

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Hoitotyö

2014

Suvi Arjoniemi

ENDOPROTEESIPOTILAIDEN OHJAUKSEN TARVE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Suvi Arjoniemi

ENDOPROTEESIPOTILAIEN OHJAUKSEN TARVE

Endoproteesileikkauksia tehdään Suomessa vuosittain yli 20 000 ja niiden määrä tulee lisääntymään entisestään väestön ikääntyessä. Potilasohjaus on hoidon hyvään laatuun vaikuttava tärkeä tekijä, jolla on merkitystä myös endoproteesileikkausten onnistumiselle.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Salon aluesairaalan kirurgian yksikön endoproteesipotilaiden ohjausta potilaiden näkökulmasta. Tavoitteena on parantaa potilasohjauksen laatua tutkimalla potilaiden ohjauksen tarpeita.

Aineisto kerättiin kyselymenetelmällä Salon aluesairaalan kirurgian yksikön endoproteesipotilailta (n=14) huhti- ja toukokuussa 2014. Kyselylomake laadittiin itse tätä opinnäytetyötä varten. Kyselylomakkeen sisältö koostettiin ortopedisen potilaan ohjauksen mallinnuksen ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lonkka- ja polviproteesipotilaiden potilasohjeiden sisältöjä yhdistelemällä. Kyselylomaketta työstettiin yhteistyössä Salon aluesairaalan kirurgian yksikön endoproteesihoitajien ja fysioterapeutin kanssa.

Kyselyn tulosten mukaan valtaosa vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Kaikissa ohjauksen osa-alueissa enemmistö koki saaneensa riittävästi tietoa kaikista asioista. Kyselytutkimuksessa nousi lisäksi esiin yksittäisiä lisäohjauksen tarpeita. Lisää ohjausta kaivattiin kivusta ja kipulääkityksestä, asento- ja jatkohoidosta ja jälkitarkastuksesta, haavan hoidosta, jatkokuntoutuksesta ja oman aktiivisuuden merkityksestä kuntoutumisessa sekä komplikaatioista. Yksittäiset potilaat olivat myös sitä mieltä, että he eivät olleet saaneet lainkaan ohjausta tulehdusten hoidosta, ylipainon hallinnasta, verinäytteiden ja tutkimusten tuloksista, kodin ja kotiasioiden valmistelusta, terveystietä, kivunhoidosta ja kipulääkityksestä, antibiootista jatkossa ennen hammaslääkärin ja muita toimenpiteitä, sekä kotiavun tarpeesta.

Tämän tutkimuksen pohjalta potilasohjauksen kehittämiskohdaksi voisi mainita tarkemman ohjauksen tarpeiden kartoittamisen ohjauksen yhteydessä. Ohjauksen tukena käytettävää tarkistuslistaa voisi käydä tarkemmin läpi yhdessä potilaan kanssa. Näin potilasohjausta voisi kehittää vielä potilaslähtöisemmäksi.

ASIASANAT:

endoproteesi, tekonivelleikkaus, potilasohjaus, potilaan tiedon tarve

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing | Health care

June 2014 | 33+5

Sirpa Nikunen & Tiina Pelander

Suvi Arjoniemi

THE NEED FOR PATIENT EDUCATION OF ENDOPROSTHESIS PATIENTS

There are more than 20 000 endoprosthesis operations performed in Finland every year. And it is estimated that they will increase even more as the population grows older. Patient education affects on the quality of the treatment and it is therefore important also for the success of the endoprosthesis surgeries.

The aim of the thesis was to find out the patients' point of view about the patient education given to endoprosthesis patients in the surgical unit of Salo regional hospital. The objective of the thesis is to improve the quality of the patient education by studying the patients' needs for guidance.

