

Sari Harju & Tanja Lipponen

**AIKUISEN KIRURGISEN POTILAAN ASIAKASTYYTYVÄISYYS
VUODEOSASTOLLA SAAMAANSA HOITOON LEIKKAUKSEN JÄLKEEN**

- Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

**AIKUISEN KIRURGISEN POTILAAN ASIAKASTYYTYVÄISYYS
VUODEOSASTOLLA SAAMAANSA HOITON LEIKKAUKSEN JÄLKEEN**

- Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Sari Harju
Tanja Lipponen
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK

Tekijät: Harju Sari ja Lipponen Tanja

Opinnäytetyön nimi: Aikuisen kirurgisen potilaan asiakastyytyväisyys vuodeosastolla saamaansa hoitoon leikkauksen jälkeen -systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Työn ohjaaja: Lehtori Paananen Ulla ja Yliopettaja TtT Sandelin Pirkko

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2014

Sivumäärä: 41

Tällä systemaattisella kirjallisuuskatsauksella selvitettiin aikuisten potilaiden tyytyväisyyttä saamansa hoidon laatuun vuodeosastolla leikkauksen jälkeen. Opinnäytetyöhön valikoitujen tutkimusten analysoinnilla voidaan kehittää hoidon laatua ja asiakastyytyväisyyttä erityisesti postoperatiivisessa hoidossa.

Tutkimuksemme tavoitteena oli kartoittaa aikuisen potilaan kokemuksia kirurgisen toimenpiteen jälkeisestä hoidosta vuodeosastolla systemaattisella kirjallisuuskatsauksella valittujen tutkimusartikkeleiden mukaan. Toiminta- ja tutkimusympäristö keskittyi ainoastaan postoperatiiviseen, vuodeosastolla tapahtuvaan hoitoon. Koko hoitopolulla, käsittäen pre-, intra- ja postoperatiivinen hoito, on merkitystä asiakastyytyväisyyteen leikkauksen jälkeen. Päätimme kuitenkin tutkia asiakkaiden kokemuksia juuri postoperatiivisen vuodeosastohoidon ajalta.

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen liittyvät haut teimme tietokannoista Leevi, Melinda, Medici, Terveysportti, Cochrane library, Ebsco (Cinahl), Sage Premier, Elsevier sekä PubMed. Yli viidensadan tarkastellun tutkimuksen joukosta kirjallisuuskatsauksemme valikoitui seitsemän parhaiten aihepiiriä kuvaavaa tutkimusta.

Työstä saatujen havaintojen perusteella hoidon kokonaisuutta olisi syytä tutkia lisää. Asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä kivunhoitoon ja siitä saatuun informaatioon. Tutkimuksista kävi ilmi tyytymättömyys henkisen tuen saamiseen. Tutkimuksissa ei kuitenkaan käsitelty postoperatiivisen hoidon laatua kokonaisuutena, vaan ainoastaan tiettyjä osa-alueita. Postoperatiivisen hoidon laadun kokonaisuuden ymmärtämiseksi myös sellaiselle tutkimukselle olisi tarvetta.

Asiasanat:

Postoperatiivinen hoito, kirurgia, leikkaus, potilaat, kivunhoito, kipu, asiakastyytyväisyys, tyytyväisyyskokemukset, asiakaskokemus.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Harju Sari and Lipponen Tanja

Title of thesis: Adult Surgical Patients' Satisfaction After Post-operative Treatment: A Systematic Literature Review

Supervisor: Lecturer Paananen Ulla and Principal lecturer Sandelin Pirkko

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2014 Number of pages: 41

We have both worked in the field of customer service before we started to study at Oulu University of Applied Sciences. We both specialize in operating room nursing. Those are the main reasons why we wanted to do a study on this topic.

Our aim was to find out how the adult surgical patients experienced post-operative treatment on the ward.

We did data search from the databases of Leevi, Melinda, Medic, Health Gate, The Cochrane Library, Ebsco (Cinahl), Sage Premier, Elsevier and PubMed. More than five hundred publications were considered in the study. Finally seven publications, with best themes related to our topic were selected.

Patients were generally satisfied with the treatment of pain and information on pain management. The results revealed that patients were dissatisfied with emotional support they got after the surgery.

The findings of the study and the quality of post-operative care need to be researched more widely.

Keywords:

Postoperative care, surgeon, surgical, patient, analgesia, pain, satisfaction, experience.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO.....	5
2 HYVÄ HOITO.....	6
2.1 Hyvä hoito lain ja laadunhallinnan näkökulmasta	6
2.2 Hyvä hoito potilaan/asiakkaan näkökulmasta	8
3 POTILAAN KIVUNHOITO JA KIVUNHOIDON MENETELMÄT	9
3.1 Potilaan kivunhoidon arviointi ja menetelmät.....	9
3.2 Potilaan kivunhoidon kirjaaminen	10
3.3 Potilaan ohjaaminen	10
3.4 Potilaan postoperatiivinen kivunhoito.....	11
3.5 Kirurgisen potilaan lääkkeellinen kivunhoito	12
3.5.1 Tulehduskipulääkkeet potilaan kivunhoidossa	12
3.5.2 Parasetamoli potilaan kivunhoidossa.....	13
3.5.3 Opioidit potilaan kivunhoidossa	13
3.5.4 Epilepsiakipulääkkeet potilaan kivunhoidossa	15
3.5.5 Puudutteet potilaan kivunhoidossa	15
4 ASIAKASTYYTYVÄISYYS JA ASIAKASPALAUTE.....	17
4.1 Asiakastyytyväisyys.....	17
4.2 Laadullinen asiakaspalautelomake.....	20
5 KVALITATIIVINEN ELI LAADULLINEN TUTKIMUS.....	22
5.1 Määritelmä.....	22
5.2 Fenomenologinen näkemys.....	23
6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TEKEMINEN.....	25
6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	25
6.2 Tietokannat, asiasanat ja hakukriteerit	26
7 TULOKSET.....	28
7.1 Potilaan kokemukset postoperatiivisesta kivunhoidosta	28
7.2 Oikea-aikainen tieto ja ohjaus.....	28
7.3 Hyvä hoito, hoitohenkilökunnan vuorovaikutus ja ohjaus, resurssit	30
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	34

9 POHDINTA JA JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET	36
9.1 Tavoite, menetelmä ja saadut päätulokset	36
9.2 Oma arvio työstä ja tutkimuksen luotettavuus	38
LÄHTEET	39

1 JOHDANTO

Mielestämme asiakaspalautekyselyjen tarkoituksena on tai ainakin tulisi olla palvelun kehittäminen. Sosiaali- ja terveydenhuolto on käsityksemme mukaan murroksessa, säästö- ja kehittämispaineiden alla. Mielestämme asiakaspalautteet, joita potilaat antavat, tulisi ottaa enemmän huomioon terveydenhuollon kehittämissuunnittelussa, koska heitä varten kehittämistyötä tehdään. Laajemmin ajatellen sosiaali- ja terveystalouden laatu ja niiden kehittäminen tulisi mielestämme olla jokaiselle tärkeä asia. Julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan veronmaksajien varoin. Tämän vuoksi palvelujen laatu, laadun arviointi ja kehittäminen tulisi mielestämme olla kaikkien yhteinen asia ja etu.

Opinnäytetyössämme etsimme vastauksia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tutkimuskysymykseen, millaisia kokemuksia aikuisella potilaalla on kirurgisen toimenpiteen jälkeisestä hoidosta vuodeosastolla systemaattisella kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien mukaan. Toiminta- ja tutkimusympäristö keskittyy ainoastaan postoperatiiviseen, vuodeosastolla tapahtuvaan hoitoon. Koko hoitopolulla, käsittäen pre-, intra- ja postoperatiivinen hoito, on merkitystä asiakastyytyvyyteen leikkauksen jälkeen. Päätimme kuitenkin tutkia asiakkaiden kokemuksia juuri postoperatiivisen vuodeosastohoidon ajalta, koska olemme opintoihin liittyvissä harjoitteluissamme olleet postoperatiivisilla osastoilla harjoittelussa. Meillä on tämän vuoksi myös omaa kokemusta postoperatiivisesta hoidosta.

Käytimme menetelmänä systemaattista kirjallisuuskatsausta. Reilusta viidestä sadasta tarkastellusta tutkimuksesta seitsemän tutkimusta valikoitui katsauksemme. Etenimme vaihe vaiheelta Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystalouden kirjaston informaation ja Lehtori Ulla Paanasen ohjauksia hyödyntäen. Perehdyimme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen kirjallisuutta hyväksi käyttäen.

2 HYVÄ HOITO

2.1 Hyvä hoito lain ja laadunhallinnan näkökulmasta

Potilaalla (Suomessa pysyvästi asuvalla) on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen puitteissa, jotka kulloinkin ovat käytettävissä. Häntä on kohdeltava niin, ettei se loukkaa hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään. Potilaalla on oikeus käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada kirjalliset dokumenttinsa suomen tai ruotsin kielellä. Hänen kulttuurinen taustansa, yksilölliset tarpeensa ja äidinkiелensä on otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon hoidossa ja kohtelussa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. 2 luku. 3§.)

Potilaalle on laadittava terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa suunnitelma yhteistyössä hänen, hänen omaisensa, läheisensä tai laillisen edustajan kanssa. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Potilaalla on oikeus saada selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla voi olla merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvityksen antajan on pystyttävä esittämään asia niin, että potilas asian ymmärtää. Muussa tapauksessa potilaalle on huolehdittava esimerkiksi tulkkipalvelu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. 2 luku. 4§, 4 a§, 5§.)

Potilaan hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Kieltäytyessään tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos potilas ei jostain syystä kykene ilmaisemaan tahtoaan, on hänen laillista edustajaansa, läheistään tms. kuultava sen selvittämiseksi, mikä vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. Potilaan tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on voimassa, mitä mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa, tartuntatautilaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa säädetään. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. 2 luku. 6§, 8§, 9§.)

”Laatu on asiakkaan kannalta sitä, mitä asiakkaat haluavat palvelulta ja sitä tuottavalta yksilöltä yksilönä ja väestönä.” (Outinen, Holma & Lempinen 1994, 14).

Hoidon toteutus on hyvää, kun oikeita asioita tehdään oikein ja toimitaan olemassa olevien resurssien puitteissa tehokkaasti. Hyvään hoidon toteutukseen kuuluu myös olennaisena osana moniammatillinen yhteistyö ja toimiva tiedonkulku. Hoidon tulisi olla myös joustavaa ja saumattonta. (Outinen ym. 1994, 14.)

Kun puhutaan laadunhallinnasta, asiakas-käsite laajenee käsittämään myös omaisia ja muita hyödyn saajia, kuntia ja palvelun muita rahoittajia. Laadunhallinta vaatii myös asiakasanalyysin, jotta tunnistetaan eri asiakasryhmät. Asiakaspalautejärjestelmää pidetään yllä nimenomaan laadunhallintaa varten, tietoa tulisi saada jatkuvasti ja se tulisi analysoida ja hyödyntää tehokkaasti. Palautteen antamisen tulisi olla asiakkaalle helppoa, tietoa kerätessä huomioon tulisi ottaa huomioon asiakkaan lähtökohdat ja valmiudet. Asiakkaan tulisi saada tietoa siitä, miten heidän palautteensa on huomioitu ja hänellä tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa siihen, millaista tietoa kerätään. Palautteen tulokset tulisi analysoida kriittisesti työn sisällön ja tuloksien kannalta, palaute tulee suhteuttaa myös toiminnasta muulla tavoin saatavaan tietoon. (Outinen, Haverinen, Maanittu, Mäkelä & Mäntysaari 1995, 12–13.)

ASIAKASSUUNTAUTUNEISUUS ON TULEVAISUUTTA

- Asiakas on saamansa palvelun tuloksellisuuden ja laadun asiantuntija
- Laadunhallinta edellyttää asiakasanalyysiä ja sen hyödyntämistä
- Laadunhallinta edellyttää aina toimivaa asiakaspalautejärjestelmää
- asiakkaan tulee voida vaikuttaa siihen, millaista tietoa kerätään.

