



Jenni Lahtinen & Kelly Lip

Hyvä ja laadukas hoito leikkauspotilaan näkökulmasta

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja (AMK)
Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Opinnäytetyö
8.11.2022

Tekijä	Jenni Lahtinen ja Kelly Lip
Otsikko	Hyvä ja laadukas hoito leikkauspotilaan näkökulmasta
Sivumäärä	50 sivua + 1 liite
Aika	8.11.2022
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	TtM, TtT-opiskelija, Hoitotyön lehtori Anna-Kaisa Partanen
<p>Potilaan näkökulman huomioiminen hoidon toteutuksessa nähdään yhä tärkeämpänä laadukkaan hoidon arvioinnissa. Potilaan kokemukset ja tyytyväisyys hoidostaan ovat yhteydessä koettuun hoidon laatuun. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mikä on hyvä ja laadukas hoito potilaan näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa ajantasaista tietoa leikkauspotilaan kokemuksesta hyvästä ja laadukkaasta hoidosta. Tietoa voidaan hyödyntää leikkauspotilaan hoitotyön kehittämisessä ja hoitotyönkoulutuksessa. Tutkimuskysymyksinä olivat, millaisia kokemuksia leikkauspotilailla on saamastaan hoidosta ja millainen on hyvä ja laadukas hoito leikkauspotilaan näkökulmasta.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineisto kerättiin CINAHL- ja Medic-tietokannoista. Lisäksi aineistoa etsittiin manuaalisesti hoitotieteen lehdistä. Haussa sovellettiin systemaattista tiedonhakuprosessia. Valittu aineisto koostui viidestä kotimaisesta ja kahdeksasta kansainvälisestä tutkimuksesta, mitkä olivat julkaistu 2013–2020 vuosina. Aineistoanalyysissä käytettiin induktiivista sisällönanalyysin lähestymistapaa.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että potilaat kokivat yksilöllisen hoidon tärkeänä. Yksilöllisen hoidon toteuttamisessa tulee ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Toimiva yhteistyösuhde potilaan ja hoitajan välillä oli merkittävä hyvän hoidon indikaattori. Se lisäsi potilastyytyväisyyttä, nosti hoidon laatua ja paransi potilaan henkilökohtaista terveyttä. Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen taas paransi hoitotuloksia. Tulokset olivat samansuuntaiset aikaisemmin saatujen tutkimustuloksien kanssa.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilaat kokevat hyvän ja laadukkaan hoidon eri tavalla kuin hoitohenkilökunta. On siis tärkeä huomioida potilaan näkökulmaa hoidon laadun arvioinnissa. Tuloksia voidaan hyödyntää paremman hoidon kehittämisessä, sillä niiden perusteella tiedetään, mitkä asiat lisäsivät ja heikensivät potilastyytyväisyyttä. Jatkossa olisi hyvä tehdä tieteellisiä tutkimuksia siitä, kuinka hyvin potilaan näkökulmaa on huomioitu leikkaushoitotyön kehittämisessä. Aiheen jatkotutkimukselle olisi tarvetta. Lisäksi olisi tärkeää kouluttaa hoitohenkilökuntaa yhä potilaslähtöisempään hoitotyöhön ja korostaa potilaiden yksilöllisiä tarpeita hoidon toteuttamisessa.</p>	
Avainsanat	potilaan kokemus, leikkaushoito, leikkauspotilas, hyvä hoito, hoidonlaatu, potilaslähtöisyys, potilastyytyväisyys

Author	Jenni Lahtinen and Kelly Lip
Title	Good and Quality Care in Surgical Patient's Perspective
Number of Pages	50 pages + 1 appendix
Date	8.11.2022
Degree	Bachelor of Health Care, Nursing (Registered Nurse)
Degree Programme	Degree Programme in Nursing
Instructors	Anna-Kaisa Partanen, MNsc, PhD-student, Senior Lecturer
<p>Patient's perspective has been taken as increasingly more important in evaluating the quality of care. Patient's experience and satisfaction are in relation with experienced quality of care. The purpose of this thesis was to examine what is good and quality care in patient's perspective. The aim was to generate up-to-date information on surgical patient's experience on good and quality care. The information can be used in improving surgical care and in healthcare education. The research questions were what kind of experiences surgical patients have of their care and what is good and quality care in surgical patient's perspective.</p> <p>This thesis was written as a descriptive literature review. Data were collected using databases such as CINAHL and Medic. In addition, data were manually searched from nursing journals. Systematic research approach was applied in the process of data collection. Five local research articles and eight international research articles which were published from year 2013 to 2020 were selected for the final data. Inductive content analysis was used in data evaluation.</p> <p>This thesis' results shows that patients appreciate individualized care. To provide individualized care, patient's needs must be taken in consideration. A working cooperative relationship between patient and nurse is a remarkable indicator to good care. It increased patient satisfaction, enhanced quality of care and improved patient's personal health. Taking individual's needs in consideration, enhanced treatment results. The results were in line with previous findings.</p> <p>In conclusion, patient's experience in good and quality care differs from healthcare staff. Therefore, it is important to take patient's perspective in consideration in evaluating the quality of care. The results can be used in developing better care due to the knowledge of what increases and decreases patient satisfaction. In the future, it would be beneficial to research on how well patient's perspective is taken in consideration in improving surgical care. There is a need for further studies on this topic. It is also important to educate healthcare staff to provide even more patient-oriented care and emphasis on taking patient's individual needs in consideration when providing care.</p>	
Keywords	patient experience, surgery care, surgical patient, good care, quality of care, patient-oriented, patient satisfaction

1	Johdanto	6
2	Tausta ja keskeiset käsitteet	7
2.1	Hyvä ja laadukas hoito	7
2.1.1	Potilaslähtöinen hoito	8
2.1.2	Potilastyytyväisyyden merkitys	9
2.1.3	Hoitosuhteen merkitys	10
2.1.4	Potilaan voimavaroja tukeva hoito	11
2.2	Leikkaushoito	12
2.2.1	Potilaan kokemus leikkaushoidosta	13
2.2.2	Näkemyserot leikkaushoitoon liittyen	14
3	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	15
4	Tutkimusmenetelmät	16
4.1	Opinnäytetyön menetelmä	16
4.2	Aineiston haku ja valinta	17
4.3	Aineiston analysointimenetelmä	23
5	Tulokset	27
5.1	Aineiston kuvaus	27
5.2	Keskeiset tulokset	27
5.3	Leikkauspotilaan kokemus saamastaan hoidosta	29
5.3.1	Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät	29
5.3.2	Yksilöllinen hoitokokemus	30
5.4	Hyvä ja laadukashoito potilaan näkökulmasta	33
5.4.1	Yksilöllisen hoidon hyödyt	33
5.4.2	Toimiva yhteistyösuhde	34
6	Pohdinta	37
6.1	Tulosten tarkastelu	37
6.2	Tulosten sovellettavuus	41
6.3	Johtopäätökset	41
6.4	Eettisyys	42
6.5	Luotettavuus	42
6.6	Jatkotutkimusehdotukset	44
	Lähteet	45

Liitteet

Liite 1. Valitut alkuperäistutkimukset

1 Johdanto

Suomessa jokaisella on oikeus hyvään terveydenhuoltoon sekä oikeus vaikuttaa voimavarojensa mukaisesti itseään koskeviin asioihin. Itsemääräämisoikeus määrittää potilaan oikeuden osallistua hoitoonsa ja velvoittaa hoitohenkilökunnan ottamaan potilaan mukaan hoitopäätökseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022.) Maailman terveysjärjestö WHO, World Health Organization, on todennut, että laadukkaan hoidon kuuluksi olla ihmiskeskeistä, turvallista ja tehokasta. Tämän lisäksi hoito tulee perustua tutkittuun tietoon. (World Health Organization 2022.) Hyvä ja laadukas hoito tulee näin ollen olla potilaslähtöistä. Potilaslähtöinen hoito on todettu edistävän potilaan tyytyväisyyttä ja sitoumusta hoitoonsa. Hoitomyöntyvyys taas parantaa hoidon laatua ja vähentää kustannuksia. (Holappa ym. 2019.)

Sairaanhoitaja on hyvän hoidon asiantuntija. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet antavat tukea päätöksentekoon päivittäisessä työssä. Työtehtäviin kuuluu edistää ja ylläpitää väestön terveyttä sekä ehkäistä sairauksia ja lievittää kärsimystä. Hoitotyössä on keskeistä tukea ja kannustaa potilasta osallistumaan hoitoonsa. (Sairaanhoitajaliitto 2021.) Hoitotyössä päätöksenteko tulee perustua tutkittuun näyttöön. Siinä tulee huomioida potilaan mieltymykset, toimintatavat ja kliininen kokemus. Hoitotyön ammattihenkilönä tulee siis osata tunnistaa potilaan tarpeet ja ohjata potilasta mukaan hoitotyön päätöksiin. (Jordan & Lockwood & Aromataris & Munn 2016.)

Opinnäytetyössä keskitytään leikkauspotilaan kokemuksiin. Leikkaushoidon toteutuksesta vastaa hoitohenkilökunta, mutta hoitokokemus on aina jokaiselle potilaalle yksilöllinen. Alustavan aineistonhaun perusteella huomattiin, että useimmiten hoidon laatua on tutkittu ammattilaisten näkökulmasta, vaikka potilaslähtöisen hoidon näkökulmasta potilaan kokemukset ovat keskeisiä laadukkaan hoidon toteutuksessa. Lisäksi potilaan kokemuksella on merkittävää näyttöä hoitotulokseen. Näin ollen, jotta hoitotyön laatua voidaan kehittää ja pitää korkealaatuisena, tulee potilaan näkökulmaa korostaa hoidossa ja siitä tulee saada lisää tietoa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla, miten potilaat kokevat leikkaushoidon. Millaisia kokemuksia leikkauspotilailla on saamastaan hoidosta? Millainen on hyvä ja laadukas hoito leikkauspotilaan näkökulmasta? Näihin kysymyksiin etsitään vastauksia tarkastelemalla aikaisempia tutkimuksia. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää potilaslähtöisemmän hoidon toteutuksessa. Kokonaisvaltainen tavoite on kehittää leikkauspotilaan hoitotyötä.

2 Tausta ja keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön tausta painottuu tutkittuun tietoon leikkauspotilaan kokemuksista leikkaushoidosta. Lisäksi kerättiin tietoa, millaista on hyvä ja laadukas hoito leikkauspotilaan näkökulmasta. Tämän työn keskeisiä käsitteitä ovat potilaan kokemus, leikkaushoito, leikkauspotilas, hyvä hoito, hoidonlaatu, potilaslähtöisyys ja potilastyytyväisyys.

2.1 Hyvä ja laadukas hoito

Hyvä hoito koostuu huolellisesta hoidon suunnittelusta sekä potilaan oikeudesta saada hyvää ja asiallista kohtelua (Lapin sairaanhoitopiiri 2017). Terveydenhuollon ammattilaiset ovat hyvän hoidon asiantuntijoita. Hyvän hoidon toteuttamista ohjaavat arvot ovat ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja hyvän tekeminen. Lisäksi hoidon toteuttamista ohjaavat lainsäädäntö ja etiikka. (Tehyn eettinen toimikunta 2017.) Lainsäädännössä on määritelty, että jokaisella potilaalla on oikeus hyvään kohteluun sekä laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta tulee kohdella niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaan hoito tulee järjestää siten, että hänen yksityisyytensä ja vakaumustansa kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3.) Potilaalla on myös oikeus saada viipymättä itselleen kuuluvat asiakirjat, lähetteet, lausunnot ja todistukset (Lapin sairaanhoitopiiri 2017).

Laadukasta hoitoa voidaan määritellä sen ulottuvuuksien avulla, mitkä ovat hoidon vaikuttavuus, tehokkuus, turvallisuus, potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus ja tasa-arvo. (Kekomäki 2016.) Hyvä hoito on lääketieteellisesti perusteltua ja perustuu vaikuttaviin hoitomenetelmiin, hoitosuosituksiin ja näyttöön (Lapin sairaanhoitopiiri 2017). Näyttöön perustuva terveydenhuolto on kokonaisuus. Näytöllä tarkoitetaan luotettavaa tutkimustietoa ja asiantuntijoiden yhteisymmärrystä asioista. Näyttöön perustuva terveydenhuolto muodostuu tiedontarpeen tunnistamisesta, tiedon tuottamisesta, näytön kokoomisesta, näytön levittämisestä ja näytön käyttöönotosta. Tavoitteena on turvata jokaiselle tasa-arvoista kohtelua ja hyvää hoitoa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2022a.) Hyvää hoitoa voidaan lisäksi tarkastella hoitotyön periaatteiden kautta, mitkä perustuvat hoidon perusarvoihin ja potilaslähtöiseen hoitoon (Holappa ym. 2019). Hoitotyön arvot ja periaatteet toimivat hoitotyön laadun perusteina. Arvot antavat kuvan hyvästä hoidosta ja periaatteet ohjaavat hoitajia toimimaan oikein kaikissa hoitotilanteissa. (Rautava-Nurmi & Westergård & Henttonen & Ojala & Vuorinen 2015: 22.)

2.1.1 Potilaslähtöinen hoito

Potilaiden näkökulma on herättänyt yhä enemmän kiinnostusta terveydenhuollossa, kun selvitetään, miten terveydenhuolto pystyisi paremmin vastaamaan potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Aikaisemman tutkimuksen mukaan on löydetty positiivinen korrelaatio potilastyytyväisyyden ja yksilöllisen hoidon välillä. (Suhonen ym. 2011: 372, 376.) Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan potilaan äänen kuuntelemista ja kokonaisvaltaista huomiointia (Holappa ym. 2019). Potilaalla taas tarkoitetaan ihmistä, joka tarvitsee terveydenhuoltoa. Potilaan velvollisuuksiin kuuluu toimia saadun tiedon mukaisesti yhteistyössä hoitajan kanssa ja huolehtia omasta hyvinvoinnistaan sekä itsehoidostaan. Potilasta tulee kunnioittaa tavalla, joka turvaa potilaan oikeuden osallistua hoitoonsa ja hoitopäätöksenteossa. Hoito perustuu aina potilaan tarpeeseen, jotka vaihtelevat yksilön mukaisesti. Potilaslähtöisen hoidon toteuttamisessa tulee siten huomioida jokaisen yksilön erilaiset tarpeet ja toiveet. (Rautava-Nurmi ym. 2015: 14; Laitinen 2014.)

Potilaslähtöinen hoitotyö koostuu kymmenestä periaatteesta, joita ovat kunnioittaminen, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, yksityisyys, perhekeskeisyys, turvallisuus, kokonahoidon periaate, terveyskeskeisyys, omatoimisuus ja hoidon jatkuvuus. Kunnioittamisen periaatteella tarkoitetaan potilaan ihmisarvon kunnioittamista. Se näyttäytyy hoitotyössä potilaiden tasavertaisena ja oikeudenmukaisena kohteluna. Yksilöllisyyden periaatetta edistetään omahoitajuudella, jolloin omahoitaja keskittyy potilaansa hoitoon henkilökohtaisella tasolla ja tarjoaa yksilöllistä hoitoa. Potilaalla on oikeus vaikuttaa itseensä kohdistuvasta hoidosta sekä saada tietoa hoitoonsa liittyvistä hoitovaihtoehdoista. Potilaan autonomiaa eli itsemääräämisoikeutta kuuluu noudattaa kaikissa hoitotilanteissa. Se tarkoittaa potilaan tahdon ja toiveiden kunnioittamista, vaikka ne olisivat ristiriidassa hoitohenkilökunnan näkemyksien kanssa. Potilaan yksityisyyttä turvaa valtiovelvollisuus ja salassapitovelvollisuus, joiden rikkominen johtaa rangaistukseen. Periaatteella pyritään suojaamaan potilaan koskemattomuutta, loukkaamattomuutta ja vahingoittamattomuutta. (Rautava-Nurmi ym. 2015: 22–23; Holappa ym. 2019.)

Perhekeskeisyyden periaate korostuu yhä vahvemmin hoitotyössä. Siinä tulee ottaa potilaan lisäksi perhe huomioon erilaisissa ohjaustilanteissa. Tavoitteena on hyödyntää perheen tuki potilaalle voimavaraksi. Perheeltä saatu tuki ja läsnäolo puolestaan lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta. (Niela-Vilén & Toivonen & Axelin & Heikkilä 2019; Rautava-Nurmi ym. 2015: 23–24.) Turvallisuuden tunne kuuluu ihmisen perustarpeeseen. Turvattomuuden tunne on este sekä fyysiselle että psyykkiselle hyvinvoinnille.

Turvallisuuden periaate jakautuu sekä sisäiseen että ulkoiseen turvallisuuden tunteeseen. Sisäinen turvallisuus kuvaa luottamuksellista hoitosuhdetta potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Ulkoinen turvallisuus taas kuvaa itsehoidon turvallisuutta sekä hoitoympäristön turvallisuutta. Edistääkseen laadukasta hoitoa, on osattava arvioida potilaan turvallisuuden tunnetta. (Rautava-Nurmi ym. 2015: 23–24; Perheen tuki 2021.) Potilaan turvallisuuden tunteen arvioinnissa on hyödynnetty aikaisemmin luotua PCS-mittaria, Perianesthesia Comfort Scale. Mittari kertoo potilaan mukavuuden olon tasoa. Mittari sisältää 24 väittämää, joiden avulla tiedostetaan potilaan tunteita ja toimenpiteeseen liittyviä itsetuntemuksia. Väittämiin vastataan 1–6-skaalalla, josta matalin arvo (1) kuvaa heikointa mukavuuden oloa ja korkein arvo (6) taas vahvinta mukavuuden tunnetta. Korkein lopputulos on siten 144 ja matalin 24 pistettä. (Topdemir & Saritas 2021: 3.)

Potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon sisältyy potilaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomioon ottaminen. Kokonaisvaltaista hoitoa pyritään tarjoamaan moniammatillisella yhteistyöllä. (Rautava-Nurmi ym. 2015: 23–24.) Kokonaisvaltaisessa hoidossa kuuluu huomioida potilaan hyvinvointi ja terveyden kokonaistila (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021). Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrää terveydenhuollon toimijoita edistämään potilaan terveyttä. Terveyskeskeisyydellä tarkoitetaan potilaan sairauden sijasta potilaan terveyteen keskittymistä. Potilaan terveyttä voidaan edistää hoitotyössä kuntouttavalla työotteella, jolla pyritään tukemaan potilaan voimavaroja ja omatoimisuutta. Omatoimisuudella tarkoitetaan potilaan oma-aloitteisuutta päivittäisten toimintojen suorituksissa. Potilaan puolesta tekemisen sijaan ohjataan potilasta omatoimisuuteen. Kun potilas on kotikuntoinen tai hoitosuhde siirtyy muualle tai toiselle hoitajalle, potilaan hoidon jatkuvuutta on tärkeä varmistaa. Jatkohoitoon osallistuvat hoitajat, läheiset ja itse potilas tulee saada selkeät suulliset ja kirjalliset hoito-ohjeet. Jos kyse on vain hoitajien vuoronvaihdosta, riittää suullinen raportointi ja hoitovastuun eteenpäin luovutus. (Rautava-Nurmi ym. 2015: 24–26.)

