavoitelluista vaikutuksista34
KUVIO 3.	Tulossa oleva leikkaus ja potilaiden aiemmat kokemukset tekonivelleikkauksesta39
KUVIO 4.	Potilaiden kokemuksia kirurgian poliklinikalla saamastaan ohjauksesta40

KUVIO 5. Potilaiden kokemuksia ensiohjausluennolla saamastaan ohjauksesta	42
KUVIO 6. Potilaiden kokemuksia preoperatiivisella osastokäynnillä saamastaan ohjauksesta.....	44
KUVIO 7. Liikuntatottumusten muuttaminen saadun ohjauksen perusteella.....	47
KUVIO 8. Syyt liikuntatottumusten ennallaan pysymiselle	48
KUVIO 9. Terveystottumusten muuttaminen saadun ohjauksen perusteella	48
KUVIO 10. Syyt terveystottumusten ennallaan pysymiselle	49
KUVIO 11. Onnistuneen ohjauksen aiheet eri ohjaustilanteissa	54
KUVIO 12. Aiheet, joiden ohjauksessa on erityisesti parannettavaa, eriteltyinä eri ohjaustilanteisiin	56

1 JOHDANTO

Suomessa tehdään nykyään vuosittain noin 7 500 lonkan ja 8 000 polven tekonivel-leikkausta. Leikkausmäärät ovat viime vuosina lisääntyneet, ja tarve tulee edelleenkin kasvamaan väestön ikääntyessä. (Remes, Peltola, Häkkinen, Kröger, Leppilahti, Linna, Malmivaara, Mäkelä, Nelimarkka, Parvinen, Seitsalo & Vuorinen 2007, 10.) Samanai-kaisesti kuitenkin käytettävissä olevat taloudelliset resurssit vähenevät (Understan-ding the Rapid Recovery Program 2011, 2). Tähän haasteeseen pyritään vastaamaan Rapid Recovery® -ohjelmalla, joka on Biomet Finland Oy:n laatima tekonivelpotilaan hoidon laadunhallintaohjelma (Teerijoki & Pehkonen 2012). Ohjelman avulla voidaan parantaa hoidon laatua, vähentää kustannuksia ja lisätä potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyyttä. Tehostetun hoitoprosessin avulla voidaan tekonivelleikkauksien mää-rää samalla kuitenkin jopa lisätä. (Understanding the Rapid Recovery Program 2011, 2.) Keski-Suomen keskussairaalassa Rapid Recovery® -ohjelma otettiin käyttöön lon-kan ja polven primaaritekonivelleikkauspotilaiden hoidossa syyskuussa 2011 (Pehko-nen 2012). Primaaritekonivelleikkaus tarkoittaa leikkausta, jossa operoitavaan nive-leen ei ole aiemmin laitettu tekoniveltä.

Rapid Recovery® -ohjelman taustalla on yhdysvaltalaisen lääkärin John P. Barrett Jr.:n vuonna 1996 kehittämä tekonivelpotilaan hoitoprosessin sujuvuuteen ja yhdenmu-kaistamiseen sekä potilaan tyytyväisyyteen tähtäävä JointVentures-ohjelma (Steele III, McLean, Gaunt & Browning 2000, 28; Syrjänen 2012). JointVentures-ohjelman seurauksena potilaiden tyytyväisyys lisääntyi, toipuminen nopeutui ja hoidon kus-tannukset vähenivät (Steele III 2000, 30), joten hyvien tuloksien myötä kehitystyö jatkui. Myöhemmin ohjelman nimeksi muuttui Joint Care -ohjelma, ja Biomet aloitti sen käyttöönoton vuonna 1998. Ohjelmaa muokattiin Englannissa, Hollannissa ja Belgiassa eurooppalaisen ortopedisen potilaan hoitoon soveltuvaksi mm. lääkäri Marshall K. Steele III:n avustuksella. Lopulta vuonna 2004 Biomet julkaisi Joint Care -ohjelman laajalti Euroopassa. Seuraavana vuonna ohjelma laajennettiin koskemaan

koko ortopedisen potilaan hoitoketjua ja nimeksi muuttui Rapid Recovery® -ohjelma. (Syrjänen 2012.)

Rapid Recovery® -ohjelman keskeisiä periaatteita ovat tehokkuus ja laadun hallinta, standardisoidut toimintamallit ja hoitopolut koko operatiivisen prosessin aikana, varhainen mobilisaatio ja kuntoutus, hyvä kivunhoito, vertaistuki sekä etukäteen suunniteltu kotiutus. Lisäksi keskeinen tekijä hoidon onnistumisen kannalta on potilasohjaus, sillä parhaimmat tulokset saadaan, kun potilas ottaa vastuuta omasta hoidostaan koko hoitoprosessin ajan. (Understanding the Rapid Recovery Program 2011, 3.) Erittäin tärkeää on potilaiden tukeminen ja valmentaminen fyysisesti, henkisesti ja ympäristöllisesti parhaimpaan mahdolliseen kuntoon ennen leikkausta. Tässä keskeisenä keinona on potilaiden sitouttaminen omaan hoitoonsa. (MacDonald & Arthur 2005, 97.) Hoitoprosessin alusta lähtien on siten tärkeää ohjata potilasta onnistuneeseen leikkaukseen ja kuntoutumiseen liittyvissä asioissa, kannustaa potilasta ottamaan vastuuta omasta toipumisestaan ja kertoa potilaalle keinoista, joilla hän pystyy tämän tekemään (Understanding the Rapid Recovery Program 2011, 3).

Koska Rapid Recovery® -ohjelma on ollut käytössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä vasta suhteellisen vähän aikaa, sen käytöstä ei ole vielä paljoa tutkimustietoa. Ennen tätä opinnäytetyötä ainoa tutkimus on tehty postoperatiivisesta kivusta ja kivunhoidosta (Lahdenperä 2012). Keski-Suomen keskussairaalan ortopedian osastolla toteutettiin touko-kesäkuussa 2012 potilastyytyväisyyskysely polven ja lonkan primaaritekonivelleikkausta odottaville potilaille. Kyselyllä pyrittiin selvittämään potilaiden odotuksia ja tarpeita potilasohjauksesta leikkaukseen valmistautumisessa ja kuntoutumisessa. Lisäksi kyselyllä kartoitettiin kirurgian poliklinikan, ensiohjausluennon sekä ortopedian osaston henkilökunnan antamaa preoperatiivisen potilasohjauksen sisältöä. Tässä opinnäytetyössä analysoidaan kyseinen potilastyytyväisyysaineisto. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa tekonivelleikkausta odottavien potilaiden kokemuksista ennen leikkausta tapahtuvasta potilasohjauksesta. Tavoitteena on, että tämän tiedon avulla potilasohjausta voidaan kehittää edelleen.

2 POLVEN JA LONKAN NIVELRIKKO

Suunnitellun polven tai lonkan tekonivelleikkauksen yleisin syy on nivelrikko eli artroosi, joka on maailman yleisin nivelsairaus (Heliövaara, Slätis & Paavolainen 2008, 1869). Nivelrikko on koko nivelen sairaus ja sille on tyypillistä nivelpintoja peittävän ruston vaurioituminen ja osittainen häviäminen, kun ruston tuhoutuminen päihittää rustoa korjaavat tekijät. Lisäksi nivelkapselissa voi ilmetä tulehdusmuutoksia ja liikkasvua. (Pohjolainen 2012.) Nivelrikko voi kehittyä mihin tahansa niveleen, mutta sitä esiintyy yleisimmin polvessa, lonkassa, sorminivelissä ja selkänikamien välisissä nivelistä. Näistä polven ja lonkan artroosi ovat erityisesti yhteiskunnalle suuria ja kustannuksiltaan kalliita ongelmia; Suomessa tehdään vuosittain nivelrikon vuoksi 90 lonkan ja 108 polven primaaritekonivelleikkausta 100 000 asukasta kohti. (Heliövaara ym. 2008, 1869; Pohjolainen 2012.) Perimmäistä syytä nivelrikolle ei tiedetä, mutta sen vaaratekijöitä tunnetaan (Pohjolainen 2012).

2.1 Vaaratekijät ja oireet

Nivelrikon yleisiä vaaratekijöitä ovat ikääntyminen ja perimä, mutta polven ja lonkan nivelissä vaaratekijöinä ovat myös ylipaino ja raskas fyysinen työ tai liikunta. Nivelvammat saattavat myös vaurioittaa nivelrustoa, minkä seurauksena voi lopulta olla nivelrikko. (Arokoski, Malmivaara, Manninen, Moilanen, Ojala, Paavolainen, Ruuskanen, Virolainen, Virtapohja, Vuolteenaho & Österman 2007; Pohjolainen 2012.)

Nivelrikko oireilee tyypillisesti jomottavana, liikkeessä pahenevana ja levossa lievittyvänä kipuna, mutta nivelrikon edetessä kipu voi muuttua jatkuvaksi. Polvinivelrikossa kipu paikallistuu yleensä polviniveleen, mutta lonkanivelrikossa kipu voi olla laajalaisempi ja epätarkempi ja säteillä reiden eri puolille. Aamu- ja liikkeellelähtöjäykkyys on tyypillistä. Nivelrikko rajoittaa toimintakykyä, sillä kävely, istumaan meno ja istumasta nousu sekä päivittäiset fyysiset toiminnot, kuten pukeutuminen ja pesey-

tyminen, vaikeutuvat. Nivelrikossa kuitenkin kivun voimakkuus ja nivelrikon vaikeusaste eivät välttämättä korreloi keskenään. (Arokoski ym. 2007; Pohjolainen 2012.)

2.2 Hoito

Tavoitteena nivelrikon hoidossa on kipujen hallinta ja lievittäminen, toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen sekä sairauden etenemisen estäminen (Arokoski ym. 2007).

2.2.1 Konservatiivinen hoito

Nivelrikon hoidon perusta on konservatiivisessa lääkkeettömässä hoidossa, jossa keskeistä on laihduttaminen, liike- ja liikuntaharjoittelu, fysikaaliset hoidot sekä erilaiset käytännön apuvälineet. Hoidon keskiössä on potilasohjaus, jossa käsitellään sairautta, hoitovaihtoehtoja ja itsehoitomahdollisuuksia. (Arokoski ym. 2007.)

Liike- ja liikuntaharjoittelu

Nivelrikko heikentää niveltä liikuttavien lihasten voimaa, pienentää nivelen liikelaajuutta ja jäykistää niveltä. Nämä puolestaan pahentavat niveloireita. Erityisesti lihasvoiman heikkeneminen alentaa toimintakykyä ja lisää kipuja. (Arokoski, Mäkitervo, Virtapohja & Arokoski 2004, 280.) Liikkuvuus-, lihasvoima- ja yleiskuntaharjoitteilla voidaan parantaa nivelrikkopotilaan toimintakykyä ja vähentää kipua (Arokoski ym. 2007). Iskukuormitustyyppistä liikuntaa, kuten juoksua, tulisi välttää. Sopivia lajeja ovatkin mm. pyöräily, uinti, hiihto ja kävely. Pitkäaikaista nivelen immobilisaatiota pitäisi välttää muulloin kuin taudin tulehdusvaiheessa, sillä rustovaurion hoidossa nivelen kohtuullinen kuormittaminen on tärkeää. (Arokoski ym. 2004, 280.)

Liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoittelun tavoitteena on ylläpitää ja kehittää nivelen liikkuvuutta, kestävyyttä, voimaa ja liike- ja aistituntoa (Arokoski ym. 2004, 280; Saarikoski, Stolt & Liukkonen 2010). Lonkkanivelrikossa lonkan koukistajien, lähentäjien ja pakaralihasten venyttelystä sekä lonkan ojentaja-, loitontaja- ja lähentäjilihasten vahvistamisesta on apua toimintakyvyn parantamisessa ja kipujen helpottamisessa.

Vastaavasti polven nivelrikossa tärkeää on reiden etu- ja takaosan lihasten venyttäminen ja erityisesti reiden etuosan lihasten vahvistaminen. (Arokoski ym. 2004, 281.)

Fysikaaliset hoidot

Polvinivelrikon aiheuttamaa kipua voidaan helpottaa TENS-sähköstimulaatiolla ja akupunktuurihoidolla. Lonkkanivelrikkokivun hoidossa näiden hyödyistä ei kuitenkaan ole näyttöä. Kylmähoidosta on apua polvinivelen turvotusta hoidettaessa ja se parantaa myös nelipäisen reisilihaksen voimaa. Lämpö- ja kylmähoidoista voi olla apua nivelrikkokivun hallinnassa, vaikka näistä menetelmistä ei tieteellistä näyttöä olekaan. (Arokoski ym. 2004, 283–284; Arokoski ym. 2007).

Liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälineet

Erilaisista polvi- ja kenkätuista, kantakiilauksista sekä polvilumpion teippauksista voi olla hyötyä polvinivelrikon hoidossa. Erilaiset pukeutumisen ja kävelyn apuvälineet sekä asunnon muutostyöt helpottavat myös elämää. (Arokoski ym. 2007.)

2.2.2 Lääkehoito

Parantavaa tai taudin etenemistä estävää lääkehoitoa ei ole, vaan nivelrikon lääkehoito on oireita helpottavaa ja se täydentää muita nivelrikon hoitomuotoja. Ensisijainen kipulääke on parasetamoli, toissijainen vaihtoehto on tulehduskipulääkkeet. Jos näistä ei ole apua, voidaan kipuja helpottaa opioideilla. Polven kohdalla pahenemisvaiheisiin voidaan käyttää myös nivelensisäisiä glukokortikoidi- ja hyaluronaattiruiskeita. Glukosamiinistakin saattaa olla kivunhoidossa hyötyä. (Arokoski ym. 2007.)

2.2.3 Kirurginen hoito

Nivelrikon kirurgisia hoitomuotoja ovat nivelen täyhystys eli artroskopia, osteotomia sekä tekonivelleikkaus eli artroplastia (Arokoski ym. 2007; Paavolainen & Soininen 2007). Artroskopiassa niveleen voidaan suorittaa useita erilaisia toimenpiteitä (esimerkiksi nivelen huuhtelu tai puhdistus), ja se helpottaa usein oireita ainakin lyhytai-

kaisesti. Osteotomiassa pyritään luun katkaisun, käännön ja uuteen asentoon luudutuksen avulla muuttamaan nivelen mekaniikka siten, että rasitus vähenee nivelen sairaassa osassa. Jos nivelrikon aiheuttamia kipuja ei kyetä enää muuten hallitsemaan, päivittäisistä toiminnoista selviytyminen on vaikeutunut nivelrikon vuoksi tai niveleen on kehittynyt toimintakykyyn olennaisesti vaikuttava virheasento tai liikevauraus, turvaudutaan usein tekonivelkirurgiaan. (Arokoski ym. 2007.) Tekonivelkirurgiassa sairas nivelalue poistetaan ja korvataan keinotekoisella istutteella eli tekonivellä (Heliövaara ym. 2008, 1871). Tekonivelleikkaus parantaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua sekä helpottaa kipuja (Arokoski ym. 2007).

3 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Kääriäinen ja Kyngäs määrittelevät **ohjauksen** tarkoittavan hoitotyössä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on yhteydessä ohjaajan ja ohjattavan taustatekijöihin ja jossa ohjaajan ja ohjattavan välillä on vuorovaikutteinen ohjaussuhde. Ohjaajalla tarkoitetaan tässä ohjausprosessin asiantuntijaa, ja ohjattavalla tarkoitetaan tilanteensa, asiansa ja tavoitteidensa asiantuntijaa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 251, 257.) Ohjaaja voi olla esimerkiksi sairaanhoitaja, lääkäri tai fysioterapeutti. Ohjattavana on yleensä potilas, ja tällöin puhutaan potilasohjauksesta.

Johanssonin mukaan potilaan ohjauksen (patient education) voidaan laajasti käsitteytynä ajatella kattavan koulutuksen/kasvatuksen (education), opetuksen (teaching), oppimisen (learning), neuvomisen (counselling), opastamisen (guiding) ja tiedon antamisen (informing) kaikki muodot. Suppeammin ajateltuna hän määrittelee potilasohjauksen potilaan oppimisen mahdollistavaksi hoitointerventioksi, joka on oikein ajoitettua ja sisällöltään tarkoituksenmukaista ja joka toteutetaan käyttämällä voimaannuttavia ohjausmenetelmiä. (Johansson 2006, 23.) Ohjattavana voi potilaan lisäksi olla toki myös potilaan läheinen. Koska ohjausta tarkastellaan tässä työssä hoitotyön näkökulmasta ja ohjattavana on pääasiassa potilas, kutsutaan jatkossa ohjaa-

jaa hoitajaksi ja ohjattavaa potilaaksi. Tämä ei kuitenkaan sulje pois sitä, ettei ohjattavana voisi olla myös potilaan läheinen.

Onnistunut potilasohjaus mahdollistaa **potilaan ja hoitajan oppimisen** sekä potilaan **voimaantumisen** (ks. luku 3.2.5). Potilas omaksuu uusia näkökulmia havaintojen tekemiseen, toimimiseen, ajattelemiseen ja tuntemiseen, ja näiden avulla hän oppii uusia tapoja käsitellä hyvinvointiaan. Hoitajan tulee oppia havaitsemaan, miten ohjausprosessin eri osat vaikuttavat toisiinsa, jotta ohjaus tukisi potilaan voimaantumista. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256.) Ohjauksella on mahdollista **edistää potilaan terveyttä** parantamalla toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa ja itsenäistä päätöksentekoa sekä lisäämällä tietoa ja vastuunottoa sairauden hoidosta. Ohjaus voi myös muuttaa potilaiden asennoitumista hoitoon positiivisemmaksi. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005a, 13.) Ohjauksella voi olla **kansantaloudellisiakin vaikutuksia**, sillä se voi vähentää sairauden liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256.)

3.1 Lakien ja eettisten ohjeiden näkökulma

Potilasohjaus on monien lakipykälien säätämää ja eettisten periaatteiden ohjaamaa. **Suomen perustuslain** toisessa luvussa todetaan, että julkisen vallan on edistettävä väestön terveyttä ja turvattava jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet (L 11.6.1999/731). **Terveydenhuoltolain** terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä käsittelevässä toisessa luvussa määrätään terveysneuvonta kuuluvaksi kaikkiin terveydenhuollon palveluihin. Näitä palveluja ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoito. Saman lain sairaanhoitoa käsittelevässä kolmannessa luvussa säädetään kunnan velvoitteesta järjestää sairaanhoidopalveluihin sisältyvä ohjaus, jolla tuetaan potilaan itsehoitoa ja potilaan sitoutumista hoitoon. Se on toteutettava potilaan lääketieteellisen hoidon tarpeen ja yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. (L 30.12.2010/1326.) **Potilaan asemaa ja oikeuksia käsittelevässä laissa** säädetään potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sai-

raanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun sekä oikeudesta tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. Erityisesti tiedonsaantioikeuteen kuuluu oikeus saada selvitys terveydentilasta, eri hoitovaihtoehdoista, hoidon merkityksestä sekä muista merkityksellisistä hoitoon liittyvistä seikoista. Tieto on myös annettava siten, että potilas ymmärtää sen sisällön. (L 17.8.1992/785.)

Terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet ja Sairaanhoidajan eettiset ohjeet

ottavat kantaa ohjaustyön eettisyyteen. Niissä korostetaan potilaan oikeutta hyvään hoitoon ja kohteluun. Luottamuksellisuus, avoin vuorovaikutus, oikeudenmukaisuus ja rehellisyys sekä tiedonsaannin, itsemääräämisoikeuden ja potilaan vaikuttamismahdollisuuksien edistäminen nähdään tärkeänä osana terveydenhuollon ammattilaisen ohjaustyössäkin ilmenevää osaamista. Eettiset periaatteet velvoittavat terveydenhuoltoalan ammattilaista myös pitämään yllä ja kehittämään ammattitaitoaan. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996; Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001, 12–14.) Tämän tulee näkyä ohjaustaitojen ja ohjauksen sisällön jatkuvana päivittämisenä.

3.2 Potilaslähtöinen ohjausprosessi

Potilaslähtöinen ohjausprosessi koostuu kolmesta vaiheesta: ohjauksen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005b, 28). Potilasohjauksessa pitäisi pyrkiä potilaan voimaantumiseen (ks. luku 3.2.5), jotta potilaat voisivat ottaa omasta terveydestään ja hoidostaan enemmän vastuuta. Tämä on tärkeää, koska nykyään tavoitellaan lyhyempiä sairaalajaksoja ja kärsitään hoitajapulastakin. (Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisto & Salanterä 2005, 221.) Potilaat, jotka eivät ota vastuuta hoidostaan, eivät usko pystyvänsä vaikuttamaan omaan terveyteen liittyviin asioihin ja ovat riippuvaisia hoitajasta (Kääriäinen 2008, 12).

Potilaan ohjaus edellyttää hoitajalta ammatillista vastuuta, johon kuuluu ohjauksen filosofinen ja eettinen pohdinta sekä ohjausvalmiudet. **Filosofisen pohdinnan** kautta mahdollistuu potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

sekä yksityisyyden tukeminen. Hoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilaalla on riittävät tiedot tehdä itsenäisiä päätöksiä ja toimia omalla tavallaan. Potilaan toiminnan ymmärtäminen ja oman toiminnan perusteleminen edellyttää hoitajalta myös ohjauksen **eettistä pohdintaa**. Siihen kuuluvat hoitajan henkilökohtaisten arvojen ja ammattietiikan tunnistaminen. Hoitajan tulisi tietoisesti työstää omia arvojaan ja käsityksiään siitä, miten ja miksi ohjaa potilaita. Ohjaus vaatii hoitajalta lisäksi **ohjausvalmiuksia** eli tietoa ohjattavista asioista, oppimisperiaatteista, ohjausmenetelmistä ja -tyyleistä. Hoitaja tarvitsee myös vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, sillä hän toimii myös vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255; Kääriäinen 2008, 11.)

3.2.1 Ohjaussuhde

Ohjausprosessin onnistumisen kannalta keskeistä on ohjaussuhteen rakentaminen. Hoitajan ja potilaan välinen ohjaussuhde on roolisuhte, jossa hoitaja on ohjausprosessin asiantuntija ja potilas on oman tilanteensa, asiansa ja tavoitteidensa asiantuntija. Parhaimmillaan ohjaustilanteen osapuolet muodostavat tasavertaisen asiantuntijatiimin ja suunnittelevat ohjausprosessia yhdessä. Tällöin edellytyksenä on, että hoitaja ja potilas kunnioittavat toistensa asiantuntijuuksia toisiaan täydentävinä voimavaroina. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 251, 254–255; Kääriäinen 2008, 12, 14.)

Potilaat odottavat ohjaussuhteelta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta, vaikkakin osapuolet olisivat asioista eri mieltä (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 48). Luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentumisen edellytyksenä on, että ohjaaja rohkaisee potilasta keskusteluun, mahdollistaa kysymyksien esittämisen ja antaa palautetta potilaalle (Kääriäinen 2008, 12). Potilaat odottavat hoitajalta myös itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, vilpitöntä kiinnostusta ja arvostusta potilaan asiaa kohtaan, kysymysten esittämistä, ymmärrystä, rohkaisua sekä ajatusten selkeää ilmaisua (Kyngäs ym. 2007, 48).

Ohjaussuhde rakentuu hoitajan ja potilaan välille tasavertaisen **kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen** avulla (Kääriäinen 2008, 12; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 257). Kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen keskustelun elementit ja niitä ilmentävät piirteet on esitetty TAULUKOSSA 1.

TAULUKKO 1. Vuorovaikutteisen keskustelun elementit ja ilmenemismuodot (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 254; Kääriäinen 2008, 12)

Keskustelun elementit	Ilmenemismuodot
Kohtelu	Välittäminen Ystävällisyys Aitous Avoimuus Iloisuus Inhimillisuus Hyväksyntä
Ymmärtäminen	Kuunteleminen Kysyminen Empatia
Tukeminen	Rohkaiseminen Auttaminen Vahvistaminen
Yhteistyö	Neuvottelu

Kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen toteutuminen edellyttää sekä potilaan että hoitajan **aktiivisuutta** ohjaussuhteessa. Molempien osapuolien aktiivisuus mahdollistaa tavoitteellisen ohjausprosessin suunnittelun ja rakentamisen ja edistää potilaan tietoisuutta omasta toiminnastaan. (Kääriäinen 2008, 12.)