(Outinen ym. 1995, 12–13.)

Laadunhallinnan menetelmiä on useita ja ne kohdistuvat eri asioihin. Usein käytetty jaottelu on rakenteiden, tuloksien ja prosessin laadunhallinta. Rakenteisiin kohdistuvassa laadunhallinnassa painotetaan palvelurakenteen ja niiden toimipuitteiden kehittämistä, jotka luovat edellytykset laadukkaalle toiminnalle. Edellä mainittuun liittyvät työntekijöiden pätevyys, taidot ja osaaminen sekä tilat, rahoitus jne. (Outinen ym. 1995, 18.)

Tuloksien laadunhallinnassa kyse on palvelujen tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta. Tässä huomioidaan asiakkaiden palvelusta saamiaan hyötyjä, kuten terveyden paranemista, hyvinvointia, ongelmien ratkaisua. Asiakkaiden kokemukset keskeisiä, se miten heidän tarpeisiinsa on vastattu. Prosessiin kohdistuva laadunhallinta koskee palveluprosessin sujumista, osaamista ja virheettömyyttä. (Outinen ym. 1995, 18.)

Laadunhallinta edellyttää kaikilla tasoilla toiminnan seuranta ja arviointia. Laadun kehittäminen edellyttää aina mittaamista. Laadunhallinta kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen. (Outinen ym.1995, 23.)

2.2 Hyvä hoito potilaan/asiakkaan näkökulmasta

Potilaan käsitys hoidon hyvydestä tai huonoudesta muodostuu hänen aiemmista omista kokemuksistaan asiakaspalvelun vastaanottajana ja vertaamalla omia odotuksiaan saamaansa palveluun. Kun potilas kokee saaneensa hyvää palvelua, tämän kokemuksen aikaansaama tyytyväisyys on mahdollisuus parantaa potilaan motivoitumista omaan hoitoonsa ja näin varmistaa hoitomyönteisyyttä. (Outinen ym.1995,14.)

Vuori kertoo potilaan hyvästä hoidosta seuraavaa:

- Potilaan tyytyväisyys on hoidon olennainen tavoite ja siten osa hoidon laatua.
- Tyytyväisyys on hoidon muiden osien laadun sijaismitta (jos potilas on tyytyväinen, hoito on todennäköisesti hyvää).
- Potilaan tyytyväisyys on hyvän hoidon edellytys. Se vaikuttaa hänen asenteisiinsa hoitoon (tyytyväinen potilas seuraa hoito-ohjeita, hakeutuu ajoissa hoitoon jne.). (Vuori 1993, 69.)

Terveydenhuollon henkilökunnan ammattitaito on monissa tutkimuksissa havaittu tärkeäksi kriteeriksi asiakastyytyväisyyden ylläpitäjänä. Asiakkaan kohtelu on havaittu tärkeäksi seikaksi. Vuorelan mukaan asiakkaat arvioivat kokemustensa perusteella juuri kontaktitilannetta. He arvioivat myös henkilökunnan toimintaa ja käyttäytymistä. (Vuorela 1988, 35.)

3 POTILAAN KIVUNHOITO JA KIVUNHOIDON MENETELMÄT

3.1 Potilaan kivunhoidon arviointi ja menetelmät

Potilaan kipulääkkeiden valintaan ja kivunhoitomenetelmiin vaikuttavat potilaan sairaudet, ikä, lääkitys ja allergiat, potilaan omat toiveet, odotukset ja elämäntilanne. (Salanterä ym. 2006, 97.) Akuutin kivunhoidossa voidaan hyödyntää fysioterapiaa ja lääkkeiden annostelutekniikkaa. (Salanterä ym. 2006, 98.)

Eniten kipulääkkeitä on tutkittu leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa. Henkilökunnan koulutus tulee huomioida vaativissa kivun hoidoissa, kuten PCA-tekniikalla ja epiduraalisesti toteutettavissa kivunhoidoissa. Kivunhoitokeijussa pitää huomioida myös potilaan läheisten perehdytys ongelmatilanteiden varalle, sekä mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitoyksikköön kaikkina vuorokauden aikoina. Kivun lievittyminen on tavoitteena akuutin kivun hoidossa. Leikkauksen jälkeistä kipua arvioidaan VAS -kivunmittausasteikolla (1–10). Leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa pyritään VAS -asteikolla 3–4/10 tai vähempään levossa 0–3/10. Kipu on tällöin sanallisesti mitattuna siedettävää tai lievää. Hoidon onnistumisen arviointia voidaan seurata samalla kipumittarilla, jolla on arvioitu kipua ennen hoidon aloittamista. Akuutin kivun lääkehoitoa tulisi arvioida noin 20–30 minuuttia lääkkeen saannin jälkeen. Arvioinnissa tulee huomioida kivun laatu, sijainti, haittavaikutukset ja kesto. Lääkehoidon vaikutukset tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Jos kivun hoidon vaikutavuutta ei kirjata, se jää vain yksittäisten hoitajien tietoon. Tällöin potilaan yksilöllinen kivunhoito ei onnistu. (Salanterä ym. 2006, 99–101.)

Akuuttia kipua sekä leikkauksen jälkeistä kipua ja kivunhoitoa arvioidaan aina 20 minuutin kuluttua lääkityksestä. Akuuttia kivunhoitoa arvioidaan tiheästi kipumittaria apuna käyttäen (1–2 tunnin välein) ja leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa vähintään kerran työvuorossa (2–4 tunnin välein), liikkuessa sekä levossa. PCA:n tai epiduraalisen lääkityksen hoitoa seurataan tiheästi ensimmäisen vuorokauden ajan. (Salanterä ym. 2006, 102–104.)

Seurattavia suureita kivunhoidossa ovat sydämensyke, verenpaine, kivun voimakkuus, hengitystiheys, motoriikka ja sedaatio. Sairaanhoidajan ammattitaitoa on päättää, mitä suureita potilaan hoidossa seurataan. Haittavaikutusten seuranta kuuluu myös hoidon onnistumisen arviointiin. (Salanterä ym. 2006, 103.)

3.2 Potilaan kivunhoidon kirjaaminen

Selkeä kuva potilaan kivusta, tavoitteista ja saavutuksista saadaan hyvällä kivun hoidon kirjaamisella. Kirjaamisen pitää olla säännöllistä. Akuutin kivun lähtötilanne kartoitetaan kysymällä, milaista, missä ja kuinka voimakkaan tuntuista kipu on. Lisäksi kysytään alkamisajankohta ja mikä helpottaa tai pahentaa kipua. Kivun hoidon kirjaamisessa keskeistä on kirjata kivun laatu, voimakkuus ja sijainti. (Salanterä ym. 2006, 102–104.)

Leikkauksen jälkeisessä ja akuutin kivun hoidossa pyritään kivun hoidolla siihen, ettei kipu haittaa syömistä, nukkumista, lukemista tai liikkumista. Potilasasiakirjoihin kirjataan lääkkeen määrä, annotapa, nimi, ajankohta, mihin kipuun lääkettä on annettu sekä lääkkeen antaja. Lääkkeettömissä hoidoissa kirjataan käytetty menetelmä, esimerkiksi lämpöpakkaus, kylmäpakkaus tai rentoutus. Lopuksi kirjataan kivun hoidon vaikuttavuus. (Salanterä ym. 2006, 102–104.)

3.3 Potilaan ohjaaminen

Kivunhoidossa potilasohjauksella on tavoitteena, että potilas saa riittävästi tietoa kivustaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä, käytettävissä olevista hoitomenetelmistä ja hoidoista. Saatu tieto mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan kivunhoitoonsa ja auttaa häntä saamaan oman elämäntilanteen hallintaan mahdollisesta kivusta huolimatta. Myös potilaan läheiset tarvitsevat samaa tietoa. Kivun hoidon kompastuskivi on monesti tietämättömyys. Väärät uskomukset kipulääkkeiden turvallisuudesta, lääkeriippuvuuden syntymisestä tai lääkäreiden ja hoitajien työstä ovat tietämättömyyttä. Virheajatuksia voi olla esimerkiksi, että vahvat kipulääkkeet tekevät riippuvaisuutta tai kaikilla kipulääkkeillä on vaikeita haittavaikutuksia. Potilas voi ajatella, että hoitajat ja lääkärit tietävät ammattilaisina potilaiden kivun, eikä siitä tarvitse hoitohenkilökunnalle erikseen kertoa. Hyvää kivunhoitoa edistää ajantasainen, asianmukainen ja ristiriidaton tiedon tarjoaminen sekä varmistaminen tiedon perille menosta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 91.)

Ohjaus lähtee potilaan tarpeista sekä hänen kyvystään oppia ja ymmärtää. Ajankohta ohjaukselle pitää olla sopiva ja tiedon määrä ei saa olla liikaa yhdelle kerralle sisäistettäväksi. Puhuttu ja kirjallinen materiaali pitää olla yhtenevä, henkilökunnalla pitää olla sama linja ja henkilökunnan tulee antaa toinen toistaan tukevaa tietoa. Oleellista on myös kertoa, mistä potilas saa itse lisätietoa. Vertaistukiryhmät on tärkeä tieto potilaalle. Potilaalle annettava kirjallinen materiaali pitää olla helposti luettavaa. (Salanterä ym. 2006, 91–92.)

Potilaat haluavat tietää, kokevatko he toimenpiteen aikana tai sen jälkeen kipua, kuinka kauan kipu kestää, miltä kipu tuntuu, milloin he kertovat hoitohenkilökunnalle kivusta, millaisia vaihtoehtoja kivunhoitoon on, onko kivusta ongelmia, onko kivun hoidosta ongelmia, millainen kipu on normaalia ja mistä saa apua kun kipu yltyy. Preoperatiivisella ohjauksella on yhteys leikkauksen jälkeisen kivun kokemiseen. Potilas, joka ei tiedä mitä on odotettavissa, tuntee enemmän kipua kuin potilas, joka tietää mitä on tulossa. Leikkausta ennen saatu tieto vähentää potilaan ahdistusta ja pelkoa, jotka lisäävät kivun kokemista. Potilas tarvitsee myös tietoa, miten hän voi lievittää itse akuuttia kipuaan. Potilaan ymmärrys ja asian käsittely tulee huomioida ohjauksessa. Jos potilaalle tapahtuu ennalta suunnittelemaan elämäntilanteen muutos, niin kriisin ja stressireaktion vuoksi asian käsittely ja ymmärrys kärsii. (Salanterä ym. 2006, 92–93.)

Potilaan ohjaus on myös potilaan tarpeiden arviointia, niihin vastaamista sekä potilaan kuuntelua. Potilaan ohjaus ei ole pelkästään neuvojen antamista. Hoitajalla tulee olla tieto potilaan hoitolinjoista sekä tarjota realistista tietoa kivusta ja sen hoidosta. Pitkään jatkunutta kipua poteva potilas tarvitsee tietoa kivusta ja kivun vaikutuksista omiin tunteisiin, toimintakykyyn, taloudellisiin asioihin sekä sosiaalisiin suhteisiin. Hänelle on tarjottava tietoa mahdollisuuksista vaikuttaa omaan hoitoonsa ja asioihinsa. Hänelle on kerrottava hänen oikeuksistaan. (Salanterä ym. 2006, 93.)

3.4 Potilaan postoperatiivinen kivunhoito

Kiputyypit voidaan jakaa neuropaattiseksi kivuksi, kudonvauriokivuksi, sekatyypiseksi kivuksi ja idiopaattiseksi kivuksi. Sekatyypisessä kivussa yhdistyy neuropaattinen kipu ja kudonvauriokipu. Tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia käytetään lievän ja keskivaikean kudonvauriokivun hoidossa. Jos edellä mainitut koetaan riittämättömäksi yhdistelmäksi, voidaan mukaan lisätä myös opioidi, miedoimmista opioidista aloittaen. Vahvoja opioideja käytetään leikkauksen jälkeisen keskivaikean ja vaikean kivun hoidossa sekä syöpäpotilaiden hoidossa. (Salanterä ym. 2006, 94–97.)