2.1.2 Potilastyytyväisyyden merkitys

Potilastyytyväisyys kuvaa yksilön tunnetta tarpeiden ja odotuksien täyttymisestä. Se koostuu usein potilaan hoitokokemukseen ja arvomaailmaan liittyvistä tekijöistä. (Das & Panigrahi & Preetybanra & Rout & Pattanayak 2018: 50–51; Reponen & Roine 2016: 2630.) Potilastyytyväisyyttä pidetään ehkä tärkeimpänä menestyksen tekijänä hoitoalalla (Hamilton ym. 2013: 2). Tyytyväisyyttä voidaan arvioida potilaiden palautteiden

kautta. Jos potilaspalautteet ovat positiivisia, arvioidaan, että potilaat ovat tyytyväisiä hoitoonsa. Potilaan tyytymättömyys hoidosta saattaa taas johtaa siihen, että haittailmoituksia tehdään enemmän. Saatuja palautteita voidaan hyödyntää hoidon laadun kehittämässä. (Terveyskylä 2020a; HUS 2022; Reponen & Roine 2016: 2630.) Näin ollen potilastyytyväisyys on tärkeä indikaattori terveydenhuollon hoidon laadun arvioinnissa. Potilaan tyytyväisyyden tai tyytymättömyyden tunteet antavat käsityksen potilaan uskomuksistaan hoidon laadusta kokonaisvaltaisesti. (Das ym. 2018: 50–51; Suhonen ym. 2011: 373.)

Aikaisemman tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä hoidon teknisestä laadusta ja olivat vähiten tyytyväisiä tiedonsaantiin (Suhonen ym. 2011: 375). Potilaiden tyytyväisyys oli korkea, kun potilaiden odotuksiin vastattiin ja saatiin tyydyttäviä hoitotuloksia kivun lievitykseen. Lisäksi potilaat olivat tyytyväisiä, kun yleinen sairaalahoito vastasi heidän odotuksiaan. (Hamilton ym. 2013: 4.) Odotuksien vastaaminen ei kuitenkaan ole edellytys potilastyytyväisyyteen, sillä leikkauksen jälkeinen komplikaatio ei aina vaikuttanut potilaan kokemaan tyytyväisyyteen. Näin ollen potilastyytyväisyys ei suoranaisesti määritä hoidon laadukkuutta eikä nähdä riittävän yksin laadun kehittämistyössä ja hoitoyksiköiden välisessä vertailussa. Tämä nähdään johtuvan siitä, että potilastyytyväisyys ei anna riittävää kuvaa toteutuneista terveyshyödyistä. (Reponen & Roine 2016: 2630; Hamilton ym. 2013: 2.)

2.1.3 Hoitosuhteen merkitys

Hoitosuhteella tarkoitetaan vuorovaikutussuhdetta potilaan ja hoitajan välillä. Hoitosuhteeseen liittyviä tärkeitä arvoja ovat luottamus, aitous ja empatia. Suhteessa hoitaja pyrkii vaikuttamaan potilaaseen sanoilla, teoilla ja läsnäolollaan. Viestintä on oleellinen väline hoitosuhteessa ja sen tarkoituksena on saada aikaan muutosta potilaassa. (Rautava-Nurmi ym. 2015: 28–29; Koivisto 2019.) Hoitosuhdetta kutsutaan hoitosuhteeksi kaikissa hoitamiseen liittyvissä yhteyksissä. Hoitosuhde on myös huolenpitosuhde sekä riippuvuussuhde. Huolenpitosuhteella tarkoitetaan sitä, että hoitaja toimii potilaan puolesta. Riippuvuussuhde puolestaan voi olla haitallinen tai rakentava. Hoitosuhteessa useimmiten potilas muuttuu riippuvaiseksi hoitajaan, mikä myös kuvastaa potilaan luottamusta hoitajaansa. Riippuvuussuhde muuttuu haitalliseksi, kun potilas on liian riippuvainen hoitajastaan, mikä puolestaan lisää riskiä vääränlaiseen vallankäyttöön. Rakentava suhde taas edistää ja tukee potilaan kasvua, kehitystä, itsenäisyyttä sekä omaeh-

toisuutta. (Rautava-Nurmi ym. 2015: 28–29.) Hoitosuhde on aina ammatillinen ja päättyy saavutettuaan potilaan hoidon tarpeet. Ammattihenkilön on pysyttävä ammatillisessa roolissa koko hoitosuhteen ajan ja kiinnitettävä huomiota eettisiin velvollisuuksiinsa. (Valvira 2019.)

Hoitosuhteeseen kuuluu hoitajan antama potilasohjaus (Laitinen 2014). Hoitajan ohjaus perustuu tieteelliseen tutkittuun tietoon ja eettisiin periaatteisiin. Ohjausta säätelee ohjaajan persoonallisuus, minäkuva ja ihmiskäsitys. Hoitajalla tulee olla ammatitaitoa luoda inhimillinen yhteys potilaaseen. Potilaan ja hoitajan välisessä suhteessa korostuu dialogisuus, jolla tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutus lisää potilaan tietoisuutta ja toimintakykyä. Hoitosuhteessa merkittävin kommunikatiokeino on kuunteleminen. Suhteessa on tärkeä huomioida potilas kokonaisvaltaisesti. Potilaalle on tärkeää luoda tunne siitä, että häntä kuunnellaan ja arvostetaan. Kuunteleminen, pysähtyminen ja keskusteleminen kuuluvat hyvän hoitajan taitoihin. Nämä taidot taas auttavat potilasta kertomaan tunteistaan. (Koivisto 2019; Rautava-Nurmi ym. 2015: 29.)

2.1.4 Potilaan voimavaroja tukeva hoito

Voimavaroilla tarkoitetaan ihmisen henkilökohtaisia kapasiteetteja kohdata haasteita elämässään. Voimavarat tukevat arjen selviytymisessä ja antavat voimaa kuormittavien tilanteiden käsittelyssä. (Terveyskylä 2020b.) Voimavaraistuminen on moniulotteinen ja monimääritteinen käsite. Sen rinnakkaisia käsitteitä ovat sisäinen hallinta, tietoinen suuntautuminen ja voimaantuminen. Voimavaraistumista voidaan tukea ohjauksella. Ohjauksessa otetaan huomioon potilaan tiedot ja taidot. Voimavaraistumista tukevan tiedon alueet jaetaan kuuteen osa-alueeseen, jotka ovat biofysiologinen, toiminnallinen, sosiaalis-yhteisöllinen, kokemuksellinen, eettinen ja taloudellinen alue. Biofysiologisella osa-alueella voidaan tarkoittaa terveysongelmaa, jossa tarkastellaan fyysisiä oireita, sivuvaikutuksia ja ennustetta. Siinä otetaan huomioon potilaan ikä, temperamentti ja sukupuoli. Toiminnallinen osa-alue tarkoittaa päivittäisestä arjesta selviytymistä sekä mahdollisia apuvälineitä. Sosiaalis-yhteisölliseen alueeseen kuuluu perheen osallistuminen ja vertaistuki. Kokemuksellinen alue koostuu potilaan kokemista tunteista sairaudesta ja sen hoidosta. Eettinen alue pitää sisällään potilaan oikeudet sekä tietosuojan. Taloudellinen osa-alue puolestaan tarkoittaa hoito- ja lääkehoitokustannuksia sekä potilaan taloudellista tilaa. (Virtanen 2014: 12–24.)

Voimavaraistumista voidaan kuvata myös voimavaralähtöisillä menetelmillä. Voimavaralähtöiset menetelmät korostavat potilaan ja läheisten vahvuuksia sekä itsemääräämisoikeutta. Menetelmät auttavat tunnistamaan potilaan voimavaroja. Menetelmiä ovat muun muassa voimavaralähtöinen haastattelu tai tunnistamiseen kehitetyt lomakkeet. On tärkeää löytää potilaan voimavaroja lisääviä tekijöitä, kuten ihmissuhteet, ja tukea niitä. Voimavaroja kuormittavia tekijöitä, kuten stressi ja ahdistus, tulee taas vähentää. Kuitenkin yksilön voimavaraisuus riippuu siitä, kuinka voimavaroja lisäävät ja kuormittavat tekijät koetaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.) Voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella on paljon hyötyä potilaalle. Se parantaa potilaan elämänlaatua, lisää tiedon määrää, vähentää ahdistuneisuutta ja nostaa varmuuden tunnetta. Voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta on verrattu perinteiseen ohjaukseen. Perinteisessä ohjauksessa vastuu on ammattilaisella, kun taas voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa vastuu on jaettu potilaan ja ammattilaisen kesken. Voimavaraistumista tukeva ohjaus korostaa potilaan sisäistä motivaatiota, joka puolestaan edistää hoidon vaikuttavuutta. (Virtanen 2014: 15–17.)

2.2 Leikkaushoito

Leikkaushoito tarkoittaa pre- ja postoperatiivisia hoitoja, jotka puolestaan kuuluvat osaksi perioperatiivista hoitotyötä. Perioperatiiviseen hoitotyön prosessiin kuuluu kolme vaihetta, joita ovat pre-, intra- ja postoperatiiviset hoidon vaiheet. Preoperatiivinen vaihe kuvaa leikkausta edeltävää vaihetta. Intraoperatiivinen vaihe kuvaa leikkauksen aikaista vaihetta. Postoperatiivinen vaihe taas kuvaa leikkauksen jälkeistä vaihetta. Pre- ja postoperatiivisten hoitovaiheiden tärkein tehtävä on potilaan ohjaaminen ja osallistuttaminen omaan hoitoonsa. (Ahonen ym. 2020: 92; Karma & Kinnunen & Palo-vaara & Perttunen 2016: 8.)

Preoperatiivinen hoitovaihe alkaa leikkauuspäätöksestä ja päättyy, kun potilas siirtyy leikkaussaliin. Tässä hoidon vaiheessa pyritään valmistautumaan leikkaukseen. Valmistautuminen tapahtuu osastolla ja kotona. Potilaan valmistautuminen koostuu tiedon antamisesta ja leikkaussuunnitelman ohjaamisesta. Perioperatiivista hoitotyön suunnittelua tehdään yhteistyössä potilaan kanssa. Ennen leikkausta arvioidaan potilaan fyysisistä kuntoa ja mahdollisia leikkaukseen liittyviä riskejä. Riskejä pyritään vähentämään ennen leikkausta ja sitä varten tehdään tarvittavia tutkimuksia, kuten veren sopivuuskoe. Potilaan leikkauksekelpoisuutta arvioidaan yhdessä potilaan kanssa ja tavoitteena

on saada potilasta mahdollisimman hyväkuntoiseksi ennen leikkaustoimenpidettä. Ennen potilaan siirtoa leikkaussaliin varmistetaan vielä potilaan esitiedot, ravinnotta olo sekä kokonaisvaltainen valmius leikkaukseen. (Särkijärvi 2021a; Ahonen ym. 2020: 92.) Postoperatiivinen hoito alkaa taas leikkauksen jälkeen heräämössä ja päättyy, kun potilas toipuu ja kotiutuu leikkauksesta. Potilaan voinnin ja tajunnan tarkkailu sekä komplikaatioiden ehkäisy on oleellista kyseisessä hoitovaiheessa. Hoidon tavoitteena on vakauttaa potilaan peruselintoimintoja, saada kivut hallintaan ja tukea potilasta päivittäisissä toimissa. Kaikissa hoitotoimenpiteissä kuuluu antaa potilasohjausta. (Särkijärvi 2021b.)

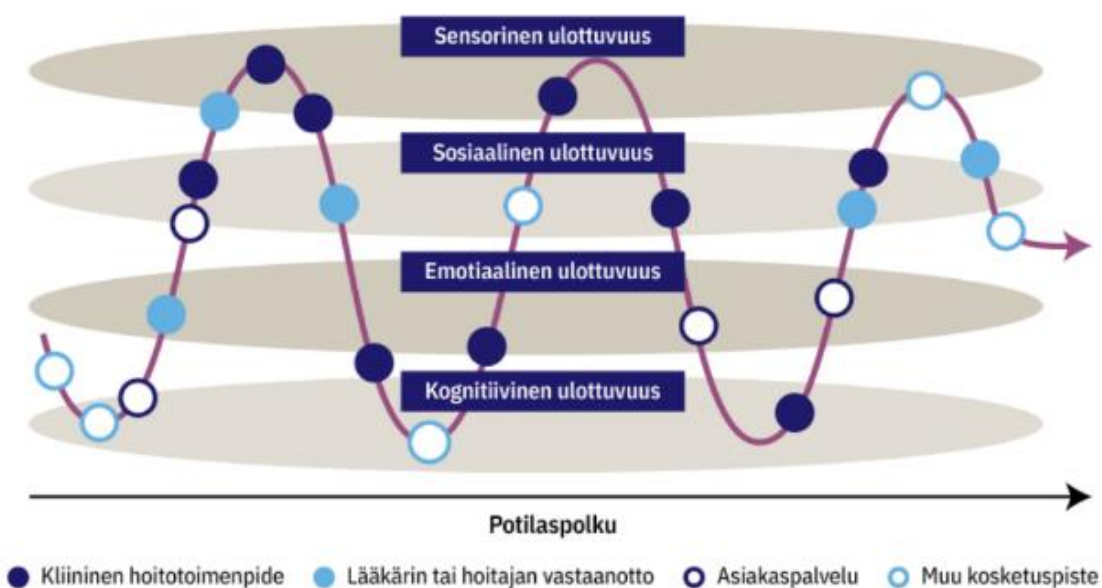
2.2.1 Potilaan kokemus leikkaushoidosta

Leikkaushoito koetaan yleisesti jännittävänä. Noin 85 % leikkaukseen menevistä potilaista kokevat pelkoa tulevaa toimenpidettä kohtaan (Terveyskylä 2019). Leikkaus on monille merkittävä elämäntapahtuma ja voi aiheuttaa monelle pelkoa ja ahdistusta. Osa potilaista kokevat enemmän pelkoa kuin toiset. On todettu, että naiset, vähemmän koulutetut ja iäkkäät, joilla on vähemmän sosiaalista tukea, kokivat enemmän leikkaukseen liittyvää pelkoa ja ahdistusta. Muita tekijöitä, jotka lisäsivät leikkaukseen liittyvää pelkoa ja ahdistusta, olivat pitkittyneet ja isot leikkaukset. (Ralph 2018.) Potilailla oli usein paljon oireita ennen ja jälkeen leikkausta. Leikkaus ja siitä aiheutuva stressi aiheuttivat potilaalle stressitilan. Usein tällainen stressitila voi kestää kaksi kuukautta tai jopa enemmän, ennen kuin potilas tuntee itsensä täysin toipuneeksi leikkaushoidosta. Suurien leikkauksien jälkeen esiintyi tyypillisesti kipua, pahoinvointia, vatsavaivoja, väsymystä ja postoperatiivisia komplikaatioita. (Drott ym. 2022: 406.) Leikkaushoidon kokemus määrittyi luottamuksesta. Luottamus oli taas yhteydessä turvallisuuden tunteeseen. Potilaat toivoivat nopeaa palautetta toimenpiteestä ja arvostivat hyviä vuorovaikutustaitoja. (Occelli ym. 2022: 418–419.)

Potilaskokemus rakentuu ajan myötä ja sitä voidaan kuvata potilaspolulla (engl. patient journey). Sen lisäksi potilaskokemus rakentuu vuorovaikutustilanteista, jotka voivat olla epäsuoria tai suoria yhteyksiä. Potilaspolkua on havainnollistettu kuvassa 1. Vuorovaikutustilanteet voivat olla potilaspolun aikana tapahtuneet suorat kliiniset hoitotapahtumat tai epäsuorat digitaalisten palvelun kautta tapahtuneet kontaktit. On hyvä muistaa, että potilaskokemukseen vaikuttaa myös pienet yksityiskohdat, kuten henkilökunnan ystävällisyys. Potilaskokemus vaihtelee yksilön arviointikriteerien mukaan. Tämän lisäksi se koostuu neljästä eri ulottuvuudesta. Ulottuvuudet jakautuvat kognitiiviseen,

emotionaaliseen, sosiaaliseen ja sensoriseen ulottuvuuteen. Sairaalahoidossa usein keskitytään kognitiiviseen ulottuvuuteen, jossa keskitytään hoidolle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Hoidossa tulisi kuitenkin huomioida kaikki ulottuvuudet. Aikaisemman tutkimuksen mukaan on todettu, että potilaan kokonaisvaltaiseen kokemukseen vaikutti hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot ja turvallisuuden tunne. Potilaan kokemuksen huomioiminen nähtiin parantavan hoidon laatua. Se oli yhteydessä turvallisempaan ja tehokkaampaan hoitoon, mikä puolestaan nopeutti potilaan toipumista. (Mikkola & Saarijärvi 2022: 1346–1347.)

Potilaspolku



Kuva 1. Potilaspolku (Mikkola & Saarijärvi 2022: 1347).

2.2.2 Näkemuserot leikkaushoitoon liittyen

Aikaisempien tutkimuksien perusteella on huomattu, että hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä oli merkittäviä näkemuseroja käsityksistään, millainen on hyvä ja laadukas leikkaushoito. Näkemuserot kohdistuivat potilasohjauksen tarpeeseen ja sen sisältöön. Lisäksi näkemuseroja hoitohenkilökunnan ja potilaiden kesken esiintyi myös yksilöllisestä hoidosta. Potilaat ilmaisivat halunsa saada yksilöllistä ohjausta, jossa huomioitiin potilaan henkilökohtaisia tavoitteita. (Gabay & Bokek-Cohen 2019: 467, 47.) Tiedetään, että nykypäivän potilaat toivovat yhä enemmän pääsevänsä vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Potilaat ovat myös sitoutuneempia itsehoitoon. Yksilöllisessä hoidossa kuuluu huomioida potilaan uskomukset, arvot, tunteet, ajatukset, mieltymykset, kokemukset

sekä käsitykset. (Suhonen ym. 2011: 372–373.) Jos yksilöllinen hoito toteutuu hoitotyössä, myös hoitomyöntyvyys ja -tyytyväisyys paranee (Gabay & Bokek-Cohen 475).

Yleisesti ottaen potilaat kokivat, että yksilöllistä hoitoa on toteutettu vain osittain. Potilaan näkökulmasta puutteita esiintyi yksilöllisyyttä tukevassa hoidossa. Erityisesti koettiin puutetta heidän elämäntilanteensa huomioimisesta potilasohjauksessa. Yksilökeisessä hoidossa tulisi kuunnella potilasta heidän omien ehtojensa mukaisesti. (Suhonen ym. 2011: 377; Drott ym. 2022: 412.) Tuloksista nousi esille kolme pääteemaa, jotka olivat tiedon puute, potilaan esineellistäminen sekä ahdistusta aiheuttavat prosessit ja tiedot. Potilaat odottivat avoimuutta tiedottamisesta leikkauksen jälkeen. Tämä voisi lisätä tunnetta siitä, että heitä kohdellaan kunnioittavasti. Potilaat tunsivat olonsa läpinäkyväksi, kun he joutuivat odottamaan useita tunteja ennen leikkaussaliin viemistä. Potilaat myös toivoivat, että saatu tieto ja sen syvyys suhteutettaisiin omien rajoitusten ja henkilökohtaisten tavoitteiden mukaisesti. Pidettiin tärkeänä tietää, minkä tasoista kipua leikkauksesta voi esiintyä. Lisäksi haluttiin tietään leikkauksen riskit, jonka tiedostaminen lisäsi potilaan hallinnan tunteita. (Gabay & Bokek-Cohen 2019: 473–474.)

3 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla leikkauspotilaan kokemusta saamastaan hoidosta, sekä millainen on hyvä ja laadukas hoito potilaan näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa ajantasaista tietoa leikkauspotilaan kokemuksesta hyvästä ja laadukkaasta hoidosta. Tietoa voidaan hyödyntää leikkauspotilaan hoitotyön kehittämisessä ja hoitotyönkoulutuksessa.