3.2.2 Suunnittelu

Ohjausprosessin ensimmäinen vaihe eli suunnitteluvaihe alkaa potilaan ohjaustarpeiden ja taustatekijöiden määrittämisellä. **Tarpeiden** tunnistamiseksi hoitaja selvittää, mitä potilas tietää asiasta ennestään, mitä potilaan täytyy tietää, mitä hän haluaa tietää ja mikä on juuri kyseiselle potilaalle sopiva keino omaksua ohjattava asia (Kääriäinen ym. 2005b, 28). Ortopedisten hoitajien ja potilaiden käsitykset ohjaustarpeiden määrittämisestä eivät kuitenkaan täysin kohtaa: hoitajat mielestään arvioi-

vat ja huomioivat potilaiden tarpeet, mutta kaikki potilaat eivät ole samaa mieltä (Johansson, Salanterä, Katajisto & Leino-Kilpi 2002, 223). Potilaiden kykyyn määrittää omia oppimistarpeita pitäisi kuitenkin luottaa, sillä potilaat osaavat pääasiassa arvioida tärkeimmät ohjauksen tarpeensa (Johansson 2006, 56).

Ohjaus on aina sidoksissa hoitajan ja potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin **taustatekijöihin** (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 254)(TAULUKKO 2). Hoitajan tulee tunnistaa potilaan taustatekijöiden lisäksi myös omat taustatekijänsä ja niiden vaikutukset ohjaussuhteeseen (Kyngäs ym. 2007, 47). Jos potilaiden yksilöllisiä taustatekijöitä ei huomioida, heitä ohjataan aina samalla tavalla ja samoilla menetelmillä (Kyngäs ym. 2007, 28).

TAULUKKO 2. Potilaan ja hoitajan taustatekijät (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 254; Kääriäinen 2008, 12)

Taustatekijäluokka	Taustatekijät
Fyysiset tekijät	Ikä Sukupuoli Terveys Koulutus
Psyykkiset tekijät	Oppimisvalmiudet Arvot Oppimistyyli Käsitukset Motivaatio Kokemukset Tiedot Odotukset Tarpeet Selviytymistyyli
Sosiaaliset tekijät	Kulttuuri Sosiaalisuus Eettisyys
Ympäristötekijät	Ohjausympäristö

Fyysisillä taustatekijöillä on vaikutusta mm. siihen, kykeneekö potilas ottamaan ohjausta vastaan, vältteleekö hän ohjausta tai unohtaako asioita. Hoitajan fyysiset taustatekijät vaikuttavat mm. hoitajan asenteeseen sekä ohjausosaamiseen. **Psyykkisistä taustatekijöistä** erityisesti potilaan motivaatio vaikuttaa siihen, kokeeko hän käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi ja haluaako omaksua niitä. (Kääriäinen 2008, 12.) Hoita-

ja voikin tukea potilaan motivaatiota soveltamalla ohjauksessa käsiteltäviä asioita potilaan omaan elämäntilanteeseen (Kääriäinen ym. 2005b, 29). Myös hoitajan ohjausmotivaatio vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. Hoitajalla erityisesti omat henkilökohtaiset arvot ja kokemukset vaikuttavat ohjauksen asenteeseen, joten niitä tulisi tietoisesti tarkastella ja työstää. (Kääriäinen 2008, 11–12.) Hoitajan tuomitsevuus, negatiivinen asennoituminen, moralisointi ja uhkailu voivatkin viedä ohjattavan luottamuksen ja tukahduttaa vastavuoroisuuden (Kääriäinen ym. 2005b, 30). Läheiset ovat tärkeä osa potilaan **sosiaalisia taustatekijöitä**. Heitä tulisi rohkaista mukaan ohjaustilanteeseen ja yhteistyöhön, koska siitä on potilaalle apua tiedon tulkitsemisessä ja käyttämisessä, lisäkysymyksien esittämisessä sekä väärinkäsityksien välttämiseksi. Ohjauksessa mukanaolo vähentää myös läheisten ahdistusta, ja heidän kykynsä tukea potilasta paranee. (Kääriäinen 2008, 12.) **Ohjausympäristön** tulisi myös olla ohjaukselle suotuisa ja asianmukainen, ja erilaiset ohjaustilanteen keskeyttävät tekijät pitäisi minimoida (Kääriäinen ym. 2005b, 28).

Ohjaustarpeiden ja taustatekijöiden avulla suunnitellaan ohjaukselle **tavoitteet** yhdessä potilaan kanssa. Jos ohjauksen sisältö perustuu potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen, potilaan tyytyväisyys ja hoitoon sitoutuneisuus paranevat. (Kääriäinen ym. 2005b, 28.) Tavoitteet voivat olla kognitiivisia (uuden tiedon omaksuminen), affektiivisia (uusien arvojen ja asenteiden omaksuminen) ja psykomotorisia (uusien taitojen omaksuminen) (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255; Kääriäinen ym. 2005b, 28). Kognitiivisena tavoitteena voi olla esimerkiksi ihon hyvän kunnon tai diabeteksen hoitotasapainon tärkeyden ymmärtäminen leikkauksen kannalta, affektiivisena tavoitteena läheisen tuen hyväksyminen tai ruokailutottumusten muuttaminen ja psykomotorisena tavoitteena esimerkiksi kyynärsauvojen käytön opettelu tai leikkauksen jälkeisten fysioterapiaharjoitteiden harjoittelu. Johanssonin ja muiden (2002, 224; Johansson 2006, 43) tutkimuksen mukaan ortopedisten potilaiden ohjauksen tavoitteista pitäisi kuitenkin keskustella potilaiden kanssa enemmän, sillä viidesosa potilaista mieltää tavoitteista keskustelun olemattomaksi ja melkein puolet potilaista kokee, että he eivät saa tilaisuutta esittää omia näkemyksiään ohjaustavoitteistaan.

3.2.3 Toteutus

Onnistuneeseen ohjaukseen pääsemiseksi hoitajalla tulisi olla ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ja -tyyleistä riittävät tiedot (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255).

Ohjauksen sisältö ja tutkimustiedon käyttö

Hoitajan tulee päivittää tietojaan ja taitojaan, jotta potilas saa oikeaa, ajankohtaista ja asianmukaista ohjausta (Kääriäinen 2008, 12). Käsiteltävän tiedon tulisi olla näyttöön perustuvaa ajantasaista tutkimustietoa (Kääriäinen ym. 2005b, 28). Ortopediset hoitajat kokevat Johanssonin ja muiden (2002, 224) mukaan hallitsevansa ohjaustaidoistaan parhaiten juuri ohjauksen sisällön osa-alueen.

Ohjauksen riittävyys

Laadukkaan ohjauksen edellytyksenä on riittävä ohjaus. Erityisesti ennen hoitoa annettavaan ohjaukseen pitäisi panostaa enemmän, jotta potilailla olisi aikaa harkita hoitovaihtoehtoja ja käsitellä omaa tilannettaan. Riittävä ohjaus ennen sairaalaan tuloa lisää potilastyytyväisyyttä ja kohottaa mielialaa. (Kääriäinen 2008, 13.)

Ohjausmenetelmät

Koska potilaat muistavat ja prosessoivat asioita eri tavoin, erilaisten ohjausmenetelmien käyttö ja sopivan ohjausmenetelmän valinta on tärkeää (Kääriäinen 2008, 11). Tämä on kuitenkin se ohjaustaitojen osa-alue, minkä ortopediset hoitajat kokevat hallitsevansa kaikkein huonoiten (Johansson ym. 2002, 224).

Yksilöohjaus on oppimisen kannalta usein tehokkain menetelmä, sillä se mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen, potilaan motivaation ja aktiivisuuden tukemisen, vapaamuotoisen ilmapiirin sekä jatkuvan palautteen antamisen. Yksilöohjaus vaatii kuitenkin hoitajalta aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ryhmäohjaus sopii erityisesti ihmissuhdetaitoisille ja yhteistyökykyisille potilaille (Kääriäinen ym. 2005b, 28). Sen etuna on mahdollisuus ohjata useaa potilasta yhtä aikaa, mikä tekee siitä myös taloudellisempaa kuin yksilöohjauksesta (Kyngäs ym. 2007, 104). Ryhmäohjauksessa potilaat myös pystyvät hyödyntämään vertaistukea.

Ohjauksen onnistumiseksi tulisi kuitenkin käyttää useita eri ohjauskeinoja (Kääriäinen ym. 2005b, 29). **Audiovisuaaliset ohjausmenetelmät** eli menetelmät, joissa käytetään ääntä tai kuvaa tai molempia (Jurvansuu & Mustonen 2007), tarjoavatkin monia lisämahdollisuuksia ohjauksen järjestämiseen. Audiovisuaalinen ohjaus voi tapahtua puhelimen, video- ja äänitallenteiden, tietokoneiden, tietoverkkojen, joukkoviestinnän, kirjallisen materiaalin sekä demonstraation avulla (Kyngäs ym. 2007, 116–131). Esimerkiksi Internetin tai videoiden avulla potilas voi perehtyä ohjaukseen vaikka kotonaan (Johansson ym. 2002, 225). Internetin avulla tapahtuva ohjaus voi olla jopa tehokkaampaa kuin perinteinen yksilöohjaus (Heikkinen, Leino-Kilpi, Nummela, Kaljonen & Salanterä 2008, 277). Itsenäisen ohjaustilanteen jälkeen tulisi kuitenkin tarjota mahdollisuus hoitajan kanssa keskusteluun, jotta mahdollisia mieleen nousseita kysymyksiä voitaisiin käsitellä ja jotta mahdollisilta väärinkäsityksiltä vältyttäisiin.

Ohjauksen alussa ja lopussa käsiteltävät asiat olisi hyvä miettiä tarkasti, sillä potilas muistaa ne parhaiten. Keskeisten asioiden kertaaminen ohjaustilanteen lopuksi on siten tärkeää. (Kääriäinen ym. 2005b, 28–29.)

3.2.4 Arviointi

Ohjauksen vaikuttavuutta on tärkeää arvioida tavoitteisiin peilaten koko ohjausprosessin ajan, sillä arviointi lisää potilaan tietoisuutta itsestään toimijana. Hoitaja voi tukea arviointia antamalla palautetta potilaan toiminnasta ja kannustamalla potilasta pohtimaan ohjauksen vaikuttavuuteen tai vaikuttamattomuuteen johtaneita syitä. (Kääriäinen 2008, 13; Kääriäinen ym. 2005b, 29.) Ohjausprosessin arviointi asettaa kuitenkin haasteita vuorovaikutteiselle ohjaussuhteelle, sillä vaarana on, että ohjaussuhde muuttuu arvioinnin myötä valtasuhteeksi (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255).

3.2.5 Voimaantuminen

Potilasohjauksessa tulisi pyrkiä potilaan **voimaantumiseen** (empowerment) (Johansson ym. 2005, 221; suomennos Hoidokki n. d.). Johansson (2006, 16) esittelee Gibsonin (1991), Skeltonin (1994) sekä Schultzin ja muiden (1995) näkemyksen siitä, että voimaantuminen voidaan nähdä sekä prosessina että lopputuloksena. Johanssonin (2006, 16) esittämän Pelkosen ja Hakulisen (2002) käsityksen mukaan voimaantumisen ydinmerkitys on näkökulmasta huolimatta elämänhallinta. Laajasti käsitettynä voimaantumisen avulla ihminen kokee siis hallitsevansa elämäänsä, tuntee elämänsä olevan tasapainossa ja kykenee toimimaan tarkoituksenmukaisesti ongelmatilanteissa (Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 138–139). Johanssonin (2006, 16, 23) mukaan Rappaport (1984), Gibson (1991) ja Leino-Kilpi (1999) ovat määritelleet voimaantumisen tarkoittavan yksilön kykyä tunnistaa tarpeensa, ratkaista ongelmat ja hallita omaa elämää hyödyntäen tässä omaa voimaantumistaan. Voimaantunut potilas kokee siten hallitsevansa terveysongelmiaan ja niiden seurauksia sekä tarkastelee terveydentilaansa ja saamaansa terveydenhoitoa (Leino-Kilpi ym. 1999, 139).

Voimaantumisen osa-alueet

Voimaantuminen voidaan jakaa kuuteen osa-alueeseen: biofyysiseen, toiminnalliseen, sosiaaliseen, kokemusperäiseen, eettiseen ja taloudelliseen osa-alueeseen.

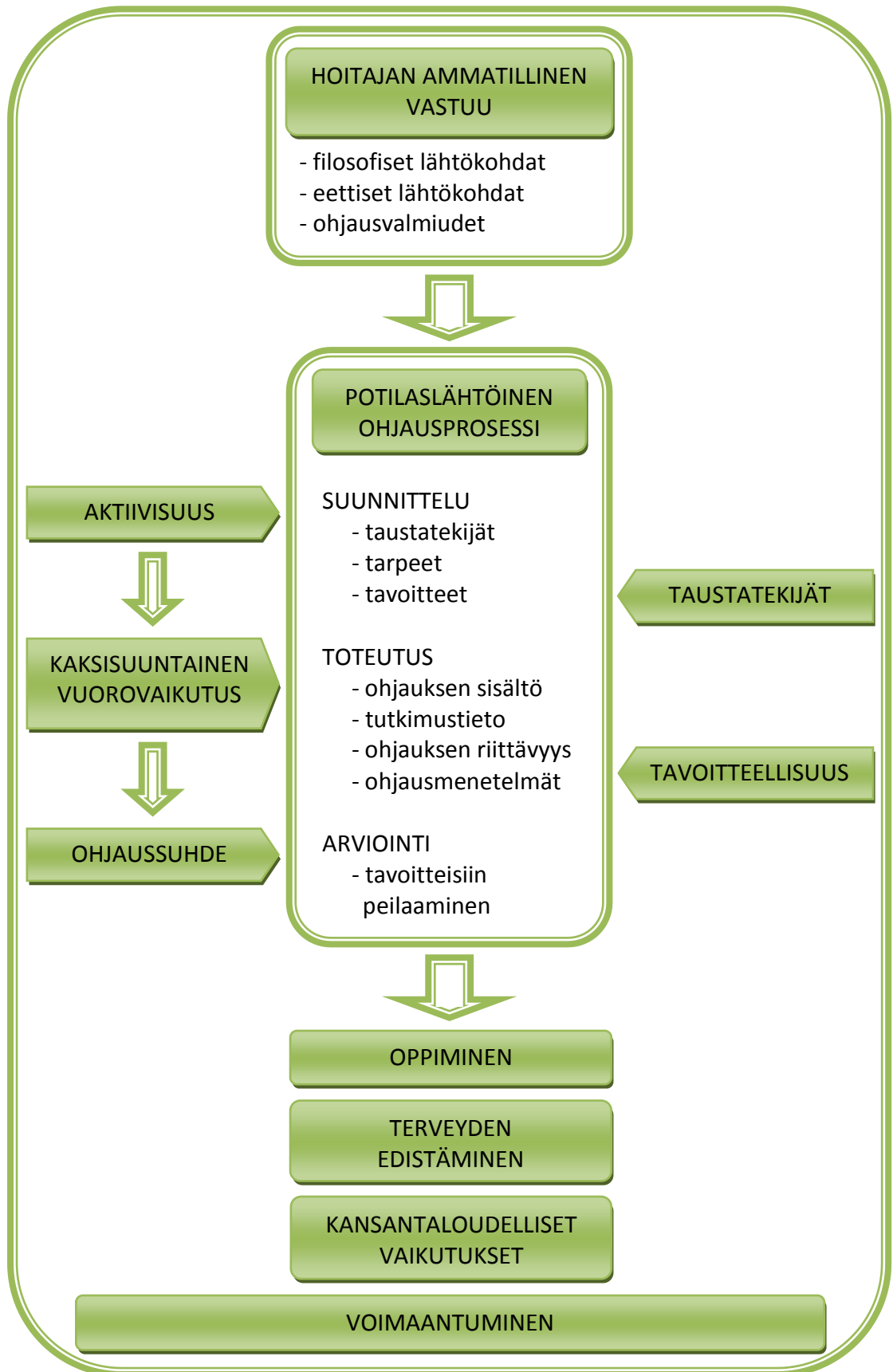
Biofyysisen voimaantumisen perustana on riittävä tieto sairaudesta, sen oireista, hoidoista ja komplikaatioista sekä kyky hallita oireiden aiheuttamia ongelmia. **Toiminnallinen** voimaantuminen koostuu mm. liikkumiseen, lepoon, ravitsemukseen, kuntoutumiseen, kivunhoitoon, haavanhoitoon, henkilökohtaiseen hygieniaan ja yksilöllisiin tarpeisiin liittyvästä tiedosta, joiden avulla potilas kykenee hallitsemaan sairauttaan ja päivittäisten toimintojen tilanteita. **Sosiaalisessa** voimaantumisessa keskeistä on tieto sosiaalisen tuen tärkeydestä ja yhteisöön kuuluvuuden tunne terveysongelmasta huolimatta. Tieto mahdollisista tuntemuksista ja kivusta sekä aiempien kokemusten hyödyntäminen saavat aikaan **kokemusperäisen** voimaantumisen. **Eettinen** voimaantuminen perustuu tietoon salassapitovelvollisuudesta, potilaan oikeuksista ja velvollisuuksista sekä kokemukseen oman ainutkertaisen yksilöllisyy-

den arvostamisesta. **Taloudellinen** voimaantuminen mahdollistuu, kun potilas saa tietoa hoitokuluista sekä mahdollisista tuista ja kun terveysongelma ja sen hoito eivät rasita potilasta taloudellisesti liikaa. (Leino-Kilpi ym. 1999, 139; Johansson ym. 2005, 213; Rankinen, Salanterä, Heikkinen, Johansson, Kaljonen, Virtanen & Leino-Kilpi 2007, 113.) Potilasohjaus, joka kattaa kaikki voimaantumisen osa-alueet, sisältää riittävästi potilaan yksilölliset tarpeet huomioivaa ohjausta. Erityisesti tekonivelpotilaan leikkausta edeltävän potilasohjauksen on tärkeää kattaa voimaantumisen kaikki osa-alueet, sillä potilaan täytyy olla etukäteen valmistautunut sekä itse toimenpiteeseen että toimenpidettä seuraavaan toipumisaikaan. (Johansson ym. 2005, 213, 220–221.)

Ortopedisten potilaiden ohjauksessa käsitellään eniten voimaantumisen biofyysistä ja toiminnallista puolta, mutta erityisesti kokemukseräisen, eettisen ja taloudellisen puolen käsittely jää vähäiseksi (Johansson ym. 2002, 223; Johansson 2006, 43). Myös ortopedisten potilaiden kirjallisten potilasohjeiden sisällön painotus on hyvin samanlainen (Johansson, Salanterä, Katajisto & Leino-Kilpi 2004, 177–178). Pelkkä sairauksien oireiden ja jokapäiväisissä asioissa selviämisen käsittely ei kuitenkaan riitä voimaantumisen saavuttamiseksi, vaan potilaat pitäisi kohdata kokonaisvaltaisemmin. Tekonivelleikkauksilla on suuri sosiaalis-taloudellinen vaikutus potilaiden elämään, ja sen vuoksi näitä asioita pitäisi käsitellä potilasohjauksessa. Myös potilaan kokemusten ja odotuksien sekä eettisten näkökulmien, kuten potilaan oikeuksien, käsittelyn tulisi kuulua potilasohjauksen sisältöön. (Johansson ym. 2002, 225.)

3.3 Yhteenveto

KUVIOON 1 on koottu yhteenveto ohjauksesta hoitotyössä. Hoitajan ammatillinen vastuu luo perustan onnistuneelle ohjausprosessille, joka voidaan jakaa suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheisiin. Hoitajan ja potilaan taustatekijät, ohjaussuhde, kaksisuuntainen vuorovaikutus, aktiivisuus sekä tavoitteellisuus ovat laadukkaan ohjauksen keskeisiä tekijöitä. (Kääriäinen 2008, 10–12.) Onnistunut potilasohjaus mahdollistaa potilaan ja hoitajan oppimisen, edistää potilaan terveyttä, vaikuttaa kansantalouteen sekä voimaannuttaa potilasta (Kääriäinen & Kyngäs, 2005, 256).



KUVIO 1. Yhteenveto ohjauksesta hoitotyössä

4 TEKONIVELPOTILAAN PREOPERATIIVISEN OHJAUKSEN SISÄLTÖ

Preoperatiivinen vaihe tarkoittaa leikkausprosessissa leikkausta edeltävää vaihetta. Se alkaa leikkauspäätöksen tekemisestä ja päättyy potilaan siirtyessä leikkaussaliin, jolloin vastuu potilaan hoidosta siirtyy leikkaussalihenkilökunnalle. **Postoperatiivinen vaihe** tarkoittaa puolestaan leikkauksen jälkeistä vaihetta, ja se alkaa, kun potilas saapuu leikkauksen jälkeen heräämöhön. Postoperatiivinen vaihe jatkuu potilaan tilanteesta riippuen vuodeosastolla, teho-osastolla, poliklinikalla, jatkohoitopaikassa tai potilaan kotona. Postoperatiivisessa vaiheessa tavoitteena on potilaan optimaalinen toipuminen leikkauksesta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2009, 59.)

Preoperatiivisessa vaiheessa keskeistä on potilaan valmentautuminen ja valmistaminen leikkaukseen (Holmia ym. 2009, 59). Tällöin keskitytään potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen arviointiin ja ohjaukseen. Potilaan kanssa käydään läpi myös tulevaa toimenpidettä ja sen jälkeistä aikaa. Preoperatiivinen ohjaus on tekonivelpotilaan ohjausprosessin tärkein vaihe, koska toimenpiteen onnistumisen ja koko leikkausprosessin kannalta ennen leikkausta annettavalla ohjauksella on erittäin suuri merkitys (Johansson 2006, 24). Potilasohjauksen on todettu myös lisäävän potilaan hoitomyöntyvyyttä ja tyytyväisyyttä (Johansson ym. 2005, 219; Johansson 2006, 44). Valmentautumisen tavoitteena on optimoida potilaan tila, jotta leikkaus ja siitä toipuminen onnistuisivat parhaimmalla mahdollisella tavalla (MacDonald & Arthur 2005, 99). Lisäksi ohjauksella pyritään motivoimaan potilasta omatoimiseen aktiivisuuden kuntoutumisessa. Tärkeää on myös potilaan ja omaisten informoiminen leikkaukseen liittyvistä keskeisistä tekijöistä, jotta heillä olisi mahdollisimman realistinen käsitys toimenpiteestä saatavasta hyödyistä sekä sen mahdollisista haitoista. (Kuusniemi, Haapoja, Pihlajamäki & Virolainen 2009, 231, 233.)

4.1 Fyysisen tilan arviointi ja ohjaus

Fyysisen tilan arvioinnissa ja ohjauksessa keskeisiä asiasisältöjä ovat kivunhoito, perussairauksien hoito ja terveelliset elämäntavat, infektiot ja ihon kunto sekä fyysinen kunto ja toimintakyky.

4.1.1 Kivunhoito

Potilaan kiputilanne ennen leikkausta on keskeinen polven tekonivelleikkauksen tuloksiin vaikuttavat tekijä. Erityisesti preoperatiivinen kipu on merkittävä postoperatiivista kipua ennustava tekijä. (Lingard, Katz, Wright, Sledge & Kinemax Outcomes Group 2004, 2183, 2185.) Samansuuntaisia tuloksia on havainnut myös Fitzgerald, Orav, Lee, Marcantonio, Poss, Goldman ja Mangione (2004, 105). Kivulias polvinivel ennen leikkausta muodostaa myös kohonneen riskin tekonivelinfektiolle leikkauksen jälkeen (Jämsen 2009, 71). Kivunhoitoon panostaminen jo ennen leikkausta parantaa siten leikkauksen jälkeistä ennustetta. Se on myös asia, mihin itse potilaat toivovat panostettavan (Sjöling, Norbergh, Malter & Asplund 2006, 10).