Tulehduskipulääkkeet vähentävät opioidien tarvetta leikkauksen jälkeen sekä parantavat kivunlievitystä. Leikkausten jälkeen kivun hoidossa käytetään puudutteiden ja lääkkeiden monipuolisia annostelutekniikoita. Yleisimpiä ovat kipupumput ja epiduraaliset kivunhoitotekniikat. Masennuskipulääkkeitä voidaan käyttää pitkäaikaisen kudonvauriokivun hoidossa. Leikkauksen jälkeisen ja akuutin kivun hoidossa käytetään myös fysioterapeuttisia menetelmiä. (Salanterä ym. 2006, 94–97.)

Neuroopaattisen kivun lääkkeet ovat perustana neuroopaattisen kivun lääkehoidolle. Lääkkeitä ovat mm. tramadoli, epilepsiakivulääkkeet, masennuskivulääkkeet sekä ulkoisesti käytettävät lääkevalmisteet. Riittävän kivunhoidon saamiseksi edellä mainittuja lääkkeitä voidaan myös yhdistellä. Vahva opioidi voidaan myös liittää edellä mainittujen lääkkeiden tueksi. (Salanterä ym. 2006, 94–97.)

Parasetamoli ja tulehduskivulääkkeet ovat yleensä tehottomia kroonisen neuroopaattisen kivun hoidossa. Stimulaatiomenetelmiä voidaan käyttää myös neuroopaattisen kivun hoidossa. Puudutuksista ei ole osoitettu olevan hyötyä kroonisen neuroopaattisen kivun hoidossa. Idiopaattisen kivun hoidossa käytetään ensisijaisesti masennuskivulääkkeitä. Jos kivulla arvellaan olevan psykologisia tekijöitä, voidaan käyttää keskeisiä psykologisia hoitomenetelmiä. Leikkaushoidossa käytetään opioideja. (Salanterä ym. 2006, 94–97.)

3.5 Kirurgisen potilaan lääkkeellinen kivunhoito

Kivunhoidon menetelmistä käytetyin ja tärkein on lääkehoito. Puudutteiden ja kipulääkkeiden invasiiviset annostelutekniikat mahdollistavat tehokkaan kivunhoidon vaikeissa kiputiloissa. Pääasialliset kivunhoidossa käytettävät lääkkeet ovat alkuperäisreseptillä määrättävät PVK-lääkkeet (PVK-a-lääkkeet) sekä keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet (PVK-t-lääkkeet). Lääkäri voi määrätä vahvoja opioidikivulääkkeitä ainoastaan erikoisreseptillä eli huumausainereseptillä. Eri-tyisluvallisia valmisteita ovat esimerkiksi lidokaiinilaastari ja kapsaisiinivoide, joihin tarvitaan tavallisen reseptin lisäksi erityislupahakemus lääkelaitokselta. (Salanterä ym. 2006, 107–108.)

3.5.1 Tulehduskivulääkkeet potilaan kivunhoidossa

Tulehduskivulääkkeitä käytetään sellaisen kudosaivuriokivun hoidossa, joka on voimakkuudeltaan lievää tai keskivaikeaa. Tulehduskivulääkkeet eli NSAID-lääkkeet vaikuttavat ääreishermpäätteen tasolla, jossa ne estävät COX-entsyymien eli syklo-oksigenaasientsyymien toimintaa. Tulehduskivulääkkeiden suhteellisia ja absoluuttisia vasta-aiheita ovat ulkus, raskauden viimeinen kolmannes, astma, hyytymisjärjestelmän häiriöt, sydämen-, maksan- ja munuaisten vajaatoiminta, hypertensio, allergia tulehduskivulääkkeille, hypovolemia (kuivuminen) sekä korkea ikä. Tulehduskivulääkkeiden koko elimistöön vaikuttavia valmisteita ovat nopeasti ja hitaasti suun kautta otettavat tabletit tai mikstuurat, injektiot laskimoon tai lihakseen, sekä peräpuikot. Lihakseen ja laskimoon annostelu ei suojaa ruuansulatuskanavaan kohdistuvilta haittavaikutuksilta, joita ovat

esimerkiksi verenvuodot, ärsytys ja haavaumat. Jopa 10–45 prosentilla tulehduskipulääkkeitä käyttävistä potilaista esiintyy näitä haittavaikutuksia. Pahoinvointi, vatsakipu, yleistilan lasku, oksentelu ja mustat ulosteet voivat olla oireita ruuansulatuskanavan vuodosta. Ruuansulatuskanavan haittavaikutuksia voidaan vähentää vaihtamalla tulehduskipulääkkeet parasetamoliin tai koksibeihin tai lisäämällä mahansuojälääke tulehduskipulääkkeen rinnalle. (Salanterä ym. 2006, 109–114.)

Tulehduskipulääkkeet voivat nostaa maksa-arvoja, mutta se voi olla ohimenevää ja arvot korjaantuvat kun lääkitys keskeytetään. Tulehduskipulääkkeet heikentävät veren hyytymisominaisuuksia, koska ne estävät aggregaatiota eli verihitaleiden tarttumista toisiinsa. Potilasohjauksessa tulee huomioida, että on suositeltavaa käyttää vain yhtä tulehduskipulääkettä kerrallaan. Jos tulehduskipulääke ei riitä kudonsvauriokivun hoidoksi, tulee hoitoa tehostaa opioidiryhmän lääkkeellä ja miettiä ei-lääkkeellisten hoitojen tehostamista. (Salanterä ym. 2006, 109–114.)

3.5.2 Parasetamoli potilaan kivunhoidossa

Parasetamoli vaikuttaa lähinnä keskushermoston kautta estämällä COX–3-entsyymin toimintaa. Se lievittää kipua ja alentaa kuumetta, muttei vaikuta tulehdusreaktioon. Käyttöaiheet ovat samat kuin tulehduskipulääkkeillä ja sitä käytetään myös esilääkkeenä ennen leikkausta. Parasetamolilla voidaan annostella poretablettina, tablettina, mikstuurana, peräpuikkona sekä laskimoon. Parasetamolilla on paljon etuja verrattuna tulehduskipulääkkeisiin. (Salanterä ym. 2006, 115.)

Parasetamolivalmisteet eivät estä verihitaleiden tarttumista toisiinsa. Ne eivät aiheuta ruuansulatuskanavan ärsytystä, allergiaoireet ovat harvinaisia ja ne ovat turvallisia käyttää myös imeytyksen sekä raskauden aikana. Parasetamolilla on heikompi teho kipuun kuin muilla tulehduskipulääkkeillä. Huomioitavaa on, että parasetamoli on maksatoksinen lääke. (Salanterä ym. 2006, 115.)

3.5.3 Opioidit potilaan kivunhoidossa

Opioidit ovat tehokkaimmat käytössä olevat kipulääkkeet. Niitä käytetään myös leikkauksen jälkeisen ja akuutin kivun hoidossa. Opioidit otetaan käyttöön, jos osoitetaan tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin vaikuttavuuden riittämättömyys. Opioidit aktivoivat elimistön omaa opioidijärjestelmää. Kivun lievitys välittyy pääasiassa μ -opioidireseptorien kautta. Reseptorit sijaitsevat ää-

reiskudoksessa, aivoissa ja selkäytimessä. Opioidin aikaan saaman reseptorin aktivaation seurauksena kipujärjestelmän nousevan kipuradaston toiminta hiljenee ja samalla kipua laskevan järjestelmän toiminta vahvistuu. (Salanterä ym. 2006, 116–117.)

Opioidin aloituksessa edetään WHO:N lääkeportaikon mukaisesti. Portaikossa alimpana (taso yksi) ovat heikot opioidit: kodeiini, dekstropropoksifeeni ja tramadoli. Tasolla kaksi on keskivahva opioidi, buprenorfiini. Tason kolme vahvat opioidit ovat oksikoni, morfiini ja fentanyl. Vaikeissa akuuteissa kivuissa, kuten sydänlihaksen hapenpuutteessa tai vaikeassa vammassa sekä leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa hoito aloitetaan suoraan vahvalla opioidilla parasetamolin tai tulehduskivulääkkeen lisäksi. (Salanterä ym. 2006, 116–117.)

Opioideja voidaan harkita myös neuropaattisen kivunhoitoon. Hengityslama on pelätyn haittavaikutus opioidihoidossa. Käytännössä hengityslaman riski liittyy vain suuriin suonensisäisiin kerta-annoksiin tai muiden keskushermostoa lamaavien lääkkeiden ja opioidien yhtäaikaiseen käyttöön. Tämän vuoksi suonensisäinen hoito tehdään paikoissa, joissa on hyvät valmiudet potilaan seurantaan. Hengityksen seurannassa tarkkaillaan potilaan hengitystaajuutta, yleistä vireystilaa ja happisaturaatiota. Opioideja annostellaan pieninä kerta-annoksina. (Salanterä ym. 2006, 118.)

Tavallisimpina ruuansulatuskanavan haittoina ovat oksentelu, pahoinvointi, suun kuivuminen ja ummetus. Lisäksi virtsateiden- ja sappispasmin mahdollisuus liittyy opioidien käyttöön, koska opioidit lisäävät niiden seinämän sileän lihaksen jänneyttä. Opioideista johtuvan pahoinvoinnin ennaltaehkäisyssä sekä hoidossa voidaan käyttää muun muassa pieniä annoksia metoklopramidia tai haloperidolia. Ummetuksen ehkäisyyn annetaan potilaalle ruokavalio-ohjeet ja pitkäaikaisen opioidihoidon ajaksi on syytä aloittaa myös säännöllinen ummetuslääkitys. Syljen eritystä lisäämällä ja veden juomisella voidaan vaikuttaa suun kuivumiseen. Opioidin yleisin haittavaikutus on väsymys. Opioidit saattavat aiheuttaa huonon olon tunnetta (dysforiaa), hyvän olon tunnetta (euforiaa), painajaisunia ja sekavuutta. Kutina on myös yleinen haittavaikutus. Kutinan hoitoon sopii pienellä annoksella opioidin vastavaikuttaja naloksoni. Nopeaan suonensisäiseen annosteluun voi varsinkin suuria annoksia käytettäessä liittyä lihasjäykkyyttä. Leikkausosastoilla tällä on merkitystä lähinnä nukutustilanteessa, jolloin voidaan käyttää lihasrelaksantteja poistamaan jäykkyyttä. (Salanterä ym. 2006, 118–119.) Vuodeosastoilla leikkauksen jälkeen voidaan opioideja annostella suonensisäisesti muun muassa PCA- tai NCA-menetelmillä (nurse controlled analgesia). (Salanterä ym. 2006, 123).

Puudutteita annostellaan myös hermopunoksia ympäröivään tuppeen, perifeeristen hermojen läheisyyteen, epiduraalitalaan ja intratekaalisesti selkäytimen läheisyyteen. Epiduraalipuudutus, har-tiapunospuudutus, sakraalipuudutus, paravertebraalipuudutus ja stellatumpuudutus ovat sentraalisia puudutuksia, joista epiduraalipuudutusta käytetään leikkauksen jälkeisen kivun ja akuutin kivun hoidossa. Puudutteen mukana potilaalle voidaan antaa myös adrenaliinia, opioideja, klonidiinia tai kortikosteroidia. Puudutteiden toksisia vaikutuksia ovat korvien soiminen, huulten ja kielen puutuminen, näköhäiriöt, sydämen tiheälyöntisyys, epätodellinen olo, lihasnykäykset, levottomuus, tajuttomuus, kouristukset sekä verenkierron ja hengityksen lama. (Salanterä ym. 2006, 131–133.) Fysikaalisia kivunhoitomenetelmiä leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa ovat kylmähoito, painepussipuristushoito ja lymfaterapia. (Salanterä ym. 2006, 160–161).