Opinnäytetyössä etsittiin vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia leikkauspotilailla on saamastaan hoidosta?
2. Millainen on hyvä ja laadukas hoito leikkauspotilaan näkökulmasta?

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Opinnäytetyön menetelmä

Opinnäytetyön metodologinen lähestymistapa oli kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus ja menetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Tieteellisen tutkimuksen lähestymistapoja on kahdenlaista, kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa pyritään tulkitsemaan tilastojen ja numeroiden avulla muuttujien välistä suhdetta ja eroa. Tavoitteena on havainnoida ilmiötä objektiivisesti. Tutkimuksen painopisteenä on menneen tapahtumat. (Kylmä & Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003.) Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä puolestaan pyrkii tulkitsemaan teoriatietoja subjektiivisesta näkökulmasta. Menetelmän tavoitteena on hyödyntää aikaisemmin tutkittuja tietoja tulevaisuuden tavoitteisiin. (Pitkäranta 2014: 1–7.) Opinnäytetyössä pyrittiin lähestyä potilaan näkökulmasta, millainen on hyvä ja laadukas hoito. Tämä lähestymistapa puolestaan kuvaa laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa sopii opinnäytetyöhön, sillä työn tehtävänä oli lisätä tietystä asiasta ymmärrystä. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla ja tuottaa ajantasaista tietoa hoitohenkilökunnalla potilaslähtöisemmästä leikkauspotilaan hoidosta.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsaus on metodi ja tutkimusmenetelmä. Kirjallisuuskatsauksen avulla tehdään tutkimusta aiempien tutkimusten perusteella. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kootaan aikaisempien tutkimuksien tuloksia, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille. (Salminen 2011: 1–6.) Kirjallisuuskatsauksen tärkeimpänä tehtävänä on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä. Lisäksi arvioidaan jo olemassa olevaa teoriaa. Kirjallisuuskatsauksen tyypit voidaan jakaa kolmeen osaan. Erilaisia tyyppejä ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä laadullinen meta-synteesi ja määrällinen meta-analyysi. (Stolt 2016: 7–8.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi luonnehtia yleiskatsaukseksi, missä ei ole tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Kuitenkin tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla laaja-alaisesti ja tarvittaessa voidaan luokitella ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011: 1–6.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on usein etsiä vastauksia kysymyksiin.

Kysymyksiä voivat olla, mitä ilmiöstä jo tiedetään etukäteen tai mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Tarkoituksena voi esimerkiksi tutkia millaista keskustelua ilmiöstä on käynnissä. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta käytetään useaan tarkoitukseen. Se voi kohdentua käsitteellisen ja teoreettisen kehyksen rakentamiseen tai teorian kehittämiseen. (Kangasniemi ym. 2013: 294.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus puolestaan on tiivistelmä tietyn aihepiirin tutkimusten sisällöstä ja se on parhaiten tunnettu katsauksen laji. Tavoitteena on kartoittaa keskustelua ja seuloa esille tieteellisten tulosten kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksia. (Stolt 2016: 14; Salminen 2011: 9.) Tarkoituksena on identifioida ja kerätä olemassa olevaa tietoa sekä arvioida tiedon laatua. Katsauksen tärkein vaihe on yksityiskohtaisen tutkimussuunnitelman tekeminen, sillä se ohjaa koko tutkimusprosessia. Keskeisin piirre katsauksessa on etsiä tarkkaa vastausta tutkimuskysymykseen. Tutkimuskysymykset rajataan ja määritellään huolellisesti. Usein vastausta etsitään kliiniseen kysymykseen. Katsauksen lähtökohtana on muodostaa tarkasti rajattu tutkimuskysymys ja toteuttaa huolellisesti aikaisempien tutkimuksien hakumenettely. Menettelytapoja tulee noudattaa koko katsauksen aikana. (Stolt 2016: 14; Kääriäinen & Lahtinen 2006: 39–40.)

Kolmas kirjallisuuskatsauksen perustyyppi on meta-analyysi. Meta-analyysi voidaan jakaa kahteen perussuuntaukseen, jotka ovat kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen meta-analyysi. Meta-analyysi on tutkimusmenetelmä, jossa usein yhdistetään kvantitatiivisia tutkimuksia ja yleistetään tilastollisin menetelmin. Sen avulla pystytään tekemään päätelmiä jo olemassa olevien tutkimusten olennaisesta sisällöstä sekä pystytään yhdenmuikaistamaan tuloksia. Meta-analyysin vahvuutena on tuottaa suuresta aineistosta numeerisia tuloksia. (Salminen 2011: 12–15.)

4.2 Aineiston haku ja valinta

Tiedonhaku aloitettiin aiheen ja käsitteiden määrittelystä, jonka jälkeen siirryttiin aineiston hakuun. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksien muotoilussa hyödynnettiin PICO-menetelmää. Lyhenne PICO tulee englanninkielisistä sanoista Patient, Interest ja Context. Menetelmä on usein käytetty systemaattisissa tutkimuksissa. Se tukee selvän ja tarkennetun tutkimuskysymyksen muotoiluun. (Murdoch University 2022; Lehtiö & Johansson 2015: 38.) Taulukossa 1. esitetään, miten opinnäytetyön *Millainen on hyvä ja*

laadukas hoito leikkauspotilaan näkökulmasta? -tutkimuskysymys on muotoiltu hyödyn-
täen PICO-menetelmää.

Taulukko 1. Tutkimuskysymyksen muotoilu PICO-menetelmällä (Hoitotyön tutki-
mussäätiö 2022b).

P	Potilasryhmä	Leikkauspotilaat
I	Mielenkiinnon kohde	Hyvä ja laadukas hoito leikkauspotilaan näkökulmasta
Co	Konteksti	Leikkaushoito

Opinnäytetyön aineiston haku ja valinta koostui hakulauseiden muodostamisesta, haun toteuttamisesta ja hakutulosten arvioinnista. Hakulauseiden muodostamisessa saatiin informaation avustusta. Aikaisempia tutkimuksia haettiin CINAHL- ja Medic-tietokannoista sekä manuaalisesti Hoitotiede-, Tutkiva Hoitotyö- ja BMJ Open -lehdistä.

Hakulauseina tiedonhakuun käytettiin seuraavia:

- 'patient experience' OR 'perceptions' OR 'opinions' OR 'attitudes' OR 'views' AND 'surgery' OR 'surgical' OR 'operative' OR 'postoperative' OR 'preoperative'
- 'potilaan kokemus' OR 'käsitys' OR 'mielipide' OR 'asenne' OR 'näkökulma' AND 'leikkaus' OR 'kirurginen' OR 'operatiivinen' OR 'postoperatiivinen' OR 'preoperatiivinen'
- 'surgical patient' AND 'quality care' OR 'good care'
- 'kirurginen potilas' AND 'hoidon laatu' OR 'hyvä hoito'

Hakutuloksien rajaamista määritteli myös ennalta määritellyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Hakutuloksia rajattiin koko tekstihakuun sekä englannin- ja suomenkielisiin tutkimuksiin. Koska tavoitteena oli kuvailla ajantasaista tutkimustietoa, aineistoksi suositaan ensisijaisesti viiden vuoden sisällä julkaistut tutkimukset. Viiden vuoden sisällä julkaistuja tutkimuksia oli kuitenkin rajallinen määrä, minkä takia opinnäytetyöhön otettiin mukaan myös alle kymmenen vuoden, eli vuodesta 2012–2022, vanhat tutkimukset. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat lueteltu taulukossa 2.

Taulukko 2.

Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Näkökulmana leikkauspotilaan kokemus hoitotyöstä	Näkökulmana hoitohenkilökunnan kokemus leikkauspotilaan hoitotyöstä
Empiirinen tutkimus, vertaisarvioitu	Pro gradu, opinnäytetyö, väitöskirja, kirjallisuuskatsaus
Julkaisut vuosilta 2012–2022	Yli 10 vuotta vanhat julkaisut
Hoitotieteelliset tutkimukset	Lääketiede, muut tieteenalat
Julkaisukieli suomi ja englanti	Muut kielet
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei sisällä tutkimuskysymykseen liittyvää aihetta

Aineiston valinta perustui yllä mainittuihin tiedonhaun ja valinnan kriteereihin. Tietokantahaun ja manuaalisen haun jälkeen osumia tuli yhteensä 1574 kappaletta. Osumat valittiin alkuun otsikon perusteella, joita oli 34 kappaletta. Tämän jälkeen osumat valittiin tutkimuksen tiivistelmän perusteella (n=18). Lopulta valittiin koko tekstin perusteella tutkimukset, jotka vastasivat valittuun aiheeseen sekä sisäänotto- ja poissulkukriteereihin (n=13). Tiedonhaku on kuvattu taulukossa 3. Tämän jälkeen valikoituneet tutkimusartikkelit kirjallisuuskatsaukseen tuli arvioida. Arviointikriteerejä on olemassa useita. Tutkimusartikkelit arvioidaan niiden katsaustyyppiin soveltuvilla arviointikriteereillä. Tutkimusartikkeleiden laadun arvioinnissa tärkeintä arvioida tutkimusartikkeleiden pätevyys. Tulosten arvioinnissa, arvioidaan tulosten kliininen merkittävyys ja yleistettävyys. Arviointi tulee suorittaa vähintään kahden henkilön osalta. (Lemetti & Ylönen 2016: 67.)

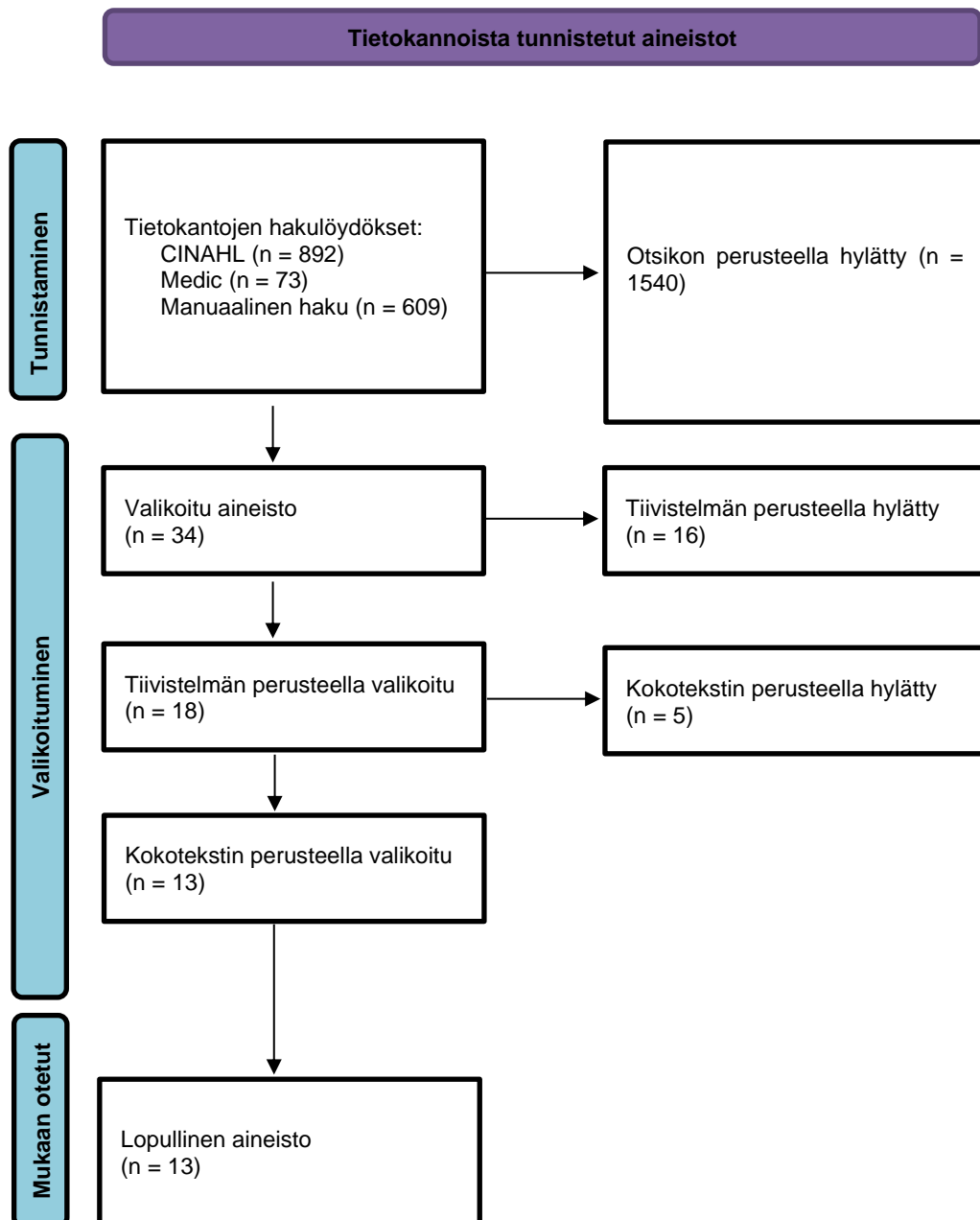
Opinnäytetyössä tutkimuksien laatua tarkasteltiin sekä JBI-arviointimittarin että LibGuides:n osallistavan ja tutkivan kehittämisen oppaan 2.0 avulla. JBI-arviointi, Joanna Briggs Institution, on Hoitotyön tutkimussäätiön sivulta löytynyt kriittinen laadun arviointimittari. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018.) LibGuides:n opas 2.0 ohjaa tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin lähtökohtia ja peruseriaatteita (Hyväri & Vuokila-Oikonen 2016). Tässä opinnäytetyössä tutkimuksien laadunarviointia suorittivat molemmat tutkijat. Tämän takia laadunarvioinnissa on hyödynnetty kahta eri laadun arvioinnin työkalua. Aineistot luettiin vähintään kaksi kertaa läpi ja yhdessä käytiin läpi mahdolliset eroavaisuudet tutkimuksien arvioinnissa.

Lisäksi tutkimusartikkeleiden julkaisukanavan laatua tarkastettiin Julkaisuforumista. Julkaisuforumissa arvioidaan tieteellisiä julkaisukanavia asteikolla 1–3 (Julkaisuforum 2021a). Julkaisukanava hyväksytään ensimmäiselle tasolle eli perustasolle, jos se täyttää kriteerit tunnisteiden, läpinäkyvyyden, tieteellisyyden, vertaisarvioinnin, edustavuuden ja relevanssin osalta (Julkaisuforum 2021b). Tutkimusartikkeleista 11 täyttivät julkaisuforumin perustason kriteerit. Kahden tutkimuksen julkaisukanavasta ei löytynyt tasoluokittelua julkaisuforumista. Nämä tutkimukset tarkastettiin yhdessä ohjaajan kanssa ja ne täyttivät laadunarviointikriteerit. Kaikkien tutkimuksien sisällön luotettavuutta ja eettisyyttä arvioitiin vielä erikseen ja ne ovat kuvattu liitteessä 1 (taulukko 7). Lopulta tiedonhaun ja aineiston laadun arvioinnin jälkeen saatiin yhteensä 13 tutkimusta, jotka muodostivat opinnäytetyön aineiston.

Taulukko 3. Tiedonhaku eri tietokannoista

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
CINAHL	'patient experience' OR 'perceptions' OR 'opinions' OR 'attitudes' OR 'views' AND 'surgery' OR 'surgical' OR 'operative' OR 'postoperative' OR 'preoperative'	Koko tekstihaku, potilaan ikäluokka 19–64, englanti, vuodesta 2014–2022	n= 887	n= 16	n= 9	n= 7
CINAHL	'surgical patient' AND 'quality care' OR 'good care'	Koko tekstihaku, suomi, vuodesta 2012–2022	n= 5	n= 2	n= 1	n= 1
Medic	'potilaan kokemus' OR 'käsitys' OR 'mielipide' OR 'asenne' OR 'näkökulma' AND 'leikkaus' OR 'kirurginen' OR 'operatiivinen' OR 'postoperatiivinen' OR 'preoperatiivinen'	Koko teksti, alkuperäistutkimukset, suomi ja englanti, vuodesta 2012–2022	n= 72	n= 2	n= 0	n= 0
Medic	'kirurginen potilas' AND 'hoidon laatu' OR 'hyvä hoito'	Koko teksti, alkuperäistutkimukset, suomi ja englanti, vuodesta 2012–2022	n= 1	n= 0	n= 0	n= 0
Manuaalinen haku		BMJ Open, alkuperäistutkimukset, volume 10, issue 11, vuodesta 2020	n= 247	n= 5	n= 2	n= 1
Manuaalinen haku		Tutkiva hoitotyö, vuodesta 2012–2022	n= 186	n= 3	n= 3	n= 3
Manuaalinen haku		Hoitotiede, vuodesta 2012–2022	n= 176	n= 6	n= 3	n= 1
			Yhteensä N= 1 574	yhteensä n= 34	yhteensä n= 18	yh- teensä n= 13

Aineiston valintaprosessi on kuvailtu PRISMA-kaaviota mukailien kuviossa 1. PRISMA on tutkittuun tietoon perustuva työkalu, jota hyödynnetään järjestelmällisissä katsauksissa ja meta-analyyseissa. Työkalua hyödynnetään ensisijaisesti interventioiden vaikutuksia arvioivien katsauksien raportoinnissa. Lyhenne PRISMA tulee englanninkielisistä sanoista *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Menetelmän tarkoituksena on taata laadukkaiden ja luotettavien tutkimusten tuottamista.



Kuvio 1. PRISMA 2020 Flow Diagram -kaaviolla mukailtu aineiston valinta (PRISMA 2021).

4.3 Aineiston analysointimenetelmä

Opinnäytetyö on laadullinen kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joten analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista analyysimenetelmää. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on tiedon lisääminen. Analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jonka avulla voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto hajotetaan, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2017: 91.) Sisällönanalyysimenetelmiä jaetaan deduktiiviseen, abduktiiviseen ja induktiiviseen menetelmiin. Deduktiivisessa analyysimenetelmässä sisältö on teorialähtöistä ja sitä käytetään yleisesti kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Induktiivinen sisällönanalyysimenetelmä on puolestaan aineistolähtöistä ja siitä johdetaan teoreettisiin malleihin. Abduktiivisessa päättelyprosessissa vuorotellaan edellisiä analyysimenetelmiä johtopäätösten muodostamiseen ja prosessia suositaan käyttämään laadullisissa tutkimuksissa. (Pitkäranta 2014: 26.)

Opinnäytetyössä edettiin induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti, eli aineistolähtöisesti ja perusteltiin asiantuntijuuden näkökulmasta aineiston ilmiöitä. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan. Tarkoitus on päästä havainnollisesta ja kokemukseen perustavasta aineistosta käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöisen prosessin lopputuloksena saadaan tutkimuskysymyksiin vastauksia ja siitä kehittyä edelleen uusia teoreettisia tietoja. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on prosessi ja se voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Vaiheita ovat aineistoin redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Redusoinnilla tarkoitetaan aineiston pelkistämistä ja klusteroinnilla aineiston ryhmittelyä. Abstrahoinnilla puolestaan tarkoitetaan teoreettisten käsitteiden luomista. (Tuomi & Sarajärvi 2017: 92–94.)

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on redusointi eli alkuperäismateriaalin pelkistäminen. Aineistosta on tarkoitus karsia epäoleellinen tieto pois. Pelkistäminen voi tapahtua esimerkiksi niin, että etsitään aineistosta sellaisia ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. Tämän avulla saadaan tutkimusaineistosta tutkimustehtävää kuvaavat alkuperäisilmaukset ja niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaisut. Pelkistämisvaiheessa on tärkeää olla kadottamatta alkuperäistutkimusaineistosta mitään, jotta saadaan kaikki pelkistetyt ilmaukset ylös. On hyvä myös huomioida, että yhdestä lauseesta voi löytää useampia ilmauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2017: 92–94.) Taulukossa 4.

on esimerkki tämän opinnäytetyön pelkistämävaiheesta. Pelkistykseen muodostui yhteensä 75 kappaletta.