Potilasohjauksessa pitäisikin varmistaa, että potilaan kipulääkitys on riittävää ja että hän myös käyttää sitä. Potilasta on tärkeää ohjata sekä lääkkeellisten että lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien käytössä (ks. luvut 2.2.1 ja 2.2.2), sillä kivunhoito on tehokkaimmillaan, kun nämä yhdistetään (MacDonald & Arthur 2005, 98; Arokoski ym. 2004, 279).

Leikkausta edeltävää kiputilannetta voidaan helpottaa kivunhallintaohjelmalla, jossa käsitellään nivelrikkoa, liikunnan hyötyjä nivelrikon hoidossa, erilaisia kivunhallintakeinoja, rentoutumiskeinoja sekä erilaisia kognitiivisia keinoja kivun ja rajoittuneen toimintakyvyn kanssa selviämiseksi. Näiden avulla leikkausta edeltävää kivun voimakkuutta, sen aiheuttamaa ahdistusta sekä uniongelmia on mahdollista vähentää. Kivunhallintaohjelman vaikutukset näkyvät myös leikkauksen jälkeen fyysisen toimintakyvyn parantumisena. (Berge, Dolin, Williams & Harman 2004, 33–34, 36–37.)

4.1.2 Perussairauksien hoito ja terveelliset elämäntavat

Potilaan perussairaudet pyritään saamaan mahdollisimman hyvään hoitotasapainoon ennen leikkausta, sillä sairauksien myötä leikkauskomplikaatioiden riski kasvaa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää keuhkosairauksia, sydän- ja verenpainesairauksia ja diabetesta sairastaviin sekä ylipainoisiin potilaisiin. (Holmia ym. 2009, 61).

Ylipainoista potilasta tulisi kannustaa laihduttamaan ennen leikkausta, sillä liikalihavuus (BMI = painoindeksi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) on riski leikkauksen jälkeisen toiminnallisuuden heikkenemiselle ja komplikaatioille erityisesti polven tekonivelleikkauksen jälkeen: Ylipainoisilla potilailla polven fleksio on selvästi huonompi leikkauksen jälkeen, leikkaushaava on pidempi ja he ovat kivuliaampia. Liikalihavilla esiintyy myös enemmän leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita ja leikkausteknisiä virheitä. (Järvenpää, Kettunen, Heiskanen, Huopio, Lumiaho & Miettinen 2007, 193–195.) Tekonivelinfektion riski on normaalipainoisilla potilailla (BMI $< 25 \text{ kg/m}^2$) pienin, kun taas sairaalloisen lihavilla potilailla (BMI $> 40 \text{ kg/m}^2$) se on selvästi kohonnut (Jämsen 2009, 70–71). Leikkauksen aikana ylipaino heikentää keuhkojen toimintaa, koska vatsa painaa makuulla ollessa keuhkoja (Bachmann & Pere 2010). Ylipaino aiheuttaa myös käytännön vaikeuksia leikkauksen suorittamiselle ja lisää tekonivelen irtoamisriskiä. Varhainen mobilisaatiokin on epävarmaa, koska apuvälineiden avulla liikkuminen voi olla potilaalle liian raskasta, eikä tekonivel välttämättä kestä täyttä varaamista heti leikkauksen jälkeen. Verisuonitukoksen riski voi myös kohota, sillä verenkiertoa vilkastuttavien liikkeiden tekeminen voi olla ylipainoiselle vaikeaa. (Holmia ym. 2009, 717–718.)

Painoindeksin ollessa alle 40 kg/m^2 ylipaino ei nykytietämyksen mukaan lisää anestesiariskiä, mutta ylipainoon läheisesti liittyvät liitännäissairaudet (esimerkiksi tyyppin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, sepelvaltimotauti, obstruktiivinen uniapnea ja astma) lisäävät. Ylipainoisia tulisikin kannustaa laihduttamaan, sillä jo 5–10 % painonpudotus vähentää liitännäissairauksien ilmaantuvuutta ja vaikeutta sekä äkkikuolemia. (Jalonen, Kokki, Castrén, Heinonen, Huusko, Hyny-

nen, Kangas-Saarela, Kurki, Laisalmi, Lindgren, Manner, Mattila, Salmenperä, Sane, Tikkanen, Tohmo & Vironen 2008.)

Perussairauksien hyvä hoitotasapaino ja ylipainon vähentäminen nopeuttavat myös leikkauksesta toipumista, sillä O'Brien, Ogonda, Dennison, Doran, Lawlor, Humphreys, Kelly, Matthews ja Beverland (2005, 144–145) huomasivat, että lonkan tekonivelleikkauksesta nopeimmin kotiutuvat potilaat ovat laihempia ja terveempiä (ASA-luokkaa 1 tai 2, ks. TAULUKKO 3). Luokkaan ASA 1 tai 2 kuuluvilla potilailla on myös vähiten tekonivelinfektioita leikkauksen jälkeen, kun taas luokkaan ASA 4 kuuluvilla potilailla infektioriski on selvästi kohonnut. Tekonivelen merkittävä infektioriski liittyy myös ennen leikkausta koholla oleviin verensokeriarvoihin. (Jämsen 2009, 70–71.) Perussairauksien vähyys on lisäksi yhteydessä pienempiin kipuihin, parempaan fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, parempaan yleiseen koettuun terveyteen, pienempiin fyysisen terveydentilan ja emotionaalisten ongelmien aiheuttamiin roolitoinnin rajoituksiin, parempaan tarmokkuuteen sekä parempaan yleiseen psyykkiseen hyvinvointiin leikkauksen jälkeen (Escobar, Quintana, Bilbao, Azkárate, Güenaga, Arenaza & Gutierrez 2007, 114–117; suomennokset Aalto & Aro 1995).

TAULUKKO 3. Anestesiariiskiluokitus eli ASA-luokitus (ASA = American Society of Anesthesiologists Physical Status) (Bachmann & Pere 2010)

LUOKKA	KUVAUS	LEIKKAUS-KUOLEVUUS
1	Terve alle 65-vuotias tai yli 6 kk ikäinen lapsi	n. 0,2 %
2	Yli 65-vuotias tai henkilö, jolla on lievä yleissairaus (esim. komplisoitumaton, tasapainossa oleva verenpainetauti)	
3	Henkilö, jolla on vakava mutta ei henkeä uhkaava yleissairaus (esim. insuliinidiabeetikko, jolla on myös hypertonia)	
4	Henkilö, jonka sairaus on hengenvaarallinen (esim. huonossa tasapainossa oleva diabetes, epästabili angina pectoris)	
5	Kuolemansairas, jonka elinikä ilman leikkausta on alle 24 t	n. 50 %

Potilasta tulisi ohjata myös ravitsemukseen liittyvissä asioissa, sillä hyvä ravitsemustila ja riittävä nesteiden nauttiminen ennen leikkausta nopeuttaa leikkauksesta toipumista. Ravinnosta pitäisi saada riittävästi energiaa ja valkuaisaineita, jotta elimistöllä olisi riittävästi rakennusaineita toipumiseen. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 21–22; Salonen, Häkkinen & Pamilo n.d.) Liian vähäinen proteiinien saanti hidastaa leikkaushaavan paranemista ja altistaa myös infektioille (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 22). Riittävä D-vitamiinin ja kalsiumin saanti puolestaan turvaa luiden paranemisen (Salonen ym. n.d.; Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon 2005, 26, 28).

Potilaita tulisi kannustaa tupakoinnin lopettamiseen, sillä runsas tupakointi heikentää haavan paranemista ja altistaa leikkauksenjälkeisille hengitysongelmille. Tupakointi pitäisi kuitenkin lopettaa viimeistään 3–6 viikkoa ennen leikkausta, sillä lyhyemmän tupakoimattomuuden hyödyistä ei ole näyttöä. Tupakoinnin lopettamisessa apua voi olla nikotiinikorvaushoidosta sekä toistuvista henkilökohtaisista neuvontatapaamisista. Myös alkoholin liikkakäyttö lisää leikkaukseen liittyviä komplikaatioita. Alkoholista olisi hyvä pidättäytyä 1–2 kuukautta ennen leikkausta, jotta liikkakäytön aiheuttamat muutokset ehtisivät korjaantua kokonaan tai osittain. (Jalonen ym. 2008.)

Terveellisten elämäntapojen ja perussairauksien hoidon aihealueista leikkauspotilaat ovat saaneet hyvin ohjausta, sillä aiempien tutkimusten mukaan potilaita on ohjattu onnistuneesti toiminnallisuuteen eli mm. liikkumiseen, lepoon, ravitsemukseen, henkilökohtaiseen hygieniaan ja yksilöllisiin tarpeisiin liittyvissä asioissa (Heikkinen, Leino-Kilpi, Hiltunen, Johansson, Kaljonen, Rankinen, Virtanen & Salanterä 2007, 274–275; Johansson ym. 2002, 223; Rankinen ym. 2007, 113).

4.1.3 Elimistön infektiot ja ihon kunto

Elimistön infektiot ovat tekonivelleikkauksessa riski potilaalle, sillä mikrobi voi päästä veren välityksellä tekoniveleen ja tulehduuttaa sen. Pahimmassa tapauksessa tekonivel voidaan joutua poistamaan. Ennen leikkausta potilaalle tuleekin painottaa

tulehdusten hoidon tärkeyttä. Tärkeää on kiinnittää huomiota erityisesti suun alueen infektoihin sekä kynsivalli-, virtsatie-, poskiontelo- ja hengitystieinfektioihin. Myöskään ihosta ei saisi olla infektoita eikä ihorikkoja. (Holmia ym. 2009, 717.) Koska suussa voi olla piileviä infektiopesäkkeitä, potilasta ohjataan käymään hammaslääkärin tarkastuksessa, josta hänen tulee pyytää mukaansa todistus suun hyvästä kunnosta (Salonen ym. n.d.). Tulehdusten ehkäisystä ja suun kunnosta huolehtiminen on tärkeää myös tekonivelleikkauksen jälkeen, sillä elimistön puolustusmekanismit ovat tekonivelen läheisyydessä heikentyneet. Tekonivel voi siten infektoitua huomattavasti pienemmällä mikrobimäärällä terveeseen kudokseen verrattuna. (Honkala 2009.)

4.1.4 Fyysinen kunto ja toimintakyky

Fyysinen toimintakyky ennen leikkausta vaikuttaa merkittävästi leikkauksen jälkeiseen fyysiseen toimintakykyyn ja siten leikkauksesta toipumiseen. Leikkauksen jälkeiseen fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat heikentävästi myös potilaan muut sairaudet ja korkea ikä. (Lingard ym. 2004, 2183, 2185.) Samansuuntaisesti fyysisen toimintakyvyn merkityksen leikkauksen jälkeiselle toimintakyvylle on todennut myös Fitzgerald ja muut (2004, 104–106). Potilailla, joilla on hyvä fyysinen toimintakyky ennen leikkausta, on myös pienempi riski tekonivelen infekioon leikkauksen jälkeen (Jämsen 2009, 71). Preoperatiivisessa ohjauksessa tulisi siten keskittyä potilaan fyysisen toimintakyvyn parantamiseen. Potilaiden onkin todettu saavan ennen leikkausta hyvin ohjausta toiminnallisuuteen liittyvistä asioista, kuten liikkuvuudesta (Heikkinen ym. 2007, 273–274). Potilasta ohjataan nivelrikon hoitoon suunniteltujen liike- ja liikuntaharjoitteiden (ks. luku 2.2.1) tekemisessä, jotta hänen yleiskuntonsa ja fyysinen toimintakykynsä olisivat mahdollisimman hyvässä kunnossa leikkaukseen mennessä. Sjölingin ja muiden (2006, 10) tutkimuksen mukaan potilaat itsekin toivovat saavansa neuvoja siitä, miten voivat pitää huolta kunnostaan ja toimintakyvystään, ja he toivovat, että tarvittaessa heidät ohjattaisiin fysioterapeutin luokse. Hyvä fyysinen kunto pienentää myös anestesiasta ja leikkauksesta potilaille aiheutuvia riskejä (Jalonen ym. 2008).

4.2 Psyykkisen tilan arviointi ja ohjaus

Potilaan yleinen psyykinen hyvinvointi ennen polven tekonivelleikkausta vaikuttaa laajasti leikkauksesta toipumiseen: hyvä psyykinen vointi ennustaa parempaa fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä, kokemusta yleisestä terveydentilasta, tarmokkuutta ja yleistä psyykkistä hyvinvointia sekä pienempiä fyysisen terveydentilan sekä emotionaalisten ongelmien aiheuttamia roolitoiminnan rajoituksia leikkauksen jälkeen (Escobar ym. 2007, 115–117; suomennokset Aalto & Aro 1995). Lisäksi potilaan psyykinen terveydentila ennen leikkausta on preoperatiivisen kivun ohella merkittävä postoperatiiviseen kipuun vaikuttava tekijä (Lingard ym. 2004, 2183, 2185).

Myös Ayers, Franklin, Trief, Plutz-Snyder ja Freund ovat todenneet psyykkisen terveydentilan olevan keskeinen lonkan ja polven tekonivelleikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon vaikuttava tekijä. Lisäksi hyvästä psyykkisestä terveydentilasta on hyötyä tekonivelleikkauksen jälkeisen fyysisen terveydentilan kannalta, sillä leikkauksen vaikutukset fyysiseen terveydentilaan eivät ole yhtä merkittäviä potilailla, joiden psyykinen terveydentila on heikentynyt. Heikentyneeseen psyykkiseen terveydentilaan liittyy usein myös masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, heikompiä kivunhallinnan selviytymiskeinoja ja kivunhoidon epäonnistumista. Potilas, jonka psyykinen terveydentila on heikentynyt, arvioi lisäksi usein saamansa emotionaalisen tuen ja yhteydentunteen tukiverkostoonsa muita alhaisemmaksi. Täydellinen psykologinen arviointi ennen tekonivelleikkausta ei kuitenkaan ole tarpeen, vaan heikentynyt psyykinen terveydentila olisi tärkeää tunnistaa. Preoperatiivisessa ohjauksessa tulisi tällöin keskittyä potilaan tukemiseen, ohjaamiseen ja selviytymiskeinojen harjoitteluun tavoitteena ahdistuksen ja masentuneisuuden vähentäminen sekä kivunhallinnan ja sosiaalisen tuen lisääminen. (Ayers ym. 2004, 126–130.) Potilaan psyykkiseen tilaan voi vaikuttaa ennen leikkausta myös pelko leikkausta kohtaan. Aiemman tiedon mukaan ohjaus psykososiaalisesta tuesta leikkaukseen liittyvän ahdistuksen, huolien ja pelkojen vähentämiseksi on kuitenkin ollut onnistunutta (Bernier, Sanares, Owen & Newhouse 2003, 572, 576).

4.2.1 Minäpystyvyys

Waldropin, Lightseyn, Ethingtonin, Woemmelin ja Coken (2001, 236) mukaan polven ja lonkan tekonivelleikkauksen jälkeistä toipumista voi helpottaa potilaan vahva minäpystyvyys (self-efficacy) (suomennos Ihanus & Pakarinen 2010). Minäpystyvyys tarkoittaa uskoa siihen, että kykenee toiminnallaan vaikuttamaan tilanteeseensa ja saavuttamaan haluamansa tulokset. Minäpystyvyys on erittäin merkittävä toiminnan peruste, sillä ilman uskoa vaikutusmahdollisuuksiin tekemiselle ei oikeastaan ole kannusteita. (Bandura 1997, 2–3.)

Minäpystyvyyden osa-alueet Banduran mukaan ovat hallintakokemus, välillinen kokemus (mallintaminen), verbaalinen suostuttelu ja sosiaaliset vaikutteet sekä fyysinen ja emotionaalinen tila. Usko omaan kyvykkyyteen rakentuu näiden eri osa-alueiden kautta saadun tiedon myötä. (Bandura 1997, 79, 86.) Vaikuttamalla minäpystyvyyden eri osa-alueisiin potilaan minäpystyvyyttä on mahdollista vahvistaa ja päästä siten parempiin leikkauksen lopputuloksiin (Waldrop ym. 2001, 236, 237).

Hallintakokemus lisää minäpystyvyyttä suoran toiminnan kautta (Bandura 1997, 79). Tekonivelleikkauksen preoperatiivisessa ohjauksessa tämä voi tarkoittaa esimerkiksi kävelyn harjoittelua kyynärsauvojen avulla tai leikkauksen jälkeisten fysioterapiaharjoitteiden opettelua etukäteen. Tämän tyyppinen preoperatiivinen ohjaus lisää potilaiden itseluottamusta ja uskoa leikkauksen onnistumiseen. (Siggeirsdottir, Olafsson, Jonsson Jr., Iwarsson, Gudnason & Jonsson 2005, 560–561; Lucas 2007, 53).

Välillisessä kokemuksessa (mallintamisessa) usko omaan pystyvyyteen vahvistuu havainnoimalla muiden tekemistä ja vertailemalla heidän saavutuksiaan (Bandura 1997, 79, 86). Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi kyynärsauvojen käytön opettelua ohjaajan tekemistä seuraamalla (Lucas 2007, 53). Paremmin minäpystyvyys vahvistuu, jos henkilö, jota potilas havainnoi, on itse käynyt läpi tekonivelleikkauksen (Waldrop ym. 2001, 237).

Verbaalisen suostuttelun ja sosiaalisten vaikutteiden avulla voidaan lisätä henkilön tietoutta omista kyvyistään (Bandura 1997, 79). Tämä tarkoittaa potilaan kannustamista ja positiivisen palautteen antamista (Waldrop ym. 2001, 237). Jos potilas esimerkiksi suorittaa fysioterapiaharjoitteita oikeaoppisesti, hänelle annetaan siitä positiivista palautetta (Lucas 2007, 53). Kannustamisen ja uskon luomisen myötä ihminen kykenee parempiin suorituksiin ja pääsee vaikeuksien yli, ja onnistuessaan minäpystyvyys vahvistuu (Bandura 1997, 101). Leikkaukseen valmistautumisessa esimerkiksi laihduttaminen tai tupakanpolton lopettaminen vaativatkin hoitajalta erityistä taitoa minäpystyvyyden vahvistamisessa.

Fyysisten ja emotionaalisten tilojen kautta ihminen arvioi osittain kyvykkyyttään, voimiaan ja ongelma-alttiuttaan (Bandura 1997, 79). Väsymys, hengästyminen ja kivut tulkitaan usein kykenemättömyydeksi fyysistä suorituskkyä vaativissa tilanteissa. Stressaavassa tilanteessa puolestaan stressireaktio, kiihtyminen ja jännittyminen koetaan suoriutumisen esteiksi. Minäpystyvyyttä voidaan siten lisätä parantamalla fyysistä tilaa, pienentämällä stressitasoja ja negatiivisia emotionaalisia reaktioita sekä oikaisemalla elimistön tilojen väärintulkintoja. (Bandura 1997, 106.) Ennen tekonivelleikkausta minäpystyvyyteen voikin vaikuttaa esimerkiksi nivelrikon aiheuttamat kiputilat (Lucas 2007, 53). Tällöin erilaisten psykologisten ja kuntouttavien kivunhallintamenetelmien käsittelystä voi olla apua kivun voimakkuuden sekä kivun aiheuttaman ahdistuksen lieventämisessä (Berge ym. 2004, 33, 36–37).

4.2.2 Tulosodotukset

Minäpystyvyyden ohella potilaan käyttäytymiseen ja leikkauksen lopputulokseen vaikuttaa myös potilaan tulosodotukset (outcome expectations) eli potilaan näkemys siitä, mihin lopputulokseen tietty toiminta todennäköisesti johtaa. Keskeistä tässä on **hallinnantunne** eli se, uskooko potilas toiminnallaan olevan vaikutusta lopputulokseen. (Bandura 1997, 19–21.) Jos potilas esimerkiksi ei usko, että postoperatiivisista fysioterapiaharjoitteista on hänelle hyötyä, hän ei niitä luultavasti tee leikkauksen jälkeen eikä harjoittele etukäteenkään (Lucas 2007, 53). Samoin potilaan usko läheis-

ten merkitykseen toipumisen kannalta vaikuttaa siihen, jakaako potilas leikkauskokemuksensa läheistensä kanssa ja ottaako hän läheisiään mukaan ohjaustilanteisiin.

Tekonivelpotilaan psyykkisessä ohjauksessa olisikin tärkeää panostaa siihen, että potilaiden tulosodotukset ovat realistisia ja että potilaat kokevat, että he voivat saavuttaa tulosodotukset yhteistyössä moniammatillisen ryhmän kanssa (Lucas 2007, 53). Lisäksi potilaiden kanssa on tärkeää käydä läpi suositeltujen toimintojen perusteet ja varmistaa, että potilaat ymmärtävät ne.

Minäpystyvyys ja tulosodotukset liittyvät läheisesti toisiinsa. Usko toiminnan vaikutusmahdollisuuksista lopputulokseen voi olla joko lannistavaa tai voimaannuttavaa riippuen siitä, onko ihmisellä hyvä minäpystyvyys vai ei: ihminen voi uskoa lopputuloksen määräytyvän toiminnan kautta, mutta ilman minäpystyvyyttä hän kokee toiminnan kuitenkin toivottomaksi. Vahva minäpystyvyys ja hallinnantunne yhdessä saavat aikaan voimakkaan pyrkimyksen, tuottoisan sitoutumisen sekä henkilökohtaisen tyydytyksen. (Bandura 1997, 20–21.) Minäpystyvyyden ja tulosodotusten välinen ero tulee tunnistaa, jotta potilaan psyykkistä tilaa osataan tukea oikeilla tavoilla.

4.3 Sosiaalisten tekijöiden arviointi ja ohjaus

Potilaan toipumisessa potilaan **sosiaalisella verkostolla** ja **asuinympäristöllä** on tärkeä merkitys. Potilas tarvitsee kotiutuessaan läheisiltään paljon sekä henkistä tukea että käytännöllistä apua. (Lucas 2007, 53.) Escobar ja muut (2007, 114–117) ovat huomanneet, että sosiaalinen tuki polven tekonivelleikkauksen hoitoprosessin aikana vaikuttaa myönteisesti potilaan leikkauksen jälkeiseen kiputilanteeseen, fyysiseen toimintakykyyn, kokemukseen yleisestä terveydentilasta, fyysisen terveydentilan ja emotionaalisten ongelmien asettamiin roolitoiminnan rajoituksiin sekä yleiseen psyykkiseen hyvinvointiin (suomennokset Aalto & Aro 1995). Läheisten tuen hyödyn havaitsi myös Fitzgerald ja muut (2004, 101, 104–105) huomattessaan, että potilaat, jotka olivat naimisissa tai asuivat jonkun kanssa, olivat tekonivelleikkauksen jälkeen kivuttomampia ja fyysiseltä toimintakyvyltään parempia kuin yksin asuvat. Toki sosi-

aalinen tuki voi olla muutakin kuin puolison antamaa tukea, ja toisaalta avioliitto tai yhdessä asuminen ei välttämättä kerro mitään sosiaalisesta tuesta. Läheisten tuki kuitenkin auttaa toipumisessa ainakin kahdella tavalla: potilas saa käytännöllistä apua ja tukea päivittäisissä tilanteissa, ja tuki motivoi potilasta kuntoutumaan (Fitzgerald ym. 2004, 107; Escobar ym. 2007, 117). Potilaiden on kuitenkin todettu saavan sosiaaliseen tukeen ja leikkaukseen valmistaviin sosiaalisiin tekijöihin liittyvää ohjausta huonosti (Kääriäinen ym. 2005a, 12; Heikkinen ym. 2007, 274–275).