The material was collected using a questionnaire. It was given for the endoprosthesis patients (n=14) in the surgical unit of Salo regional hospital during April and May 2014. The results showed that most of the respondents were satisfied with the patient education they received. Some individual needs for more guidance were shown in the results of the survey. More guidance were needed concerning pain and pain medication, position treatment, further treatment and check-up, wound care, complications, rehabilitation as well as the significance of one's own activity on rehabilitation. Based on this thesis patient education could be improved by mapping out patients' needs for knowledge more thoroughly within the patient education process.

KEYWORDS:

endoprosthesis, joint replacement surgery , patient education, patients' need for knowledge.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TEKONIVELKIRURGIA	7
3 ENDOPROTEESIPOTILAAN OHJAUS	10
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA	15
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	16
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	20
6.1 Endoproteesipotilaiden ennen leikkausta saama ohjaus	21
6.2 Endoproteesipotilaiden leikkauksen jälkeen saama ohjaus	22
6.3 Endoproteesipotilaiden kotiutuksen yhteydessä saama ohjaus	23
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
8 POHDINTA	29
LÄHTEET	32

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Tutkimuslupa
- Liite 5. Tiedote henkilökunnalle

KUVIOT

Kuvio 1. Implanttirekisteriin 2000 - 2011 ilmoitetut nivelproteesit (Rautiainen ym. 2013, 1)	9
Kuvio 2. Vastanneiden ikäryhmät sukupuolittain (n=13)	20
Kuvio 3. Lonkan ja polven tekonivelleikkaukset (n=14)	20
Kuvio 4. Ensimmäistä kertaa leikatut ja aikaisemmin leikatut tekonivelpotilaat (n=14)	21

TAULUKOT

Taulukko 1. Ortopedisen potilaan ohjausprosessin mallinnus (Valta ym. 2011).	13
Taulukko 2. Endoproteesipotilaiden ennen leikkausta saama ohjaus.	22
Taulukko 3. Endoproteesipotilaiden leikkauksen jälkeen saama ohjaus.	23
Taulukko 4. Endoproteesipotilaiden kotiutuksen yhteydessä saama ohjaus.	24

1 JOHDANTO

Suomessa rekisteröitiin yli 20 000 lonkan ja polven tekonivelleikkausta vuonna 2011. Tekonivelleikkausten määrä on lähes kaksinkertaistunut 2000-luvulla. (Rautiainen ym. 2013, 1.) Ennusteen mukaan tekonivelleikkausten tarve voi lisääntyä nykyisestä vielä jopa 50 %, kun suuret ikäluokat ikääntyvät (Suomen Artroplastiayhdistys 2010, 3).

Kääriäisen (2007, 88) mukaan potilasohjauksella voidaan vaikuttaa myönteisesti potilaiden positiiviseen hoitoon asennoitumiseen, vastuunottoon sairautensa hoidosta, itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen silloin, kun ohjaus on potilaslähtöistä, kokonaisuudeltaan laadukasta ja riittävää. Potilasohjaus on siis vaikuttavuutensa vuoksi tärkeä tutkimuskohde hoitoalalla.

Tämän opinnäytetyön aihe on tullut Salon aluesairaалalta. Salon aluesairaalan kirurgian yksikössä endoproteesipotilaiden ohjausta on kehitetty siten, että potilasohjauksesta vastaavat nimenomaan endoproteeseihin keskittyvät endoproteesihoitajat. Endoproteesihoitajat työskentelevät yhdessä fysioterapeuttien kanssa potilaan parhaan mahdollisen kuntoutumisen toteutumiseksi. Salon aluesairaalan kirurgian yksikkö haluaa kehittää endoproteesipotilaiden hoitoa jatkuvasti eteenpäin. (Kiviranta 2014.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Salon aluesairaalan kirurgian yksikön endoproteesipotilaiden ohjausta potilaiden näkökulmasta. Tätä selvitettiin tutkimalla millaista ohjauksen tarvetta Salon aluesairaalan kirurgian yksikön tekonivelleikkauspotilailla ilmenee prosessin eri vaiheissa. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa potilasohjauksen laatua tutkimalla potilaiden ohjauksen tarpeita.