Taulukko 4. Esimerkki alkuperäisilmauksen pelkistämisestä

Alkuperäisilmaus	Suomennettu ilmaus	Pelkistetty ilmaus
“Patients with higher levels of preoperative anxiety generally have increased anaesthetic requirements, worse postoperative pain, longer hospital stays, slower return to work, reduced overall recovery, lower surgical satisfaction and greater psychological distress.” (Artikkeli 10)	Potilaat, joilla esiintyy korkeampi tasoista preoperatiivista ahdistusta yleisesti on nostanut myös anestesian vaatimuksia, pahentanut postoperatiivista kipua, pidentänyt sairaalassa oloaikaa, hidastanut toihin paluuta, heikentänyt kokonaisvaltaista toipumista, heikentänyt leikkausvähäisyyttä ja lisännyt psyykkistä stressiä.	Potilaat, joilla esiintyy preoperatiivista ahdistusta lisää anestesian vaatimuksia sekä pahentaa kokonaisvaltaisesti postoperatiivista hoitoa ja hoidosta toipumista. Tämä vaikuttaa leikkauspotilaan tyytyväisyyteen hoitoonsa.
“In the existing literature, it is stated that patient satisfaction is an important indicator of healthcare quality and there is a positive correlation between nursing care and satisfaction also identified a positive correlation, whereas determined that patient satisfaction increased in institutions that provide individualized care.” (Artikkeli 6)	Olemassa olevan kirjallisuuden mukaan potilastytyväisyys on tärkeä indikaattori terveydenhuollon laadun arvioinnissa. Hoitotyön ja potilastytyväisyyden kesken on todettu positiivinen korrelaatio. Lisäksi on huomattu positiivinen korrelaatio, missä potilastytyväisyys on lisääntynyt laitoksissa, jossa tarjotaan yksilöllistä hoitoa.	Potilastytyväisyys ennustaa hyvää hoidon laatua. Potilastytyväisyyden ja hoitotyön välillä on löydetty positiivinen yhteys. Yksilöllinen hoito nostaa potilastytyväisyyttä.

Toisessa vaiheessa eli ryhmittely vaiheessa aloitettiin yhdistelemään pelkistettyjä ilmaisuja ja muodostamaan alaluokkia. Aineiston ilmaukset käytiin läpi tarkasti etsien samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Alaluokkien tarkoituksena oli kuvata samaa ilmiötä ja ne nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Alla olevassa taulukossa 5. on esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelemisestä alaluokaksi. Tässä opinnäytetyössä alaluokkia oli yhteensä 63 (n= 44+19) kappaletta.

Taulukko 5.

Esimerkki alaluokan muodostamisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
"Potilaat, joilla esiintyy preoperatiivista ahdistusta lisää anestesian vaatimuksia sekä pahentaa kokonaisvaltaisesti postoperatiivista hoitoa ja hoidosta toipumista. Tämä vaikuttaa leikkauspotilaan tyytyväisyyteen hoitoonsa." (Artikkeli 10)	Preoperatiivinen ahdistus
"Leikkauksen luonteella on vaikutusta preoperatiiviseen ahdistukseen. Mitä vakavampi tai invasiivisempi toimenpide, sitä enemmän ahdistusta esiintyy." (Artikkeli 10)	

Kolmannessa vaiheessa alaluokat yhdistettiin ja muodostettiin yläluokkia. Ryhmittelyn ideana on luoda pohja kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston ryhmittelyn jälkeen, kun alaluokat ovat ryhmitelty yläluokiksi ja yläluokat pääluokaksi, nimetään yhdistävä luokka. Ryhmittelyn jälkeen seuraa aineiston käsitteellistäminen, jonka ideana on erottaa tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä aineiston sisällön luokituksia niin kauan kun se on enää mahdollista. Analyysin aikana on tärkeä tarkkailla, että aineistossa säilyy koko ajan polku alkuperäiseen materiaaliin. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoitus on saada vastaus tutkimustehtävään yhdistelemällä aineiston käsitteitä. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan. Tarkoitus on päästä havainnollisesta ja kokemukseen perustavasta aineistosta käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2017: 91–94.)

Taulukossa 6. on näytetty esimerkki tämän opinnäytetyön yläluokkien ja pääluokkien muodostamisesta. Alaluokkien yhdistyksen jälkeen muodostui yhdeksän kappaletta yläluokkia (n= 5+4). Yläluokat jaettiin vielä neljään pääluokkaan (n= 2+2) vastaamaan kahteen tutkimuskysymykseen.

Taulukko 6.

Esimerkki yläluokan ja pääluokan muodostamisesta

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Preoperatiivinen ahdistus	Toipumiseen vaikuttavat tekijät	Yksilöllinen hoitokokemus
Kirurgisen hoidon vaikutukset		
Potilaan käsitys hoidosta		
Ajantasainen tiedottaminen		
Tuen tarjoaminen		
Mukavuuden tunne		
Sukupuolierot	Yksilölliset tekijät	
Sairauden omaksuminen		
Yksilön erottaminen sairaudesta		
Alttius masennukseen		
Yksilöllinen ohjaustarve		
Tiedonsaannin puute		
Ulkopuolisten tuki	Taustatekijöiden vaikutukset	
Aikaisemmat leikkauskokemukset		
Asuintilanne		
Huono terveydentila		
Elinolosuhteet		
Elämäntilanne		
Perheen huomioiminen		
Koulutustausta		

5 Tulokset

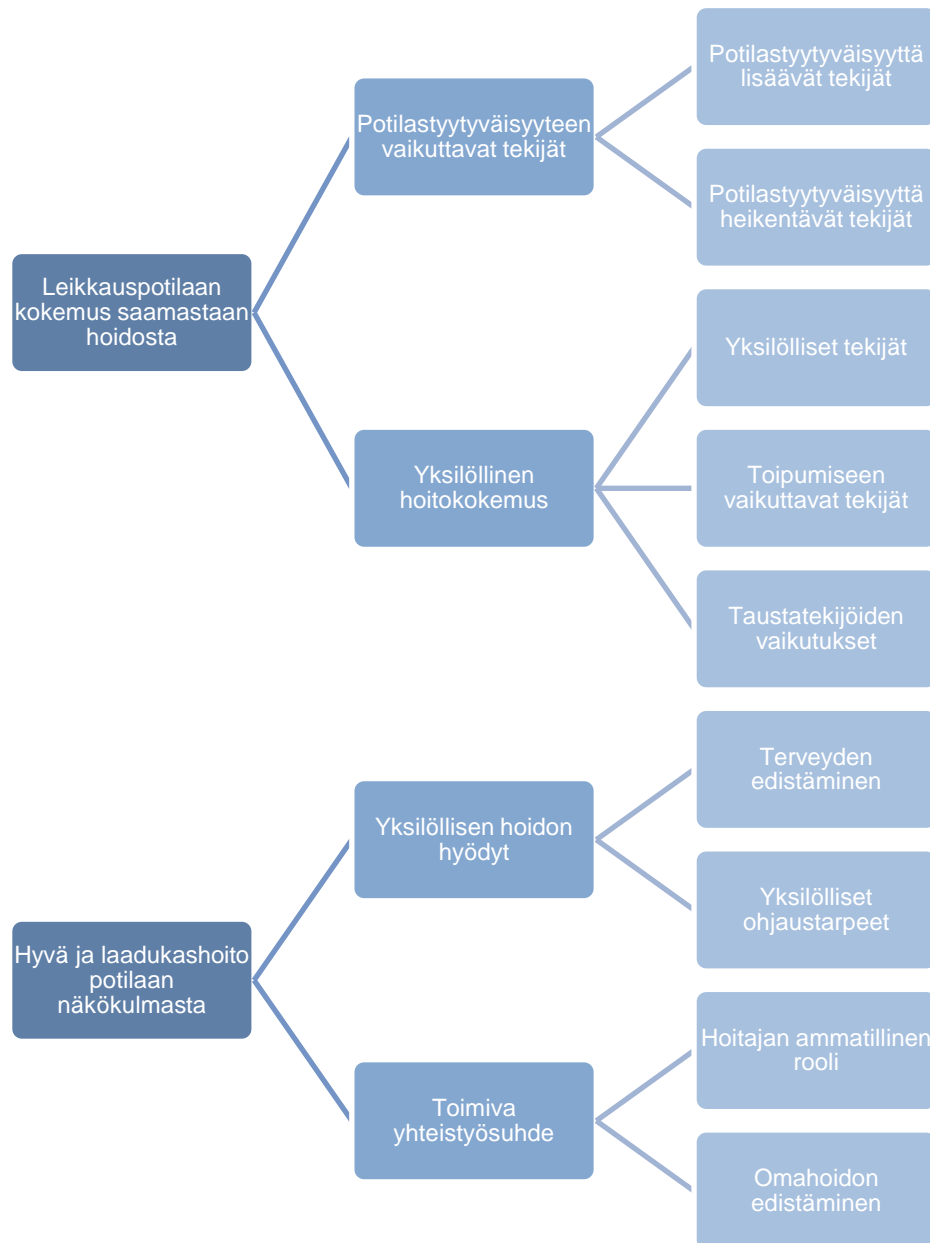
5.1 Aineiston kuvaus

Aineisto koostui 13 tieteellisestä alkuperäistutkimusartikkelista. Kahdeksan (n=8) tutkimusartikkelia löydettiin tietokantapohjaisen aineiston haussa ja viisi (n=5) manuaalisen haun avulla. Englanninkielisiä tutkimuksia oli yhteensä kahdeksan (n=8) ja suomenkielisiä viisi (n=5) kappaletta. Aineisto koostui seitsemästä määrällisestä, kahdesta laadullisesta ja kolmesta mixed methods tutkimuksesta. Opinnäytetyöhön valitut alkuperäistutkimukset ovat esitelty taulukkomuotona liitteessä 1. (taulukko 7). Suurin osa tutkimuksista olivat suomalaisia, joita olivat yhteensä kuusi (n=6) kappaletta. Loput tutkimukset olivat ulkomaalaisia. Kaksi tutkimusta oli turkkilaisia, kaksi ruotsalaista, yksi puolalainen, yksi uusiseelantilainen ja yksi pohjoismaalainen. Aineistoksi valituista vanhin tutkimus oli vuodelta 2013 ja tuorein tutkimus oli 2020 vuodelta.

Aineistoksi valittiin ne tutkimukset, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksissa tuli käydä ilmi, millainen kokemus potilaalla on leikkaushoidosta tai millainen on hyvä ja laadukas hoito potilaan näkökulmasta. Valikoitujen aineistojen kohde-ryhmät koostuivat erityisesti potilaan näkökulmasta, mutta myös potilaiden läheisten, perheen ja hoitajien näkökulma tuli esille joissain tutkimuksissa. Tutkimuksissa potilaan näkökulma hoidostaan tuotiin esille potilaan kokemuksien kautta, kuten mihin asioihin potilaat olivat tyytyväisiä ja missä kaivattiin parannusta. Myös aineistossa kuvattiin potilaan näkökulmasta, millainen on hyvä ja laadukas hoito. Opinnäytetyöhön valikoitunut aineisto vastasi hyvin tutkimuskysymyksiin ja edusti tutkittavaa ilmiötä.

5.2 Keskeiset tulokset

Tässä osiossa tarkastellaan sisällönanalyysistä muodostuneita tuloksia. Tutkimuskysymyksiensä perusteella tulokset jaettiin vastaamaan leikkauspotilaan kokemuksia saamastaan hoidosta sekä, millainen on hyvä ja laadukas hoito potilaan näkökulmasta. Molempiin tutkimuskysymyksiin muodostui kaksi pääluokkaa. Pääluokat (n=4) ovat potilastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät, yksilöllinen hoitokokemus, yksilöllisen hoidon hyödyt ja toimiva yhteistyösuhde. Pääluokkien alla on yhteensä yhdeksän yläluokkaa (n=9). Tulosten jaottelu on esitelty kuviossa 2.



Kuvio 2. Yläluokkien jaottelu pääluokkiin

5.3 Leikkauspotilaan kokemus saamastaan hoidosta

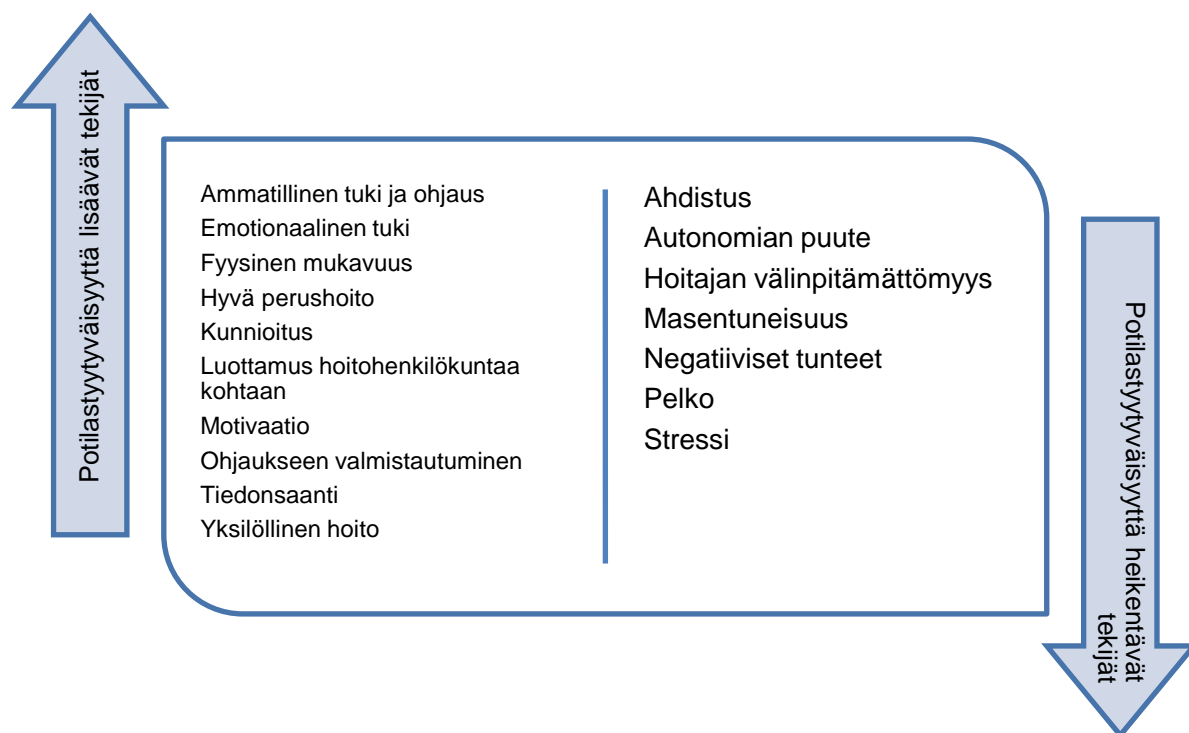
5.3.1 Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät

Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät ovat luokiteltu potilastyytyväisyyttä lisääviin ja heikentäviin tekijöihin. Tulokset ovat esitetty kuviossa 3. Tutkimuksien mukaan lisääviä tekijöitä ovat potilaiden luottamus hoitohenkilökuntaan, motivaatio omaan toipumiseen, emotionaalinen tuki, kunnioitus ja fyysinen mukavuus (Leikkola & Helminen & Paavilainen & Åstedt-Kurki 2013: 30; Saarinen & Koivisto & Kaipia & Haavisto 2020: 4). Potilaat arvostivat hyvää perushoitoa (Forsberg & Vikman & Wälivaara & Engström 2017: 18). Tuloksien mukaan terveydenhuollon ammattilaisilta saatu tuki ja ohjaus olivat tärkeitä (Rekola ym. 2013: 36). Ennen leikkausta potilaat halusivat saada tarpeeksi tietoa leikkauksesta ja anestesiasta (Forsberg ym. 2017: 17). Potilaat olivat tyytyväisempiä, kun sairaalaoloaika vastasi odotuksia. Odotusten täyttymiseen vaikutti ajantasainen tiedottaminen. Potilastyytyväisyyttä lisäsi myös hoitohenkilökunnan aikataulujen informoiminen. (Stark ym. 2014: 1496; Mako & Svanäng & Bjerså 2016: 4.) Ohjaukseen valmistautuminen lisäsi hoitotyytyväisyyttä. Tyytyväisyyttä lisäsi ohjausajan, -paikan ja -materiaalien sopivuus. (Sihvola & Lahtinen & Kaakinen & Kääriäinen 2019: 212.)

Potilastyytyväisyyttä heikentäviin tekijöihin kuului pelko, negatiiviset tunteet ja masentuneisuus (Leikkola ym. 2013: 30; Stark ym. 2014: 1497). Ahdistus oli yksi yleisimmistä heikentävistä tekijöistä kirurgisessa hoitotyössä, muun muassa 67 % kokivat ahdistusta päivittäin. Potilaat kokivat leikkauksen suurena stressitekijänä. Korkea stressi ja ahdistus voi vaikuttaa postoperatiiviseen hoitoon. (Królikowska & Majk & Antczak-Komoterska & Slusarz 2018: 108–109.) Kipu ja stressi olivat puolestaan vaikuttaneet koettuun hoitoon negatiivisesti. Jos hoidosta aiheutui komplikaatioita, potilaat kokivat hoidon huonompana. (Saarinen ym. 2020: 4.)

Tuloksista selvisi, että hoitajan välinpitämättömyys heikensi potilastyytyväisyyttä. Välinpitämättömyyttä koettiin, kun hoitajat eivät kyselleet potilaan aikaisemmista sairaalakoemuksista. Lisäksi potilaat toivoivat, että hoitajat kysyisivät, millaista toimintaa kuuluu potilaan arkeen ja toivooko potilas perheensä osallistumaan hoitoonsa. (Suhonen & Leino-Kilpi & Gustafsson & Tsangari & Papastavrou 2013: 85.) Hoitohenkilökunta keskittyi enemmän hoitotoimenpiteisiin ja oleellisiin asioihin potilaan hoidossa. Potilaat taas toivoivat enemmän henkilökohtaisten asioiden huomioimista hoidon toteutuk-

sessä. Näkemuserot potilaan ja hoitajan välillä yksilöllisestä hoidosta heikensi potilastyytyväisyyttä. (Suhonen ym. 2013: 89.) Hoitajien keskeinen erimielisyys ja ohjausten poikkeavuus tuotti potilaalle epävarmuutta (Mako ym. 2016: 5). Potilaan tarve taistella autonomiastaan, kuten päätöksentekoon osallistumisessa, aiheutti potilaalle kärsimystä (Mako ym. 2016: 1).