Preoperatiivisessa ohjauksessa olisikin tärkeää arvioida sekä potilaan sosiaalisen tuen että asuinolosuhteiden tilanne kuten myös näiden mahdollinen parantamisen tarve. Potilaat, joiden sosiaalinen tuki on heikko, tulisi tunnistaa ja suunnitella heille leikkauksen jälkeiset tarvittavat tukimuodot. (Fitzgerald ym. 2004, 107; Understanding the Rapid Recovery Program 2011, 4.) Potilaan kuntoutumista edistää myös **omaisten ohjaaminen** ja heidän tukeminen, joten preoperatiivisessa ohjauksessa omaisten mukanaolo on myös keskeisessä asemassa (Holmia ym. 2009, 718). Olisikin suotavaa, että potilaalla olisi koko hoitoprosessin ajan tukena joku läheinen ihminen, joka kannustaa potilasta ja on mukana kaikissa ohjaustilanteissa kuulemassa saman tiedon kuin itse potilas (Understanding the Rapid Recovery Program 2011, 5). Ohjauksessa mukanaolo vähentää myös läheisten ahdistusta, ja heidän kykynsä tukea potilasta paranee (Kääriäinen 2008, 12). Vertaistuen tärkeyttäkään ei sovi unohtaa (Understanding the Rapid Recovery Program 2011, 5).

4.4 Ohjaus leikkauksesta ja kuntoutumisesta

Preoperatiivisessa ohjauksessa käydään potilaan kanssa läpi leikkauksen kulku ja käytettävä anestesiamuoto, leikkaukseen valmistautumisen yksityiskohdat ja potilaan osuus niissä, leikkauspäivän tapahtumat ja se, mitä leikkauksen jälkeen on odotettavissa (Holmia ym. 2009, 59–60). Kun potilas tietää tarkasti, mitä on odotettavissa, leikkauksen aiheuttama ahdistus vähenee ja toipuminen nopeutuu (Understanding the Rapid Recovery Program 2011, 3). Toimenpiteistä, tutkimuksista ja hoitoon valmistautumisesta annettu ohjaus on ollut ennen sairaalaan tuloa riittävää (Kääriäinen

ym. 2005a, 12). Erityisesti leikkauksen kulusta ja siinä käytetyistä laitteista ja menetelmistä potilaiden on todettu saaneen hyvin ohjausta. Tutkimusten mukaan onnistunutta ohjausta on ollut myös potilaiden roolista leikkaukseen valmistautumisessa ja siitä toipumisessa. (Bernier ym. 2003, 566, 568, 572, 576; Heikkinen ym. 2007, 274–275.)

Potilaan kanssa käydään läpi Rapid Recovery® -ohjelman standardisoidut käytännöt, joita ovat kivunhoidon malli ja tärkeys, moniammatillinen yhteistyö, fysioterapiakäytännöt, haavanhoidon käytännöt sekä kotiutumiskriteerit (TAULUKKO 4) (Understanding the Rapid Recovery Program 2011, 3–4; Teerijoki & Pehkonen 2012). Osa postoperatiivista kivunhoitoa on se, että sitä käsitellään potilaan kanssa jo tässä vaiheessa (Kuusniemi ym. 2009, 233). Erilaisista mahdollisista tuntemuksista, kivusta ja kivunhoidosta potilaiden on kuitenkin todettu saaneen ohjausta heikosti (Bernier ym. 2003, 568, 576, 572). Sairaalahoidon jälkeinen hoito – tapahtui se kotona tai jatkohoitopaikassa – suunnitellaan myös potilaan kanssa etukäteen (Understanding the Rapid Recovery Program 2011, 4).

TAULUKKO 4. Ortopedian osaston kotiutumiskriteerit (Pehkonen 2011)

	KRITEERIN KUVAUS
1.	Potilas pukeutuu ja riisuutuu itsenäisesti.
2.	Potilas pääsee sängystä ja tuolista ylös ja takaisin itsenäisesti.
3.	Potilas kykenee henkilökohtaisen hygienian hoitoon itsenäisesti.
4.	Potilas kykenee kävelemään kyynärsauvojen turvin vähintään 40 m. Jos kotona on portaita, potilas kykenee kävelemään kyynärsauvojen turvin portaissa.
5.	Potilaan lämpötila on alle 38 °C.
6.	Potilaan kotiasiat ovat kunnossa kotiutumista varten ja potilaalla on kotiutumisen jälkeinen tuki (läheinen, kotipalvelu).
Kotiutumiskriteerit tarkistetaan kahdesti päivässä (aamulla ja iltapäivällä). Kun kaikki kotiutumiskriteerit täyttyvät, potilas kotiutuu.	

Myös potilaat itse kokevat ennakkoinnin olevan hyvin tärkeä asia leikkaukseen valmistautumisessa. Onnistuneeseen kuntoutumiseen tähtäävä preoperatiivinen potilasoh-

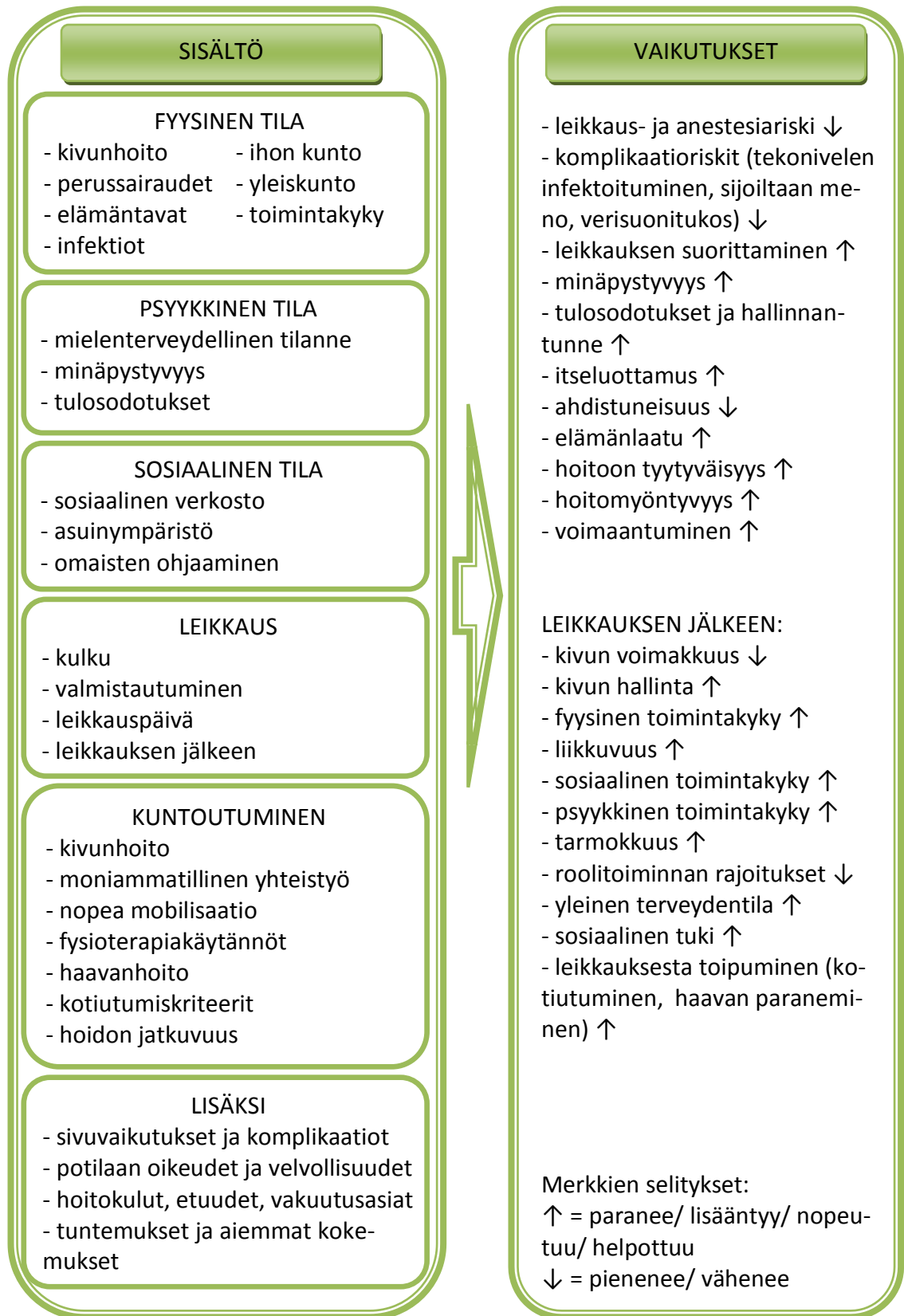
jaus lisää potilaiden itseluottamusta ja vähentää ahdistuneisuutta. Potilaat arvostavat myös hyödyllistä ja oikea-aikaista tietoa sekä kädestä pitäen tapahtuvaa harjoittelua. (MacDonald & Arthur 2005, 99–100.)

Leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen keskittyvällä preoperatiivisella ohjauksella on merkitystä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen toimintakyvyn, kiputilanteen ja elämänlaadun parantamisessa. Ohjauksella voi olla vaikutuksia myös leikkauksen jälkeisen sairaalajakson lyhentymiseen. (Siggeirsdottir ym. 2005, 557–561.) Nopean mobilisaation (liikkeelle lähtö jo leikkauspäivänä) sekä leikkauksen jälkeisten fysioterapiaharjoitteiden läpikäyminen on siten tärkeää jo preoperatiivisessa ohjauksessa (Understanding the Rapid Recovery Program 2011, 3, 5). Aiemman tiedon mukaan leikkauspotilaita ohjataankin hyvin toiminnallisuuteen eli mm. kuntoutumiseen ja liikkumiseen liittyvissä asioissa (Heikkinen ym. 2007, 274–275; Johansson ym. 2002, 223; Rankinen ym. 2007, 113).

Ortopediset potilaat kokevat saavansa potilasohjauksesta kaiken kaikkiaan melko riittävästi omaan hoitoon liittyvää tietoa, mutta lisää keskustelua potilaat kaipaisivat erityisesti hoitojen mahdollisista sivuvaikutuksista ja ongelmista (kuten komplikaatioista, hoidon riskeistä ja fyysisistä rajoitteista) (Johansson ym. 2002, 224–225; Kääriäinen ym. 2005a, 12). Hoitoon liittyviä kokemukseräisiä (kuten aiempia kokemuksia ja omien tunteiden käsittelyä), eettisiä (kuten potilaan oikeuksia) ja taloudellisia asioita (kuten vakuutusasiat ja sosiaaliset etuudet) pitäisi myös käsitellä potilaiden kanssa enemmän (Johansson ym. 2002, 223–225; Heikkinen ym. 2007, 274–275).

4.5 Yhteenveto

KUVIOON 2 on koottu tekonivelpotilaan preoperatiivisen ohjauksen sisältö sekä vaikutukset, joita ohjauksen avulla tavoitellaan.



KUVIO 2. Yhteenveto tekonivelpotilaan preoperatiivisen ohjauksen sisällöstä ja ohjauksen tavoitelluista vaikutuksista

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa polven ja lonkan tekonivelleikkausta odottavien potilaiden kokemuksista ennen leikkausta tapahtuvasta potilasohjauksesta. Tavoitteena on, että tämän tiedon avulla potilasohjausta voidaan kehittää edelleen.

Opinnäytetyön keskeiset tutkimuskysymykset ovat:

1. Missä asioissa potilaat kokivat ohjauksen onnistuneen?
2. Mistä asioista potilaat olisivat tarvinneet lisää ohjausta?
3. Miten ohjaus vaikutti potilaiden liikunta- ja terveystottumuksiin?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Idea tutkimuksen tekemiseen syntyi Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä uuden syyskuussa 2011 käyttöön otetun toimintamallin pohjalta, kun tekonivelleikkausta odottavilta potilailta haluttiin saada tietoa uuden toimintamallin vaikutuksista potilasohjaukseen.

6.1 Kohdejoukko ja aineiston keruu

Polven tai lonkan tekonivelleikkauksen tarpeessa olevan potilaan ensimmäinen kontakti erikoissairaanhoidon on yleensä käynti kirurgian poliklinikalla, jossa hän tapaa ortopedin ja leikkauspäätös syntyy. Tämän jälkeen kirurgian poliklinikan hoitohenkilökunta ohjaa potilasta leikkaukseen liittyvissä asioissa. Leikkausjonossa olevaa potilasta kehoitetaan osallistumaan Keski-Suomen keskussairaalassa järjestettävälle ensiohjausluennolle, jossa annetaan lisää ohjausta tekonivelleikkauksesta. Kolmas oh-

jaustilanne potilaalle tulee vastaan, kun hänet kutsutaan ortopedian osastolle preoperatiiviselle käynnille noin 1–2 viikkoa ennen suunniteltua leikkauspäivää. Osastokäynnillä potilas tapaa kirurgin, endoproteesihoitajan ja fysioterapeutin.

Aineiston keruu toteutettiin kyselylomakkeella (Liite 2), jonka laatimisessa oli mukana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ortopedian osaston osastonhoitaja, kirurgian vastuualueen ylihoitaja, leikkaus- ja anestesiahoidon vastuualueen ylihoitaja, Rapid Recovery® -projektipäällikkö, kliinisen fysiatrian asiantuntija sekä kirurgian poliklinikan sairaanhoitaja. Kyselylomake annettiin potilaille preoperatiivisen käynnin yhteydessä ortopedian osastolla eli noin 1–2 viikkoa ennen suunniteltua leikkauspäivää. Ennen lomakkeiden jakoa kyselylomake esitettiin yhden päivän aikana preoperatiivisella osastokäynnillä vierailleilla potilailla, ja saadun palautteen perusteella kyselyyn tehtiin pieniä muutoksia. Kyselylomake oli pääosin strukturoitu (Kananen 2011, 30), mutta se sisälsi myös tarkentavia avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeen mukana potilaille annettiin saatekirje (Liite 1) sekä kirjekuori, jonka postimaksu oli valmiiksi maksettu. Potilaat täyttivät kyselylomakkeen rauhassa kotonaan ennen leikkausta ja postittivat sen täytettynä takaisin ortopedian osastolle. Kyselylomakkeita jaettiin 72:lle peräkkäisellä preoperatiivisella osastokäynnillä vierailleelle potilaalle aikavälillä 7.5.–15.6.2012. Lomakkeiden jako painottui kuitenkin toukokuulle, koska kesäajan vuoksi preoperatiivisia käyntejä oli kesäkuussa toukokuuta vähemmän. Alkuperäisenä suunnitelmana oli jakaa kyselylomakkeita sadalle (100) potilaalle, mutta ennen ortopedian osaston kesäsulun alkamista preoperatiivisella tutkimuskäynnillä ehti käydä vain 72 potilasta. Kyselylomakkeiden palautumista odotettiin kesäkuun 2012 loppuun asti, minkä jälkeen aineiston analysointi aloitettiin.

Strukturoitu kyselylomake valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, sillä ortopedian osastolla on käytössä Webropol -kysely- ja tiedonkeruuhjelma, minkä avulla tutkimustulosten tilastollinen käsittely oli kätevää. Kyselylomakkeen käyttö mahdollisti myös suhteellisen suuren tutkittavien joukon ja se säästi aineiston keruuseen tarvittavaa aikaa hoitohenkilökunnalta. (Teerijoki & Pehkonen 2012; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.)

6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointi

Tutkimuksen tekemisessä käytettiin pääasiassa kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisen tutkimuksen edellytyksenä on tutkittavan ilmiön tunteminen, jotta osataan mitata ilmiöön vaikuttavia tekijöitä. Se on hyvin pitkälle tekijöiden eli muuttujien mittaamista sekä muuttujien suhteiden välisten vuorovaikutusten ja niiden esiintymisen määrällistä laskemista. Tutkimustuloksia käsitelläänkin määrällisessä tutkimuksessa tilastollisin menetelmin. Pyrkimyksenä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tutkittavan ilmiön yleistäminen. Tämä tapahtuu tyypillisesti siten, että tutkimuksen kohteena olevasta perusjoukosta (Keski-Suomen keskussairaalan polven ja lonkan primaaritekonivelleikkauspotilaat) poimitaan otos (preoperatiivisen käynnin 72 peräkkäistä potilasta), jota tutkitaan ja josta saatuja tuloksia voidaan yleistää koskemaan koko perusjoukkoa. Yleisin tiedonkeruumenetelmä määrällisessä tutkimuksessa on kyselylomake. (Kananen 2011, 12–13, 17, 65.)

Avointen kysymysten vastausten analysointiin käytettiin teemoittelua, joka on kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän yksi analysointikeino. Teemoittelussa aineistosta etsitään keskeisiä aiheita ja niitä yhdistäviä nimittäjiä eli teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Kyselylomakkeen viimeisen sivun vapaan palautteen osuutta ei kuitenkaan opinnäytetyössä analysoitu, koska se oli tarkoitettu ortopedian osastolle opinnäytetyön ulkopuoliseksi lisätiedoksi (ks. Liite 2).

Aineiston analysointi alkoi siitä, kun ortopedian osaston osastonhoitaja syötti kyselylomakkeiden tulokset Webropol-kysely- ja tiedonkeruuhjelmaan lomakkeiden palautuessa hänelle. Tämän ohjelman tuotos oli aineisto, joka opinnäytetyössä analysoidaan. Analyysimenetelmänä käytetään kuvailevaa tutkimusta eli aineistoa kuvailaan pääasiassa suhteellisten prosenttiosuuksien avulla (Kananen 2011, 85). Tutkimustuloksia havainnollistetaan pylväs- ja palkkidiagrammien avulla. Koska aineiston analysoi sairaanhoitopiirin ulkopuolinen henkilö, tutkimusaineiston käsittelyä varten anottiin lupa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta. Eettisen toimikunnan lupaa ei tutkimustulosten käsittelyä varten tarvittu.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

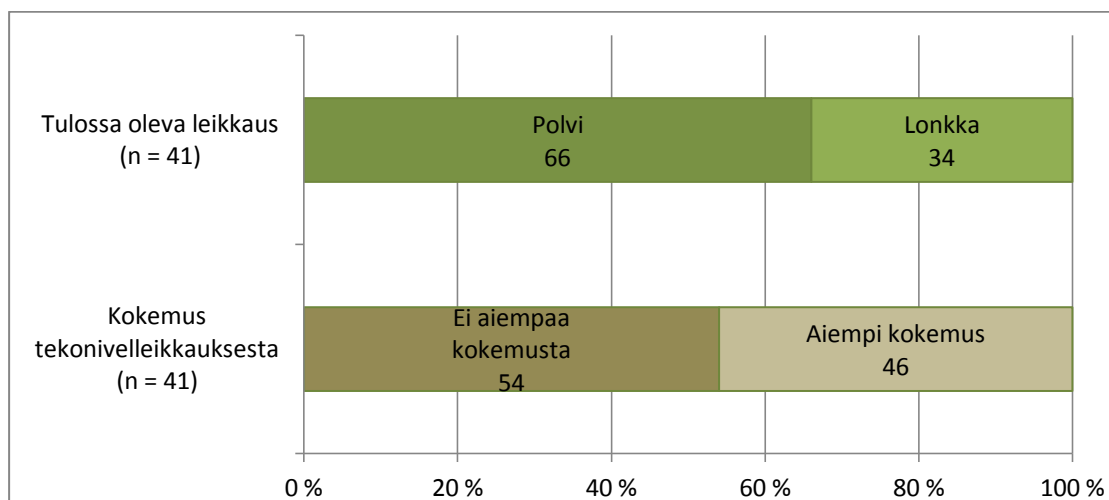
Tutkimustuloksissa tarkastellaan potilaiden kokemuksia tekonivelleikkausta edeltävästä potilasohjauksesta sekä ohjauksen vaikutuksia terveys- ja liikuntatottumuksiin. Tuloksia tarkastellaan pääasiassa tutkimuskysymysten näkökulmasta. Raja onnistuneen ohjauksen ja lisäohjauksen tarpeen välille vedettiin vastausvaihtoehdoista hyvän ohjauksen ja tyydyttävän ohjauksen väliin. Perusteluna tässä on se, että tyydyttäväksi koettu ohjaus miellettiin analysoitaessa siten, että vaikka ohjaus on ollut tyydyttävää, potilas olisi kuitenkin kaivannut parempaa ohjausta. Erinomainen ja hyvä ohjaus tulkittiin siten onnistuneeksi ohjaukseksi, ja tyydyttävän ja huonon ohjauksen tulkittiin kertovan lisäohjauksen tarpeesta. Tutkimustuloksia esitettäessä eri vastausluokat on yhdistetty edellä mainitulla tavalla ja tarkempi erittely vastauksista on tekstin yhteydessä olevassa kuviossa.

Jos potilas ei ollut saanut ohjausta ollenkaan, syynä saattoi olla riittämättömän ohjauksen lisäksi myös se, että potilaan ohjauksen tarpeet oli määritetty ohjausprosessin aluksi. Tämän vuoksi ohjauksetta jäämistä ei tulkittu lisäohjauksen tarpeeksi, vaan se käsitellään tutkimustuloksissa erillisenä kokonaisuutena. Vastausvaihtoehtojen tulkintaa on pohdittu lisää tutkimuksen luotettavuutta käsittelevässä luvussa 8.1.

7.1 Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden taustatiedot

Annetuista 72 kyselylomakkeesta palautui määräaikaan eli kesäkuun loppuun mennessä 41 lomaketta. Tutkimuksen vastausprosentti oli siten 57 %. Määräajan jälkeen palautui vielä neljä (4) kyselylomaketta, mutta ne jätettiin tutkimustulosten analysoinnin ulkopuolelle, koska analysointi oli jo aloitettu. Tutkimukseen osallistuneista potilaista suurin osa (73 %) oli naisia ja vajaa kolmannes (27 %) oli miehiä. Nuorin potilaista oli 38-vuotias ja vanhin 81-vuotias keskimääräisen iän ollessa 67 vuotta. Perussairauksia oli potilaista 68 %:lla (n = 40).

Potilaista noin kaksi kolmasosaa oli menossa polven ja loput olivat menossa lonkan tekonivelleikkaukseen (KUVIO 3). Osalle potilaista tuleva kokemus oli jo jossain määrin tuttu, sillä melkein puolella potilaista oli jo aiempaa kokemusta tekonivelleikkauksesta (KUVIO 3).



KUVIO 3. Tulossa oleva leikkaus ja potilaiden aiemmat kokemukset tekonivelleikkauksesta

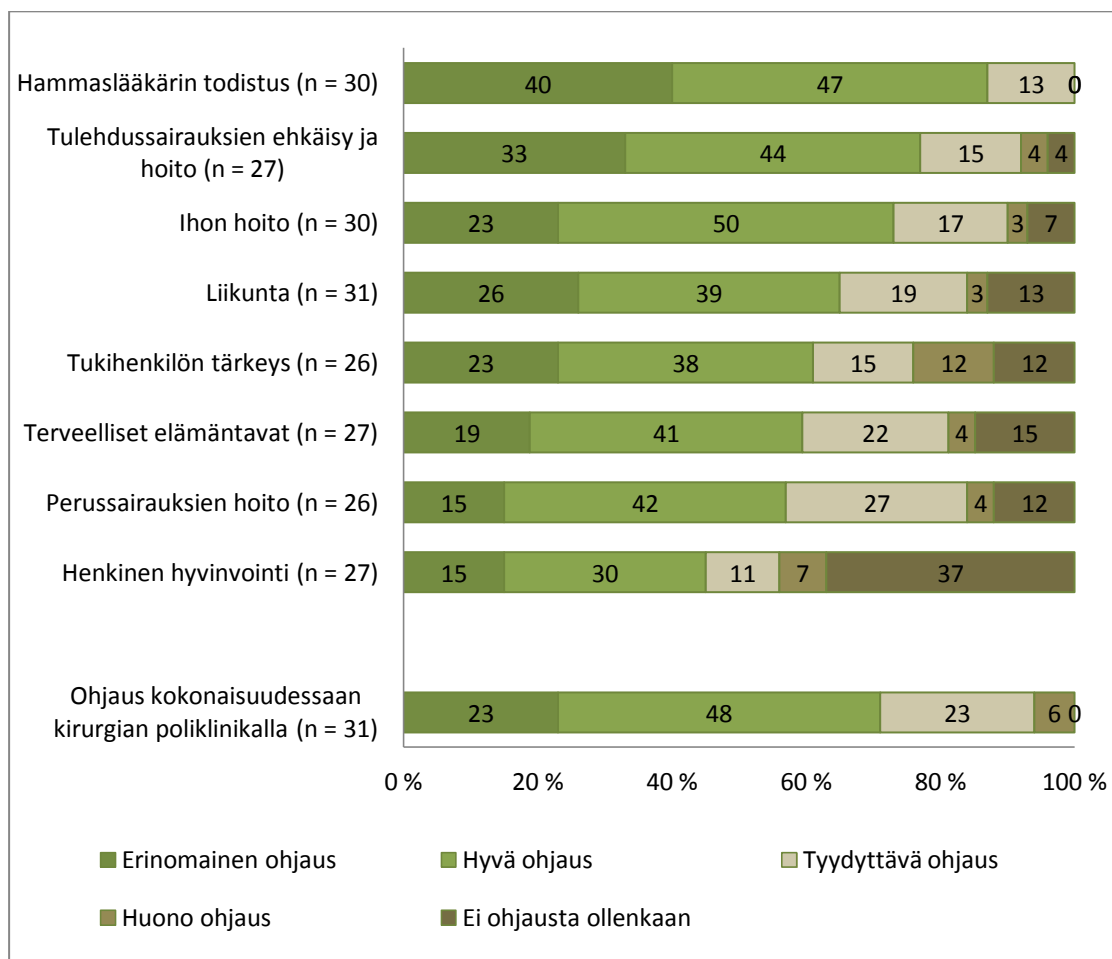
Internetistä tekonivelleikkaukseen liittyvää tietoa oli etsinyt vastaajista noin viidesosa: tietoa oli etsinyt sairaanhoitopiirin Internet-sivuilta 21 % vastaajista (n = 39) ja muualta Internetistä 23 % vastaajista (n = 39).