4 ASIAKASTYYTYVÄISYYS JA ASIAKASPALAUTE

4.1 Asiakastyytyväisyys

Kun halutaan kehittää omaa nykyistä tai luoda kokonaan uutta hoitokäytäntöä, tulee ensin määrittellä, mitä hyvällä hoitokäytännöllä omassa organisaatiossa tarkoitetaan. On päätettävä, millä tavalla halutaan hoitoa kehittää, kuka määrittää hyvän ja kenen mielipiteet tulisi ottaa huomioon suunnittelussa. Lähtökohtana suunnittelussa on selvittää, kenen odotuksiin, vaatimuksiin ja tarpeisiin palvelun tulee vastata. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 22.)

Organisaation maine koostuu siitä, mitä siitä puhutaan, sanotaan ja tiedetään. Hyvä maine takaa suotuisan toimintaympäristön organisaatiolle. Perustana maineelle ovat teot ja sanat. Ei riitä, että yhteisön tuote, työ tai palvelu on hyvää. Yhteisön täytyy tunnistaa heikkoutensa ja vahvuutensa ja on pyrittävä kehittymään. Valinnoillaan ja toiminnallaan organisaatio viestittää itsestään, halusipa se sitä tai ei. Ulkoisia ja sisäisiä toimintaedellytyksiään organisaatio muokkaa viestinnällään ja tästä rakentuu organisaation identiteetti. (Pesonen, Lehtonen & Toskala 2002, 6.)

Organisaation on siis pyrittävä kahteen yhtä tärkeään tavoitteeseen: itsensä tuntemisen kautta rakentuvaan laadukkaaseen, omia vahvuuksia kehittävään toimintaan sekä laadukkaaseen toiminnasta viestimiseen. Ei ole ihme, että asiakaspalvelusta ja markkinoinnista on tullut useimpien organisaatioiden elinehto. Juuri ne ovat omasta toiminnasta viestimisen ja siten mielikuvien ja maineen rakentamisen kanavia. Se, millaista organisaation asiakaspalvelu on ja millaisia markkinoinnin keinoja se käyttää, luo tehokkaasti mielikuvia, koska asiakaspalvelu ja markkinointi ovat osa organisaation toimintaa. Ne kertovat siitä, mitä ja millainen organisaatio on. (Pesonen ym. 2002, 6.)

Markkinoinnin ja asiakaspalvelun perustana ovat organisaation toimiala, strategisen johtamisen suuntaviivat, organisaation toiminta-ajatus ja tehtävät. Reunaehdot ja taloudelliset tavoitteet muodostavat myös markkinoinnin ja asiakaspalvelun ulkoista viitekehystä sekä määrittävät puitteet, tavoitteet ja keinot käytännön toteutukseen. On sanottu, että organisaation käyntikortti on asiakaspalvelija. Asiakaspalvelussa näkyy organisaation toimivuus ja sisäinen ilmapiiri. Organisaation sisäinen kehittäminen on avainkysymys menestykselliseen markkinointiin ja asiakaspalveluun. Sisäisen kehittämisen tavoitteena on, että työntekijä kokee olevansa oikeasti tarpeellinen ja merkittävä organisaatiolle. Tästä puhutaan myös sisäisenä asiakkuutena, joka ymmärretään organisaation ja sen eri ryhmien nivoutumisena yhteen ja merkityksenä organisaation toimintaan.

Kun organisaatio toimii sisäisesti hyvin, sen toimivuus heijastuu myös ulospäin ympäristöön. Markkinointi ja asiakaspalvelu ovat myös lupauksia, tekoja ja sopimuksia. Parhaimmillaan markkinointi ja asiakaspalvelu ovat kykyä asettua asiakkaan asemaan ja lähteä asiakkaan tarpeista. (Pesonen ym. 2002, 7–8.) Kehittyminen on ehkä keskeisin haaste markkinoinnissa ja asiakaspalvelussa. (Pesonen ym. 2002, 12).

Asiakaspalvelua ja markkinointia voidaan pohtia eri tieteenalojen, kuten viestintätieteet, taloustieteet ja psykologian kautta. Nämä tieteenalat tarjoavat työkaluja markkinoinnin ja asiakaspalvelun ilmiöiden jäsentämiseksi, hahmottamiseksi ja toiminnan kehittämiseksi. Markkinointia ja asiakaspalvelua tutkitaan taloustieteissä strategisen johtamisen näkökulmasta. Asiakaspalvelussa tarkastelun kohteeksi voivat nousta palvelun laatu, asiakassuhdemarkkinointi, palvelun luokittelu ja asiakastyytyväisyysjohtaminen. Markkinointia lähestytään kohdemarkkinoiden määrittelyn, toimintaympäristön analyysin ja markkinoinnin kilpailukeinojen näkökulmista. Viestintätieteissä näkökulma on henkilökohtaisessa esiintymisessä asiakaspalvelussa sekä organisaation asiakas- ja yleisöviestinnässä, unohtamatta sisäistä viestintää, joka toimii perustana. Psykologiassa tarkastellaan asiakaspalvelutilannetta tuntevien, kokevien ja tietävien ihmisten kohtaamisena. Psykologisella näkökulmalla voi tutkia esimerkiksi tunteita, motiiveja, havaitsemista ja tulkintaa tilanteissa. Se saattaa olla myös kiinnostunut tilanteessa vaikuttavista normeista, odotuksista ja rooleista. Nämä kaikki näkökulmat lähestyvät omista suunnistaan markkinointia ja asiakaspalvelua korostaen omia painopisteitään. Markkinointi ja asiakaspalvelu ovat kaikkia näitä. Näiden eri näkökulmien tarkastelu rinnakkain mahdollistaa markkinoinnin ja asiakaspalvelun laajemman ymmärtämisen ja avaa tiedon soveltamismahdollisuuksia. (Pesonen ym. 2002, 13–14.)

Useimmiten vuorovaikutuksesta syntynyt käsitys laadusta on pohjana koko palvelun laadun arvioinnille, joten monet palvelut konkretisoituvat ihmisten silmissä nimenomaan niissä asiakaspalvelijoissa, joiden kanssa ovat vuorovaikutuksessa. Palvelun laatuun vaikuttavat myös asiakkaiden kokemukset organisaation järjestelmiin ja fyysisiin resursseihin, esimerkiksi jonotusjärjestelmät ja automaatit. Myös asiakkaiden täyttämät lomakkeet voidaan laskea vuorovaikutukseksi. Jos asiakas pitää vuorovaikutuksen jotain osaa vaikeana, monimutkaisena tai epämiellyttävänä, niin laadun taso kärsii. (Pesonen ym. 2002, 44–45.)

Koettuun kokonaislaatuun vaikuttavat asiakkaan ennako-odotukset ja käsitykset laadusta. Käsitykseen laadusta vaikuttavat asiakkaan tarpeet, organisaation imago, markkinaviestintä ja suusanallinen viestintä. Huono imago voi vaikuttaa heikentävästi asiakkaan kokemukseen palvelun

laadusta, kun taas hyvän imagon omaava organisaatio saa asiakkaalta helpommin anteeksi pienet laatupoikkeamat. Palvelun toleranssivyöhyke eli hyväksyttävän palvelun alue on kahden tason välissä: Odotetun palvelun tason, mitä se voisi olla asiakkaalle parhaimmillaan ja taso, missä asiakas kokee saaneensa riittävää palvelua. (Pesonen ym. 2002, 46.)

Asiakkaan tarpeet kertovat sen, mitä hän palvelulta odottaa. Liian hieno palvelu voi tuntua myös asiakkaasta epämiellyttävältä. Laatuun vaikuttavat myös asiakaspalvelijoiden ulkoinen olemus, palvelun saavutettavuus, muut asiakkaat, toimitilojen viihtyisyys ja ilmapiiri, sekä asiakkaan kokemus palvelutilanteesta. (Pesonen ym. 2002, 47–48.) Asiakaspalvelijan huonot hetket eivät saa missään tapauksessa näkyä asiakkaalle. Palvelutilanne on asiakkaalle ainutlaatuinen, joten asiakaspalvelijan tyytyväisyyttä on vaikea hyväksyä. (Pesonen ym. 2002, 50.)

Laatujohtamisessa keskitytään laadun kehittämisen työkalujen, periaatteiden ja tekniikoiden hallintaan. Kansainvälinen ISO 9000 – standardisarja on tunnetuin laatujohtamisjärjestelmä, joka antaa organisaation laadunhallinnalle suuntaviivat. Laatujohtamisten tavoitteena on jatkuva asiakastytyväisyyden parantaminen, joka lähtee liikkeelle asiakastytyväisyyden selvittämällä. Sen jälkeen asetetaan päämäärät asiakastytyväisyyden tason nostamiselle ja suunnitellaan tarvittavat toiminnot tyytyväisyyden nostamiselle. Päämäärien säännöllisellä tarkistamisella ja nostamisella sekä toiminnan seuraamisella varmistetaan jatkuva parantaminen. (Pesonen ym. 2002, 50–51.)

Asiakasviestinnässä voi mennä moni asia vikaan. Vika voi olla vastaanottajassa. Asiakas ei huomaa sanomaa, ymmärtää tiedon väärin, tulkitsee viestin tarkoituksen tai sisällön omien oletusten tai ennakkoluulojen mukaan, omaksuu viestin liian ylimalkaisesti tai viesti jää saamatta ylilegoinnin takia, eli asian käsittelee joku muu kuin asiakas itse. Vika voi olla viestin lähettäjässä. Hän voi antaa tietoa liikaa, jolloin tärkein sanoma hukkuu, karsii liikaa tietoa, valitsee sopimattoman tai tehottoman kanavan, huonon ajankohdan, huonon tilanteen tai paikan, viesti on moniselitteinen tai epätarkka ja viestin perille menoa ei varmisteta. Vika voi olla myös ympäristössä. Viestintäilmasto voi olla huono, yhteisön kulttuuri ei tue viestintää tai viestintäsystemi ei toimi. (Pesonen ym. 2002, 69.)

Asiakkaan ja henkilöstön tyytyväisyys ovat kaksi laadunmittaria jotka sisältyvät palveluorganisaation laatuajatteluun. Hyvä työilmapiiri, sisäinen asiakkuus, henkilöstön vastuuntunto ja organisaation

tion joustavuus ovat ominaisia piirteitä asiakassuuntautuneelle palveluorganisaatiolle. (Pesonen ym. 2002, 95.)

Kommunikointi, joka takaa asiakastyytyväisyyden on asiakkaan kuuntelua, asiakkaan ongelmiin paneutumista, palveluvalmiuden osoittamista, ratkaisujen etsimistä asiakkaan ongelmiin, asioiden esittämistä asiakkaan kielellä ja käyttäen asiakkaalle tuttuja käsitteitä, tavoitteiden perustelua asiakkaan arvomaailmasta ja tavoitteista käsin. Kommunikoinnin ansiosta asiakkaan kuva organisaatiosta luotettavana ja asiantuntevana yhteistyökumppanina vahvistuu. (Pesonen ym. 2002, 96.) Empatia on kuuntelemisen taitoa. Taito nähdä tilanne tai asia toisen osapuolen näkökulmasta on asiakaspalvelijan arvokkaimpia avuja. (Pesonen ym. 2002, 119.)

4.2 Laadullinen asiakaspalautelomake

Aineiston kerääminen voidaan toteuttaa ainakin kahdella päätavalla. Posti- ja verkkokyselynä tai kontrolloituna kyselynä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 196.) Lomakkeen kysymysten avulla voidaan kerätä tietoa käyttäytymisestä, toiminnasta, tosiasioista, arvoista, tiedoista, uskomuksista, mielipiteistä, käsityksistä ja asenteista. Lomakkeissa voidaan myös pyytää perusteluja tai arviointeja mielipiteille, toiminnoille tai vakaumuksille. Useimmissa lomakkeissa kysytään vastaajaa koskevia taustatietoja, kuten ikä, sukupuoli, koulutus, perhesuhteet ja ammatti. (Hirsjärvi ym. 2009, 197.)