2 TEKONIVELKIRURGIA

Endoproteesi on tekonivel eli proteesi, jolla korvataan vaurioitunut nivel joko kokonaan tai osittain (Rautiainen ym. 2013, 8). Endoproteesileikkaus tehdään potilaille, joiden toimintakyky on alentunut nivelsairaudesta ja siihen liittyvästä voimakkaasta kivusta johtuen. Lonkan ja polven tekonivelleikkausten suurimmat taustatekijät ovat nivelrikko ja nivelreuma. (Lehto ym. 2005.) Nivelrikon hoidon perustana ovat potilaan itsehoidon ohjaaminen, laihdutus, sekä terapeuttinen harjoittelu ja liikunta. Lisäksi lääkehoidolla pyritään lieventämään kipua. Tekonivelleikkaukseen päädytään, kun konservatiivinen tai muu kirurginen hoito ei tuota toivottua tulosta. Tekonivelleikkauksilla voidaan merkittävästi parantaa näiden potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua, sekä vähentää kipua. (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2012.)

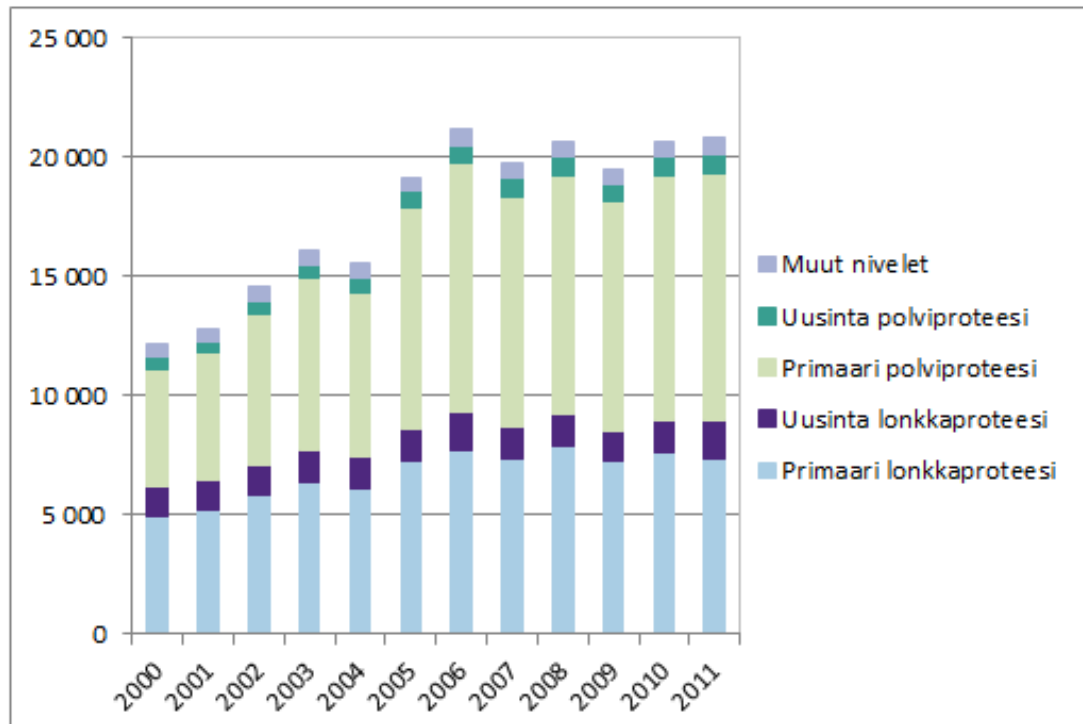
Päätös nivelrikkopotilaan endoproteesileikkauksesta ratkaistaan yksilöllisesti. Tärkein kriteeri leikkaukselle on kipu. Kun kipu häiritsee potilaan jokapäiväistä elämää, kipua ei saada hillittyä muilla keinoin ja kipu häiritsee myös öisin, on aiheellista päätyä tekonivelleikkaukseen. Tekonivelleikkauspäätöstä puoltavat myös nivelen liikevajaus, kuten kierto-, koukistus- tai ojennusvajaus tai nivelen toiminnalliset vajaukset, kuten esimerkiksi kävelemisen tai portaiden nousun vaikeus kivun vuoksi. (Suomen Artroplastiyhdistys 2010, 6 ja Pohjolainen 2012.)