7.2 Potilaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta

Luvun aluksi käydään läpi potilaiden ohjaukokemuksia kirurgian poliklinikalla, ensiohjausluennolla sekä preoperatiivisella käynnillä ortopedian osastolla. Tässä yhteydessä käsitellään myös läheisten mukanaoloa ohjaustilanteissa ja syitä läheisten poissaololle. Lopuksi tarkastellaan annetun ohjauksen yhdenmukaisuutta ja päällekkäisyyttä sekä kirjallisten potilasohjeiden riittävyttä.

7.2.1 Kirurgian poliklinikka

Potilaista valtaosa eli 78 % (n = 40) oli käynyt vastaanottokäynnillä kirurgian poliklinikalla ennen leikkausjonoon asettamista. Kirurgian poliklinikalla käyneiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta on havainnollistettu KUVIOSSA 4.



KUVIO 4. Potilaiden kokemuksia kirurgian poliklinikalla saamastaan ohjauksesta

Parhaimman ohjauksen potilaat kokivat saaneensa **hammaslääkärin todistuksen tärkeydestä**: Vastanneista 87 % mielsi ohjauksen onnistuneeksi. Tämä oli myös ainoa aihe, josta kaikki olivat saaneet ohjausta ja jonka ohjausta kukaan ei mieltänyt huonoksi. Yksi vastaaja (3 %, n = 40) oli kuitenkin saanut ohjauksen, vaikka ei ollut tarvin-

nut sitä. Toiseksi parhaiten potilaita ohjattiin **tulehdussairauksien ehkäisystä ja hoidosta** ja kolmanneksi parhaiten **ihon hoidosta ja sen tärkeydestä**. Myös tulehdussairauksien ehkäisystä ja hoidosta yksi potilas (3 %, n = 40) oli saanut ohjauksen, vaikka ei sitä ollut tarvinnut.

Ohjaus **liikunnan, tukihenkilön mukanaolon, terveellisten elämäntapojen ja perussairauksien hoidon** tärkeydestä miellettiin hyvin samalla tavalla: 57–65 % vastaajista koki ohjauksen onnistuneeksi, ja 22–31 % vastaajista olisi kaivannut lisää ohjausta. Näistä aiheista ohjausta ei ollut saanut lainkaan 12–15 % (3–4 potilasta). Kaksi potilasta (5 %, n = 41) oli saanut ohjauksen tukihenkilön tärkeydestä ja yksi potilas (3 %, n = 41) perussairauksien hoidosta, vaikka he eivät sitä olisi tarvinneet.

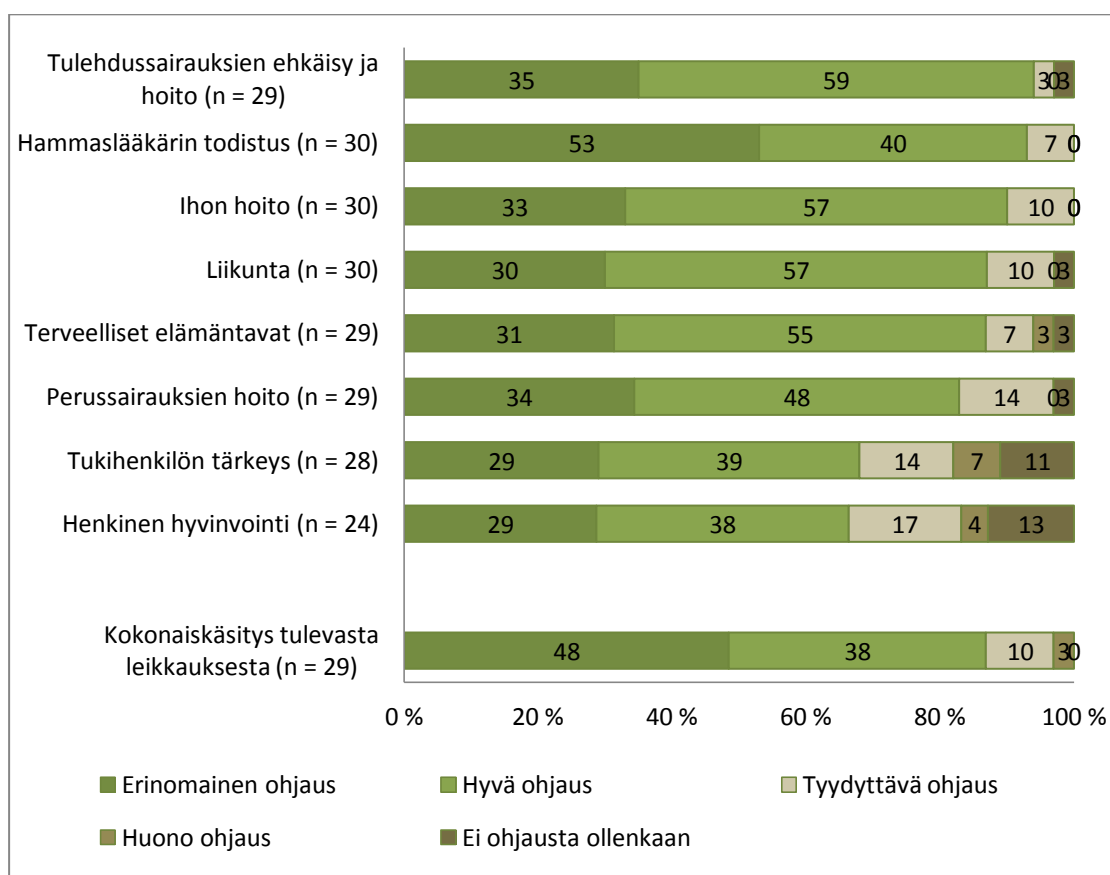
Tyytymättömmimpiä potilaat olivat ohjaukseen **henkisestä hyvinvoinnista**, sillä alle puolet potilaista (45 %) koki saamansa ohjauksen onnistuneeksi. Lisäohjausta olisi kaivannut 18 % vastanneista. Vastanneista 37 % ei ollut saanut henkisen hyvinvoinnin tärkeydestä ohjausta ollenkaan. Henkisen hyvinvoinnin tärkeys oli ainoa aihe, josta alle puolet potilaista oli saanut mielestään onnistuneen ohjauksen.

Kokonaisuudessaan kirurgian poliklinikan ohjauksen mielsi onnistuneeksi reilu kaksi kolmasosaa vastaajista (71 %). Vajaa kolmannes (29 %) jäi kuitenkin kaipaamaan parempaa ohjausta. Potilaat kaipaisivat enemmän aikaa tapaamiseen ja asioiden käsittelyyn. Yksi vastaaja oli myös jäänyt kaipaamaan enemmän tietoa sairaudestaan.

Melkein kolme neljäsosaa vastanneista (74 %, n = 31) osallistui kirurgian poliklinikakäynnille yksin. Yleisimmät syyt läheisen poissaololle olivat läheisen työ tai se, että potilas ei kokenut tai ymmärtänyt läheisen osallistumista tarpeelliseksi. Osalla potilaista ei yksinkertaisesti ollut ketään läheistä, jonka olisi ottanut mukaan. Yksi potilas ei tiennyt osallistumismahdollisuudesta, ja yhden potilaan läheinen oli sairaana.

7.2.2 Ensiohjausluento

Ensiohjausluennolle oli osallistunut potilaista valtaosa eli 79 % (n = 39). Ensiohjausluennolla käyneiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta on havainnollistettu KUVIOSSA 5.



KUVIO 5. Potilaiden kokemuksia ensiohjausluennolla saamastaan ohjauksesta

Tyytyväisimpiä potilaat olivat **tulehdussairauksien ehkäisystä ja hoidosta** sekä **hammaslääkärin todistuksen tärkeydestä** saamaansa ohjaukseen, sillä lähestulkoon kaikki vastanneet (94 %, 93 %) mielsivät ohjauksen onnistuneeksi. Yksi potilas (3 %, n = 39) ei kuitenkaan olisi tarvinnut ohjausta näistä aiheista, vaikka sen saikin. Ohjaus **ihon hoidosta ja sen tärkeydestä** miellettiin lähes yhtä onnistuneeksi, sillä 90 % vastanneista koki ohjauksen onnistuneen. Hammaslääkärin todistuksen ja ihon hoidon

tärkeydestä kaikki olivat saaneet ohjausta, mutta tulehdussairauksien ehkäisystä ja hoidosta yhtä vastaajaa (3 %) ei ollut ohjattu ollenkaan. Näistä aiheista saamaansa ohjausta kukaan ei mieltänyt huonoksi.

Ohjaus **liikunnan, terveellisten elämäntapojen ja perussairauksien hoidon** tärkeydestä koettiin samansuuntaisesti: vastanneista 82–87 % oli sitä mieltä, että ohjaus oli onnistunut. Lisää ohjausta olisi kaivannut 10–14 % (3–4) vastanneista. Yksi vastaaja (3 %) ei ollut saanut näistä aiheista ohjausta ollenkaan. Liikunnasta ja perussairauksien hoidosta annettua ohjausta kukaan ei kokenut huonoksi. Yksi vastaaja (3 %, n = 39) ei olisi tarvinnut ohjausta liikunnasta, vaikka oli sen saanut.

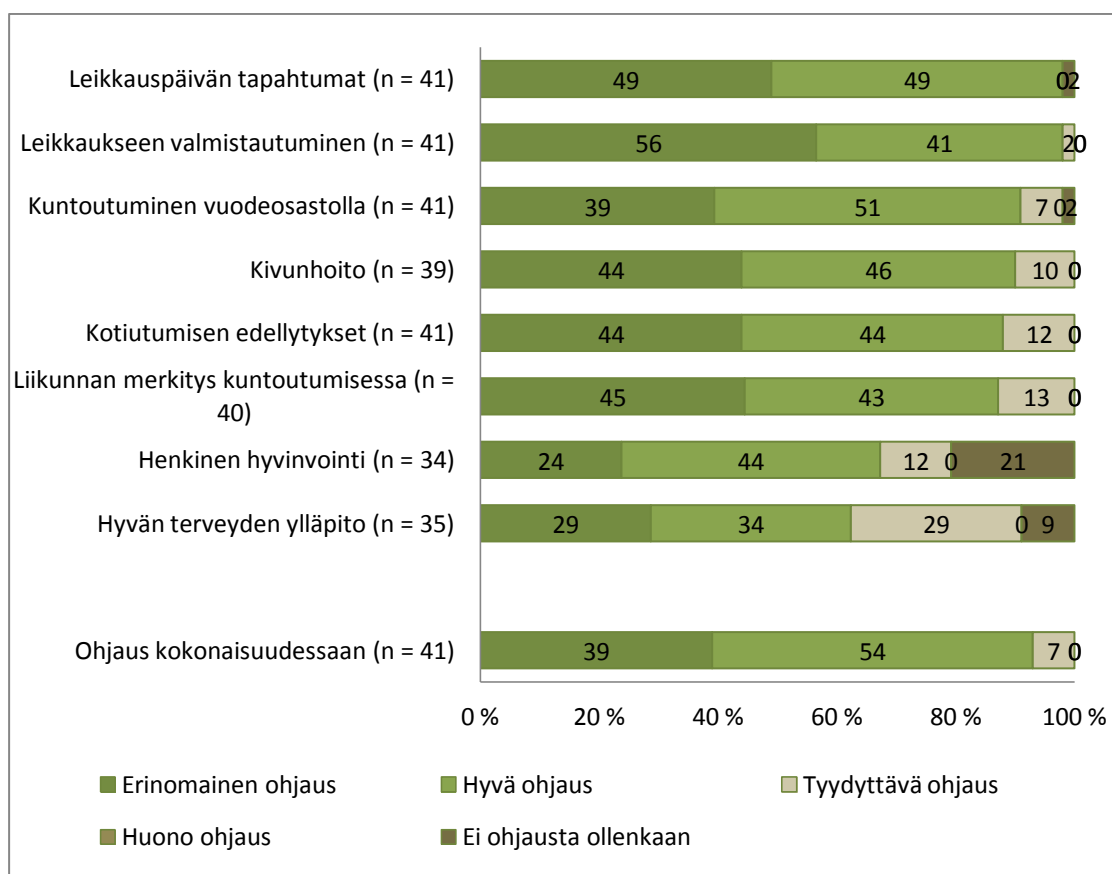
Heikoiten ensiohjausluennolla oli ohjattu **henkisen hyvinvoinnin ja tukihenkilön mukanaolon** tärkeydestä: näistä aiheista lisää ohjausta olisi kaivannut noin viidesosa (21 %) vastanneista. Noin kaksi kolmasosaa vastanneista (67 %, 68 %) koki kuitenkin annetun ohjauksen onnistuneeksi, ja yksi henkilö (3 %, n = 39) ei olisi edes tarvinnut saamaansa ohjausta. Reilu kymmenesosa vastaajista (13 %, 11 %) ei ollut saanut näistä aiheista ohjausta ollenkaan.

Ensiohjausluennon perusteella melkein kaikki vastaajat (86 %) kokivat saaneensa onnistuneesti **kokonaiskäsityksen tulevasta leikkauksesta ja siihen valmentautumisesta**. Yksi vastaaja (3 %, n = 39) oli sitä mieltä, että ei olisi kuitenkaan ensiohjausluentoja tarvinnut. Eräs vastaaja kommentoi ensiohjausluennon olleen ”erinomaisen informatiivinen paketti ja luennoitsijat hyviä”. Vastaajilta kiitosta saivat erityisesti fysioterapeutti, endoproteesihoitaja ja anestesia lääkäri. Potilaista 13 % (4) olisi kuitenkin kaivannut lisää ohjausta.

Yli puolet vastanneista (57 %, n = 30) osallistui ensiohjausluennolle yksin. Yleisin syy läheisen poissaololle oli se, että potilas ei pitänyt sitä tarpeellisena. Yksi vastaajista perusteli tätä aiemmalla kokemuksella, sillä hän oli käynyt läpi tekonivelleikkauksen pari vuotta sitten. Muita syitä läheisen poissaololle oli se, että sopivaa läheistä ei ollut tai ensiohjausluennon aika ei työesteen tai muun syyn vuoksi sopinut läheiselle.

7.2.3 Preoperatiivinen käynti osastolla

Kaikki 41 tutkimukseen osallistunutta potilasta kävivät preoperatiivisella käynnillä ortopedian osastolla. Lähes kaikilta (90 %, n = 39) oli kysytty ensiohjausluennolle osallistumisesta. Preoperatiivisen osastokäynnin ohjauskokemuksia on havainnollistettu KUVIOSSA 6.



KUVIO 6. Potilaiden kokemuksia preoperatiivisella osastokäynnillä saamastaan ohjauksesta

Parhaimman ohjauksen potilaat kokivat saaneensa **leikkauspäivän tapahtumista** ja **leikkaukseen valmistautumisesta**, sillä kaikki potilaat yhtä lukuun ottamatta (98 %, 97 %) mielsivät saamansa ohjauksen onnistuneeksi. Kukaan vastanneista ei ollut jättänyt kaipaamaan lisää ohjausta leikkauspäivän tapahtumista, ja leikkaukseen valmis-

tautumisestakin vain 2 % (1) oli lisäohjauksen tarpeessa. Näistä aiheista kukaan ei kokenut annettua ohjausta huonoksi. Leikkauspäivän tapahtumista ei ollut ohjattu 2 % eli yhtä potilasta.

Ohjaus **kuntoutumisesta vuodeosastolla, kivunhoidosta, kotiutumisen edellytyksistä** sekä **liikunnan merkityksestä kuntoutumisen kannalta** koettiin samansuuntaisesti, sillä melkein kaikki vastanneet (88–90 %) kokivat saamansa ohjauksen onnistuneeksi. Näistä aiheista lisäohjausta olisi kaivannut 7–13 % (3–5) vastanneista, mutta kukaan ei mieltänyt annettua ohjausta huonoksi. Yksi potilas (2 %) ei ollut saanut ohjausta vuodeosastolla kuntoutumisesta.

Eniten parannettavaa olisi **hyvän terveyden ylläpidon ja henkisen hyvinvoinnin** ohjauksessa, sillä henkisen hyvinvoinnin ohjauksesta 68 % ja hyvän terveyden ylläpidosta 63 % vastanneista koki annetun ohjauksen onnistuneeksi. Lisäohjausta oli jäänyt kaipaamaan hyvän terveyden ylläpidosta 29 % ja henkisen hyvinvoinnin tärkeydestä 12 % vastaajista. Ohjausta henkisen hyvinvoinnin tärkeydestä ei ollut saanut 21 % vastanneista, kun taas hyvän terveyden ylläpidosta ei ollut ohjattu 9 % vastanneista. Yksi vastaaja (2 %, n = 41) oli puolestaan näistä aiheista saanut ohjauksen, vaikka ei olisi sitä tarvinnut.

Kokonaisuudessaan preoperatiivisen osastokäynnin ohjaukseen oltiin erittäin tyytyväisiä: melkein kaikki potilaat (93 %) mielsivät ohjauksen onnistuneeksi ja vain 7 % (3) oli sitä mieltä, että olisi tarvinnut lisää ohjausta. Kaiken kaikkiaan merkille pantavaa on se, että preoperatiivisella osastokäynnillä annettua ohjausta kukaan ei mieltänyt mistään aiheesta huonoksi.

Neljä viidesosaa potilaista (80 %, n = 41) osallistui osastokäyntiin yksin. Yleisin syy läheisen poissaololle oli se, että läheinen oli estynyt työn tai muun syyn vuoksi. Yhtenä esteenä oli myös se, että läheinen olisi joutunut odottelemaan paljon päivän aikana ja pysäköintimaksu ehtisi kasvaa suureksi. Toiseksi yleisin syy läheisen poissaololle oli se, että potilas ei kokenut läheisen osallistumista tarpeelliseksi. Muita syitä lähe-

sen poissaololle olivat sopivan läheisen puute ja se, että potilas ei halunnut ketään mukaansa.

Melkein kaikki potilaat (95 %, n = 41) olivat eri ohjauskerroilla annetun ohjauksen perusteella saaneet **käsityksen leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen jatkumisesta**. Toinen ilman käsitystä jääneistä potilaista tarkensi vastaustaan ja kertoi, että olisi toivonut tietoa mahdollisuudesta saada lähete yksityiseen kuntoutukseen sekä kuntoutuksen aloituksen mahdollisesta ajankohdasta.

7.2.4 Ohjauksen yhdenmukaisuus ja päällekkäisyys

Kaikki vastanneet yhtä lukuun ottamatta (97,5 %, n = 40) olivat sitä mieltä, että ohjaus oli yhdenmukaista eri ammattiryhmien ja ohjaustilanteiden välillä. Yksi potilas kertoi saaneensa endoproteesihoitajalta ja fysioterapeutilta erilaista tietoa mahdollisuudesta saada leikkauksen jälkeen lähete yksityiseen fysioterapiaan. Hänen tapauksessaan ortopedit ja fysioterapeutit olivat myös antaneet ristiriitaista tietoa leikkauksen jälkeen mahdollisten liikuntalajien osalta (mm. luistelu, murtomaahiihto).

Kymmenesosa potilaista (10 %, n = 41) oli saanut saman ohjauksen useampaan kertaan, vaikka he eivät olisi sitä tarvinneet. He eivät kuitenkaan mieltäneet tätä huonoksi, vaan kokivat kertauksen hyväksi. Potilaat olivat saaneet ohjausta useampaan kertaan mm. leikkauspäivästä, kotiutuksesta, liikunnasta, painosta ja ruoasta.

7.2.5 Kirjallisten potilasohjeiden riittävyys

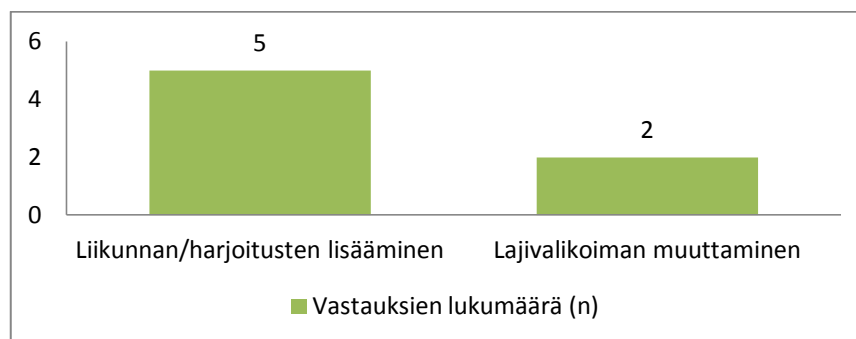
Kaikki vastanneet yhtä lukuun ottamatta (98 %, n = 40) kokivat kirjalliset potilasohjeet riittäviksi. Potilas, jonka mielestä kirjalliset ohjeet eivät olleet riittäviä, ei kuitenkaan tarkentanut vastaustaan.

7.3 Ohjauksen vaikutukset potilaiden liikunta- ja terveystottumuksiin

Seuraavaksi käsitellään ohjauksen vaikutuksia potilaiden liikunta- ja terveystottumuksiin.

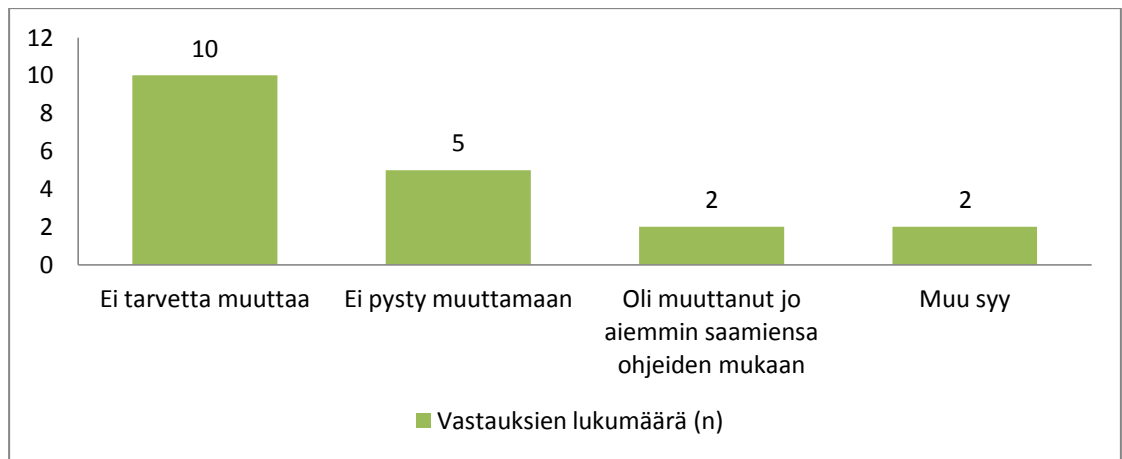
7.3.1 Liikuntatottumukset

Annetun ohjauksen perusteella vajaa kolmannes vastaajista (29 %, n = 38) oli muuttanut liikuntatottumuksiaan. Yleisin muutos oli liikunnan tai harjoitteiden lisääminen saatujen ohjeiden mukaan (KUVIO 7). Kaksi vastaajaa oli jättänyt lajivalikoimastaan pois niveliä rasittavia lajeja, kuten juoksemisen ja hyppelyä vaativat lajit.