Kysymysten muotoilussa käytetään yleensä kolmea muotoa:

1. Avoimet kysymykset, joissa kysymyksen jälkeen on tyhjä tila vastausta varten.
2. Monivalintakysymykset, joissa on laadittu numeroidut vastausvaihtoehdot. Vastaaja rengastaa tai rastittaa oikean vaihtoehdon tai useamman vaihtoehdon, jos niin on ohjeistettu. Rastittaminen on koettu helpommaksi vastaajille.
3. Skaaloihin eli asteikkoihin perustuva kysymys, joissa vastaaja vastaa väittämiin, miten paljon hän on samaa mieltä tai eri mieltä kuin väittämä. (Hirsjärvi ym. 2009, 198–200.)

Kyselylomakkeen laadinnassa on tärkeää selvyys ja spesifiset kysymykset on koettu paremmiksi kuin yleiset kysymykset. Kysymykset on hyvä pitää lyhyinä. Kaksoismerkityksellisiä kysymyksiä kannattaa välttää. Vaihtoehtona vastauksissa on hyvä tarjota valittavaksi myös ”ei mielipidettä”. Monivalintavaihtoehdot ovat parempia kuin ”samaa mieltä/eri mieltä”-väittämät. Kysymysten järjestystä ja määrää lomakkeessa kannattaa harkita. Sanojen käyttö ja valinta on hyvä tarkastaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 202–203.)

5 KVALITATIIVINEN ELI LAADULLINEN TUTKIMUS

5.1 Määritelmä

Kvalitatiivisen määrittelyssä korostuu ihmisten tulkintojen, kokemusten motivaatioiden tai käsitysten tutkiminen, sekä kuvaus ihmisten näkemyksistä. Laadullinen tutkimus liittyy asenteisiin, käyttäytymisen muutoksiin ja uskomuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 65–66.) Keskeisiä tutkimusmetodeja ovat tekstianalyysi, havainnointi, haastattelu ja litterointi. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelu on avointen kysymysten esittämistä valituille ryhmille tai yksilöille. (Metsämuuronen 2008, 14.)

Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen ja sillä pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti kohdetta. Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään ennemminkin paljastaa tai löytää tosiasioita, kuin todentaa totuusväittämiä, jotka ovat jo olemassa. (Hirsjärvi ym.2009, 161.)

Kirjallisuuskatsaus kvalitatiivisessa tutkimuksessa voi olla suppeampi kuin kvantitatiivisessa. Kvalitatiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tavoitteena onkin luoda lähinnä kuva tutkijalle tutkimusilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 92.)

Laadullisen tutkimuksen oppikirjoissa usein näkee ilmoitettavan 15 tiedonantajaa maksimimääräksi, koska tällä määrällä uskotaan saatavan luotettava tutkimustulos. Tiedonantajia voi olla vähemmänkin. Aineisto voi alkaa toistaa itseään, jos tiedonantajien määrää lisätään. (Kananen 2008, 38.)

Tutkimuksen kannalta tulokset ovat keskeinen osa. Pahimpia väärinkäsityksiä laadullisessa tutkimuksessa ovat tutkimukset, joissa sähköpostin liitetiedostona on lähetetty kysely muutamille henkilöille sisältäen kymmenen avointa kysymystä. Silloin ei voida puhua laadullisesta tutkimuksesta, tuskinpa mistään tutkimuksesta. (Kananen 2008, 131.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä tiivistetysti ovat

- subjektiivisuus
- pehmeys ja joustavuus

- relativistisuus
- strukturoimattomuus
- tutkijan ja osallistujan suhteen läheisyys
- teorian luominen
- syvyys, rikkaus
- kokonaisvaltaisuus
- ihmisen toimiminen tiedonkeruun välineenä
- luonnolliset aineistonkeruun kontekstit
- otosten tarkoituksenmukaisuus
- induktiivinen analyysi
- tulosten ainutlaatuisuus
- joustavuus tutkimussuunnitelman laatimisessa. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 73.)

5.2 Fenomenologinen näkemys

Fenomenologisen lähestymistavan avulla saavutetaan parhaiten hoitamiseen liittyvä tieto kokemuksista vähän tutkituista tai vaikeasti määriteltävistä asioista. (Janhonen & Nikkonen 2003, 122.) Hoitotieteessä fenomenologinen tutkimus antaa tietoa hoidettavana olevien toimintaan ja arkielämään liittyvistä kokemuksista ja niiden merkityksestä. Se antaa tietoa myös hoitamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä hoitamaan oppimisesta. (Janhonen & Nikkonen 2003, 121.) Fenomenologia on kiinnostunut ilmiöistä ja niiden tulkitsemisesta. Sen historia johtaa 1900-luvun alkuun ja Edmund Husserliin. (Metsämuuronen 2006, 212.)

Fenomenologinen näkemys eli oppi ilmiöistä korostaa todellisen elämän kokonaisvaltaisuutta, kuvaamista ja tosiasioiden löytämistä. Fenomenologiassa pyritään tutkimaan kokemusten näkökulmasta tietoisuuden rakenteita. Tutkija yrittää ymmärtää tutkimukseen osallistujan kokemusmaailmaa osallistujan todellisuudessa. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 16.)

Fenomenologisella (kreikkalainen oppi ilmiöstä) menetelmällä tavoitellaan ihmisten kokemusten kuvausta ja se perustuu fenomenologiseen filosofiaan. Fenomenologia tutkii ihmisen todellisuuden ilmenemistä hänen omassa kokemusmaailmassaan. Edmund Hussler määrittelee fenomenologisen tieteen tutkivan tietoisuuden rakenteita havaintokokemuksessa. Karkeasti voidaan jakaa fenomenologia kahteen eri linjaukseen: tulkitsevaan eli hermeneuttiseen fenomenologiaan sekä

kuvailevaan. Vielä fenomenologiaa varhaisempaa ajattelua edustaa hermeneutiikka, joka on alun perin tarkoittanut pyhien tekstien tulkitsemista. Fenomenologisen menetelmän peruskäsitteitä ovat merkitys, intentionaalisuus, esiymmärrys, kuvaus ja kokemus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 71.)

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TEKEMINEN

Perehdyimme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatimiseen lukemalla aiheesta kirjallisuutta ja käymällä Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden kirjaston informaattikon luona. Informaattikko auttoi tietolähteiden, asiasanojen ja hakukriteereiden kanssa todella paljon. Katsoimme myös muiden opiskelijoiden tekemiä opinnäytetöitä systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta, millä tavoin ne olivat tehty.

6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tieto on tieteellistä vain, jos se on kaikkien luettavissa, julkista, kaikkien käytettävissä ja arvioitavissa (Leino-Kilpi 2007, 2). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus täytyy päivittää ajoittain tulosten relevanttiuden ylläpitämiseksi, koska se kohdistuu tietyllä aikavälillä tehtyihin tutkimuksiin. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen otetaan mukaan vain tarkoitusta vastaavat, relevantit sekä korkealaatuiset tutkimukset. Jokainen tutkimuksen vaihe on tarkasti kirjattu ja määritelty virheiden minimoimiseksi, sekä tutkimuksen toistettavuuden mahdollistamiseksi. Karkeasti jaoteltuna systemaattinen kirjallisuuskatsaus jaetaan kolmeen osaan. Ensimmäinen vaihe on katsauksen suunnittelu. Toiseen vaiheeseen kuuluu katsauksen tekeminen hakuineen, analysointineen ja synteesineen. Viimeinen vaihe on raportin tekeminen. (Johansson 2007, 4–5.) Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään tutkimuksen virheettömyyteen ja toistettavuuteen. (Pudas–Tähkä & Axelin 2007, 46).

Tutkimuskysymyksiä voi olla yhdestä kolmeen ja ne ilmenevät tutkimussuunnitelmassa. Mikäli tuloksia ei saada tutkimusongelmiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella, se voidaan tulkita tulokseksi tutkimuksen riittämättömyydestä, koskien tiettyä aluetta. Tulos on sellaisenaan tärkeä, vaikka se sinällään ole tuottanut systemaattista katsausta. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen tarvitaan vähintään kaksi tutkijaa, jotta tuloksia voidaan pitää relevantteina. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toisessa vaiheessa valikoidaan ja hankitaan mukaan otettavat tutkimukset, analysoidaan ne sisällöllisesti ja laadukkuuden mukaan (taulukko 1) ja yhdistellään tutkimusten tulokset. Tulosten relevanttiuden näyttämiseksi ja katsauksen onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää tarkka kirjaaminen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kaikista vaiheista. (Johansson 2007, 6.)

TAULUKKO 1. Systemaattisen katsauksen sisällytettävien tutkimusten valinnat vaiheittain (Johansson 2007, 7.)

Vaihe	Kriteerit	Valinta
Otsikot	Tutkimuskysymykset, sisäänotto ja poissulkukriteerit	Kyllä/Ei
Abstraktit	Tutkimuskysymykset, sisäänotto ja poissulkukriteerit	Kyllä/Ei
Kokoteksti/Artikkelit	Tutkimuskysymykset, sisäänotto ja poissulkukriteerit	Kyllä/Ei
Laadun arviointi		Kyllä/Ei

Viimeisessä vaiheessa systemaattisessa katsauksessa raportoidaan tulokset ja tehdään mahdolliset suositukset sekä johtopäätökset.

Systemaattisessa katsauksessa kliinistä ongelmaa koskevaa tutkittua tietoa yhdistetään tarkoituksena informoida kliinistä käytäntöä ja laadullisissa katsauksissa nimensä mukaisesti laadullista tutkimusta yhdistetään kokonaisuudeksi. (Flinkman & Salanterä 2007, 84).

6.2 Tietokannat, asiasanat ja hakukriteerit

Pidimme koko ajan mielessä tutkimuskysymyksemme valikoidessamme opinnäytetyössämme käytettäviä tutkimuksia ja suhtauduimme kriittisesti lukemaamme. Raportoimme kaikki hakuvaiheet, jotta tutkimus olisi helposti toistettavissa. Kävimme kriittisesti, tietyllä kaavalla arvioidut ja valikoidut tutkimukset läpi. Toimimme turvallisesti ja luotettavasti hyvän tutkijakäytännön mukaisesti. Toimimme hoitotyön periaatteita ja hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen.

Asiasanat: postoperatiivinen hoito, postoperative care, kirurgia, leikkaus, surger, surgical, potilaat, patient, kivunhoito, analgesia, kipu, pain, asiakastyytyväisyys, tyytyväisyys, satisfaction, kokemukset, experience, asiakaskokemus.

Tietokannat, joista haimme tietoa informaation ohjeiden mukaisesti, olivat Leevi, Melinda, Medic, Terveysportti, Cochrane library, Ebsco, Sage Premier, Elsevier sekä PubMed. Rajauksena käytimme asiasanoja, vuosilukuväliä 2003–2013, tutkimuksen taso ylempi, kuin AMK-tason työ ja sen tilaaminen ei saanut maksaa meille mitään. Tutkimuksen täytyi käsitellä nimenomaan postoperatiivista vuodeosastohoitoa ja asiakkaan tyytyväisyyttä siellä saamaansa hoitoon, eikä esi-

merkiksi kahden kivunlievitysmenetelmän toimivuuden vertaamista keskenään. Tutkimuksesta piti olla koko teksti saatavillamme (linked full text), tutkimus oli käynyt vertaisarvioinnin läpi ja näin ollen oli tieteellinen tutkimus (Peer Reviewed).

TAULUKKO 2. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksemme hakuprosessin tasojen kuvaus taulukkona

Tietokanta	Otsikkotaso	Tiivistelmätaso	Koko teksti taso	Opinnäytetyöhön mukaan hyväksytyt
Cochrane Library	10	3	-	-
Ebsco	45	10	5	2
Elsevier	79	79	3	-
PubMed	191	48	2	-
Sage Premier	28	28	-	-
Terveysportti	20	-	-	-
Medic	47	4	3	1
Melinda	50	12	12	4
Leevi	32	1	-	-
Yhteensä	502	185	25	7

Hauilla (TAULUKKO 2.) saimme otsikkotason tarkasteluun Ebscosta 45 viitettä, Sage Premieristä 28, PubMedistä 191, Medicistä 47, Melindasta 50, Elsevieristä 79, cochrane librarystä 10, Leevis-
tä 32, Terveysportista 20, eli yhteensä 502 tutkimusta otsikkotason tarkasteluun. Tiivistelmiä kä-
vimme läpi 185 ja niiden jälkeen jäljelle jäi 25 tutkimusta luettavaksi. Tässä vaiheessa karsiutui
vielä 18 tutkimusta pois, joten jäljelle jäi 7 tutkimusta. Hylätyissä oli 4 meille maksullista tutkimus-
ta, AMK- tasoisia töitä, sama tutkimus oli löytynyt jo toisella hakukoneella tai tutkimus ei vain vas-
tannut meidän tutkimuskysymykseemme.