Kuvio 3. Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät

5.3.2 Yksilöllinen hoitokokemus

Yksilöllistä hoitokokemusta on luokiteltu kolmeen kategoriaan, jotka ovat yksilölliset tekijät, toipumiseen vaikuttavat tekijät ja taustatekijöiden vaikutukset hoitokokemukseen. Tulokset ovat havainnollistettu kuviossa 4. Yksilöllisyys koettiin tärkeänä potilaan näkökulmasta. Usein pitkäaikaissairaat kokivat, että heitä luokitellaan diagnoosina tai objektina eikä kokonaisina ihmisinä, mikä aiheutti kärsimystä potilaalle. (Mako ym. 2016: 2.) Potilaat kohtaavat sairauden eri tavalla ja reagoivat yksilöllisesti. Sairauden omaksuminen vaikutti potilaan koettuun hoitoon. (Suhonen ym. 2013: 82.) Yksilöllisiin tekijöihin kuuluivat myös sukupuolierot. Tuloksien mukaan naiset kokivat huomattavasti enemmän ahdistusta kuin miespotilaat. (Burton & King & Bartley & Petrie & Broadbent 2019: 130.) Tämän lisäksi naiset ja vanhuksset olivat alttiimpia ahdistukselle ja masennukselle

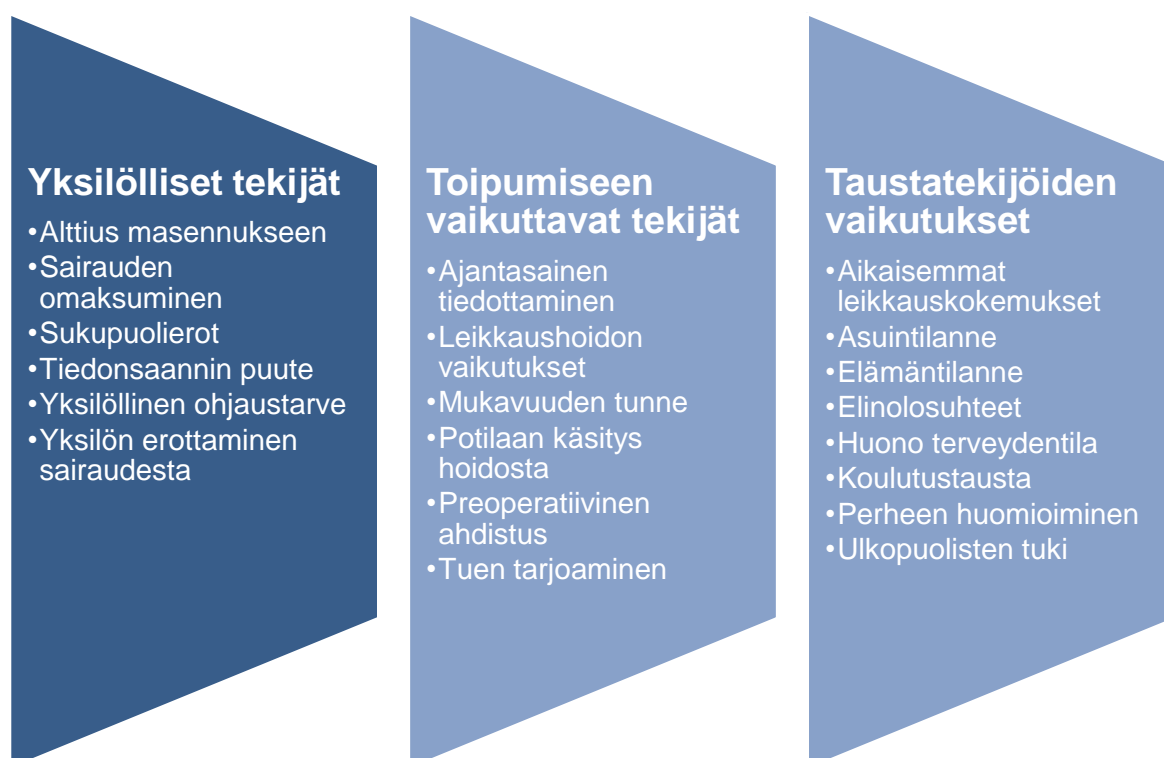
muihin verrattuna (Królikowska ym. 2018: 109). Yksilölliset ohjaustarpeet vaikuttivat koettuun hoitokokemukseen. Yksilöt, jotka halusivat enemmän tietoa leikkauksestaan, kokivat enemmän ahdistusta kuin ne potilaat, jotka eivät kaivanneet lisää tietoa. (Burton ym. 2019: 130.) Peräti 77 % kokivat tiedonsaannin puutteelliseksi. Tuloksista selvisi, että masentuneet potilaat vastaanottivat vähemmän tietoa kuin, mitä he olettivat. (Stark ym. 2014: 1492; Sihvola ym. 2019: 207.) Potilaat kokivat, että hoitajat tiesivät paremmin ja heillä ei ole itsellään tarpeeksi tietoa tehdä hoitopäätöksiä (Forsberg ym. 2017: 17).

Toipumiseen vaikuttaviin tekijöihin kuului ulkopuolisten tuki, joka puolestaan vähensi preoperatiivisella jaksolla ilmenevää ahdistuksen tunnetta. Preoperatiivinen ahdistus oli merkittävä toipumiseen vaikuttava tekijä. Mitä vakavampi ja invasiivisempi leikkaus sitä enemmän ahdistusta potilas koki. Ahdistus puolestaan lisäsi anestesian vaatimuksia sekä pahensi kokonaisvaltaisesti postoperatiivisen hoitoa ja hoidosta toipumista. (Burton ym. 2019: 130.) Potilaan mukavuuden oloa oli tärkeää nostaa ennen leikkaustoimenpidettä, sillä se vähensi riskiä postoperatiivisiin komplikaatioihin (Zeynep & Gozde & Ikbal & Emel 2020: 1340). Hyvän hoidon edistämiseksi tuli ottaa huomioon leikkauksenhoidon vaikutukset, jotka olivat sekä fyysisiä että emotionaalisia (Mako ym. 2016: 2). Potilaat tarvitsivat paljon sosiaalista ja emotionaalista tukea sekä hoitohenkilökunnalta että perheeltään (Sihvola ym. 2019: 207). Tuen tarjoaminen ja ajantasainen tiedottaminen olivat yhteydessä nopeampaan toipumiseen (Eloranta & Leino-Kilpi & Katajisto & Valkeapää 2015: 13–14; Saarinen ym. 2020: 2). Tämän lisäksi potilaan kokemus ja käsitys preoperatiivisesta hoitajaksosta voi vaikuttaa heidän jatkoseurantaansa (Saarinen ym. 2020: 2).

Koettuun yksilölliseen hoitokokemukseen vaikutti potilaan taustatekijät. Elinolosuhde ja asuintilanne vaikuttivat potilaan terveyteen ja koettuun hoidon laatuun. Lisäksi potilaan terveydentila vaikutti hoitokokemukseen. (Saarinen ym. 2020: 5). Tuloksista nousi esille, että yksin asuvat ja huonon terveydentilan omaavat arvioivat hoidon laadun alhaisemmaksi kuin muut (Saarinen ym. 2020: 3). Tuloksien mukaan yllättävää oli, että puolison kanssa asuvilla oli korkeampi preoperatiivinen ahdistus kuin yksin asuvilla (Burton ym. 2019: 141). Potilaiden huoli ei aina kohdistunut suoraan itse leikkaukseen vaan taustalla vaikutti myös heidän perheensä ja potilaan ammatillinen tilanne (Królikowska ym. 2018: 105). Terveydentilan muutokset näkyivät koko perheessä, minkä takia nähtiin tärkeänä ottaa koko perhe huomioon potilasohjauksessa (Eloranta ym.

2015: 20). Hoitohenkilökunnalta toivottiin ohjausta ja tukea ihmisten välisessä kanssakäymisissä. Kaikki potilaat eivät välttämättä saaneet tukea omalta perheeltään. Sen takia hoitohenkilökunnan ohjaus ja tuki nähtiin ensiarvoisen tärkeänä. (Rekola ym. 2013: 36.)

Tulosten mukaan potilaan elämäntilanteen huomioiminen yksilöllisessä hoidossa oli toteutunut heikoiten (Suhonen ym. 2013: 85). Potilaiden elämäntilanne, kuten työttömyys tai pitkäaikaissairaus vaikutti koettuun hoitoon. Työssäkäyvät ja eläkeläiset arvioivat paremmin ohjausta kuin työttömät ja pitkäaikaissairaat. (Sihvola ym. 2019: 205.) Koulutusta vaikutti myös yksilölliseen hoitokokemukseen. Korkeasti koulutetut odottivat enemmän tietoa kuin vähemmän koulutetut (Stark ym. 2014: 1491). Tuloksista selvisi, että 67,5 % potilaista, joilla oli aikaisempaa leikkauskokemusta, olivat rauhallisia ennen leikkausta. Puolestaan 51,2 % potilaista, joilla ei ole ollut taustalla leikkauskokemusta olivat ahdistuneita ennen leikkausta. (Zeynep ym. 2020: 1341.) Toisaalta leikkauskokemus ei vaikuttanut potilaan tyytyväisyyteen henkilökuntaa kohtaan (Leikkola ym. 2013: 31).

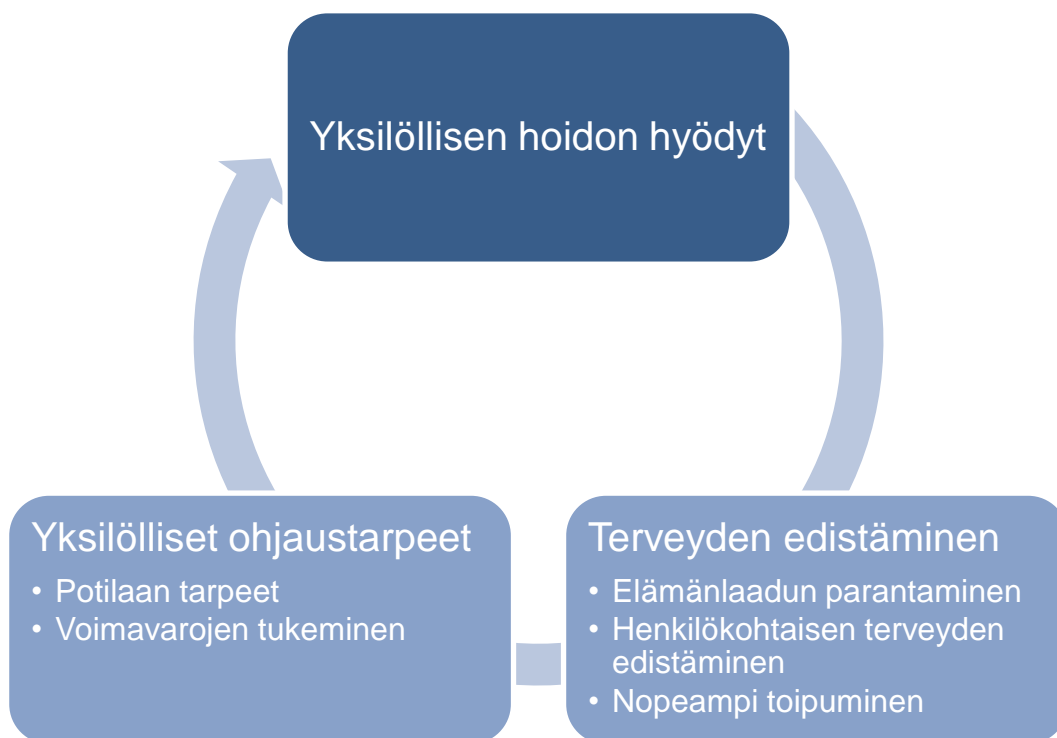


Kuvio 4. Yksilöllinen hoitokokemus

5.4 Hyvä ja laadukashoito potilaan näkökulmasta

5.4.1 Yksilöllisen hoidon hyödyt

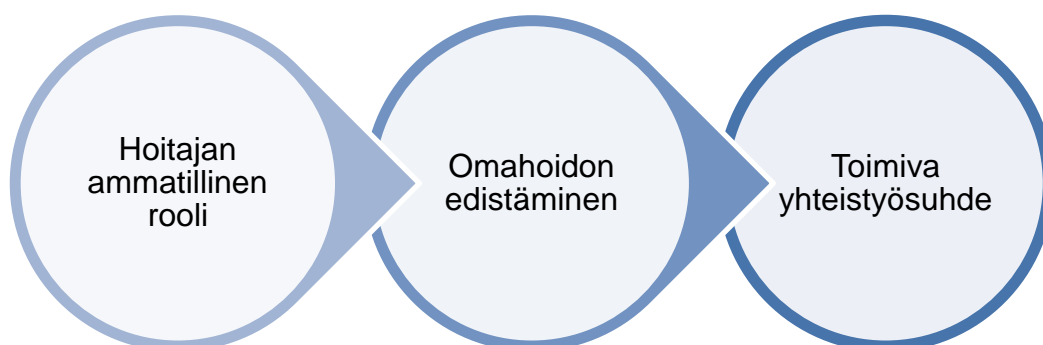
Yksilöllisen hoidon hyötyihin sisältyy potilaan terveyden edistäminen, missä tulee huomioida potilaan yksilölliset ohjaustarpeet. Tulokset ovat esitelty kuviossa 5. Yksilöllisessä ohjauksessa tulosten mukaan tulee huomioida potilaan tarpeet. Näin ollen ohjaussisältöjä ei voi yleistää (Sihvola ym. 2019: 207). Hoitohenkilökunnan tulee lievittää potilaan ja läheisten epävarmuutta sekä pelkoa sairaudesta. (Leikkola ym. 2013: 34.) Potilaat toivoivat ohjausta kivun laadusta ennen leikkausta. He halusivat tietää, millaista on normaali kipu ja mihin olla yhteydessä, kun kipua esiintyy. (Rekola ym. 2013: 35.) Tulosten mukaan potilasohjauksessa priorisoidaan toiminnallinen osa-alue. Kokonaisvaltaisessa potilasohjauksessa tulee kuitenkin huomioida kaikki osa-alueet, jotta potilaan tarpeet täyttyvät. Potilaiden odotuksia tiedonsaannista tulee tukea kokonaisvaltaisesti, sillä potilaslähtöisessä hoitotyössä pyritään tukemaan potilaan voimavaroja. (Stark ym. 2014: 1497–1498.) Yksilöllinen hoito nopeuttaa toipumista, edistää henkilökohtaista terveyttä, nostaa potilaan autonomiaa ja tyytyväisyyttä hoidostaan (Gurdogan & Findik & Arslan 2015: 370).



Kuvio 5. Yksilöllisen hoidon hyödyt

5.4.2 Toimiva yhteistyösuhde

Toimivaan yhteistyösuhteeseen kuuluu kaksi alakäsitettä, jotka ovat hoitajan ammatillinen rooli ja potilaan omahoidon edistäminen. Hoitajan ammatillisen roolin keskeinen tehtävä on edistää potilaan omaa hoitoa. Kuvio 6 havainnollistaa näiden käsitteiden suhdetta toisiinsa.

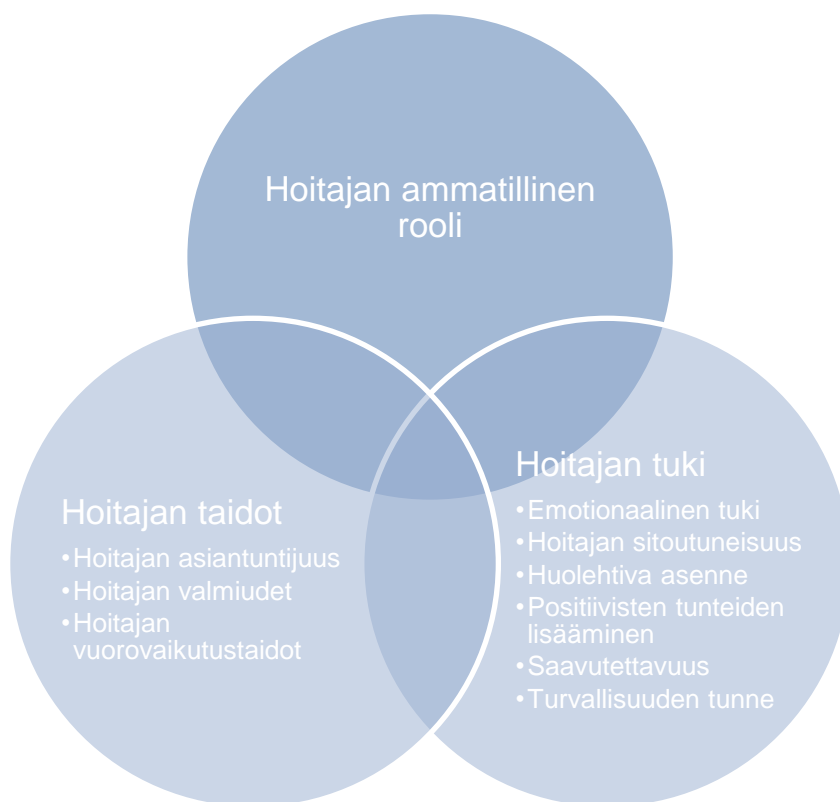


Kuvio 6. Toimivan yhteistyösuhteen elementit

Hyvässä ja laadukkaassa hoidossa hoitajan ammatilliseen rooliin sisältyy sekä hoitajan erilaiset taidot että hoitajan tuen tarjoaminen. Tulokset ovat esitetty kuviossa 7. Hoitajan ohjausosaaminen ja asenteet otettiin huomioon ohjauslaadun arvioinnissa (Sihvola ym. 2019: 207). Hoitajan asiantuntijuutta ja myönteistä asennetta arvostettiin (Sihvola ym. 2019: 212). Hoitajan henkilökohtaiset osaamiset ja valmiudet edistävät yksilöllisen hoidon toteutusta. Tulosten mukaan hoitajien empatiakyky, ei-tekniset taidot ja vuorovaikutustaidot edistivät hoidonlaatua ja paransivat hoitotuloksia. (Suhonen ym. 2013: 82; Saarinen ym. 2020: 5.) Potilaat arvostivat hoitohenkilökunnan avoimuutta ja rehellisyyttä vuorovaikutuksessa (Rekola ym. 2013: 36). Lisäksi syöpäpotilaat halusivat keskustella asioista, mitkä eivät liittyneet hoitoon. Hyvä vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä tuotti potilaalle mielihyvää. (Mako ym. 2016: 2–4.) Potilaan näkökulmasta hoitajat olivat onnis-

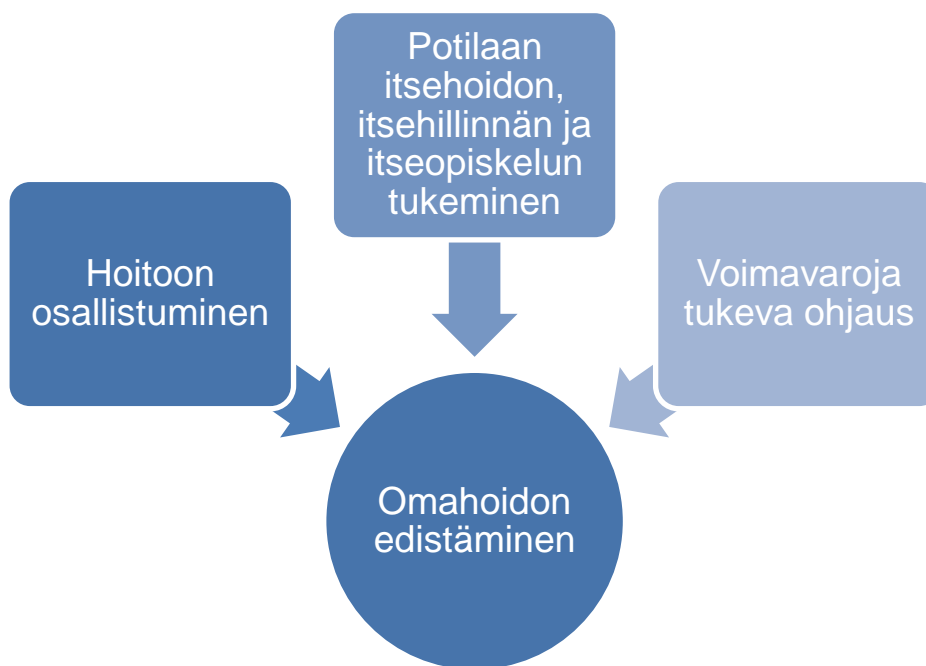
tuneet reagoimaan potilaan voimien muutoksiin. Hoitajat olivat osanneet keskustella potilaan kanssa hoidon tarpeista ja antaneet potilaille sopivasti vastuuta hoidostaan. (Suhonen ym. 2013: 85.)