KUVIO 7. Liikuntatottumusten muuttaminen saadun ohjauksen perusteella

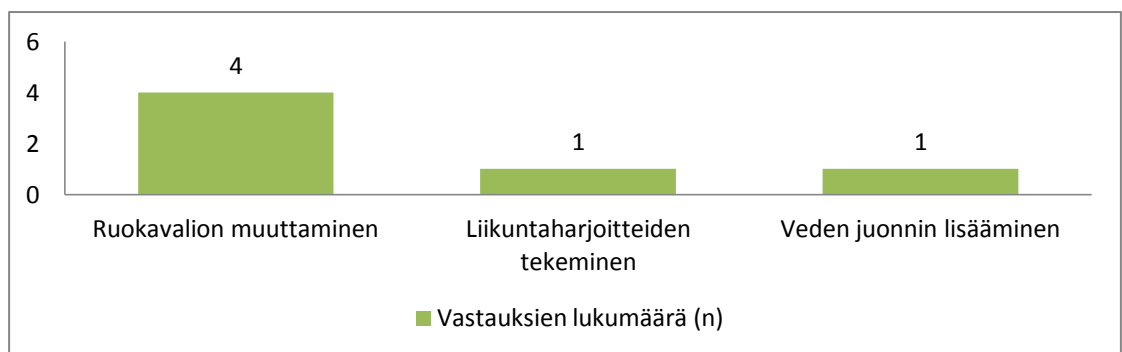
Melkein kolme neljäsosaa vastaajista (71 %, n = 38) ei muuttanut liikuntatottumuksiin ohjauksen perusteella. Yleisin syy liikuntatottumusten ennallaan pysymiselle oli se, että muutokselle ei ollut tarvetta, koska potilas liikkui muutenkin jo niin paljon kuin voinniltaan kykeni (KUVIO 8). Osalla potilaista syynä oli se, että kipu tai muu syy esti liikuntatottumusten muuttamisen. Osa puolestaan oli muuttanut liikuntatottumuksiin jo aiemmin, esimerkiksi terveyskeskuksestaan, saamiensa ohjeiden mukaan. Muita syitä liikuntatottumusten ennallaan pysymiselle olivat vaikeus liikkua keppien kanssa ja liukkaat kelit.



KUVIO 8. Syyt liikuntatottumusten ennallaan pysymiselle

7.3.2 Terveystottumukset

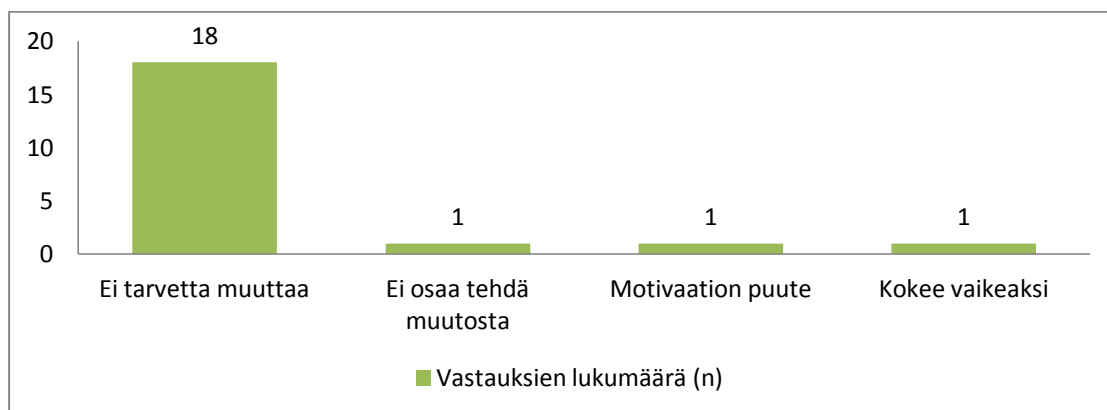
Noin neljäsosa potilaista (24 %, n = 38) oli muuttanut terveystottumuksiaan annetun ohjauksen perusteella. Yleisin muutos terveellisempään suuntaan oli tapahtunut ruokavaliossa (KUVIO 9). Yksi vastaaja kertoi alkaneensa tehdä polviharjoituksia jo ennen leikkausta ja yksi oli alkanut juomaan enemmän vettä.



KUVIO 9. Terveystottumusten muuttaminen saadun ohjauksen perusteella

Vastaajista noin kolme neljäsosaa (76 %, n = 38) ei muuttanut terveystottumuksiaan ohjauksen perusteella. Ylivoimaisesti suurin syy terveystottumusten ennallaan pysy-

miselle oli se, että tarvetta muutokselle ei koettu (KUVIO 10). Monet kertoivat jo nyt syövänsä ja elävänsä terveellisesti. Muita syitä muutoksen esteelle olivat muutoksen teon osaamattomuus, motivaation puute ruoan laittoon sekä muutoksen teon vaikeus huonon liikkumiskyvyn vuoksi.



KUVIO 10. Syyt terveystottumusten ennallaan pysymiselle

8 POHDINTA

Idea opinnäytetyön aiheesta syntyi keväällä 2012 tekijän ollessa opintoihin kuuluvasa harjoittelussa ortopedian osastolla. Ortopedian osastolla oli näihin aikoihin suunnitteilla potilastyytyväisyyskysely tekonivelpotilaiden preoperatiivisesta potilasohjauksesta, ja kyselyaineistolle tarvittiin analysoija. Näin opinnäytetyön tekijän ja ortopedian osaston tarpeet kohtasivat ja yhteistyöstä sovittiin. Valmiin kyselylomakkeen ja aineiston käytössä oli omat haasteensa, koska kyselylomakkeen tekemiseen ja kyselyn toteuttamiseen ei pystynyt enää vaikuttamaan. Tyypillisestä tutkimuksesta poiketen opinnäytetyön tavoitteet ja tutkimuskysymykset täytyi siis laatia kyselylomakkeen pohjalta eikä päinvastoin.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Teoriaosuuteen pyrittiin löytämään Käypä hoito -suositusten ja Terveystieteen artikkeleiden lisäksi tieteellisiä, ajankohtaisia ja opinnäytetyön aiheeseen sopivia tutkimusartikkeleita. Tiedonhaku tehtiin Nelli-portaalin kautta käyttäen apuna CINAHL-, Academic Search Elite-, Cochrane-, PubMed-, Elsevier ScienceDirect- ja Medic-tietokantoja. Tietoa etsittiin hakusanojen avulla sekä manuaalisesti lähdeviitteiden perusteella. Kattavalla aineistohauulla ja lähdeviitteitä silmäilemällä selvitettiin alan keskeisiä ja arvostettuja lehtiä ja tutkijoita, ja heidän tuottamaansa materiaalia pidettiin luotettavana. Materiaalista suurin osa oli englanninkielisiä, ja sen tulkitsemisessa käytettiin apuna luotettavia MOT-sanakirjoja (MOT-englanti n. d.; MOT Collins English Dictionary n. d.) sekä hoitotyön asiasanastoa Hoidokkia (Hoidokki n. d.). Opinnäytetyöhön hyväksyttiin viimeisen kymmenen vuoden sisällä julkaistut artikkelit paria poikkeusta lukuun ottamatta. Poikkeukset todettiin merkittäviksi lähteiksi, sillä niihin viitattiin useissa tieteellisissä artikkeleissa. Teoreettisen viitekehyksen lähdemateriaaliksi hyväksyttiin myös muutama alan tunnettu teos ja oppikirja.

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään muotoilemalla kyselylomakkeen kysymykset mahdollisimman ymmärrettävään ja yksiselitteiseen muotoon. Lisäksi lomake esiteltiin yhden päivän aikana preoperatiivisella osastokäynnillä vierailleilla potilailla, minkä jälkeen siihen tehtiin palautteen perusteella pieniä muutoksia.

Alkuperäisenä suunnitelmana oli jakaa 100 kyselylomaketta, joista toivottiin noin 60 lomakkeen palautuvan täytettynä. Lomakkeita jaettiin kuitenkin vain 72, ja kadon vuoksi lopullinen otoskoko jäi 41:een. Tämä noin kolmasosan suunniteltua pienempi otos heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Rapid Recovery® -ohjelman mukaisia polven ja lonkan tekonivelleikkauksia on Keski-Suomen keskussairaalaissa tehty keskimäärin noin 60 leikkausta kuukaudessa (Pamilo 2012, 24). Lomakkeiden jakovälillä eli kuuden (6) viikon aikana leikkauksia tehdään keskimäärin siten noin 90. Kyselyyn vastanneiden 41 potilaan otoskoko on siis noin 46 % tänä aikana keskimäärin leikatavista potilaista, joten suuruudeltaan otosta voitaneen pitää kuitenkin tutkimuksen

luotettavuuden kannalta riittävänä (Kananen 2011, 67). Tutkimustulokset antavat tietoa tekonivelleikkauspotilaiden ohjaukokemuksista Keski-Suomen keskussairaalassa, mutta tulokset eivät ole laajemmin yleistettävissä tekonivelleikkauspotilaan preoperatiiviseen ohjaukseen.

Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa vastausten tulkinta. Ohjauksetta jäämistä ei tulkittu lisäohjauksen tarpeeksi, koska syynä ohjauksen puutteelle voi riittämättömän ohjauksen lisäksi olla potilaan ohjaustarpeiden määrittäminen ohjausprosessin alussa. Koska syitä ohjauksen puutteelle ei tässä tutkimuksessa eritelty, tutkimustulokset saattavat antaa osittain liian hyvän tai liian huonon kuvan ohjauksesta. Potilaiden aiemmat tekonivelleikkauskokemukset huomioimalla ja ristiintaulukointia hyödyntämällä olisi ollut jossain määrin mahdollista eritellä ohjauksen puutteen syitä. Ohjaustarpeiden määrittämisestä olisi saanut tarkempaa tietoa myös erittelemällä kyselylomakkeessa ohjauksetta jäämisen vastausvaihtoehdon kahteen erilliseen vaihtoehtoon: ”En saanut ohjausta ollenkaan, koska en tarvinnut sitä” ja ” En saanut ohjausta ollenkaan, vaikka olisin tarvinnut sen”. Tarkempi ohjaustarpeiden määrittäminen ei kuitenkaan ollut tässä tutkimuksessa oleellista.

Vastausvaihtoehtojen perusteella oli myös haastavaa eritellä onnistunut ohjaus ja lisäohjauksen tarve. Raja vedettiin lopulta hyvän ohjauksen ja tyydyttävän ohjauksen välille sillä perusteella, että vaikka tyydyttävän ohjauksen ajateltiin olleen nimensä mukaisesti tyydyttävää, siitä tulee kuitenkin mielikuva, että potilas olisi kaivannut parempaa ohjausta. Jos tyydyttävä ohjaus olisi käsitetty onnistuneeksi ohjaukseksi, annetusta ohjauksesta olisi voinut tulla liian positiivinen kuva. Onnistuneeksi ohjaukseksi päätettiin siten tulkita erinomainen ja hyvä ohjaus, kun taas tyydyttävä ja huono ohjaus tulkittiin kertovan lisäohjauksen tarpeesta.

Analysoijan kädenjälki näkyy aina jossain määrin myös avointen kysymysten tulkitsemisessa. Monet potilaat olivat vastanneet avoimiin kysymyksiin hyvin lyhyesti tai epäselvästi. Esimerkiksi erään potilaan tarkennus liikuntatottumusten muuttamisesta ”Liikuntaa on ehdottomasti hoidettava” tulkittiin siten, että potilas oli lisännyt liikun-

nan harrastamistaan. Joitakin epäselviä vastauksia jouduttiin kuitenkin jättämään pois tulosten tulkinnessa. Tällainen oli esimerkiksi erään potilaan perustelu liikuntatottumuksien muuttamattomuudelle: ”En ole vielä kerinnyt, kun pääsee kunnolla lonkan kuntoon”. Eikö potilas ole ehtinyt? Vai onko lonkan kunto estänyt ja kerkeäminen tässä tarkoittaa jotakin muuta kuin ehtimistä? Koska keskeinen syy on vaikea tästä päätellä, vastaus jätettiin huomiotta. Jotkut potilaiden vastaukset eivät myöskään vastanneet esitettyyn kysymykseen, minkä vuoksi ne jätettiin huomiotta.

Kyselyn luotettavuuteen voi vaikuttaa se, ettei potilas ole välttämättä kyselylomaketta täyttäessään muistanut, millaista ohjausta on kirurgian poliklinikalla saanut, sillä poliklinikan käynnistä on saattanut olla jo useita kuukausia. Potilaan on myös voinut olla vaikeaa muistaa, missä ohjaustilanteessa mitään ohjausta on saanut. Ihminen yhdistelee uutta tietoa ennestään oppimiinsa asioihin, joten jälkepäin voi olla vaikeaa eritellä, missä tilanteessa mikäkin asia on ohjattu. Lisäksi luotettavuuteen voi vaikuttaa tulosten tietokoneelle siirtämisessä tapahtuvat inhimilliset virheet, mutta tätä mahdollisuutta pyrittiin vähentämään tarkalla huolellisuudella ja tarkistamisella.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista. Preoperatiivisella osastokäynnillä potilaille annettiin kyselylomake kotiin mukaan, ja he saivat itse päättää, täyttävätkö sen ja osallistuvatko siten tutkimukseen. Potilaat saivat mukaansa myös saatekirjeen (Liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimusaineiston analysoinnista sekä tutkimustulosten mahdollisesta myöhemmästä käytöstä. Potilaille annettiin myös ortopedian osaston osoitteella varustettu kirjekuori, jonka postimaksu oli maksettu valmiiksi, joten kyselyyn vastaamisesta ei aiheutunut myöskään taloudellisia kustannuksia. Kyselylomakkeita ei numeroitu tai koodattu millään tavalla, joten tutkimukseen osallistuneiden potilaiden henkilöllisyydet pysyivät salassa.

Kyselylomakkeet palautuivat postitse ortopedian osaston osastonhoitajalle, joka säilytti niitä tutkimuksen ajan lukitussa kaapissa työhuoneessaan. Tutkimuksen jälkeen

lomakkeet arkistoidaan osaston arkistoon ja Webropol -materiaali säilytetään tietosuojamateriaalina, johon vain tietyillä henkilöillä on käyttöoikeus. Tutkimustulosten analysointia varten saatiin tutkimuslupa hallintoylihoitajalta. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lausuntoa tulosten analysointiin ei tarvittu.

8.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

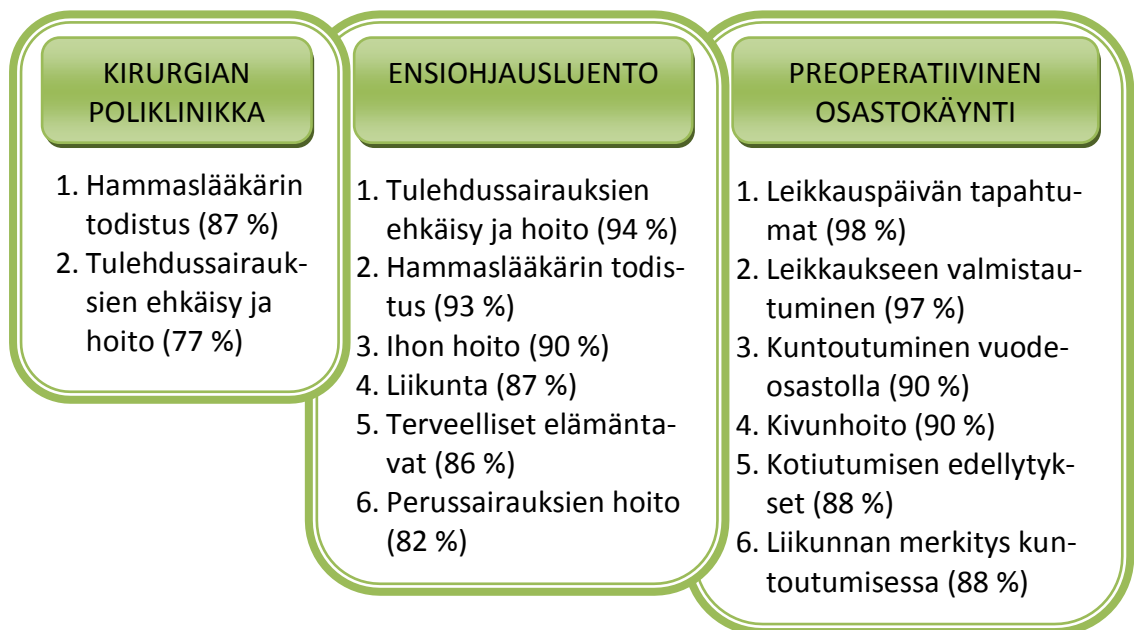
Tuloksia tarkastellessa on tärkeää huomioida kirurgian poliklinikan, ensiohjausluennon ja preoperatiivisen osastokäynnin erilaiset roolit ohjauksen antajana. Kirurgian poliklinikalla potilas on yleensä saanut kuulla leikkauspäätöksestä juuri ennen ohjausta ja on siten vasta tekonivelhoitopolkunsa alussa. Potilaan ohjauksen vastaanottokykykään ei tällöin ole välttämättä parhaimmillaan. Eri ohjaustilanteiden tavoitteetkin eroavat toisistaan, sillä tarkoituksena on, että potilaan tiedot ja osaaminen karttuvat eri ohjaustilanteiden ja annetun ohjausmateriaalin myötä: Poliklinikalla potilaille pyritään antamaan nopea ensiohjaus leikkaukseen valmistautumisesta, heille annetaan kirjallista ohjausmateriaalia ja heitä ohjataan osallistumaan ensiohjausluennolle. Poliklinikalla pyritään myös tarttumaan potilaiden mahdollisiin leikkauksen toteutumiseen vaikuttaviin ja toipumista hidastaviin tekijöihin ja ohjaamaan heitä näiden asioiden hoidossa. Tavoitteena on, että potilaat tietävät poliklinikan ohjauksen jälkeen, mistä he saavat lisää tietoa, miten hoitoprosessi etenee ja mihin asioihin tulee erityisesti kiinnittää huomiota jatkossa. Ensiohjausluennolla ja preoperatiivisella osastokäynnillä puolestaan pyritään antamaan potilaille paljon perusteellisempi ohjaus, kun he tuolloin pystyvät sisäistämäänkin jo paremmin asioita.

Potilaslähtöisen ohjausprosessin alussa keskeistä ohjauksen kannalta on potilaan ohjaustarpeiden määrittäminen. Tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että potilaiden ohjaustarpeet huomioitiin: Melkein puolella potilaista (46 %) oli takanaan aiempi kokemus tekonivelleikkauksesta, joten monet asiat olivat heille jo ennestään tuttuja. Tutkimustulosten perusteella vastoin tarvetta ohjattuja potilaita oli hyvin vähän, ja vain kymmenesosa (10 %) potilaista oli saanut saman ohjauksen useampaan kertaan. Lisäksi melkein kaikilta potilailta (90 %) oli kysytty preoperatiivisella osastokäynnillä

ensiohjausluennolle osallistumisesta. Nämä kertovat potilaiden osaamisen kartoittamisesta ja ohjaustarpeiden määrittämisestä. Hienoista päällekkäisyyttä ohjauksessa potilaat eivät kuitenkaan mieltäneet huonoksi, vaan kokivat kertauksen hyväksi.

8.3.1 Missä asioissa potilaat kokivat ohjauksen onnistuneen?

KUVIOSSA 11 on yhteenveto onnistuneen ohjauksen aiheista eri ohjaustilanteissa. Prosenttiluku kertoo niiden potilaiden osuuden, jotka kokivat kyseisestä aiheesta annetun ohjauksen onnistuneeksi (eli joko hyväksi tai erinomaiseksi).



KUVIO 11. Onnistuneen ohjauksen aiheet eri ohjaustilanteissa

Kirurgian poliklinikan ja ensiohjausluennon ohjauksesta onnistuneinta oli ohjaus **hammaslääkärin todistuksen tärkeydestä ja tulehdussairauksien ehkäisystä ja hoidosta**. Potilaat kokivat saaneensa onnistuneen ohjauksen myös **ihon hoidon, liikunnan, terveellisten elämäntapojen** sekä **perussairauksien hoidon** tärkeydestä. Tuloksissa on yhtenevyyttä aiempien tutkimusten kanssa, joissa on todettu, että leikkauks-

potilaita ohjataan hyvin toiminnallisuuteen eli mm. liikkumiseen, lepoon, ravitsemukseen, henkilökohtaiseen hygieniaan ja yksilöllisiin tarpeisiin liittyvissä asioissa (Heikkinen ym. 2007, 274–275; Johansson ym. 2002, 223; Rankinen ym. 2007, 113). Ensiohjausluennon ohjauksesta kahdeksasta tiedustellusta aiheesta kuudessa aiheessa vähintään neljä viidesosaa potilaista (82–94 %) koki ohjauksen onnistuneen.

Kirurgian poliklinikalla ja ensiohjausluennolla ohjausaiheiden priorisointi on onnistunut siinä mielessä, että parhaiten ohjatut aiheet liittyvä tilanteisiin, jotka huonossa kunnossa ollessaan voivat siirtää leikkausta. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi suun tai ihon huono kunto ja elimistön tulehdukset. Heikommin ohjatut aiheet liittyvät lähinnä leikkauksesta toipumiseen ja kuntoutumiseen, mutta eivät niinkään vaikuta leikkauksen toteutumiseen.

Kirurgian poliklinikan ohjauksen ja ensiohjausluennon voidaan ajatella muodostavan melko onnistuneen ohjauspaketin, sillä poliklinikan ohjaukseen kokonaisuudessaan oli tyytyväisiä yli kaksi kolmasosaa vastaajista (71 %) ja ensiohjausluennon jälkeen melkein kaikki vastaajat (86 %) olivat sitä mieltä, että he olivat saaneet onnistuneesti kokonaiskäsityksen tulevasta leikkauksesta ja siihen valmistautumisesta.

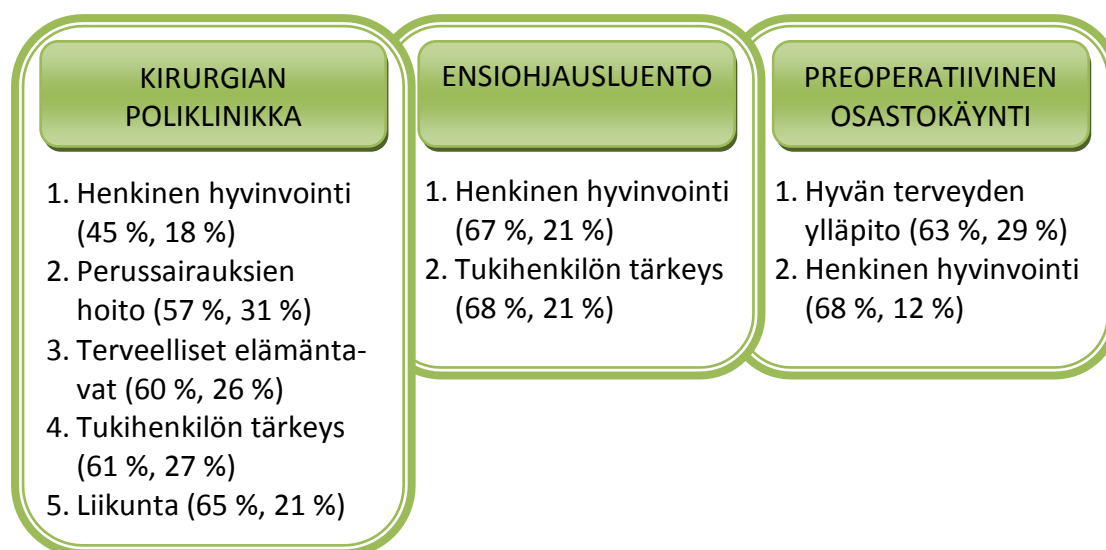
Preoperatiivisen osastokäynnin ohjausta voidaan myös pitää onnistuneena, sillä kahdeksasta aiheesta kuudessa aiheesta lähes kaikki potilaat (88–98 % vastaajista) kokivat ohjauksen onnistuneen. Kukaan potilaista ei myöskään mieltänyt saamaansa ohjausta mistään aiheesta huonoksi, ja lähes kaikki potilaat (93 %) olivat lisäksi sitä mieltä, että osastokäynnillä annettu ohjaus kokonaisuudessaan oli onnistunut (KUVIO 6). Aiemman tutkimustiedon mukaan toimenpiteistä, tutkimuksista ja hoitoon valmistautumisesta annettu ohjaus on ollut ennen sairaalaan tuloa riittävää (Kääriäinen ym. 2005a, 12). Erityisesti leikkauksen kulku, siihen valmistautuminen sekä potilaan rooli valmistautumisessa ja toipumisessa on ohjattu potilaille hyvin ennen leikkausta (Bernier ym. 2003, 566, 568, 572, 576; Heikkinen ym. 2007, 274–275). Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhdensuuntaisia, sillä **leikkauspäivän tapahtumat ja leikkaukseen valmistautuminen** ohjattiin onnistuneesti. Myös ohjaus leik-

kauksen jälkeisestä kuntoutumisesta vuodeosastolla, kivunhoidosta, kotiutumisen edellytyksistä sekä liikunnan merkityksestä kuntoutumisessa oli onnistunutta. Kivunhoidon onnistunut ohjaus poikkeaa aiemmasta tutkimustiedosta, jonka mukaan erilaisista tuntemuksista, kivusta ja kivunhoidosta ohjaus on jäänyt vähemmälle (Johansson ym. 2002, 223; Johansson 2006, 43; Bernier ym. 2003, 568, 572, 576).