7 TULOKSET

7.1 Potilaan kokemukset postoperatiivisesta kivunhoidosta

Kirurgisen potilaan kokemaa postoperatiivista kipua ja kivunhoitoa oli tutkittu neljässä eri tutkimuksessa. Potilaat jotka kokivat enemmän kipua, kuin olivat odottaneet sitä kokevan, olivat vähemmän tyytyväisiä hoitonsa laatuun. He myös kokivat korkeampia kiputasoja. (Gunningberg & Idvall 2007, 756.)

Tutkimuksessa potilaat, joilla oli ennestään huonoja kokemuksia kivusta leikkauksen jälkeen, kärsivät vielä kolmantena postoperatiivisen päivänä muita useammin kovasta kivusta. Potilaista kahdeksankymmentä prosenttia oli tyytyväisiä kivunhoitoon leikkauksen jälkeen. Osa potilaista oli kokenut kovaa kipua ensimmäisenä postoperatiivisena vuorokautena ilman, että se olisi tullut VAS-mittauksissa esille. Potilailla, joilla oli aiemmin ollut huonoja kokemuksia, oli muita useammin ongelmia myös suunnitellun leikkauksen kivunhoidossa. (Niemi–Murola, Pöyhä, Onkinen, Rhen, Mäkelä, Yildirim & Niemi 2005, 473.)

Pääosa potilaista koki saaneensa riittävästi ohjausta kivunhoidosta (Alaloukusa–Lahtinen 2008, 51). Tutkimuksessa vastanneet kokivat saaneensa hyvin tietoa kivusta ja kivun hoidosta (Hovi 2003, 57). Vastajaat, joilla oli omahoitaja, kokivat saaneensa paljon opetusta kipua lievittävästä asento- ja haava-alueen hoidosta (Hovi 2003, 59).

7.2 Oikea-aikainen tieto ja ohjaus

Gilmartin tutkimuksessa potilaat korostivat postoperatiivisesti annettavan tiedon oikea-aikaisuutta. Tutkimuksessa ilmeni myös, että on yleisesti ottaen tärkeää keskustella, millaista tietoa potilas tarvitsee, sekä miten ja milloin tätä tietoa kannattaisi antaa (2007, 1109.) Gunningbergin & Idvallin tutkimuksessa potilaat olivat esittäneet toiveen, että ohjaus tapahtuisi oikea-aikaisesti ja tieto olisi rehellistä (2007, 756). Tietoa toivottiin myös annettavan silloin, kun se on potilaan kannalta järkevää (Muhonen 2008, 55). Tutkimuksessa oikea-aikainen apu lisäsi elämänlaatua ja sairaalan myönteistä ilmapiiriä (Tiirinen 2006, 40).

Muhosen (2008, 54) tutkimuksessa potilaat olivat tyytyväisiä sosiaalihoitajan antamista palveluksista. Alaloukusa–Lahtisen (2008, 50) tutkimuksen mukaan sosiaalietuuksiin liittyvän ohjauksen potilaat kokivat vähiten tärkeänä ja kokivat myös saaneensa vähiten ohjausta tässä osa-alueessa. Hovin (2003, 58) tutkimuksessa vain joka viides oli saanut tietoa sosiaalisista etuuksista.

Gynekologiset potilaat osoittivat erityistä puutetta olevan sanallisen tiedon antamisessa aiheessa, miten potilas voi jatkaa seksuaalista kanssakäymistä sen hetkisestä tilanteesta eteenpäin (Gilmarin 2007, 1109). Tutkimuksessa oli pohdittu potilaan tarvitseman tiedon sisältöä (Gunninberg & Idvall 2007, 756). Mahdollisuus keskustella anestesiaan ja leikkaukseen liittyvistä peloista liittyi merkittävästi potilastyytyväisyyteen. (Niemi–Murola ym. 2005, 473).

Alaloukusa–Lahtisen tutkimuksen mukaan potilaat pitivät tärkeänä ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta sekä ohjausta lääkityksestä, toimenpiteistä ja tutkimuksista. Näin he voivat olla mukana päätöksen teossa, hoidon suunnittelussa ja ymmärtävät myös sairautensa luonteen. Kotona tapahtuvan itsehoidon ohjauksen naiset kokevat tärkeämpänä kuin miehet (2008, 50.) Potilaat kokivat saaneensa riittävästi ohjausta hoitoon valmistautumiseen, sairauteen ja sen hoitoon sekä jatkohoitoon liittyen. Toimenpiteisiin, lääkkeiden käyttöön ja itsehoitoon liittyen pääosa potilaista koki saaneensa riittävästi ohjausta. Naiset kokivat saaneensa riittämättömämmin ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta (Alaloukusa–Lahtinen 2008, 51.)

Tutkimuksessa viidennes potilaista ei ollut saanut kirjallista ohjausmateriaalia (Alaloukusa–Lahtinen 2008, 55). Hovin kyselytutkimukseen vastanneet kokivat saaneensa hyvin tietoa leikkauksesta ja leikkauksen hoitoon liittyvistä asioista. Hieman vähemmän potilaat kokivat saaneensa tietoa leikkauksen vaikutuksista jokapäiväisiin toimintoihin liittyen. (2003, 57.) Yli neljä viidesosaa vastaajista koki saaneensa tietoa ja opetusta pyytämättä hoitoa koskevilla asioilla. Lisäksi heidän mielestään annettu opetus ja tieto eivät olleet ylimalkaista. (Hovi 2003, 28.) Hovi toteaa, että vastaajat kokivat saaneensa vähän taitojen opetusta, esimerkiksi haava-alueen hoidosta (2003, 59). Potilaat kokivat saaneensa vähiten tietoa tervehtymistä edistävästä ravinnosta ja suolen toimintaa edistävästä asioista. Lähes kaikki kokivat saaneensa tietoa jatkohoitoon liittyen, esimerkiksi sairausloman pituus ja yhteyshoidot ongelmatilanteita varten. (Hovi 2003, 58.)

Tiirisen tutkimuksessa aineiston analyysin perusteella tiedon saaminen hoito-ohjeista, syöpäsairaudesta ja avanteen hoidosta oli hoitajilta saamaa emotionaalista tukea. Keskustelut sairauteen

ja elämään liittyvistä asioista olivat emotionaalisen tuen tärkeä muoto avanneleikattujen syöpäpotilaiden mielestä (2006, 1.) Sairaanhoidajien antama tieto keskittyi potilaan itsehoitoon, hoitotoimenpiteisiin, jatkohoito-ohjeisiin ja annettu tieto oli asiallista. Tietoa oli annettu kirjallisesti sekä suullisesti Tiirisen mukaan. (2006, 24.)

Sydänsiirtoleikkauksen jälkeen ohjaustarpeet painottuivat seuraaville alueille: ravitsemus, hygienia, henkinen tukeminen, oikea-aikainen ohjaus, rehellinen tieto, fyysisen kunnon tukeminen, lääkehoito, vertaistuki, potilasjärjestöjen tarjoama toiminta sekä kotiutuminen sairaalasta. Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen fyysisen kunnon kohottamisesta, leikkauksesta, lääkehoidosta, sosiaalinhoitajan antamista palveluista, lääkehoidosta, fysiologisten arvojen tarkkailusta, ravitsemuksesta ja sairaalasta kotiutumisesta. Vertaisilta saatu tuki ja ohjaus sekä henkisen toipumisen tukeminen koettiin tärkeänä. Puutteelliseksi potilaat kokivat hoitohenkilökunnan aktiivisuuden tiedon annossa, sekä ohjauksen sosiaalisen tuen löytämiseen. (Muhonen 2008, 54.) Ohjaus oli jäänyt puutteelliseksi myös seuraavilta alueilta: ravitsemus, hygienian hoito, lääkehoito, potilaan yksilöllinen huomiointi, henkisen hyvinvoinnin tukeminen, resurssitekijät, ohjaus sosiaalisen tuen löytämiseen ja hoitohenkilökunnan aktiivisen tiedon antamiseen (Muhonen 2008, 41).

Lääkkeiden vaikutuksista ja haittavaikutuksista potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa, etenkin hylkimisen estolääkkeistä. Ravitsemukseen he olisivat kaivanneet konkreettisempia ohjeita. Potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa potilasjärjestöjen tarjoamista mahdollisuuksista, sekä vertaistuesta. Tärkeänä koettiin jatkohoidosta tiedottaminen ja ohjaus sosiaalipalveluista sosiaalinhoitajan antamana. (Muhonen 2008,55.) Ohjauksen saamista kirjallisesti ja suullisesti pidettiin ohjauksesta edistävänä tekijänä (Muhonen 2008, 55–56). Jatkohoitoon liittyvien asioiden jäämistä vähemmälle huomiolle, sekä potilaista johtuvia tekijöitä pidettiin haittaavina tekijöinä ohjauksen onnistumisessa (Muhonen 2008, 56).

7.3 Hyvä hoito, hoitohenkilökunnan vuorovaikutus ja ohjaus, resurssit

Hyvä hoito -käsitteen potilaat kuvailivat erinomaisena ja asiallisena hoitona. Hyvä hoito ja hyvän hoitosuhteen luominen, jossa hoitaja teki tehtävänsä, lisäsivät turvallisuuden tunnetta. (Tiirinen 2006, 26.) Potilaat jotka yllättyivät kivun voimakkuudesta, olivat tyytymättömämpiä hoitonsa laatuun (Gunninberg & Idvall 2007, 756). Huomaavainen hoito korreloiti merkittävästi potilastyytyväisyyteen. Koettu hyvä hoito nousi tärkeimmäksi tekijäksi regressioanalyysillä. Tärkeintä potilaille oli hyvä kokonaisuhoito. (Niemi–Murola ym. 2005,473.)

Hovin tutkimuksesta kävi ilmi lähes kaikkien vastanneiden kokeneen, että heidän kysymyksiinsä oli vastattu, heitä oli kuunneltu, hoitajilla oli ollut heille riittävästi aikaa ja heidän pelkojaan oli huomioitu. He kokivat kuitenkin henkisen tuen jääneen vähäiseksi. (2003, 59.) Gilmartin kertoo joidenkin potilasryhmien kokeneen stressaavaksi turvotuksen, mustelmat ja ihon värimuutoksen, koska heille ei ollut kerrottu miten niitä tulisi hoitaa (2007, 1109). Tiirinen (2006, 39), Niemi–Murola (2005, 473) ja Gunninberg & Idvall (2007, 756) ovat yhtä mieltä siitä, että keskustelut potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä ovat tärkeitä.

Alaloukusa–Lahtisen tutkimuksessa ohjaustilanteiden ilmapiiriä oli arvioitu hyväksi. Äkillisesti päivityksenä tulleet potilaat arvioivat ohjaustilanteen ilmapiirin epämiellyttävämmäksi, kuin etukäteen sovitulle käynnille saapuneet potilaat. Omaisten ottaminen mukaan ohjaukseen oli koettu huonoksi. Valtaosa vastaajista oli arvioinut ohjauksen vuorovaikutuksen hyväksi ja ohjaustilanteen kielen ymmärrettäväksi. Enemmistö oli arvioinut ohjaustilanteen suunnittelun hyvin toteutuneeksi, potilaat saivat keskustella ohjauksen tavoitteista ja ilmaista mielipiteitään hoito-ohjeita koskien ja ohjaus eteni heidän mielestään suunnitellusti. (2008, 52.) Ohjauksessa potilaat tulivat kuulluksi, saivat esittää kysymyksiä ja saivat tukea hoitajalta. Ohjauksen puitteet ja tilat olivat hyvät, sekä henkilökunnalta oli saatu riittävästi aikaa ohjauksessa. Valtaosa arvioi henkilökunnan ohjaustaidot ja -tiedot kiitettäväksi tai hyväksi. (Alaloukusa–Lahtinen 2008, 53.) Potilaiden mielestä henkilökunnan asenne ohjaukseen oli pääsääntöisesti hyvä, noin joka kymmenes vastaaja koki henkilökunnan ohjausasetteen huonoksi tai tyydyttäväksi (Alaloukusa–Lahtinen 2008, 54). Tutkimustulosten perusteella ohjaus oli kokonaisuudessaan hyvää (Alaloukusa–Lahtinen 2008, 56). Alaloukusa–Lahtinen pitää tutkimustaan suuntaa antavana (2008, 60).