Hoitajan tuki koettiin tärkeänä tekijänä hoidon laadunarvioinnissa. Riittävä tuki lisäsi hoitomotivaatiota (Sihvola ym. 2019: 207). Potilaista 68 % raportoivat olevansa erityisen tyytyväisiä hoitajan rohkaisuun (Forsberg ym. 2017: 17). Useammasta tutkimuksesta tuli ilmi, että emotionaalisen tuen tärkeys erityisesti stressaantuneille ja ahdistuneille potilaille oli suuri (Mako ym. 2016: 1). Tutkimusten mukaan, kun ihmisillä oli terveydellisiä ongelmia, he olivat terveydenhuollon ammattilaisilta lohdutusta. Ammattilaisten lohdutus lisäsi potilaan mukavuuden tunnetta. (Zeynep ym. 2020: 1339.) Potilaat toivovat hoitajilta saavutettavuutta. Hoitajan saavutettavuutta lisäsi se, kun hoitajat pysyivät lähellä potilasta ja kävivät useammin potilaiden luona tarjoamassa apua. Lisäksi hoitajan sitoutuneisuus potilaidensa hoitoon lisäsi luotettavuuden tunnetta. (Mako ym. 2016: 4.) Hyvä leikkaushoito kuvaa prosessia, jossa pyritään saavuttamaan turvallisuuden tunnetta. Siihen tarvitaan hoitoon saavutettavuutta ja luotettavuutta sekä hoitajan huolehtivaa asennetta. (Mako ym. 2016: 6.)



Kuvio 7. Hoitajan ammatillinen rooli toimivassa yhteistyösuhteessa

Omahoidon edistämiseen kuuluu voimavaroja tukeva ohjaus, hoitoon osallistuminen sekä potilaan itsehoidon, itsehillinnän ja itseopiskelun tukeminen. Tulokset ovat hahmoteltu kuviossa 8. Tulosten mukaan potilaat toivovat voimavaroja tukevaa ohjausta (Eloranta ym. 2015: 19). Potilasohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta itsehoitoon, itsehillintään ja itseopiskeluun, mikä puolestaan vähentää sairauden tuomia oireita ja edistää terveyttä (Królikowska ym. 2018: 105). Potilaan tarpeet ovat yksityiskohtaisia ja tilannekohtaisia. Potilaan kyky osallistua hoitoonsa edellyttää tietoa, joka on hoitohenkilökunnan tehtävä taata potilaalle. Potilaan tulee saada tietoa hoitotuloksistaan ja eri vaihtoehtoistaan, jotta potilas pääsee ilmaisemaan tahtoaan. (Forsberg ym. 2017: 19.) Jaettu tieto ja potilaan osallistuminen olivat yhteydessä koettuun hoidon laatuun (Saarinen ym. 2020: 4). Potilaan hoitoon osallistumista voidaan tukea kehittämällä yhteistyösuhdetta potilaan ja hoitajan välillä, mikä edellyttää potilaan kuuntelemista, yhteisen päätöksenteon tekemistä ja potilaan kerronnan dokumentoimista (Stark ym. 2014: 1497). Yksilöllisyys toteutui parhaiten päätöksenteon kontrollin osalta (Suhonen ym. 2013: 85).



Kuvio 8. Omahoidon edistäminen toimivassa yhteistyösuhteessa

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että potilaan kokemukseen vaikuttivat monet tekijät. Laadun arvioinnissa potilaat nostivat esille merkittäviä tekijöitä, jotka vaikuttivat tyytyväisyyteen. Merkittäviksi tekijöiksi nousivat jo aikaisemmin mainitsemat kunnioitus ja luottamus. Muita tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä olivat potilaan fyysinen mukavuus, emotionaalinen tuki, potilaan mieltymysten kunnioittaminen ja henkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot. Erityisesti nostettiin hoitohenkiköön empaattisuutta ja vuorovaikutustaitoja, jotka olivat merkittävästi yhteydessä koettuun hoidon laatuun ja parempaan potilaan koettuun tyytyväisyyteen. (Saarinen ym. 2020: 4–5; Leikkola ym. 2013: 30; Suhonen ym. 2013: 82; Rekola ym. 2013: 36; Mako ym. 2016: 2–4.) Potilaan kohtelu, kunnioittaminen ja sitoutuneisuus nostettiin tärkeäksi. Miellyttävät ja huolehtivat hoitajat nostivat potilastyytyväisyyttä. (Sihvola ym. 2019: 212; Suhonen ym. 2013: 82; Saarinen ym. 2020: 5.) Aikaisemman teoratiedon mukaan potilaat arvostivat hyviä vuorovaikutustaitoja ja ne vaikuttivat kokonaisvaltaisesti potilaan hoitokokemukseen (Ocelli ym. 2022: 418–419; Mikkola & Saarijärvi: 1346–1347). Tästä päätellen hoitohenkilökunnan asenteet ja vuorovaikutustaidot ovat yhteydessä potilastyytyväisyyteen ja koettuun hoidon laatuun. Näin ollen näihin tekijöihin tulisi panostaa hyvän hoidon toteuttamisessa.

Tuloksista selvisi myös, että psykologisen stressin ja kivun lievittäminen olivat yhteydessä potilaan tyytyväisyyteen. He kokivat tiedon saamisen puutteen negatiivisina tunteina, kuten epätoivona ja arkuutena. Muita heikentäviä tekijöitä olivat pelko ja masentuneisuus. (Saarinen ym. 2020: 4; Królikowska ym. 2018: 108–109; Leikkola ym. 2013: 30; Stark ym. 2014: 1497; Zeynep ym. 2020: 1339–1343.) Tulokset ovat samansuuntaisia aikaisemman teoratiedon kanssa. Sairauden ja tulevan leikkauksen aiheuttamat oireet ja tunteet vaikuttivat potilaan kokonaistilanteeseen. Täten hoitajan tehtävänä on osata reagoida potilaan tarpeisiin. Potilaat myös kokivat omat tietonsa riittämättömäksi tehdä joitakin hoitoonsa liittyviä päätöksiä. Potilaat toivat esiin halunsa luottaa henkilökuntaan sellaisissa päätöksissä, joissa he kokivat oman tietämyksen puutteelliseksi. (Forsberg ym. 2017: 13–17; Królikowska ym. 2018: 108–109.) Teoratiedon mukaan hoitajalla onkin velvollisuus tukea potilasta päätöksenteossa (Rautava-Nurmi ym. 2015: 14; Laitinen 2014). Näin ollen hoitajan on varmistettava, että potilas kykenee osallistumaan hoitoonsa.

Tuloksista kävi ilmi, että potilaan odotuksien tyytymättömyys kohdistui erityisesti tiedonsaantiin. Toisin sanoen, potilasohjaus on ollut potilaan mielestä puutteellista ja riittämätöntä. (Stark ym. 2014: 1491.) Aikaisemman teorian mukaan saatiin samankaltaisia tuloksia tiedonsaannin tyytymättömyydestä. Tämän lisäksi opinnäytetyön tuloksista selvisi, että potilaiden tiedontarve ja osallistuminen olivat tilannekohtaisia. Potilaan tarpeet määräytyivät henkilö- ja leikkaukkohtaisesti. Hoidon laatu koettiin parempana, kun sai henkilökohtaista tietoa anestesia- ja kirurgilta leikkauksesta. Kuitenkaan ei toivottu liian yksityiskohtaista tietoa, sillä se koettiin saattavan lisätä ahdistusta. (Forsberg ym. 2017: 13–17; Królikowska ym. 2018: 108–109.) Aikaisemman teorian mukaan potilaat toivoivat, että tiedottaminen suhteutetaan potilaan voimavaroihin (Gabay & Bokek-Cohen 2019: 473–474). Tästä voidaan päätellä, että jokainen yksilö kokee hoidon eri tavoin ja vaatii yksilöllistä hoitoa. Tämä onkin haaste vallitsevassa terveydenhuollon henkilöstöpulassa. Hoitohenkilökunta pyrkii kuitenkin täyttämään potilaan tarpeet omien osaamisvahvuuksien mukaisesti resurssien puitteissa.

Tuloksista selvisi, että ahdistusta kokivat eniten potilaat, jotka halusivat paljon tietoa ja joille oli suunniteltu suuri leikkaus. Tulosten mukaan oli yllättävää, että kumppanin kanssa asuvat saivat korkeammat ahdistuksen pisteet kuin yksin asuvat. (Burton ym. 2019: 130, 141; Królikowska ym. 2018: 105.) Tämä yllätti, sillä usein luullaan, että yhdessä asuvat saavat tukea toisiltaan ahdistavissa tilanteissa. Toisaalta perhe voi olla taakkana potilaalle, sillä leikkaus voi tuottaa huolta ja epävarmuutta tulevaisuudesta. Tulosten mukaan ahdistus voi liittyä kivun esiintymiseen, yleisanestesiaan, leikkauksen jälkeisiin komplikaatioihin tai jopa kuolemaan johtamiseen. Potilaiden raportoima huono hoidon laatu yhdistettiin hoitovirheisiin ja haittatapahtumien esiintymiseen. Hoidon yleinen laatu kuitenkin todettiin laadukkaaksi. (Królikowska ym. 2018: 105–109; Leikkola ym. 2013: 30; Stark ym. 2014: 1497; Saarinen ym. 2020: 4–5.) Tulokset ovat ristiriidassa aikaisemman teorian kanssa. Tutkimuksien mukaan leikkauksen jälkeinen komplikaatio ei aina vaikuttanut koettuun hoidon laatuun (Reponen & Roine 2016: 2630; Hamilton ym. 2013: 2).

Tuloksista huomattiin, että hoidon laadun arvioinnissa potilaat peilasivat hoitoa saadun potilasohjauksen kautta. Lisäksi potilaan tunteisiin kiinnitettiin riittämättömästi huomiota. Tulosten mukaan laadukas potilasohjaus tulee olla potilaslähtöistä, tavoitteellista ja vuorovaikutuksellista. (Sihvola ym. 2019: 207; Suhonen ym. 2013: 85). Tästä päätellen potilaat odottavat hoitajalta yksilöllistä ohjausta sekä yksilöllistä hoitoa. Tuloksissa esitettiin, että ohjaus edellyttää hoitajalta herkkyyttä tunnistaa tilannetta ja ohjauksen

tavoitteena on edistää potilaan voimavaroja (Eloranta ym. 2015: 19). Diagnoosin odottaminen tai tiedon viivästyminen aiheutti myös potilaille ahdistusta ja täten vähensi potilastyytyväisyyttä. (Mako ym. 2016: 4; Stark ym. 2014: 1496.) Potilaat toivoivat nopeaa palautetta toimenpiteestä aikaisemman teorian tiedon mukaan (Ocelli ym. 2022: 418–419). Tästä päätellen ajantasainen tiedottaminen voisi lisätä potilastyytyväisyyttä. Hoitolaitoksissa tulee pyrkiä pysymään aikataulussa ja tiedottamaan potilaille hoitoon liittyvistä asioista mahdollisimman nopeasti.

Tuloksista selvisi, että potilaan aikaisempaa tietämystä ohjattavista asioista huomioitiin puutteellisesti ohjauksen valmistautumisessa (Sihvola ym. 2019: 207; Suhonen ym. 2013: 85). Potilaalle annettu pelkkä tiedonsaanti ei riitä vaan ohjauksen sisältö tulee olla potilaan tarpeisiin vastaavia (Rekola ym. 2013: 35–36; Sihvola ym. 2019: 207; Stark ym. 2014: 1497–1498). Näin ollen ohjauksessa tulisi välittää konkreettista tietoa sairaudesta, eri hoitovaihtoehdoista sekä tutkimuksista ja komplikaatioista. Ohjauksen avulla potilaat pärjäisivät varmemmin kotona leikkauksen jälkeen. Tulosten mukaan korkeakoulutetut potilaat vaativat yleisesti enemmän ohjausta ja tietoa hoidostaan kuin vähemmän koulutetut. Jos tiedonsaanti koettiin puutteelliseksi, se lisäsi preoperatiivista ahdistusta ja pidensi leikkauksen jälkeistä toipumista tai jopa lisäsi riskiä komplikaatioihin. (Stark ym. 2014: 1491–1492, 1497; Sihvola ym. 2019: 207.) Myös aikaisemman teorian tiedon mukaan potilaan kokemuksen huomiointi vaikutti nopeampaan toipumiseen (Mikkola & Saarijärvi 2022: 1346–1347).

Hoidon laadun arviointiin vaikutti potilaan koettu terveydentila ja elinolot (Saarinen ym. 2020: 4–5). Tämän lisäksi potilaan elämäntilanne vaikutti merkittävästi ohjauksen vastaanottoon. Tulosten mukaan lomautetut, työttömät ja pitkäaikaissairaat ovat eläkeläisiä ja työssäkäyviä tyytymättömämpiä annettuun ohjaukseen. (Sihvola ym. 2019: 205.) Ohjauksessa on otettava huomioon omatoimisuuden ja hoidon jatkuvuuden periaatteet (Rautava-Nurmi ym. 2015: 24–26). On siis tärkeää selvittää potilaan taustatiedot ja tekijät, mitkä vaikuttavat potilaan ohjaustarpeeseen. Ohjauksen sisältö tulisi määräytyä näiden tekijöiden mukaisesti. Hoidon jatkuvuuden kannalta tulisi myös miettiä, onko ohjaus riittävä potilaan tarpeisiin nähden.

Perheen huomioimisen tärkeys ohjauksessa nousi esille tuloksissa. Leikkaus tuo sekä potilaalle että hänen läheisilleen merkittäviä elämänmuutoksia, joten ohjauksessa tulisi huomioida myös läheisten ohjaustarpeet. Läheisten läsnäolo auttoi potilaita tulkitse-

maan ja hyödyntämään hoidostaan saatua tietoa. Tiedon avulla läheiset kykenisivät tukea potilasta leikkauksen jälkeisessä arjessa. (Eloranta ym. 2015: 19–20; Leikkola ym. 2013: 34.) Perhehoitotyön avulla voidaan tukea potilasta yksilöllisemmän hoidon toteutuksessa. Lisäksi perheen huomioiminen ohjauksessa mahdollistaa sen, että potilaat saavat tarvitsemansa tukea myös perheeltään. Tuloksissa korostui, että potilaat tarvitsivat paljon tukea sekä ammattilaisilta että perheeltään. Jos potilas ei saanutkaan perheeltään tarvittavaa tukea, hoitajan tuki ja ohjaus korostui entisestään. (Sihvola ym. 2019: 207; Rekola ym. 2013: 36.) Tulokset ovat samansuuntaiset aikaisemman teorian tiedon kanssa. Tästä heräsi ajatus, että ammattilaisten tarjoama tuki ja ohjaus ovat tärkeässä roolissa perheen kokeman stressin lievittämisessä. Perheen stressin ja epävarmuuden tunne tulevaisuudesta voisivat vähentää voimavaroja tukea potilasta. Tämän takia ohjausta tulisi tarjota koko perheelle.

Opinnäytetyön tuloksista tuli ilmi, että potilaat kaipaavat hoitajalta emotionaalista tukea ja seuraa. Riittämätön sosiaalisen ja emotionaalisen tuen tarjoaminen vaikutti merkittävästi potilaan motivaatioon sitoutua omaan hoitoonsa ja näin vaikutti hoitotuloksiin. Tulosten mukaan potilaan näkökulmasta hyvä hoito perustui turvallisuuden tunteeseen. Potilaat tunsivat olonsa turvalliseksi, kun hoitaja oli helposti saatavilla ja he saivat nopeasti apua. Hoitohenkilökunnan säännöllinen tarkastus myös lisäsi turvallisuuden tunnetta. (Mako ym. 2016: 4–6; Sihvola ym. 2019: 207.) Turvallisuuden tunteen merkitys onkin jo käsitelty aikaisemmassa teoreettisessa viitekehyksessä. Tuloksista nähdään, että potilastyytyväisyys liittyi usein potilaan odotuksiin sekä henkilökohtaisiin että ulkoihin hoito-olosuhteisiin (Hamilton ym. 2013: 4). Hoitajana on siksi tärkeää muistaa antaa jokaiselle potilaalle tarpeeksi aikaa kiireiden keskellä. Lisäksi hoitajan on pyrittävä luomaan rauhallista olemusta potilaalle kaikissa hoitotilanteissa, jotta potilas tuntisi itsensä huomioiduksi.

Toimiva yhteistyösuhde kuvasti potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutteista hoitosuhdetta. Toimivassa yhteistyösuhhteessa hoitajan tulisi osata ohjata ja tukea potilasta hoitopäätöksenteossa. Lisäksi potilaat olivat kokeneet tärkeäksi sen, että hoitajat osoittivat aitoa kiinnostusta ja sitoutuneisuutta potilasta kohtaan olemalla fyysisesti läsnä potilaan kanssa ja keskustelemalla myös hoidon ulkopuolella olevista asioista. (Suhonen ym. 2013: 82, 85; Sihvola ym. 2019: 207, 212; Saarinen ym. 2020: 5; Rekola ym. 2013: 36; Mako ym. 2016: 2–4.) Hyvän hoitajan piirteisiin kuuluvat kuuntelemisen ja kommunikation taidot aikaisemman teorian tiedon mukaan (Koivisto 2019; Rautava-Nurmi ym.

2015: 29). Potilaan arvostus ja potilaan näkeminen ihmisenä edisti potilaslähtöistä hoitoa sekä johti parempaan luottamukseen potilaan ja hoitajan välillä. Tyydyttävä suhde hoitajan ja potilaan välillä toi suuremman kapasiteetin itsehoitoon ja antoi mahdollisuuksia potilaan tehdä itse päätöksiä omasta hoidostaan, mikä puolestaan lisäsi potilaan tyytyväisyyttä. (Forsberg ym. 2017: 13–17; Mako ym. 2016: 2–6.) Näin ollen voidaan päätellä, että toimiva yhteistyösuhde edistää potilaslähtöistä hoitoa.

6.2 Tulosten sovellettavuus

Opinnäytetyö antaa tietoa potilaan kokemuksista leikkaushoidosta sekä, mitä tekijöitä potilaat arvostavat hyvässä ja laadukkaassa hoidossa. Tietoa voidaan hyödyntää eri leikkausosastoilla laadukkaan hoidon toteuttamisessa sekä oppilaitoksissa koulutuksien kehittämisessä. Tulokset ovat hyvin sovellettavissa, sillä valikoituneet artikkelit koostuivat kuudesta kotimaisesta tutkimuksesta ja kolmesta pohjoismaiden tutkimuksista. Pohjoismaiden terveydenhuolto on samankaltainen, joten saatua tietoa pystytään hyödyntämään Suomen hoitotyön laitoksissa. Saatua tietoa voidaan hyödyntää myös sairaanhoitajuuden kehittämisessä. Sairaanhoitajan on hyvä tietää potilastyytyväisyyttä lisäävät ja heikentävät tekijät sekä ymmärtää, mistä hyvä yhteistyösuhde koostuu potilaan hoidossa.