Potilaat kokivat ohjauksen onnistuneen myös kirjallisten ohjeiden osalta, sillä vastanneista yhtä lukuun ottamatta kaikki mielsivät kirjalliset potilasohjeet riittäviksi. Annettu ohjaus koettiin myös pääasiassa yhdenmukaiseksi, sillä ainoastaan yksi potilas oli saanut ristiriitaista tietoa leikkauksen jälkeisestä kuntoutumisesta.

8.3.2 Mistä asioista potilaat olisivat tarvinneet lisää ohjausta?

KUVIOSSA 12 on yhteenveto aiheista, joiden ohjauksessa olisi erityisesti parannettavaa. Ensimmäinen prosenttiluku kertoo niiden potilaiden osuuden, jotka kokivat annetun ohjauksen kyseisestä aiheesta onnistuneeksi (eli joko hyväksi tai erinomaiseksi), ja jälkimmäinen luku kertoo niiden potilaiden osuuden, jotka olisivat kaivanneet lisää ohjausta (tyytyttävä tai huono ohjauskokemus).



KUVIO 12. Aiheet, joiden ohjauksessa on erityisesti parannettavaa, eriteltynä eri ohjaustilanteisiin

Kaikista tyytymättöimpiä potilaat olivat ohjaukseen **henkisestä hyvinvoinnista**. Henkisen hyvinvoinnin vaikutukset tekonivelleikkaukseen ja sen tuloksiin eivät kuitenkaan ole mitättömiä, sillä psyykinen vointi ennen leikkausta vaikuttaa hyvin laajasti leikkauksesta toipumiseen, leikkauksen tuloksiin sekä leikkauksen jälkeiseen kipuun (Ayers ym. 2004, 126–130; Escobar ym. 2007, 115–117; Lingard ym. 2004, 2183, 2185). Preoperatiivisessa ohjauksessa ei ole kuitenkaan mahdollista paneutua syvällisesti potilaan psyykkiseen terveyteen ja mahdollisten ongelmien hoitoon. Tärkeintä olisikin tunnistaa heikentynyt psyykinen vointi ja ohjata potilas tarvittaessa hakemaan itselleen apua, ellei hän näin ole jo tehnyt. Toki mielenterveyden ongelmien hoito vaatii oman aikansa, varsinkin, kun hoitoon pääsyäkin voi joutua odottamaan pitkään. Vaikka psyykkisiä ongelmia ei saataisikaan hoidettua ennen leikkausta, aloitettu hoito on kuitenkin aina parempi vaihtoehto verrattuna siihen, että asiaan ei olisi millään tavoin puututtu. Hoitosuhde mielenterveyshoitotyön puolelle kuitenkin toimii jo eräänlaisena tukiverkostona potilaalle. Toinen vaihtoehto psyykkisten ongelmien tunnistamiselle erikoissairaanhoidossa voisi olla se, että kaikki potilaat ohjattaisiin perusterveydenhuollon puolelle asiantuntijasairaanhoitajan luokse, jossa heidän tilanne kartoitettaisiin ja tarvittava jatkohoito suunniteltaisiin ja toteutettaisiin.

Psyykkisen voinnin kartoittamiseen tulee kiinnittää huomiota myös sen vuoksi, että potilas voi kokea pelkoa leikkausta kohtaan. Pelko voi heikentää aiheuttamiensa fyysisten ja emotionaalisten tilojen kautta potilaan minäpystyvyyttä ja uskoa leikkauksen onnistumiseen (ks. luku 4.2.1), joten sitä tulisi potilaan kanssa käsitellä ja pyrkiä lieventämään. Aiemman tiedon mukaan potilaat ovatkin saaneet hyvin ohjausta psykososiaalisesta tuesta eli potilaiden mahdollisuudesta käsitellä leikkaukseen liittyviä ahdistuksen, huolien ja pelon tunteita hoitohenkilökunnan kanssa (Bernier ym. 2003, 568, 572, 576).

Perussairauksien hoidosta, terveellisistä elämäntavoista, liikunnasta ja ylipäänsä hyvän terveyden ylläpidosta potilaat kaipasivat myös jossain määrin lisäohjausta. Leikkauspotilaita ohjataan kuitenkin aiemman tiedon mukaan hyvin toiminnallisuuteen eli mm. liikkumiseen, lepoon, ravitsemukseen, henkilökohtaiseen hygieniaan ja

yksilöllisiin tarpeisiin liittyvissä asioissa (Heikkinen ym. 2007, 274–275; Johansson ym. 2002, 223; Rankinen ym. 2007, 113). Edellä mainittujen aiheiden ohjaukseen tulisi edelleenkin panostaa, sillä niiden rooli leikkauksesta toipumisessa sekä leikkaukskomplikaatioiden ja tekonivelinfektioiden ilmenemisessä on merkittävä. Erityisesti perussairauksien hyvä hoitotasapaino, ylipainon vähentäminen ja hyvä ravitsemustila nopeuttavat leikkauksesta toipumista (O'Brien ym. 2005, 144–145; Salonen ym. n.d; Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 21–22).

Kirurgian poliklinikalla on tähänkin asti pyritty kiinnittämään huomiota potilaiden leikkaukseen ja toipumiseen vaikuttaviin tekijöihin, ja potilaita on tarvittaessa ohjattu ongelmakohtiin liittyvissä asioissa. Tähän on tärkeää panostaa jatkossakin. Ylipainoiset ja päihteitä käyttävät potilaat tulee tunnistaa ja ohjata heidät tarkempaan ohjaukseen perusterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon oman hoitajan vastaanotolle. Myös perussairauksia sairastavien potilaiden hoitotasapainon ja hoitosuhteen tilanne on tärkeä selvittää, ja tarvittaessa potilas voidaan ohjata päivittämään tilanne perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon puolelle. Siellä perussairauden huollon hoitotasapainoon ehditään vielä puuttua. Ylipainoiset potilaat voivat hyötyä myös ravitsemusterapeutin tapaamisesta. Potilaiden tulee saada ajoissa ohjeita sopiviin liike- ja liikuntaharjoitteisiin, jotta he ehtivät saada fyysisen kuntonsa ja toimintakykynsä mahdollisimman hyvään kuntoon ennen leikkausta. Heidät voisi ohjata esimerkiksi jo heti leikkauspäätöksen tekemisen jälkeen fysioterapeutin luokse, jossa kerrattaisiin nivelrikkoa sairastavalle sopivat liike- ja liikuntaharjoitteet.

Lisää ohjausta potilaat kaipasivat myös sosiaaliseen tukeen liittyvästä **tukihenkilön mukaan ottamisesta** koko hoitoprosessin ajaksi. Aiemminkin on todettu potilaiden saavan sosiaaliseen tukeen ja leikkaukseen valmistaviin sosiaalisiin tekijöihin liittyvää ohjausta heikosti (Kääriäinen ym. 2005a, 12; Heikkinen ym. 2007, 274–275). Läheisten vähäinen osallistuminen ohjauksikäynneille saattaa myös heijastaa vähäiseksi jäänyttä ohjausta tukihenkilön tärkeydestä: potilaista 74 % osallistui yksin kirurgian poliklinikkakäynnille, 57 % ensiohjausluennolle ja 80 % preoperatiiviselle osastokäynnille. Viimeisen vuoden aikana läheisten mukanaolo ensiohjausluennoilla on lisääntynyt,

mutta kehitystä tulisi edelleenkin tukea (Salonen 2012, 2–3). Tukihenkilöä voitaisiin esimerkiksi lähestyä kirjeitse, jossa kerrottaisiin sosiaalisen tuen tärkeydestä ja toivottaisiin läheinen tervetulleeksi mukaan ohjaustilanteisiin.

Kun yhdistetään ja teemoitellaan eri ohjauskäyntien poissaolojen syyt, saadaan yleisimmäksi syyksi läheisen poissaololle ohjaustilanteista se, että tapaamisaika ei ollut läheiselle sopiva. Monet tukihenkilöistä olivat työelämässä, ja siten mukanaolo ohjauskäyntiin olisi vaatinut erillisjärjestelyjä. Tulevaisuudessa tulisikin miettiä, olisiko ohjausaikoja mahdollista muuttaa siten, että myös työelämässä olevien läheisten olisi mahdollista päästä mukaan ohjauskäynneille ilman erillisjärjestelyjä.

Toiseksi yleisin syy tukihenkilön poissaololle, oli se, että potilas ei kokenut läheisen mukanaoloa tarpeelliseksi. Tähän voi olla syynä potilaan aiempi kokemus tekonivelleikkauksesta, jolloin läheinenkin tietää ja ymmärtää jo, mitä tulee tapahtumaan, eikä tarvetta uusintaperehdytykselle yksinkertaisesti enää ole. Kuitenkin jos edellisestä tekonivelleikkauksesta on kulunut jo pidemmän aikaa, potilasta olisi hyvä rohkaista ottamaan läheinen mukaan, sillä hoitomenetelmät ovat vuosien saatossa muuttuneet hyvin paljon. Voi myös olla niin, että tukihenkilöä ei koeta tarpeelliseksi, koska potilas ei ymmärrä sen tärkeyttä. Tätä kuvastaa hyvin erään potilaan perustelu tukihenkilön puuttumiselle: ”olen aikuinen”. Tulisikin huolehtia, että kaikille potilaille kerrotaan heti hoitoprosessin alussa tukihenkilön mukanaolon tärkeydestä ja perustellaan tämä huolella. Erityisesti tekonivelleikkauksen ensikertalaisia tulisi kannustaa tukihenkilön mukaan ottamisessa.

Osa potilaista koki myös, että heillä ei ole sellaista läheistä, joka voisi toimia heidän tukihenkilönään. Erään potilaan perustelu ”asun yksin” kuvastaa hyvin virhekäsitystä, jonka mukaan tukihenkilö voisi olla vain puoliso tai asuinkumppani. Potilaille tulisikin tehdä selväksi se, että tukihenkilönä voi toimia myös kuka tahansa potilaalle läheinen ihminen, esimerkiksi ystävä, naapuri tai sukulainen.

Kokonaisuudessaan kirurgian poliklinikalla parempaa ohjausta jäi kaipaamaan melkein kolmannes (29 %). Syitä on vaikea eritellä, sillä vaikka tämän tutkimuksen mukaan ohjauksen sisällöstä voidaan päätellä jotakin, niin monet potilaat ovat ohjaukseltaan kuitenkin sen verran hämmentyneitä ja vastaanottokyvyiltäänkin heikentyneitä, että suoranaisestä ohjauksen määrän lisäämisestä ei välttämättä ole apua. Osa potilaista olisi kaivannut tapaamiseen enemmän aikaa, joten ainakin tämän mahdollistamista tulisi jatkossa miettiä. Myös ensiohjausluennolla reilu kymmenesosa (13 %) ja preoperatiivisella osastokäynnillä vajaa kymmenesosa (7 %) potilaista jäi kaipaamaan kokonaisuudessaan parempaa ohjausta. Jatkotutkimuksilla voisi selvittää potilaiden odotuksia ohjaustilanteilta, jotta syitä tyytymättömyyteen saadaan selville.

8.3.3 Miten ohjaus vaikutti potilaiden liikunta- ja terveystottumuksiin?

Vaikka ohjauksella on todettu olevan paljon vaikutuksia potilaan terveyden ylläpitoon ja edistämiseen mm. lisäämällä potilaan tietoa ja vastuunottoa sairauden hoidosta (Kääriäinen ym. 2005a, 13), tämän tutkimuksen perusteella ohjauksella ei kuitenkaan ollut suuria vaikutuksia potilaiden liikunta- ja terveystottumuksiin. Liikuntatottumuksia oli muuttanut ohjauksen perusteella vajaa kolmannes (29 %) ja terveystottumuksia noin neljäsosa (24 %) vastaajista. Liikuntatottumuksiin muutoksen tehneet potilaat olivat lisänneet liikuntaa tai muuttaneet lajivalikoimaa (KUVIO 7). Terveystottumuksia muuttaneet potilaat olivat pääasiassa muuttaneet ruokavaliotaan (KUVIO 9).

Ylivoimaisesti yleisin syy muutosten tekemättömyydelle oli se, että potilaat eivät kokeneet muutokselle tarvetta. Osa potilaista oli myös muuttanut liikuntatottumuksiin jo aiemmin, esimerkiksi terveyskeskuksesta, saamiensa ohjeiden mukaan. Liikuntamuutosten esteenä osalla potilaista oli myös se, että he eivät pystyneet tekemään muutosta esimerkiksi kivun vuoksi. Sen lisäksi, että kipu estää konkreettisesti liikkumisen, se myös heikentää potilaan minäpystyvyyttä (ks. luku 4.2.1). Peoperatiivisessa potilasohjauksessa tulisikin käsitellä senhetkistä kiputilannetta ja kivunhoitoa. Kyselytutkimuksella ei selvitetty potilaiden kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta kirurgian poliklinikalla ja ensiohjausluennolla. Jos kivunhoidon ohjaus ei ole tähän mennessä

kuulunut keskeisesti näiden ohjaukseyntien sisältöön, se tulisi vastaisuudessa huomioida. Tällöin pitäisi varmistaa, että potilaan kipulääkitys on riittävää ja että hän myös käyttää sitä. Tarvittaessa potilasta tulee ohjata kivunhoidossa.

8.4 Kehittämisehdotuksia

Kirurgian poliklinikalla on tähänkin asti pyritty kiinnittämään huomiota viivästyneen toipumisen riskissä olevien potilaiden ja toipumista hidastavien tekijöiden tunnistamiseen. Tähän tulee kiinnittää jatkossa edelleenkin erityistä huomiota, jotta potilaiden toipuminen onnistuisi mahdollisimman hyvin. Poliklinikalla on tärkeää tunnistaa potilaat, joilla on ongelmia ylipainon, fyysisen toimintakyvyn, ravitsemuksen, kivunhoidon, tulehdussairauksien hoidon, perussairauksien hoidon, päihteiden, henkisen hyvinvoinnin tai sosiaalisen tuen kanssa. Tässä voisi hyödyntää seulontaa varten kehitettyä kyselylomaketta, jonka potilaat täyttäsivät leikkauspäätöksen synnyttyä kirurgin vastaanoton jälkeen. Potilaat siirtyisivät täytetyn kyselylomakkeen kanssa sairaanhoitajan vastaanotolle, jossa kyselylomake käytäisiin yhdessä läpi ja katsottaisiin, mitkä asiat vaativat kohennusta ennen leikkausta. Muutostarpeessa olevat potilaat ohjattaisiin perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon puolelle, joissa tarvittavia muutoksia suunniteltaisiin potilaiden kanssa ja heitä autettaisiin näiden toteuttamisessa. Näin erikoissairaanhoidon ei tarvitsisi kantaa koko vastuuta potilaan leikkaukseen valmentamisesta.

Tutkimuksen perusteella potilaat kaipasivat kirurgian poliklinikalla enemmän aikaa asioiden käsittelyyn. Tulevaisuudessa voisikin miettiä ohjaavan sairaanhoitajan tehtävien uudelleenorganisointia, sillä nykyään sairaanhoitaja oman vastaanottonsa lisäksi samanaikaisesti avustaa kirurgin vastaanottoa. Näiden yhdistäminen on välillä haastavaa, ja siten ohjauksaika potilaan kanssa voi jäädä vähäiseksi.

Ensiohjauksluennon merkitys preoperatiivisen ohjauksen antajana on tutkimuksen mukaan hyvin keskeinen: potilaat olivat tyytyväisiä eri aiheista annettuun ohjaukseen ja saivat ohjauksen perusteella tulevasta leikkauksesta ja siihen valmentautumisesta

onnistuneen kokonaiskäsitelmän. Ensiohjausluento on leikkaukseen valmistavassa potilasohjauksessa siten keskeinen tekijä, joten siihen tulee jatkossakin panostaa, ja erityisesti potilaita ja läheisiä tulee kannustaa osallistumaan sille.

Preoperatiivisen ohjauksen toteuttaminen **ortopedian osastolla** mietityttää: Onko ohjausta järkevää toteuttaa osastolla, jossa potilaat saattavat joutua odottamaan pitkäänkin ja viettämään jopa koko päivän? Tämä tutkimuskäynti voisikin olla järkevää toteuttaa kirurgian poliklinikalla, missä käynnistä olisi mahdollista tehdä sujuvampi. Näin myös työssä käyvien tukihenkilöiden osallistuminen ohjauskäynnille voisi olla mahdollista, kun käynti ei vaatisi koko päivälle erillisjärjestelyjä.

Jatkossa tulee miettiä myös **sähköisen potilasohjauksen** kehittämistä, sillä tulevaisuudessa tekonivelleikkauspotilaat alkavat olla jo sitä ikäluokkaa, jolle tietokoneen ja Internetin käyttö on tuttua. Internetin avulla tapahtuva potilasohjaus voi myös olla jopa tehokkaampaa kuin perinteinen kasvokkain annettu yksilöohjaus (Heikkinen ym. 2008, 277). Sähköinen ohjaus voisi tapahtua vapaaehtoisuuteen perustuvan Internet-sivuston avulla, jossa potilaat voisivat perehtyä ohjausmateriaaliin niin laajasti ja syvästi kuin haluavat (Heikkinen ym. 2008, 273). Ohjausmateriaalin läpikäyminen voisi olla potilasta ja läheistä aktivoivaa, eikä pelkästään passiivista ohjeiden lukemista. Aihesisältö olisi laadittu siten, että se kattaisi myös kaikki voimaantumisen osa-alueet (ks. luku 3.2.5) - myös kokemusperäisen, eettisen ja taloudellisen puolen, mitkä jäävät usein tekonivelpotilaan ohjauksessa vähäiselle huomiolle (Johansson ym. 2002, 223; Johansson 2006, 43). Internetin avulla tapahtuva potilasohjaus voikin lisätä potilaiden voimaantumista juuri näillä osa-alueilla paremmin perinteiseen yksilöohjaukseen verrattuna (Heikkinen ym. 2008, 276–277). Sivustolla olisi mahdollista esittää myös kysymyksiä, joihin asiantuntijasairaanhoidaja vastaisi päivittäin, ja sieltä löytyisi myös Usein kysytyt kysymykset -kohta.

Sähköisen ohjauksen negatiivista puolta eli vertaistuen vähyyttä voisi kompensoida keskustelupalstalla, jossa potilaat voisivat jakaa halutessaan anonymistikin tunteuksiaan ja kokemuksiaan. Tämä tukisi potilaiden sosiaalista voimaantumista. Vaikka

sivuston painopiste olisi preoperatiivisessa ohjauksessa, se voisi tukea sisällöltään myös leikkauksesta toipumista ja kuntoutumista. Keskustelupalstakin voisi toimia kokemusten jaon kenttänä myös leikkauksen jälkeen. Tämä tukisi parhaassa tapauksessa välillisen kokemuksen kautta leikkaukseen valmistautuvan potilaan minäpystyvyyttä (ks. luku 4.2.1), kun hänen uskonsa leikkausprosessin onnistumiseen ja oman panoksen merkitykseen vahvistuisi tekonivelleikkauksen läpikäyneen potilaan sanoista. Sähköisen potilasohjauksen etuna olisi myös se, että potilaiden ei tarvitsisi yrittää kerralla sisäistää kaikkea tietoa, vaan he voisivat vieraila Internet-sivustolla useita kertoja ja käyttää ohjaukseen niin paljon aikaa kuin haluavat.

Koska kaikki potilaat eivät käy kirurgian poliklinikalla tai ensiohjausluennolla, sähköinen ohjaus voisi myös toimia näiden ohjauskäyntien korvaajana ja apuna terveysongelmiin tunnistamisessa. Sivuston ohjausmateriaaliin voisi upottaa samanlaisen kyselylomakkeen, minkä potilaat täyttävät kirurgian poliklinikalla, ja tuloksen perusteella sivusto antaisi potilaalle palautteen ja tarvittaessa ohjaisi potilasta varaamaan ajan omalle hoitajalle.

Kyselytutkimuksella ei selvitetty potilaiden saamaa ohjausta leikkaukseen liittyvistä komplikaatioista ja riskeistä sekä hoitoon liittyvistä taloudellisista (sosiaalisista etuuksista, vakuutusasioista, hoitokuluista) tai eettisistä (potilaan oikeuksista ja velvollisuuksista) asioista. Näiden aiheiden käsittely jää kuitenkin aiempien tutkimusten mukaan liian vähäiseksi (Johansson ym. 2002, 223–225; Heikkinen ym. 2007, 274–275; Kääriäinen ym. 2005a, 12), joten erityisesti kirurgian poliklinikalla ja ensiohjausluennolla tulee näiden ohjaukseen myös vastaisuudessa panostaa.

Preoperatiivinen ohjausprosessi kaipaa myös **jatkuvaa arviointia**, jotta saadaan jatkuvaa tietoa ohjauksen onnistumisesta ja kehittämistarpeista. Erityisesti helppoa palautteen antamista tulisi kehittää. Esimerkiksi Internetin ohjaussivuston yhteydessä voisi olla palautelomake, jonka täyttämiseen potilaita kannustettaisiin jokaisen ohjaustilanteen jälkeen. Ortopedian osastollakin voisi olla palautenurkkaus, jossa

potilaat voisivat ennen kotiutumistaan käydä täyttämässä nopean palautekyselyn sähköisessä muodossa.

8.5 Jatkotutkimusideoita

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi kehittää viivästyneen toipumisen riskissä olevien potilaiden ja toipumista hidastavien tekijöiden tunnistamista. Tutkimuksen avulla voisi kehittää kyselylomakkeen, jota voisi hyödyntää preoperatiivisessa ohjausprosessissa viivästyneen toipumisen riskissä olevien potilaiden seulonnassa.

Potilaiden ohjausodotuksien tutkimisella eri ohjaustilanteissa voitaisiin vastata paremmin potilaiden ohjaustarpeisiin. Myös hoitajien ohjausosaamisen (mm. ohjaustarpeiden ja ohjaustavoitteiden määrittämisen, eri ohjausmenetelmien hallinnan, ohjaustaitojen sekä oppimisen arvioinnin) tutkimisen avulla ohjausta voitaisiin kehittää. Tämä tutkimus antoi viitteitä potilaiden ohjaustarpeiden selvittämisestä, mutta sitä olisi mahdollista tutkia syvällisemminkin. Mielenkiintoista olisi tutkia myös voimaantumisen eri osa-alueiden toteutumista preoperatiivisessa potilasohjauksessa.