Muhosen tutkimuksessa potilaat kokevat hoitohenkilökunnan aktiivisuuden tiedon jakamisessa potilaalle ja potilaan yksilöllisen huomioimisen puutteelliseksi (2008, 41). Henkisen hyvinvoinnin tukemisen potilaat kokivat myös puutteelliseksi (Muhonen 2008, 54). Yksilöllistä ohjausta potilaat kokivat heikentävän resurssitekijät, kuten kiireinen ilmapiiri, vaihtuvat sijaiset, sekä liian vähäinen henkilökunta. Hoitohenkilökunnan koettiin keskittyvän enemmän hoitotoimien tekemiseen, kuin potilaan kohtaamiseen. Läsnäoloa, keskustelua ja voinnin kyselemistä kaivattiin enemmän. (Muhonen 2008, 55.) Muhosen mukaan luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä pidettiin ohjausta edistävänä tekijänä (2008, 55–56). Sydänsiirtokoordinaattorin läsnäolon sydänsiirtoleikkauspotilaat kokivat mieltä rauhoittavana ja turvallisena, sekä pelkoja lievittävänä. Rauhallisuus ohjaustilanteessa, sama hoitava henkilöstö ja hoitajien ystävällinen suhtautuminen edistivät luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. (Muhonen 2008, 55–56.) Vastaajat kokivat, että joutuivat olemaan

itse tietoisia omasta tilastaan ja joutuivat vaatimaan itse paljon, että saivat palvelua (Muhonen 2008, 57). Eriarvoista kohtelua, lääketieteellisillä termeillä puhumista, rutiinin omaista toimintaa, yksilöllisen ohjauksen puutetta, ohjauksen vähäisiä resursseja ja henkisen hyvinvoinnin jäämistä vähemmälle huomiolle pidettiin haittaavina tekijöinä ohjaamisen onnistumisessa (Muhonen 2008, 56).

Tiirisen tutkimuksessa avanneleikattujen syöpäpotilaiden mielestä hoitajien kohtelias ja ystävällisen käytös oli emotionaalisen tuen tärkeä muoto. Emotionaaliseksi tueksi koettiin myös tulevaisuuden uskonvahvistaminen, yksilöllinen huomioiminen ja turvallisuuden tunteen lisääminen. Potilaan kokema arvostus, saama aika hoitajilta ja myönteinen ilmapiiri lisäsivät myös elämänlaatua (2006, 1.) Vuorovaikutuksellista tukea potilaat saivat hoitajilta kannustuksina ja keskusteluina sekä kohteliaalla ja ystävällisellä käytöksellä potilasta kohtaan (Tiirinen 2006, 24).

Yksilöllisen huomioimisen muodostivat ajan antaminen potilaille ja yksilöllinen hoito. Potilaat kokivat saavansa yksilöllistä hoitoa, kun heidän mielipiteensä oli huomioitu hoidon aikana ja huomion saaminen koettiin tärkeäksi. Yksilölliseksi huomioimiseksi potilaat kertoivat muun muassa sängyn päädyn kohottamisen, tyynyn tuomisen selän alle, nenäliinan ojentamisen itkevälle, hiusten kuivaamisen ja kampaamisen. (Tiirinen 2006, 25.) Hyvän hoidon potilaat kuvasivat erinomaisena ja asiallisena hoitona. Hyvä hoito ja hyvän hoitosuhteen luominen, sekä ammattimainen hoito lisäsivät potilaiden turvallisuuden tunnetta. (Tiirinen 2006, 26.) Potilaat kokivat myös, että heidät jätettiin yksin ja annettiin olla omissa oloissaan. Se toi epävarmuutta tuen olemassa oloon. Vaikka joskus joku hoitaja oli saattanut potilaita huomioida, he eivät kokeneet kuitenkaan saaneensa tukea. Epätietoisuus ja keskustelemattomuus olivat vuorovaikutuksen puutetta. Vuorovaikutusta heikensi jos hoitaja ei tiennyt vastauksia potilaan esittämiin kysymyksiin, keskustelua ei syntynyt tai keskustelua oli vähän. Potilas oli saattanut yrittää virittää keskustelua, mutta hoitaja ei ollut puhunut mitään. (Tiirinen 2006, 28.)

Tiirisen tutkimuksen yhteenvedossa käy ilmi, että hoitajat käyttäytyivät rauhallisesti ja ystävällisesti, sekä kannustivat selviytymiseen. Hoitajat haastoivat potilaat keskustelemaan arkipäiväisistä asioista, potilaan sairaudesta ja kaikesta elämään liittyvästä. Tärkeäksi potilaat kokivat, että hoitajat keskustelivat heidän kanssaan ja he tulivat kuulluksi. Huomion saaminen hoitajalta ja hoitajan läsnäolo tarvittaessa koettiin yksilölliseksi huomioimiseksi ja se tuntui potilaista hyvälle. Hyväksi havaittu hoitosuhde vahvisti uskoa tulevaisuuteen ja turvallisuuden tunnetta. Tunnusmerkkejä hyvästä hoitosuhteesta olivat asiallisuus, ammattimaisuus ja myönteisyys. Nämä yllämainitut kuvat-

tiin toivoa rakentavina ulottuvuuksina. (Tiirinen 2006, 39.) Toivoa uhkaavina kokemuksina kuvattiin tuen ja vuorovaikutuksen puute. Jos potilas koki jäävänsä ilman tukea, hän epäili oliko tukea olemassakaan, eikä osannut selittää emotionaalista tukea. Osa oli kokenut jäävänsä yksin selviytymään sairautensa ja siitä seuranneiden elämän muutosten kanssa. Hoitajat eivät olleet alkaneet aina keskustelemaan potilaiden kanssa, vaikka potilas oli keskustelua yrittänyt viritellä. Keskustelua häiritsi aiheiden pinnallisuus ja kiire. Tulevaisuudesta ei keskusteltu ollenkaan. Hoitajan epä-tietoisuus kysyttäessä sairauteen liittyvistä asioista, lisäsi potilaan epävarmuutta. (Tiirinen 2006, 39.)

Kannustamisen koettiin lisäävän elämänlaatua. Hoitajien kertomat potilastarinat onnistumisista ja kun hoitajat huomioivat toipumista tapahtuneen, loivat luottamusta potilaiden omaan paranemisprosessiin. Kannustus lisäsi rohkeutta omiin taitoihin. Hoitajien positiivisesta asenteesta potilaita kohtaan muodostui yleinen ilmapiiri. Sairaalan myönteistä ilmapiiriä lisäsivät potilaiden kokema aito ihmisarvo ja oikea-aikainen apu. Aidon ihmisarvon tuntemusta loivat hoitajien ystävälliset äänenpainot, kosketukset ja katsekontaktit. (Tiirinen 2006, 40.)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksissa oli käsitelty sisällöllisesti erilaisia asioita ja kaikissa tutkimuksissa ei käsitelty samoja asioita, esimerkiksi kivunhoito. Ainoastaan ohjaukseen liittyviä asioita oli tutkittu kaikissa seitsemässä tutkimuksessa. Ohjaus ja tiedonsaanti korostuvat postoperatiivisessa hoidossa.

Tutkimuksista on havaittavissa, että asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä erityisesti kivunhoitoon, sekä kipuun ja kivunhoitoon liittyvään informaatioon. Potilaat olivat saaneet hyvin tietoa kivusta ja kivunhoidosta, sekä kipua oli hoidettu lääkkeellisesti hyvin. Tuloksista voisi päätellä, että mahdolliset edelliset käynnit leikkauksissa tulisi huomioida. Etenkin edellisten käyntien kivun kokemuksiin ja – hoitoon olisi hyvä perehtyä, jotta voitaisiin kivunhoitoa parantaa juuri tämän henkilön kohdalla.

Potilaat, jotka kokivat saaneensa emotionaalista tukea, kokivat hoidon olleen kokonaisuudessaan hyvää. Tutkimuksien mukaan potilaat olivat kokeneet kliiniset toimenpiteet ja henkilökunnan ammatillisen osaamisen riittäväksi. Tutkimuksissa tulee ilmi sairaanhoitajien kliinisten taitojen korkea taso. Potilaat toivoivat keskustelevaa ilmapiiriä ja yksilöllistä huomioimista hoitohenkilökunnalta. Sairaanhoitajan antama ohjaus potilaille oli näiden tutkimusten perusteella yleisesti ottaen hyvällä tasolla. Valtaosa arvioi henkilökunnan ohjaustaidot ja -tiedot kiitettäväksi tai hyväksi. Tutkimusten mukaan ohjaustilanteet tulisi toteuttaa potilaslähtöisesti ja selkokielisesti.

Huonoiksi asioiksi asiakkaat ovat joissakin tutkimuksista kokeneet osittain vuorovaikutuksen, emotionaalisen tuen, hoitajan puutteellisen tietotaidon sekä resurssit. Hoitajan epätietoisuus kyttäessä sairauteen liittyvistä asioista lisäsi potilaan epävarmuutta. Muhosen tutkimuksessa eriarvoista kohtelua, lääketieteellisillä termeillä puhumista, rutiinin omaista toimintaa, yksilöllisen ohjauksen puutetta, ohjauksen vähäisiä resursseja ja henkisen hyvinvoinnin jäämistä vähemmälle huomiolle pidettiin haittaavina tekijöinä ohjaamisen onnistumisessa (2008, 56). Tutkimuksista voisi päätellä, että työpaikkakoulutuksissa kertaaminen kirurgisen potilaan hoitamisesta, henkilökunnan vähäinen vaihtuvuus ja hyvä perehdytys sekä vuorovaikutuksellinen hoito voisivat parantaa asiakastyytyväisyyttä.

Tutkimuksissa on joitain osa-alueita, jotka ovat kokonaisuuden kannalta merkittäviä, mutta niitä ei ole käsitelty riittävästi, jotta kattava johtopäätösten tekeminen olisi mahdollista. Tällaisia ovat

muun muassa tilat, resurssit, vuodeosastolla vietetty aika, emotionaalinen tuki, yksilöllinen hoito, omaisten huomiointi, hoitaminen yhteisymmärryksessä ja miten potilaan oikeudet on huomioitu. Oliko potilaalle kerrottu hänen oikeuksistaan?

Opinnäytetyöhömmme valikoituneissa tutkimuksissa erityisesti emotionaalisen tuen tutkiminen oli jäänyt puutteelliseksi. Muhosen tutkimuksessa potilaat kokivat hoitohenkilökunnan aktiivisuuden tiedon jakamisessa potilaalle ja potilaan yksilöllisen huomioimisen puutteelliseksi (2008, 41). Henkisen hyvinvoinnin tukemisen potilaat kokivat myös puutteelliseksi (Muhonen 2008, 54).

Tutkimuksista nousee esille potilaan odottavan sairaanhoitajan olevan empaattista huolenpitoa antava ja lämmintä läsnäoloa huokuva henkilö. Jos näin ei ole koettu, potilas kokee kokonaisuudessaan hoidon olleen riittämätöntä ja puutteellista. Tutkimuksissa korostuu potilaiden odotukset sairaanhoitajien persoonasta. Pidetään itsestään selvänä sairaanhoitajaksi valikoituvan henkilön olevan luonteeltaan huomaavainen, kuunteleva, läsnä oleva, vuorovaikutuksellinen, kannustava, kohtelias ja ystävällinen. Aidon ihmisarvon tuntemusta loivat hoitajien ystävälliset äänenpainot, kosketukset ja katsekontaktit (Tiirinen 2006, 40).