6.3 Johtopäätökset

1. Potilaat kokevat hyvän ja laadukkaan hoidon eri tavalla kuin hoitohenkilökunta. Hyvä leikkaushoito tulee olla yksilöllistä. Hoidossa tulee huomioida potilaan yksilölliset tarpeet ja taustatekijöiden vaikutukset.
2. Perioperatiivinen ahdistus on merkittävä tekijä potilaan koettuun leikkaushoitoon. Se vaikuttaa hoitotuloksiin ja heikentää potilastyytyväisyyttä. Hoitajan on osattava reagoida ennalta ehkäisevästi ja tuettava potilasta riittävästi turvallisuuden tunteen luomiseen.
3. Perheen huomioiminen nähdään tärkeänä potilaan näkökulmasta. Hoitohenkilökunnan on otettava koko perhe huomioon potilasohjauksessa. Perheeltä saatu tuki on ollut yhteydessä nopeampaan toipumiseen.
4. Toimiva yhteistyösuhde on avainasemassa hyvän hoidon toteutuksessa. Vuorovaikutteisessa suhteessa hoitajalta toivotaan avoimuutta, kunnioitusta ja saavutettavuutta. Hoitovastuu jaetaan hoitajan ja potilaan välillä, siinä edellytetään, että

potilas saa ajantasaista tietoa hoidostaan sekä mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon.

6.4 Eettisyys

Opinnäytetyö toteutettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Työ toteutettiin rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tutkimuksen toteuttamisessa otettiin huomioon tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa otettiin tutkijoiden työ asianmukaisella tavalla huomioon. Tutkijoiden töitä kunnioitettiin ja arvostettiin lähdeviittausten sekä lähdemerkintöjen kautta. Tutkimus suunniteltiin huolellisesti ennen toteutusvaihetta. Tutkimuksen toteutusvaiheen jälkeen työ raportoitiin ja siinä syntyneet aineistot tallennettiin asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6–7.)

Tutkimuksessa vältettiin hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia. Loukkaukset jaetaan kahteen kategoriaan. Näitä ovat piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä sekä vilppi tieteellisessä toiminnassa. Vilppi jaetaan vielä neljään kategoriaan, joita ovat plagiointi, sepittäminen, havaintojen vääristely ja anastaminen. Plagioinnilla tarkoitetaan luvaton lainaamista jonkun toisen tuotoksen esittämisenä omaa tuotoksena. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 8–9.) Opinnäytetyössä ei kopioitu eikä väärinkäytetty jonkun muun tekijän tuotosta. Plagioinnin estäminen opinnäytetyössä varmistettiin käyttämällä Turnitin, plagioinnin havaitsemispalvelu. Turnitin plagioinnin havaitsemispalvelu arvioi opinnäytetyön plagiointiprosentin. Sen avulla varmistettiin, ettei plagiointia ole tapahtunut opinnäytetyössä.

Opinnäytetyössä ei haastateltu ketään eikä luotu kyselylomaketta, joten tutkimuslupaa ei tarvinnut hakea. Opinnäytetöiden aiheet olivat Metropolia Ammattikorkeakoulun ennalta suunniteltuja aiheita. Ohjaajan kanssa käytiin läpi tutkimussuunnitelma ja ohjaaja hyväksyi lopullisen näkökulmarajauksen aiheesta. Opinnäytetyö toteutettiin parin kanssa. Parin kanssa käytiin läpi työn velvollisuudet ja vastuut.

6.5 Luotettavuus

Aineiston ja tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin sen validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä soveltaen. Validiteetti eli pätevyys kuvaa, kuinka hyvin tutkimuksessa käytetty menetelmä vastaa tutkimuskysymykseen. Reliabiliteetti taas kertoo, kuinka luotettavasti

tutkimusmenetelmä arvioi haluttua ilmiötä. Luotettavuutta kuvataan usein menetelmän lopputuloksen toistuvuuden perusteella. (Hiltunen 2009.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuutta taattiin harkinnanvaraisella aineiston keruumenetelmällä sekä sisällönanalyysimenetelmällä. Aineistoja kerättiin luotettavista lähteistä, joiden pätevyyttä tarkasteltiin Julkaisufoorumi-luokituksen, Impact Factor -luokituksen tai vertaisarvioinnin avulla. Mikäli luokitusta ei löytynyt, tutkimuksen luotettavuutta tarkastettiin vielä ohjaajan kanssa. Tietokantahaku tehtiin luotettavista tietokannoista, joita ovat Cinalh ja Medic. Tämän lisäksi etsittiin manuaalisesti luotettavista hoitotieteellisistä lehdistä, joita ovat Tutkiva hoitotyö, Hoitotiede ja BMJ Open. Tutkimuksien laadunarvioinnissa hyödynnettiin JBI-arviointimittaria ja LibGuides-opasta, jotka varmistivat tutkimuksien laadukkuutta ja näin ollen lisäsivät työn luotettavuutta. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset täyttivät määritellyt hakukriteerit.

Sisällönanalyysissä huomioitiin aineistojen vastaavuutta tutkimuskysymyksiin. Jos aineistot eivät suoraan vastanneet tutkittavaan asiaan, mikä on tässä opinnäytetyössä leikkauspotilaan kokemus leikkaushoidosta ja heidän näkökulmansa hyvästä ja laadukkaasta hoidosta, nähtiin aineiston kuuluvan poissulkukriteereihin. Lisäksi osallistuimme kirjallisuuskatsauksen ja tiedonhaun työpajoihin sekä tavattiin kirjaston informaatikon kanssa etäyhteyksin. Informaatikon ohjaustapaamisella varmistettiin hakulauseiden luotettavuus ja oikeaoppisuus.

Työn heikkoutena voidaan pitää opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus. Kumpikaan tekijöistä eivät olleet aikaisemmin tehneet kirjallisuuskatsausta eikä induktiivista sisällönanalyysia. Tiedonhaun alussa käytettiin luotettavien tietokantojen lisäksi Finna.fi-tiedonhakupalvelua, jonka sovellettavuus huomattiin puutteelliseksi työn edetessä. Tiedonhakupalvelusta löydettiin yksi tutkimus, joka täytti kaikki aikaisemmin laaditut sisäännottokriteerit ja JBI-laadunarviointikriteerit. Tämän jälkeen etsittiin manuaalisesti kyseistä tutkimusta BMJ Open -lehdestä. Lisäksi tiedonhaussa rajattiin kokoteksti-haulla. Tämä puolestaan heikensi työn luotettavuutta, sillä aineistosta voi karsiutua paljon aiheeseen sopiviakin tutkimuksia pois.

Opinnäytetyöhön valittiin kahdeksan englanninkielistä tutkimusta. Koska englanninkieli ei ole kummankaan tekijöiden äidinkieli, tämä saattoi vaikuttaa näiden tutkimuksien sisältöjen ymmärtämiseen ja soveltamiseen. Englanninkielisten tutkimustuloksien tarkas-

telussa hyödynnettiin korkeakoulun suosimia kääntäjiä, kuten MOT Sanakirjat. Käännösten pätevyyttä taattiin korkeakoulutasoisten englannin kieliopinintojen suorituksen perusteella. Lisäksi tuloksien käännöstystä tehtiin yhteistyössä ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaajien ja kielenhuollon opettajien kanssa.

6.6 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa on hyvä tutkia, miten potilaan näkökulmaa on otettu huomioon hoidon toteutuksessa ja kehittämisessä. Opinnäytetyön prosessin aikana huomattiin, että tutkimuksia tehtiin enemmän hoitohenkilökunnan näkökulmasta kuin potilaan näkökulmasta. Hoidon laadun arviointiin kuuluu molempien osapuolten näkökulmat. Voidaan jatkossa tutkia, onko hoidon laadun arvioinnissa otettu molempien sekä hoitajan että potilaan näkökulmat huomioon. Yleisesti myös hoidon laadun arviointia potilaan näkökulmasta on tutkittu vähän. Olisi siksikin hyvä tehdä jatkotutkimuksia eri erikoisalojen potilasryhmille, kuten psykiatria, geriatria sekä lasten ja nuorten hoitotyö.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksien kohderyhmänä oli yleisesti leikkauspotilaiden kokemukset. Aineisto koostui eri leikkauspotilasryhmien kokemuksista (Liite 1, taulukko 7). Aineiston analyysissä ei kuitenkaan tarkasteltu yksittäisten potilasryhmien kokemuksia vaan tulokset yleistettiin kaikkien leikkauspotilaiden näkökulmaan. Jatkotutkimusehdotuksena on tutkia syvällisemmin tietyn leikkauspotilasryhmän kokemuksia, kuten neurokirurgisten potilaiden kokemukset. Tällöin saataisiin tarkempaa tietoa tietyn leikkauspotilasryhmän kokemuksista ja tiedolla voidaan vastata paremmin tietyn potilasryhmän tarpeisiin.

Jokainen yksilö on erilainen ja kokee asiat eri tavoin. Yksilöllisen hoidon toteutuksessa haasteena, onkin vastata jokaisen potilaan tarpeisiin. Potilaiden yksilöllisten kokemusten välillä voi esiintyä näkemuseroja hyvästä ja laadukkaasta hoidosta. Osa potilaista kokee liiallisen tiedon ahdistavana, kun taas toiset ahdistuvat tiedon puutteesta. Tutkimustietoa näistä näkemuseroista on hyvin vähän ja siksi on tarpeellista tehdä jatkotutkimuksia aiheeseen liittyen.

Lähteet

Ahonen, Outi & Blek-Vehkaluoto, Mari & Buure, Tuija & Ekola, Sirkka & Partamies, Sanna & Sulosaari, Virpi 2020. *Kliininen hoitotyö*. 89. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Burton, Dominic & King, Amy & Bartley, Jim & Petrie, Keith J. & Broadbent, Elizabeth 2019. The surgical anxiety questionnaire (SAQ): development and validation. *Psychology and Health* 34 (2). 129–146.

Das, Sasmita & Panigrahi, Sanchari & Preetybanra, Mary & Rout, Nibedita & Patanayak, Dinesh Kumar 2018. Investigating the factors of preoperative waiting time and its relationship with the levels of patient's satisfaction. *i-manager's Journal on Nursing* 7 (4). 50-55.

Drott, Jenny & Fomichov, Victoria & Nordén, Maria & Larsson, Anna Lindhoff & Sandström, Per & Björnsson, Bergthor & Eldh, Ann Catrine 2022. Patient preferences and experiences of participation in surgical cancer care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 19 (5). 405–414.

Eloranta, Sini & Leino-Kilpi, Helena & Katajisto, Jouko & Valkeapää, Kirsi 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 13 (1). 13–23.

Forsberg, Angelica & Viman, Irene & Wälivaara, Britt-Marie & Engström, Åsa 2017. Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *Journal of Perioperative Nursing in Australia* 30 (3). 13–22.

Gabay, Gillie & Bokek-Cohen, Yaarit 2019. What do patients want? Surgical informed consent and patient-centered care – An augmented model of information disclosure. *Bioethics* 34 (5). 467–477.

Gurdogan, Eylem Pasli & Findik, Ummu Yildiz & Arslan, Buket Kara 2015. Patients' Perception of Individual Care and Satisfaction with Nursing Care Levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 8 (2). 369–375.

Hamilton, D F & Lane, J V & Gaston, P & MacDonald, D & Simpson, A H R W & Howie, C R 2013. What determines patient satisfaction with surgery? A prospective cohort study of 4709 patients following total joint replacement. *BMJ Open* 3 (4), 1–7.

Hiltunen, Leena 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän yliopisto. <http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf>. Viitattu 14.1.2022.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2018. JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle. The Joanna Briggs Institute Centre of Excellence. <<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-laadulliselle-tutkimukselle-ja-selosteosa-2.pdf>>. Viitattu 6.10.2022.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2022a. Näyttöön perustuva terveydenhuolto. <<https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>>. Viitattu 28.10.2022.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2022b. Tutkimustiedon hakeminen. <<https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-hakeminen/>>. Viitattu 14.9.2022.

Holappa, Sanna & Juvonen, Sari & Kariniemi, Kirsi & Niskala, Jenni & Kyngäs, Helvi & Heikkilä, Kristiina 2019. Miten voidaan edistää potilaan osallistumista hoitotyön vuoteenvierusraportointiin?. Näyttövinkki 3/2019. Hoitotyön tutkimussäätiö <<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/nayttovinkki3-2019.pdf>>. Viitattu 17.1.2022.

HUS 2022. Asiakastyytyväisyys. <<https://www.hus.fi/potilaalle/opas-potilaalle/oikeutesipotilaana/anna-palautetta/asiakastyytyvaisuus>>. Viitattu 4.11.2022.

Hyväri, Susanna & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2016. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0. LibGuides. Päivitetty 2020. <<https://libguides.diak.fi/c.php?g=670543&p=4760642>>. Viitattu 6.10.2022.

Jordan, Z. & Lockwood, C. & Aromataris, E. & Munn, Z 2016. Hoitotyöntekijän näyttöön perustuva päätöksenteko. Hoitotyön tutkimussäätiö. <<https://www.hotus.fi/hoitotyontekijan-nayttoon-perustuva-paatoksenteko/>>. Viitattu 10.10.2022.

Julkaisufoorumi 2021a. Julkaisufoorumi. <<https://julkaisufoorumi.fi/fi/julkaisufoorumi-0>>. Viitattu 6.10.2022.

Julkaisufoorumi 2021b. Luokitteluperusteet. <<https://julkaisufoorumi.fi/fi/arvioinnit/luokitteluperusteet>>. Viitattu 6.10.2022.

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

Karma, Anna & Kinnunen, Timo & Palovaara, Marjo & Perttunen, Jaana 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kekomäki, Martti 2016. Terveystieteiden laatu, lätinää vai lässytystä?. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 132 (17). 1610–1. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo13283>>. Viitattu 4.11.2022.

Koivisto, Kaisa 2019. Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut. Päivitetty 23.10.2019. <<http://www.oamk.fi/epooki/2019/ohjaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa/>>. Viitattu 5.11.2022.

Królikowska, Agnieszka & Majk, Agnieszka & Antczak-Komoterska, Anna & Ślusarz, Robert 2018. Patients' Fear and Anxiety Associated with Planned Neurosurgery. The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing 7 (3). 104–110.

Kylmä, Jari & Vehviläinen-Julkunen, Katri & Lähdevirta, Juhani 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi?. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119 (7). 609–615. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo93495>>. Viitattu 26.1.2022.

Kääriäinen, Maria & Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1). 37–45.

Laitinen, Heleena 2014. Potilaslähtöinen hoitotyö ja sähköinen dokumentointi akuutin hoidon osastoilla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. <https://terveysportti.mobi/kotisivut/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto=1&p_palsta=24&p_artikkeli=uux17829>. Viitattu 3.11.2022.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>>. Viitattu 4.11.2022.

Lapin sairaanhoitopiiri 2017. Hyvä hoito ja kohtelu. Päivitetty 24.2.2021. <https://www.lshp.fi/fi-fi/potilaille_ja_laheisille/Potilaan_oikeudet/Hyva_hoito_ja_kohtelu>. Viitattu 28.10.2022.

Lehtiö, Leeni & Johansson, Elise 2015. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun Yliopisto. Turku: Juvenes Print. 37–57.

Leikkola, Päivi & Helminen, Mika & Paavilainen, Eija & Åstedt-Kurki, Päivi 2013. Selkäleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä selviytymisen voimavarat potilaan kotiutuessa sairaalasta. Tutkiva hoitotyö 11 (3). 26–35.

Lemetti, Terhi & Ylönen, Terhi 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun Yliopisto. Turku: Juvenes Print. 67–79.

Mako, Tünde & Svanäng, Pernilla & Bjerså, Kristofer 2016. Patients' perceptions of the meaning of good care in surgical care: a grounded theory study. BMC Nursing 15 (47). 1–9.

Mikkola, Tomi & Saarijärvi, Hannu 2022. Hyvä potilaskokemus on osa laatua. Lääkäri-lehti 77 (33–34). 1346–1349.

Murdoch University 2022. Systematic Reviews – Research Guide. Päivitetty 25.8.2022. <<https://libguides.murdoch.edu.au/systematic/defining#s-lib-ctab-22166366-4>>. Viitattu 14.9.2022.

Niela-Vilén, Hannakaisa & Toivonen, Mirka & Axelin, Anna & Heikkilä, Kristiina 2019. Miten voidaan toteuttaa perhekeskeistä hoitoa ja tukea potilaan perhettä teho-osastolla?. Näyttövinkki 8/2019. Hoitotyön tutkimussäätiö. <<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/06/nayttovinkki8-2019.pdf>>. Viitattu 5.11.2022.

Ocelli, Pauline & Mougeot, Frédéric & Robelet, Magali & Buchet-Poyau, Karine & Touzet, Sandrine & Michel, Philippe 2022. Feelings of Trust and of Safety Are Related of the Patient's Experience in Surgery: A Descriptive Qualitative Study in 80 Patients. *Journal of Patient Safety* 18 (5). 415–420.

Perheen tuki. Turvallisuus ja turvattomuus. Helsingin kaupunki. Päivitetty 13.9.2021. <<https://www.hel.fi/sote/perheentuki-fi/koululaiset/koulu/turvallisuus/>>. Viitattu 3.11.2022.

Pitkäranta, Ari 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Teoksessa Perna, Johannes (toim.). Työkirja ammattikorkeakouluun. E-kirja. Jokioinen: e-Oppi Oy.

Prisma Statement. PRISMA Flow Diagram. PRISMA. Päivitetty 2021. <<https://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>>. Viitattu 27.8.2022.

Ralph, Nicholas 2018. Current opinion about surgery-related fear and anxiety. *Journal of Perioperative Nursing* 31 (4). 3–6.

Rautava-Nurmi, Hanna & Westergård, Airi & Henttonen, Tarja & Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rekola, Leena & Häggman-Laitila, Arja & Mattila, Lea-Riitta & Palomaa, Tarja & Ruskomaa, Pauliina & Leivonen, Marja 2013. Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia: lihavuuden vaikutukset elämään ja leikkaukseen liittyvät ohjauksen ja tuen tarpeet. *Tutkiva hoitotyö* 11 (2). 32–43.

Reponen, Elina & Roine, Risto P. 2016. Tyytyväinen potilas = laadukas terveydenhuolto?. *Suomen Lääkärilehti* 71 (42). 2630–2631.

Saarinen, Ira Helena & Koivisto, Jaana-Maija & Kaipia, Antti & Haavisto, Elina 2020. Perceived quality of surgical care in association with patient-related factors and correlation to reported postoperative complications in Finland: a cross-sectional study. *BMJ Open* 10 (11). 1–6.

Sairaanhoitajaliitto 2021. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Sairaanhoitajat. <<https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>>. Viitattu 17.1.2022.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus?. Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa: Vaasan yliopisto. <https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Viitattu 14.1.2022.

Sihvola, Saija & Lahtinen, Minna & Kaakinen, Pirjo & Kääriäinen, Maria 2019. Ohjauksen laatu sydänhoitajan vastaanotolla pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden arvioimana: poikkileikkaustutkimus. *Hoitotiede* 31 (3). 205–215.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. Potilaan oikeudet. <<https://stm.fi/potilaan-oikeudet>>. Viitattu 17.1.2022.

Stark, Åsa Johansson & Ingadottir, Brynja & Salanterä, Sanna & Sigurdardottir, Arun & Valkeapää, Kirsi & Bachrach-Lindström, Margareta & Unosson, Mitra 2014. Fulfilment of knowledge expectations and emotional state among people undergoing hip replacement: A multi-national survey. *International Journal of Nursing Studies* 51 (2014), 1491–1499.

Stolt, Minna 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.). 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto. 7–22.