LÄHTEET

Aalto, A.-M. & Aro, A. R. 1995. Elämänlaadun mittari (RAND SF-36) tutkimuskäyttöön. Kansanterveys-lehti 3. <http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/>, Lehdet 1995, Maaliskuu 3/1995.

Arokoski, J., Malmivaara, A., Manninen, M., Moilanen, E., Ojala, R., Paavolainen, P., Ruuskanen, J., Virolainen, P., Virtapohja, H., Vuolteenaho, K. & Österman, H. 2007. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypä hoito -suositus 23.1.2007. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 15.6.2012. <http://www.kaypahoito.fi>.

Arokoski, J. P. A., Mäkitervo, L., Virtapohja, H. & Arokoski, M. H. 2004. Polvi- ja lonkkanivelrikon konservatiivinen lääkkeetön hoito. Suomen Lääkärilehti 59, 4, 279–286. Viitattu 15.6.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Lehtivalinta, Suomen Lääkärilehti.

Ayers, D. C., Franklin, P. D., Trief, P. M., Ploutz-Snyder, R. & Freund, D. 2004. Psychological Attributes of Preoperative Total Joint Replacement Patients. Implications of Optimal Physical Outcome. The Journal of Arthroplasty 19, 7, 125–130. Viitattu 18.5.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PubMed.

Bachmann, M. & Pere, P. 2010. Leikkauskelpoisuuden arviointi ja leikkaukseen valmistaminen. Lääkärin käsikirja 3.11.2011. Viitattu 18.6.2012. <http://www.terveysportti.fi>.

Bandura, A. 1997. Self-efficacy. The Exercise of Control. New York: W. H. Freeman and Company.

Berge, D. J., Dolin, S. J., Williams, A. C. & Harman, R. 2004. Pre-operative and post-operative effect of pain management programme prior to total hip replacement: a randomized controlled trial. Pain 110, 1–2, 33–39. Viitattu 13.6.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PubMed.

Bernier, M. J., Sanares, D. C., Owen, S. V. & Newhouse, P. L. 2003. Preoperative Teaching Received and Valued in a Day Surgery Setting. AORN Journal 77, 3, 563–572, 575–578, 581–582. Viitattu 24.8.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PubMed.

Escobar, A., Quintana, J. M., Bilbao, A., Azkárate, J., Güenaga, J. I., Arenaza, J. C. & Gutierrez, L. F. 2007. Effect of patient characteristics on reported outcomes after total knee replacement. Rheumatology 46, 1, 112–119. Viitattu 18.6.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PubMed.

Fitzgerald, J. D., Orav, E. J., Lee, T. H., Marcantonio, E. R., Poss, R., Goldman, L. & Mangione, C. M. 2004. Patient Quality of Life During the 12 Months Following Joint Replacement Surgery. *Arthritis Care & Research* 51, 1, 100–109. Viitattu 19.6.2012. [Http://onlinelibrary.wiley.com/](http://onlinelibrary.wiley.com/).

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2007. Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perception of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 60, 3, 270–278. Viitattu 24.8.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, CINAHL (EBSCO).

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Nummela, T., Kaljonen, A. & Salanterä, S. 2008. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopedic surgery patients. *Patient Education and Counseling* 73, 2, 272–279. Viitattu 28.8.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Elsevier ScienceDirect.

Heliövaara, M., Slätis, P. & Paavolainen, P. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 124, 16, 1869–1874. Viitattu 26.6.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p., uud. p. Helsinki: Tammi.

Hoidokki. n.d. Sairaanhoidajien koulutussäätiön ylläpitämä hoitotyön asiasanasto. Viitattu 20.6.2012. [Http://www.hoidokki.fi/](http://www.hoidokki.fi/).

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2009. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.–7. p. Helsinki, Porvoo: WSOYpro.

Honkala, S. 2009. Tekonivelet ja suun tulehdukset. *Terve suu* 15.9.2009. Viitattu 3.9.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), Tietoa potilaalle.

Ihanus, J. & Pakarinen, H. 2010. Psykologian englanti-suomi -sanasto. Avoin yliopisto. Helsingin yliopisto. Viitattu 25.5.2012. [Http://www.avoin.helsinki.fi/oppimateriaalit/psykologia/avoinsanasto.htm](http://www.avoin.helsinki.fi/oppimateriaalit/psykologia/avoinsanasto.htm).

Jalonen, J., Kokki, H., Castrén, M., Heinonen, S., Huusko, T., Hynynen, M., Kangas-Saarela, T., Kurki, T., Laisalmi, M., Lindgren, L., Manner, T., Mattila, K., Salmenperä, M., Sane, T., Tikkanen, H., Tohmo, H. & Vironen, J. 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.6.2012. [Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).

Johansson, K. 2006. Empowering orthopaedic patients through education. Väitöskirja. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta. *Annales Universitatis Turkuensis D* 728. Turku: Painosalama.

Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J. & Salanterä, S. 2005. Preoperative education for orthopaedic patients: systemic review. *Journal of Advanced Nursing* 50, 2, 212–223. Viitattu 12.6.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, CINAHL (EBSCO).

Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2002. Patient education in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing* 6, 4, 220–226. Viitattu 14.6.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Elsevier ScienceDirect.

Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2004. Written orthopedic patient education materials from point of view of empowerment by education. *Patient education and counseling* 52, 2, 175–181. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Elsevier ScienceDirect.

Jurvansuu, M. & Mustonen, M. 2007. Peruskäsitteitä. Virtuaaliammattikorkeakoulun Julkistuotanto-opintojakson Internet-sivusto. Viitattu 25.6.2012. [Http://www.amk.fi/](http://www.amk.fi/), DIGMA, Julkaisutuotanto, AV-aineistot, Peruskäsitteitä.

Jämsen, E. 2009. Epidemiology of Infected Knee Replacement. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Lääketieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis no. 1386. Tampere: Tampereen Yliopistopaino. Viitattu 17.6.2012. [Http://acta.uta.fi/](http://acta.uta.fi/).

Järvenpää, J., Kettunen, J., Heiskanen, J., Huopio, J., Lumiaho, J. & Miettinen, H. 2007. Lihavuus voi huonontaa polven tekonivelleikkauksen tulosta. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* 30, 3, 192–197. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Medic.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kuusniemi, K., Haapoja, E., Pihlajamäki, K. & Virolainen P. 2009. Nivelproteesileikkaukseen preoperatiivisen käynnin kautta. *Finnanest* 42, 3, 231–234. Viitattu 21.6.2012. [Http://www.finnanest.fi](http://www.finnanest.fi).

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

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6, 4, 10–15.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17, 5, 250–258.

Kääriäinen, K., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005a. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3, 1, 10–15.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005b. Kirjallisuuskatsaus: Asiakasläh-
töinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3, 3, 27–31.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 26.6.2012. Valtion
säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki. Viitattu 26.6.2012. Valtion säädöstietopankki
Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 30.12.2010/1326. Terveystieteiden lakien muuttaminen. Viitattu 26.6.2012. Valtion säädöstieto-
pankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Lahdenperä, E. 2012. Tekonivelpotilaan postoperatiivinen kipu – Rapid recovery
-ohjelman mukaisesti hoidettujen tekonivelleikkauspotilaiden kokemuksia postope-
ratiivisesta kivusta ja kivunhoidosta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu,
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 9.5.2012.
[Https://publications.theseus.fi/](https://publications.theseus.fi/).

Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Nursing study of the significance of
rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment.
Journal of Orthopaedic Nursing 3, 3, 138–145. Viitattu 12.6.2012.
[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Elsevier ScienceDirect.

Lingard, E. A., Katz, J. N., Wright, E. A., Sledge, C. B. & Kinemax Outcomes Group.
2004. Predicting the Outcome of Total Knee Arthroplasty. Journal of Bone and Joint
Surgery 86, 10, 2179–2186. Viitattu 18.5.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-
portaali, Academic Search Elite (EBSCO).

Lucas, B. 2007. Preparing patients for hip and knee replacement surgery. Nursing
Standard 22, 2, 50–56. Viitattu 18.5.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali,
CINAHL (EBSCO).

MacDonald, V. & Arthur, B. 2005. The Vancouver General Hospital joint replacement
rapid recovery program: Optimizing outcomes through focused pathways. Journal of
Orthopaedic Nursing 9, 2, 95–102. Viitattu 14.6.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto),
Nelli-portaali, Elsevier ScienceDirect.

MOT Collins English Dictionary. n. d. HarperCollins Publishers. Viitattu 28.8.2012.
[Http://www.jamk.fi/opiskelijoille](http://www.jamk.fi/opiskelijoille), MOT-sanakirjasto.

MOT-englanti. n. d. Kielikone Oy & Gummerus Kustannus Oy. Viitattu 28.8.2012.
[Http://www.jamk.fi/opiskelijoille](http://www.jamk.fi/opiskelijoille), MOT-sanakirjasto.

O'Brien, S., Ogonda, L., Dennison, S. J., Doran, E., Lawlor, M., Humphreys, P., Kelly, P., Matthews, L. & Beverland, D. 2005. Day two post operative "fast-track" discharge following primary total hip replacement. *Journal of Orthopaedic Nursing* 9, 3, 140–145. Viitattu 13.6.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Elsevier ScienceDirect.

Paavolainen, P. & Soininen, J. 2007. Lonkka- ja polvinivelten sairaudet. Toimintakyky 5.9.2007. Viitattu 3.9.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), Työterveys ja kuntoutus.

Pamilo, K. 2012. Uudistunut tekonivelpotilaan hoito (Rapid Recovery®). Ortopedian osaston ylilääkärin tekemä PowerPoint-esitys.

Pehkonen, M. 2011. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ortopedian osaston (os. 21) työssä kehitetty tarkistuslista.

Pehkonen, M. 2012. Ortopedian osaston (os. 21) osastonhoitaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Haastattelu 8.5.2012.

Pohjolainen, T. 2012. Nivelrikko (artroosi). Lääkärikirja Duodecim 5.6.2012. Viitattu 19.6.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), Tietoa potilaalle.

Rankinen, S., Salanterä, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal of Quality in Health Care* 19, 2, 113–119. Viitattu 24.8.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Publishing. Viitattu 20.8.2012. [Http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi), Ravitsemussuositukset, Erillisryhmät, Ikääntyneet.

Remes, V., Peltola, M., Häkkinen, U., Kröger, H., Leppilähti, J., Linna, M., Malmivaara, A., Mäkelä, K., Nelimarkka, O., Parvinen, I., Seitsalo, S. & Vuorinen, J. 2007. Perfect – Tekonivelkirurgia. Lonkan ja polven tekonivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus. Stakesin työpapereita 29/2007. Helsinki: Valopaino. Viitattu 25.5.2012. [Http://www.thl.fi/](http://www.thl.fi/), Tutkimus ja kehittäminen, Julkaisut, Stakesin julkaisutietokanta ja haku, Verkkojulkaisut, Työpapereita-sarja 2007.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luku 7.3.4 Teemoittelu. Viitattu 5.7.2012. [Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/).

Saarikoski, R., Stolt, M. & Liukkonen, I. 2010. Nilkkaa kuntouttava harjoittelu. Terveet jalat 8.11.2010. Viitattu 15.6.2012. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), Tietoa potilaalle.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 26.6.2012. [Http://www.sairaanhoitajaliitto.fi](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi), Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen, Sairaanhoitajan työ, Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

Salonen, P. 2012. Tilastoa tekonivelpotilaiden ensiohjauksista. Tilastotietoa Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin järjestämille ensiohjausluennoille osallistuneiden potilaiden ja läheisten määristä.

Salonen, P., Häkkinen, P. & Pamilo, K. n.d. Valmistautuminen tekonivelleikkaukseen. Potilaan opas. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Siggeirsdottir, K., Olafsson, Ö., Jonsson Jr., H., Iwarsson, S., Gudnason, V. & Jonsson, B. Y. 2005. Short hospital stay augmented with education and home-based rehabilitation improves function and quality of life after hip replacement. Randomized study of 50 patients with 6 months of follow up. Acta Orthopaedica 76, 4, 555–562. Viitattu 18.5.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.

Sjöling, M., Norbergh, K.-G., Malke, H. & Asplund, K. 2006. What information do patients waiting for and undergoing arthroplastic surgery want? Journal of Orthopaedic Nursing 10, 1, 5–14. Viitattu 19.6.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Elsevier ScienceDirect.

Steele III, M. K., McLean, M. B., Gaunt, R. & Browning, W. A. 2000. The JointVentures Program: Improving Outcomes and Satisfaction in Joint Surgery Patients. Journal of Clinical Outcomes Management 7, 7, 28–30.

Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Publishing. Viitattu 20.8.2012. [Http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi), Ravitsemussuositukset, Suomalaiset ravitsemussuositukset.

Syrjänen, S. 2012. Tietoa Rapid Recovery® -ohjelman kehityshistoriasta. Sähköpostiviesti 17.9.2012. Vastaanottaja K. Takalo. Biomet Finland Oy:n Rapid Recovery Manager:n selvitys Rapid Recovery® -ohjelman kehityksestä.

Teerijoki, J. & Pehkonen, M. 2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin Rapid Recovery® -projektipäällikkö ja ortopedian osaston (os. 21) osastonhoitaja. Haastattelu 9.8.2012.

Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. ETE-NE-julkaisuja 1. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETE-NE). Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.6.2012. [Http://www.etene.fi](http://www.etene.fi), Julkaisut ja muut aineistot, Julkaisut, Julkaisuarkisto, 2001.

Understanding the Rapid Recovery Program. 2011. Rapid Recovery® -esite. Iso-Britannia: Biomet UK Ltd. Viitattu 9.5.2012. [Http://www.biometeurope.com/](http://www.biometeurope.com/), United Kingdom, Medical Professionals, Rapid Recovery, Rapid Recovery Brochure.

Waldrop, D., Lightsey Jr., O. R., Ethington, C. A., Woemmel, C. A. & Coke, A. L. 2001. Self-efficacy, Optimism, Health Competence, and Recovery From Orthopedic Surgery. *Journal of Counseling Psychology* 48, 2, 233–238. Viitattu 29.6.2012. [Https://kirjasto.jyu.fi/](https://kirjasto.jyu.fi/), Nelli-portaali, Ovid PsycARTICLES.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje



Arvoisa tekonivelleikkausta odottava potilas

Haluamme kehittää tekonivelpotilaan hoitoa yhteistyössä potilaiden kanssa. Tällä kyselyllä pyrimme kartoittamaan potilaiden odotuksia ja tarpeita potilasohjauksesta leikkaukseen valmistautumisessa ja kuntoutumisessa. Kyselyllä kartoitetaan myös henkilökunnan antamaa potilasohjauksen sisältöä. Vastauksenne on erittäin tärkeä jotta pystyisimme arvioimaan potilasohjauksen merkitystä ja sisältöä.

Vastauksenne käsitellään nimettömänä, eikä henkilöllisyytenne tule julki missään tutkimuksen vaiheessa. Toivomme teidän vastaavan kysymyksiin omien kokemusten pohjalta ja voitte esittää kehittämistoiveita. Voitte vastata kysymyksiin itsenäisesti tai yhdessä omaisenne kanssa. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista.

Kyselyn pohjalta Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija analysoi vastaukset ja tekee yhteenvedon tuloksista opinnäytetyön muodossa. Tuloksia voidaan käyttää myös muissa opinnäytetyöissä, tutkimuksissa ja tuloksista voidaan raportoida alan lehdissä.

Vastauskuori on ohessa ja sen postimaksu on valmiiksi maksettu. Voitte myös palauttaa kyselyn leikkauksenne jälkeen osastolla olevaan palautelaatikkoon.

Yhteistyöstänne kiittäen

osastonhoitaja Marja Pehkonen

Lisätietoa tutkimuksesta voitte kysyä osastonhoitaja Marja Pehkoselta puh 014 269 1636

Liite 2. Kyselylomake



Potilaskysely

Tekonivelleikkaukseen valmistautuminen

Vastaajan tiedot

- Nainen
 Mies

Ikä _____

Kotikunta _____

Onko teillä perussairauksia (esimerkiksi diabetes, verenpainetauti, reuma)

- Kyllä
 Ei

Oletteko ollut tekonivelleikkauksessa aikaisemmin?

- Kyllä, mikä leikkaus _____
 Ei

Minkä nivelen leikkaus teille on nyt suunniteltu?

- Polvi
 Lonkka

Kävittekö vastaanottokäynnillä kirurgian poliklinikalla ennen leikkausjonoon asettamista?

- Kyllä
 Ei

Osallistuitteko ensiohjausluennolle?

- Kyllä
 Ei

Oletteko etsinyt tietoa tekonivelleikkauksista sairaanhoitopiirin internetsivuilta?

- Kyllä
 Ei

Oletteko etsinyt tietoa tekonivelleikkauksista muualta internetistä?

- Kyllä
 Ei

Mikäli kävitte kirurgian poliklinikalla ennen leikkausjonoon asettamista, niin vastatkaa alla oleviin kysymyksiin rastittamalla vastausruutu kokemuksenne mukaan. Muussa tapauksessa voitte siirtyä seuraavalle sivulle.

Arvioikaa saamanne ohjaus rastittamalla sopiva väittämä (vihreät sarakkeet) ja sen jälkeen arvioikaa myös saamanne ohjauksen tarpeellisuus rastittamalla ruutu, mikäli ette kokenut ohjausta tarpeellisena (punainen sarake)

Kirurgian poliklinikalla käynti	Sain erinomaisen ohjauksen	Sain hyvän ohjauksen	Sain tyydyttävän ohjauksen	Sain huonon ohjauksen	En saanut ohjausta lainkaan		Sain ohjauksen, mutta en olisi tarvinnut sitä
Saitteko tietoa ja ohjausta perussairauksien hoidosta?							
Saitteko tietoa ja ohjausta ihonhoidon tärkeydestä?							
Saitteko tietoa ja ohjausta terveellisten elämäntapojen vaikutuksesta?							
Saitteko tietoa ja ohjausta liikunnan merkityksestä?							
Saitteko tietoa ja ohjausta psyykkisen eli henkisen hyvinvoinnin tärkeydestä?							
Saitteko tietoa ja ohjausta hammaslääkärin todistuksen tarpeellisuudesta?							
Saitteko tietoa tulehdussairauksien ehkäisystä ja hoidosta?							
Saitteko tietoa ja ohjausta tukihenkilön mukaan ottamisen tärkeydestä koko hoitoprosessin ajaksi?							
Miten mielestänne kokonaisuudessaan kirurgian poliklinikalla saamanne ohjaus onnistui?							

Osallistuiko omainen/läheinen kirurgianpoliklinikan tutkimuskäyntiin?

Kyllä

Ei. Miksi ei osallistunut _____

Tähän voitte kirjoittaa toiveita ja kehittämisehdotuksia kirurgian poliklinikalle: (tarvittaessa voitte jatkaa kirjoitusta sivun kääntöpuolelle)

Mikäli kävitte ensiohjausluennolla, niin vastatkaa alla oleviin kysymyksiin rastittamalla vastausruutu kokemuksenne mukaan. Muussa tapauksessa voitte siirtyä seuraavalle sivulle.

Arvioikaa saamanne ohjaus rastittamalla sopiva väittämä (vihreät sarakkeet) ja sen jälkeen arvioikaa myös saamanne ohjauksen tarpeellisuus rastittamalla ruutu, mikäli ette kokenut ohjausta tarpeellisena (punainen sarake)

Ensihjausluento	Sain erinomaisen ohjauksen	Sain hyvän ohjauksen	Sain tyydyttävän ohjauksen	Sain huonon ohjauksen	En saanut ohjausta lainkaan		Sain ohjauksen, mutta en olisi tarvinnut sitä
Saitteko tietoa ja ohjausta perussairauksien hoidosta?							
Saitteko tietoa ja ohjausta ihonhoidon tärkeydestä?							
Saitteko tietoa ja ohjausta terveellisten elämäntapojen vaikutuksesta?							
Saitteko tietoa ja ohjausta liikunnan merkityksestä?							
Saitteko tietoa ja ohjausta psyykkisen eli henkisen hyvinvoinnin tärkeydestä?							
Saitteko tietoa ja ohjausta hammaslääkärin todistuksen tarpeellisuudesta?							
Saitteko tietoa tulehdussairauksien ehkäisystä ja hoidosta?							
Saitteko tietoa ja ohjausta tukihenkilön mukaan ottamisen tärkeydestä koko hoitoprosessin ajaksi?							
Saitteko ensiohjausluennolta kokonaiskäsityksen tulevasta leikkauksesta ja siihen valmentautumisesta?							

Osallistuiko omaisenne/läheisenne ensiohjausluennolle?

- Kyllä
 Ei. Miksi ei osallistunut _____

Tähän voitte kirjoittaa toiveita ja kehittämisehdotuksia ensiohjausluennolle:
 (tarvittaessa voitte jatkaa kirjoitusta sivun kääntöpuolelle)

Tutkimuskäynti osastolla. Arvioika tutkimuskäyntiä kokonaisuutena (ortopedin, endoproteesihoitajan ja fysioterapeutin ohjaus) vastaamalla alla oleviin kysymyksiin rastittamalla vastausruutu kokemuksenne mukaan.

Arvioika saamanne ohjaus rastittamalla sopiva väittämä (vihreät sarakkeet) ja sen jälkeen arvioika myös ohjauksen tarpeellisuus rastittamalla ruutu, mikäli ette kokenut ohjausta tarpeellisena (punainen sarake)

Tutkimuskäynti osastolla	Sain erinomaisen ohjauksen	Sain hyvän ohjauksen	Sain tyydyttävän ohjauksen	Sain huonon ohjauksen	En saanut ohjausta lainkaan		Sain ohjauksen, mutta en olisi tarvinnut sitä
Saitteko ohjeita leikkaukseen valmistautumisesta?							
Saitteko tietoa ja ohjausta leikkauspäivän tapahtumista?							
Saitteko tietoa ja ohjausta vuodeosastolla tapahtuvasta kuntoutumisesta?							
Saitteko tietoa ja ohjausta kivunhoidosta?							
Saitteko tietoa ja ohjausta liikunnan merkityksestä kuntoutumisessanne?							
Saitteko tietoa kotiutumisen edellytyksistä?							
Saitteko tietoa ja ohjausta psyykkisen eli henkisen hyvinvoinnin tärkeydestä?							
Saitteko tietoa ja ohjausta miten ylläpidätte hyvää terveyttä?							
Miten mielestänne tutkimuskäynnillä saamanne ohjaus kokonaisuudessaan onnistui?							

Kysyttiinkö teiltä oletteko osallistunut ensiohjaushuennolle?

- Kyllä
 Ei

Osallistuiko omainen/läheinen vuodeosastolla tapahtuvaan tutkimuskäyntiin?

- Kyllä
 Ei. Miksi ei osallistunut _____

Tähän voitte kirjoittaa toiveita ja kehittämisehdotuksia osastolla tapahtuvalle tutkimuskäynnille:

(tarvittaessa voitte jatkaa kirjoitusta sivun kääntöpuolelle)

Miettikää saamaanne ohjausta ja sen tarpeellisuutta

Saitteko käsityksen miten kuntoutumisenne tulee jatkumaan leikkauksen jälkeen?

- Kyllä
- Ei. Mitä jäi puuttuman _____

Olivatko saamaanne kirjalliset potilasohjeet riittäviä?

- Kyllä
- Ei. Mitä jäi puuttumaan _____

Muutitteko liikuntatottumuksianne saamaanne ohjauksen perusteella?

- Kyllä. Miten _____
- Ei. Miksi ette _____

Muutitteko terveystottumuksianne saamaanne ohjauksen perusteella?

- Kyllä. Miten _____
- Ei. Miksi ette _____

Tuliko eri ammattiryhmien ja ohjaustilanteiden välillä ristiriitaista ohjausta? (Asiasta annettiin erilaista tietoa)

- Kyllä. Millaista ristiriitaisuutta _____
- Ei _____

Tuliko eri ammattiryhmien ja ohjaustilanteiden välillä päällekkäistä ohjausta? (Saitte saman ohjauksen useamman kerran, vaikka ette olisi sitä tarvinnut)

- Kyllä. Millaista ohjausta _____
- Ei _____