9 POHDINTA JA JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET

9.1 Tavoite, menetelmä ja saadut päätulokset

Valitsimme opinnäytetyön aiheeksi asiakastytyväisyyden. Olemme molemmat olleet työuramme asiakaspalvelutyössä ja koemme asiakastytyväisyyden todella tärkeäksi. Asiakkaiden tyytyväisyys on myös hyvin palkitsevaa työntekijälle. Vanha sanonta: ”Niin metsä vastaa, kuin sinne huudetaan”, pitää paikkaansa myös asiakaspalvelussa.

Tavoitteenamme oli saada tietoa miten aikuinen kirurginen potilas kokee vuodeosastolla annettavan hoidon kirurgisen operaation jälkeen? Valitsimme tutkimusmenetelmäksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen.

Tietoperustassa avasimme tutkimuksemme keskeisimmät käsitteet: hyvä hoito, kivunhoito, asiakastytyväisyys, asiakaspalaute ja asiakaspalautelomake. Avasimme myös käsitteenä laadullisen tutkimuksen, koska osa tutkimukseemme valikoituneista tutkimuksista oli laadullisia tutkimuksia. Tietoperustan tehtävänä on selkiyttää asiakastytyväisyyden, hyvän hoidon, laadun ja palautteen merkitys asiakaspalvelutyössä.

Opinnäytetyöhömmä valikoitui seitsemän kirurgisen potilaan postoperatiivista hoitoa käsittelevää tutkimusta. Tutkimusten vertailua vaikeutti se, että tutkimuksissa esiintyvien potilaiden kirurgiset erikoisalajat erosivat suuresti toisistaan ja tutkimuksissa käsiteltiin vain osittain samoja aiheita. Eri erikoisalojen potilaiden tarpeet, sekä postoperatiivisen sairaalahoidon pituus, erosivat lähtökohtaisesti toisistaan. Tutkimuksessa esiintyviä kirurgisia erikoisalajoja olivat syöpää sairastavat avannepotilaat, yleiskirurgian potilaat, neurokirurgian potilaat, lyhythoitosen kirurgian potilaat, sydänsiirtoleikkauspotilaat sekä gynekologiset ja urologiset potilaat.

Tutkimuksista päällimmäisenä jäi mieleen, että kivunhoito oli pääosin onnistunutta ja potilaat, jotka kokivat saaneensa emotionaalista tukea, kokivat hoidon olleen kokonaisuudessaan hyvää. Kokonaisvaltaisesti koettu hoito koettiin parhaaksi hoidoksi. Koulutuksessamme on painotettu koko opintojen ajan sitä, että ihminen on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen olento. Mielestämme tutkimuksissa joita käsitelimme opinnäytetyötämme varten, tämä kokonaisuus ei ollut kokonainen. Psyykinen ja sosiaalinen puoli oli selkeästi jäänyt vähemmälle huomiolle hoidossa.

Kivunhoito hoitotyössä on haasteellista. Meillä pitää olla ammatillista valmiutta olla edellä kivun tuntemista. Meidän pitää myös osata ohjata asiakasta kivun hoidossa. Asiakkaalle tulee kertoa, että esimerkiksi leikkauskipua ei välttämättä saada ihan kokonaan pois, mutta kivun tunteminen pitää olla siedettävällä tasolla. Hyvä kivunhoito edistää ja nopeuttaa paranemisprosessia.

Tutkimuksissa osittain potilasohjauksen ja vuorovaikutuksen alueilla oli havaittu puutteita. Tätä asiaa pohtiessamme mietimme, olisiko sairaanhoitaja tutkinnon pääsykokeissa kuitenkin hyvä olla psykologiset testit tai ainakin tehtävä, joka käsittelisi potilaan kohtaamista. Pääpaino voisi olla empatiakyvyn ja tunneällyn mittaamisessa. Näiden tutkimusten valossa sairaanhoitajan koulutuksessa tulisi painottaa enemmän ohjaustaitoja ja asiakkaan vuorovaikutuksellista kohtaamista. Pohdimme työpaikkakoulutuksia, ovatko koulutukset keskittyneet kliniseen hoitoon enimmäkseen? Minkä verran on vuorovaikutuksesta ja asiakkaan kohtaamisesta koulutusta? Potilaat arvioivat kuitenkin hoitohenkilökuntaa omasta näkökannastaan.

Pohdimme kokonaisuutena palvelurakennetta ja sen toimivuutta. Meille nousi paljon kysymyksiä mieleen. Pidetäänkö työpaikkakoulutuksia tarpeeksi ammattitaidon ylläpitämiseksi? Ovatko sijaisjärjestelyt ja sijaisten ammattiosaaminen vuodeosaston asiakaskunnan vaatimalla tasolla? Millä tasolla perehdytys on? Asiakaspalautteiden laadinta olisi mielestämme hyvä olla yhdenmukainen, jotta tuloksia voitaisiin vertailla valtakunnallisesti ja palautelomakkeen rakennetta pitäisi pohtia myös erikoisaloittain. Olisiko valtakunnallista projektiluontoista kehitysryhmää kannattava järjestää, joka pohtisi kaikkien kirurgisten potilaiden hoitoa ja jakaisi tietoa kaikkiin sairaanhoitopiireihin? Tällainen voisi tehdä säästöjä valtakunnallisesti ja tuoda hyviä hoitokäytäntöjä kaikkien hyödynnettäväksi. Voisi olla ohjeistukset esimerkiksi yleisesti kirurgisen potilaan hoidosta sekä sen lisäksi erikoisaloittain omat valtakunnalliset hoito-ohjeet. Tämä helpottaisi myös sijaisten perehdytystä ja he osaisivat tätä tietoa myös pyytää. Ohjaus- ja perehdytyskansioiden sisältö jäi mietityttämään, mitä ne sisältävät, sisältävätkö ne päivitettyä tietoa ja onko kansiot käytössä ylipäätään kaikkialla.

Mietimme, miksi asiakaspalautetta pyydetään vain jälkikäteen. Jälkikäteen pyydettyllä kyselyllä ei pystytä auttamaan juuri kyseessä olevaa asiakasta ja vastaamaan hänen tarpeisiinsa. Mietimme, olisiko käytännössä mahdollista esittää kysely asiakkaalle, miten hän toivoo itseään hoidettavan? Kyselyssä asiakas otettaisiin huomioon yksilönä, hänen omassa kokemusmaailmassaan. Olisiko tämä mahdollisuus ennakointiin ja välttyttäisiinkö ”huonolta” palvelulta? Voisimmeko näin tuoda lisää arvoa ja laatua asiakaspalveluun? Mielestämme voisimme.

On myös tärkeää muistaa sisäinen asiakaspalvelu, miten kohtelemme toisiamme työyhteisössä. Kun henkilökunta voi hyvin, pelisäännöt ovat selvillä ja muistetaan käytöstavat, niin silloin olemme jo pitkällä. Sisäinen viestintä ja tiedon kulku ovat tärkeitä työssä jaksamiselle. Kun työyhteisössä on hyvä me–henki, se näkyy myös ulospäin ja heijastuu asiakastyössä.

Pohdinnassa keskityimme myös pohtimaan, miten voisimme vaikuttaa omalla toiminnallamme asiakastyytyväisyyteen ja miten voimme työyhteisössä kantaa oman kortemme kekoon hyvän me-hengen puolesta. Me–henki heijastuu myös asiakkaille hoitajien käytöksessä ja olemuksessa. Asiakastyytyväisyyteen vaikuttaa kuitenkin suuri joukko muitakin asioita, kuten ympäristö, niin kuin tietoperustasta käy ilmi. Toivomme opinnäytetyömme herättävän hoitotyössä työskentelevät ajattelemaan, miten me kaikki voimme omalla käytöksellämme vaikuttaa siihen, kuinka asiakas kokee saamansa palvelun. Kaikki mitä kokee, näkee ja tuntee, nivoutuu kokonaisuudeksi jokaisen omassa kokemusmaailmassaan.

Mieleemme nousi myös kehitysideoita kirurgisen potilaan hoidon laadun parantamiseksi. Jos valtakunnallisella tasolla lähdettäisiin kehittämään postoperatiivista hoitoa ja asiakaspalautetta, olisi erittäin mielenkiintoista nähdä tulokset asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmista.

9.2 Oma arvio työstä ja tutkimuksen luotettavuus

Mielestämme tutkimustamme voisi pitää suuntaa antavana kertomaan, millaisena potilaat kokevat postoperatiivisen hoidon. Kumpikaan meistä ei ole aiemmin tehnyt systemaattista kirjallisuuskatsausta. Noudatimme rehellisyyttä ja huolellisuutta tehdessämme opinnäytetyötämme. Tämä työ oli mielestämme haastava, mukaansa tempaava ja eteni sujuvasti. Tiedonhakuun käytimme paljon aikaa, jotta työ olisi mahdollisimman tarkasti ja huolellisesti tehty. Kirjallisuuskatsausta tehdessämme pidimme tutkimuskysymyksemme, sekä tutkimusten rajauskriteerit koko ajan mielessämme. Tutkimusten analysointi oli hyvin vaikeaa, sillä tutkimukset eivät olleet sisällöllisesti kovin yhteneväisiä. Tutkimuksissa saatu informaatio oli hyvää, mutta tutkimusten tuloksia oli vaikea verrata keskenään. Kuten luvussa 6.1 on kerrottu, tutkimusten toteutus ja eri aiheiden käsittely poikkesivat toisistaan erittäin paljon. Mielestämme asiakaspalautteiden kerääminen kokonaisuutena lomakkeen suunnittelusta ja palautteen keräämisen menetelmistä palautteiden tulosten tulkintaan kaipaa enemmän huomiota.

LÄHTEET

Alaloukusa–Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Pro gradu

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51, 84–100.

Gilmartin, J. 2007. Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1109–1117

Gunningberg, L. & Idvall, E. 2007. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management*, 15, 756–766

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

Hovi, P-R. 2003. Lyhythoitoisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen annetusta ohjauksesta ja selviytymisestä kotona. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Janhonen, S., Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51, 3–9.

Kananen, K. 2008. Kvali Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, P., Vehviläinen–Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Leino–Kilpi, H. 2007 Kirjallisuuskatsaus-tärkeää tiedonsiirtoa. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R–L. Ääri (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51, 2.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. uudistettu painos. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Muhonen Kristiina.2008. Sydänsiirtoleikkauksessa olleiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ennen ja jälkeen leikkauksen. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu.

Niemi–Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., Yildirim, Y. & Niemi, T. 2005. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatu – hoitajien asenteet ja potilastyytyväisyys. Finnanest 38 (5), 473. Hakupäivä 29.11.2013 http://www.finnanest.fi/files/oper_abs_niemimurola.pdf.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu. 2013. Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäyte-työnohje. Hakupäivä 26.11.2013. https://oiva.oamk.fi/tietoa_opiskelusta/opinnaytetyo/.

Outinen M., Haverinen R., Maanittu M., Mäkelä M. & Mäntysaari M. 1995. Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa, Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes sosiaali- ja terveys-alan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Outinen, M., Holma, T.& Lempinen K. 1994. Laatu ja asiakas, Laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla.

Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen R. Seitsemän laatupolkua: vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Turun Yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

Pesonen, H-L., Lehtonen, J. & Toskala, A. 2002. Asiakaspalvelu vuorovaikutuksena. Markkinointia, viestintää, psykologiaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51, 46–57.

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

Tiirinen, S. 2006. Syöpää sairastavien avanepotilaiden kokemuksia hoitajilta saamasta emotionaalisesta tuesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Hoitotiede: preventiivinen hoitotiede. Pro gradu.

Vuorela T. 1988. Asiakaspalaute laadun arvioinnissa. Valtiohallinnon kehittämiskeskus. Valtion Painatuskeskus.

Vuori H. 1993. Terveystieteiden laadunvarmistus. SHK.