Suhonen, Riitta & Leino-Kilpi, Helena & Gustafsson, Marja-Liisa & Tsangari, Haritini & Papastavrou, Evridiki 2013. Yksilöllinen hoito - potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 25 (2). 80–91.

Suhonen, Riitta & Papastavrou, Evridiki & Efstathiou, Georgios & Tsangari, Haritini & Jarosova, Darja & Leino-Kilpi, Helena & Patiraki, Elisabeth & Karlou, Chryssoula & Balogh, Zoltan & Merkouris, Anastasios 2011. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26 (2). 372–380.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021. Monisairaus potilas. Käypä hoito -suositus. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50126?tab=suositus>>. Viitattu 5.11.2022.

Särkijärvi, Sanna 2021a. Preoperatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. 2022 Kustannus Oy Duodecim.

Särkijärvi, Sanna 2021b. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoidajan käsikirja. 2022 Kustannus Oy Duodecim.

Tehyn eettinen toimikunta 2017. Ammattina hyvä hoito ja palvelu. Pohdintoja terveydenhuollon etiikasta. Tehyn julkaisu sarja F. Vantaa: Grano Oy. <https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/julkaisu/2017/2017_f4_ammattina_hyva_hoito_ja_palvelu._pohdintoja_terveydenhuollon_etiikasta_id_8235.pdf>. Viitattu 31.10.2022.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022. Voimavaralähtöiset menetelmät. <<https://thl.fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/neurolatyon-sisallot-ja-menetelmat/voimavaralahtoiset-menetelmat>>. Viitattu 27.1.2022.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. <<https://finlex.fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P24>>. Viitattu 5.11.2022.

Terveyskylä 2019. Jos leikkaukseen tuleminen jännittää. <<https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/ajankohtaista/jos-leikkaukseen-tuleminen-j%C3%A4nnitt%C3%A4%C3%A4>>. Viitattu 4.11.2022.

Terveyskylä 2020a. Laatu ja potilastyytyväisyys. Päivitetty 23.9.2020. <<https://www.terveyskyla.fi/niveltalo/palvelut/tyks/laatu-ja-potilastyytyv%C3%A4isyys>>. Viitattu 4.11.2022.

Terveyskylä 2020b. Mistä on kyse, kun puhutaan voimavaroista. Opas omien voimavarojen tunnistamiseen ja vahvistamiseen. Päivitetty 13.2.2020. <<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutujalle/oma-hyvinvointi/opas-omien-voimavarojen-tunnistamiseen-ja-vahvistamiseen/mist%C3%A4-on-kyse-kun-puhutaan-voimavaroista>>. Viitattu 5.11.2022.

Topdemir, Esra Anus & Saritas, Serdar 2021. The effect of Acupressure and Reiki application on Patient's pain and comfort level after laparoscopic cholecystectomy: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 43 (2021). 1–7.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. <https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Viitattu 14.1.2022.

Valvira 2019. Ammattieettisistä velvollisuuksista. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Hyvä ammatinharjoittaminen. Päivitetty 8.10.2019. <<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/ammattieettisista-velvollisuuksista>>. Viitattu 5.11.2022

Virtanen, Heli 2014. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus. Luentomateriaali 12.10.2014. Turun yliopisto. <<https://docplayer.fi/15924978-Voimavaraistumista-tukeva-potilasohjaus.html>>. Viitattu 27.1.2022.

World Health Organization 2022. Quality of care. <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1>. Viitattu 30.5.2022.

Zeynep, Temiz & Gozde, Tutuncu Serife & Ikbal, Cavdar & Emel, Sengul 2020. Pre-operative Comfort Levels of Patients Undergoing Surgical Intervention. *International Journal of Caring Sciences* 13 (2). 1339–1345.

Valitut alkuperäistutkimukset

Taulukko 7.

Aineistoon valitut alkuperäistutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus	Otos	Menetelmät	Tulokset ja johtopäätökset	Eettisyys ja luotettavuus
1. Leikkola ym. 2013 Suomi	Arvioida selkäleikkaukspotilaan ja hänen läheisensä selviytymisen voimavaroja sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä.	Perheistä, joista yksi jäsen oli osallistunut selkäleikkaukseen (n=150 potilasta ja n=150 läheistä).	Määrällinen tutkimus. Kyselylomake, 14 taustakysymystä ja Likert-asteikkollisia väittämiä läheisille 61 ja potilaille 66. Aineisto analysoitiin PASW Statistics for Windows -ohjelmalla.	Potilaan motivaatio ja hoitohenkilökunnan yhteinen luottamus koettiin myönteisenä voimavarana. Potilaat olivat tyytyväisiä hoitoonsa riippumatta siitä, oliko aikaisemmin ollut leikkauksessa. Perhehoitotyö käsitettä on vahvistettava leikkaushoityössä.	Julkaisukanavan taso 1. Aineisto rajoittuu vain yhteen sairaalaan. Eettisen toimikunnalta puoltava lausunto ja tutkimuslupa tutkimukseen osallistuneelta sairaalalta. Perustui vapaaehtoisuuteen ja anonyymisyyteen.
2. Rekola ym. 2013 Suomi	Kuvailla lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista leikkaushoidossa.	HYKS Peijaksen sairaalan lihavuuskirurgian potilaat (n=37).	Laadullinen tutkimus. Aineisto perustuu potilasasiakirjoihin, ja kerättiin puhelinhaastatteluilla. Aineisto analysoitiin induktiivisesti. PASW 18 tilasto-ohjelma.	Potilaat toivovat ennen leikkausta ohjausta ja tietoa kivun laadusta sekä mil-laista normaalin kivun kuuluisi olla.	Julkaisukanavan taso 1. Aineiston keruun validiteettia vahvistaa järjestelmällinen katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen

					<p>ja asiantuntijaryhmän arvio.</p> <p>Perustuu tietoiseen suostumukseen ja vapaaehtoisuuteen. Eettisen toimikunnan myönteinen lausunto ja operatiivisen yksikön myöntämä lupa.</p>
<p>3. Suhonen ym. 2013 Suomi</p>	<p>Verrata potilaiden ja hoitajien näkemyksiä yksilöllisestä hoidosta</p>	<p>Seitsemän sairaalan yleiskirurgisten vuodeosastojen: n=291 potilasta ja n=283 hoitajaa. Vähintään 2 vuorokautta hoidossa olevat kirurgiset potilaat. Rekisteröityneet hoitajat, jotka työskentelevät yleiskirurgisella vuodeosastolla.</p>	<p>Vertaileva tutkimusasetelma. Määrällinen tutkimus. Kyselylomake ja Yksilöllinen hoito -mittari.</p>	<p>Hoitajien arviot potilaan yksilöllisen hoidon toteutuksesta on systemaattisesti potilaiden arvioiteja paremmat. Potilaat kaipaavat yksilöllisyyden tukemiseen enemmän henkilökohtaisten asioiden huomioimista hoidon toteutuksessa. Hoitajat taas keskittyvät enemmän suoranaisesti hoitotoimenpiteisiin tai hoitoon liittyviin asioihin.</p>	<p>Julkaisukanavan taso 1.</p> <p>Aineiston keräämiseen on saatu lupaa sairaaloiden johtavilta viranhaltijoilta. Vapaaehtoinen osallistuminen. Tutkimuksesta on kerrottu suullisesti ennen osallistumista.</p> <p>Yksilöllinen hoito -mittari on testattu Suomessa ja kansainvälisesti. Niiden reliabiliteetti, käsite- ja rakenne validiteetti ovat testattuja. Vahva reliabiliteetti.</p>

<p>4. Stark ym. 2014 Pohjoismaat</p>	<p>Kuvata saadun ja odotetun lonkkaleikkaukseen liittyvien tietojen eroja</p>	<p>n=320 leikkausjonnossa olevat lonkka-leikkauspotilaat, keski-ikä 64 ja 55 % naispotilaita. Potilaat ovat Suomesta (n=97), Islannista (n=98) ja Ruotsista (n=125).</p>	<p>Määrällinen tutkimus. Strukturoitu kyselylomake: 'the knowledge expectations of hospital patients scale' ja 'self-reported scales'. T-testi.</p>	<p>Potilaista 77 % ovat tyytymättömiä ohjauksesta. Masentuneet potilaat vastaanottavat vähemmän tietoja ohjauksesta. Korkeasti koulutetut ovat vähemmän tyytyväisiä kuin vähemmän koulutetut, sillä heillä on myös enemmän odotuksia ohjauksista.</p>	<p>Julkaisukanavan taso 3. Eettisen toimikunnan myönteinen lausunto. Tutkimuksen tarkoitusta on informoitu ennen osallistumista, vapaaehtoinen osallistuminen, anonymiteetti ja kirjallinen suostumus.</p>
<p>5. Eloranta ym. 2015 Suomi</p>	<p>Kuvailla ja vertailla voimavaraistumista tukevaa ohjaamista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.</p>	<p>Kahden sairaalan elektiivisistä lonkka- ja polviproteesileikkauksipotilaista (n=207) ja heidän läheisistään (n=177).</p>	<p>Määrällinen tutkimus. Aineisto kerättiin strukturoidulla Sairaalapotilaan Tiedon Saanti -mittarilla: 4-portainen Likert asteikko. SPSS - 21.0 for Windows -tilasto-ohjelma.</p>	<p>Leikkauspotilaiden tietämys hoidostaan lievittää ahdistusta, pelkoa ja kipua sekä lyhentää sairaalassa oloaikaa. Ohjaukset tulee suunnitella yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Yhden perheenjäsenen muutos vaikuttaa koko perheeseen ja tällöin perheohjaus on myös tärkeää.</p>	<p>Julkaisukanavan taso 1. Tutkimukselle saatu eettisen toimikunnan myönteinen lausunto ja tutkimuslupa tutkimusorganisaatiolta. Perustuu vapaaehtoisuuteen, vastajilta pyydettiin kirjallinen tietoinen suostumus.</p>
<p>6. Gurdogan ym. 2015</p>	<p>Määrittellä yksilöllisen hoidon käsitys, tyytyväisyys hoitotyön tasoon ja niiden yhteys</p>	<p>n=425 sisätaudin ja kirurgian klinikkojen potilaat, keski-ikä</p>	<p>Mixed methods, kuvaileva ja poikkileikkaava tutkimusmenetelmä. Aineiston</p>	<p>Yksilöllinen hoito parantaa potilaan terveyttä ja toipumista</p>	<p>Julkaisukanavan taso 1.</p>

Turkki		57,70±14,51 ja keskimääräinen hoitajakso on 11,03±10,15 päivää.	analyysissä käytetty 'Patient Information Form', 'Individualized Care Scale' ja 'Satisfaction with Nursing Scale'.	prosessia samalla lisää potilaan elämää laatua, autonomiaa ja hoitotyytyväisyyttä. Potilaan tietoisuus hoidon yksilöllisyydessä on vahva yhteys hoitotyytyväisyyteen, mikä puolestaan ennustaa hyvää hoidon laatua.	Tutkimuksen tarkoitusta on selitetty potilaille. Vapaaehtoinen osallistuminen. Käytetyt mittarit ovat testattuja ja luotettavia.
7. Mako ym. 2016 Ruotsi	Tutkia potilaiden näkemys hyvästä hoidosta kirurgisessa hoitotyössä	n=13, potilaat ovat kuudesta kirurgisesta vuodeosastoista, kahdesta sairaalasta. Potilaiden sairaalahoitajakso on 3–30 päivän pituisia.	Laadullinen tutkimus. Haastattelu: puolistrukturoitu ja avoimien vastauksien kysymykset.	Hyvä hoitosuhde vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaan kokemukseen hyvästä hoidosta. Hyvä leikkaushoito kuvaa prosessia, jossa pyritään saavuttamaan turvallisuuden tunnetta. Siihen tarvitaan saavutettavuutta, luotettavuutta ja huolehtivaa asennetta hoitoon.	Julkaisukanavan taso 1. Tutkimus kuuluu osaksi opinnäyte-työtä, joten sen eettisyyttä ja luotettavuutta on tarkistettu ja Linköping Yliopisto on sen hyväksynyt. Tutkimuslupa on saatu jokaisen tutkitun osaston johtajilta. Tutkimuksen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen tarkoitus on informoitu ennen osallistumista.

<p>8. Forsberg ym. 2017 Ruotsi</p>	<p>Kuvata potilaiden odotuksia hoidon laadusta perioperatiivisella jaksolla ja tunnistaa ne laadun osa-alueet, joissa tarvitaan parannusta.</p>	<p>n=170, kahden yleisen kirurgian osaston potilaat ja kahden ortopedian osaston potilaat Ruotsissa.</p>	<p>Mixed methods. Kuvavaileva poikkileikkaustutkimus. Aineisto kerättiin kyseilylomakkeella. SPSS 21.0 for Windows -tilasto-ohjelma.</p>	<p>Potilaat toivovat, että annetaan riittävästi tietoa hoidostaan, jotta potilaat pystyvät osallistumaan hoitopäätöksiin. Kuitenkaan ei toivottu liian yksityiskohtaista tietoa ennen leikkausta, sillä se saattaa lisätä ahdistusta. Potilaan tarpeet ovat yksilöllisiä.</p>	<p>Lääketieteellinen lautakunta antanut tutkimukselle hyväksyntänsä. Jokainen osallistuja allekirjoitti suostumuksen. Luottamuksellisuus ja anonymiteetti taattiin. Osallistuminen vapaaehtoisista.</p>
<p>9. Krolikowska ym. 2018 Puola</p>	<p>Tutkia joko leikkausjonossa olevat neurokirurgiset potilaat kokevat ahdistusta ja pelkoa hoitoon liittyen sekä kuinka he arvioivat ahdistuksen tasoa heissä</p>	<p>n=102 aikuispotilasta, joista n=50 naisia ja n=52 miehiä. Potilaat ovat neurokirurgisessa leikkausjonossa.</p>	<p>Määrällinen tutkimus. Diagnostinen tutkimus. Kyselylomake: suljettujen vastauksien kysymykset. Mann-Witney U -testi. Kruskal-Wallis-testi. Spearman-testi. Statistica 10.0 ohjelma. Microsoft Excel.</p>	<p>Noin 67 % potilaista kokevat pelkoa ja ahdistusta preoperatiivisella hoitokaudella. Korkea stressi ja ahdistus preoperatiivisella hoitokaudella on vaikutusta postoperatiiviseen hoitotulokseen. Potilaiden huoli ei aina kohdistu suoraan leikkaukseen tai osastohoitoon.</p>	<p>Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä on arvioitu yhdessä ohjaajan kanssa. Tutkimus on saanut bioeettiselta komissiolta myönteisen lausunnon. Tutkimuksen osallistuminen on vapaaehtoisista. Osallistumiskriteerinä on edellytys siitä, että potilailla on säilynyt loogisuus ja sanallinen kommunikaatiokyky tutkimuksen aikana.</p>

					Tutkittavien anonyymiteetti on säilynyt.
10. Burton ym. 2019 Uusi-Seelanti	Kehittää uusi itseraportointimittari leikkauskohtaiseen ahdistukseen ja testata mittarin psykometrisiä ominaisuuksia.	Ortopedian, plastiikan ja yleiskirurgian potilaat (n=135).	Määrällinen tutkimus. Aineisto kerättiin perioperatiivisella kyselylomakkeella, joka sisälsi uuden kyselyn leikkauskohteisesta ahdistuksesta. SPSS 20 versio.	Vakava ja suuri leikkaus aiheuttaa enemmän ahdistusta kuin pienempi leikkaus. Ahdistusta esiintyi enemmän potilailla, jotka hakivat lisää tietoa leikkauksesta. Ulkopuolisten henkilöiden tuki vähentää ahdistusta.	Julkaisukanavan taso 2. Tutkimuksen hyväksyi Aucklandin yliopiston Ethics Committee (UAHPEC) ja Counties Manukau District Health Board Research Review Committee.
11. Sihvola ym. 2019 Suomi	Kuvata pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden arvioita sydänhoitajan ohjauksen laadusta. Lisäksi saada tietoa asiakkaannäkökulmasta ohjauksen laadun kehittämiseen.	n=175 potilasta, jotka ovat käyneet sydänhoitajan ohjauksessa terveyskeskuksessa pallolaajennuksen jälkeen.	Määrällinen tutkimus. Kuvaileva poikileikkaustutkimus. Ohjauksen laatu -mittari: 12 taustatietokysymystä ja 78 väittämää, Likert-asteikko. SPSS Statistics 25.0 -ohjelma. Mann-Whitneyn U- ja Kruskal-Wallis-testit.	Potilaan voimavarat ja sairauden omaksuminen voi lisätä tuen tarvetta. Tuen puutteissa potilaan hoitomotivaatio ja -vaste alentuu. Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on pääosin hyvää, mutta emotionaalinen tuki silti vähäistä.	Julkaisukanavan taso 1. Tutkimuslupa on saatu johtajayliääkäriltä ja mittarin käytölle on tekijänoikeuksien haltijalta. Tutkimuksesta on tiedotettu osallistujille ennen tutkimuksen aloitusta. Vapaaehtoinen osallistuminen. Modifioidun mittarin sisältövaliditeetti varmistettiin asiantuntija-arvioilla.

<p>12. Saarinen ym. 2020 Suomi</p>	<p>Tutkia, ovatko potilaaseen liittyvät tekijät yhteydessä potilaan arvioimaan hoidon laatuun. Myös tutkia, ovatko tekijät yhteydessä leikkauksen jälkeisiin komplikaatioihin sekä potilaan arvioimaan alhaiseen hoidon laatuun.</p>	<p>Ortopedian leikkauspotilaat sekä muu kuin sydänleikkaukspotilaat, jotka olivat antaneet suostumuksensa kyselyyn (n=436).</p>	<p>Mixed methods, korrelaatio poikkileikkaustutkimus, johon lisättiin puhelinhaastattelut. SAS V9.3. ohjelma.</p>	<p>Hyvä potilasohjaus ja potilaan emotionaalinen tuki on tutkitusti tuottanut parempaa toipumista leikkauksesta. Potilaat kokevat hoidon laadukkaampana, jos hoitohenkilökunta osoittaa empatiaa ja hyviä kommunikointitaitoja.</p>	<p>Julkaisukanavan taso 2. Eettinen hyväksyntä tutkimukselle saatu Satakunnan ammattikorkeakoulun eettiseltä toimikunnalta.</p>
<p>13. Zeynep ym. 2020 Turkki</p>	<p>Määrittää potilaiden mukavuusastetta preoperatiivisella jaksolla toimenpidesallilla</p>	<p>n=130 potilasta, jotka ovat menossa elektiiviseen yleiskirurgiseen leikkaukseen. Ikä 18–60, kyky lukea, kirjoittaa ja kommunikoida turkiksi sekä ei ole mielenterveysongelmia.</p>	<p>Määrällinen tutkimus. Poikkileikkaustutkimus. Kasvokkainhaastattelu. Kyselylomake. 'Perianesthesia Comfort Scale' ja 'Descriptive Characteristics Information Form'.</p>	<p>Kirurginen toimenpide voi aiheuttaa paljon epämukavuutta ja komplikaatiota potilaalle, mikä puolestaan alentaa mukavuuden tunnetta ja hoidon laatua potilaan näkökulmasta.</p>	<p>Julkaisukanavan taso 1. Tutkimusluvut on saatu Istanbulin Terveystieteiden johtokunnalta ja eettiseltä toimikunnalta Istanbulin Cerrahpas yliopistolta. Kirjallinen ja suullinen suostumus on saatu osallistuvilta. Vapaaehtoinen osallistuminen. Anonymiteetti säilyvyys.</p>