Vaikka lonkan tai polven tekonivelleikkauksilla saadaankin parannettua merkittävästi potilaan elämänlaatua ja vähennettyä kipua voi toipuminen leikkauksesta olla kivuliasta ja hidasta. Hoitajilla on tärkeä rooli tekonivelleikkauspotilaan valmistautumisessa leikkaukseen, sekä hoidossa ja tuessa koko prosessin aikana. Kokonaisvaltainen perioperatiivinen lähestymistapa edistää potilaan kuntoutumista parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaan valmistautuminen kuntoutumiseen alkaakin jo leikkausjonosta. Moniammatillinen työryhmä kartoittaa myös potilaan avuntarpeen ja tarvittavat apuvälineet hyvissä ajoin. (Walker 2010.)

Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen potilas saa heti varata painoa leikatulle jalalle. Toipuminen on nopeaa kun kuntoutus voi alkaa mahdollisimman varhain jo sairaalassa. (Suomen Artroplastia yhdistys 2010, 52.) Esimerkiksi Larsen ym. (2008) vertailivat lonkan tai polven tekonivelleikkaukseen tulleiden potilaiden tavanomaista kuntoutusta tehostettuun kuntoutukseen ja totesivat tehostetun kuntoutuksen lyhentävän sairaalassaoloaikaa kahdeksasta päivästä viiteen päivään. Tekonivelpotilaiden fysioterapiakuntoutus alkaakin heti leikkauksen jälkeisenä päivänä seisomisen ja kävelemisen harjoittamisella apuvälineiden avustuksella. Lisäksi potilaille annetaan ohjausta nivelten liikkuvuuden parantamiseksi ja lihasten vahvistamiseksi. (Pohjolainen 2012.)

Tekonivelpotilaan kuntoutumista voidaankin nopeuttaa siirtymällä niin sanottuun Fast track -kirurgiaan. Siinä potilas kuntoutuu nopeasti leikkauksesta moniammatillisen työryhmän turvin ja kotiutuu jopa kolme päivää leikkauksen jälkeen. Perinteisellä tekonivelkirurgialla potilas saattoi olla sairaalahoidossa jopa yli viikon. Nopeaa kuntoutumista edesauttaa hyvä preoperatiivinen ohjaus ja valmistautuminen leikkaukseen jo etukäteen. (Handley 2009.)

Suomessa tehtiin implanttirekisteriin ilmoitettujen tietojen mukaan yli 20 000 lonkan ja polven tekonivelleikkausta vuonna 2011. Lonkkaproteeseja ilmoitettiin 9 482 kappaletta, joista uusintaleikkauksia oli 1 559 ja polviproteeseja ilmoitettiin 11 147 kappaletta, joista uusintaleikkauksia oli 775. Primaarien eli ensimmäistä kertaa tehtävien tekonivelleikkausten määrä on noussut lähes 80 % 2000-luvulla. (Rautiainen ym. 2013, 1 - 8.) (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Implanttirekisteriin 2000 - 2011 ilmoitetut nivelproteesit (Rautiainen ym. 2013, 1)

Primaareja lonkkaproteeseja asennettiin 7 923 potilaalle vuonna 2011. Kyseisistä potilaista 58 % oli naisia. Keski-ikä naisilla oli 70 vuotta ja miehillä 66 vuotta. Primaareista lonkkaproteeseista 48 % asennettiin yli 70 -vuotiaille. Primaareja polviproteeseja puolestaan asennettiin 10 370 potilaalle vuonna 2011. Näistä potilaista 67 % oli naisia. Keski-ikä naisilla oli 69 vuotta ja miehillä 67 vuotta. Primaareista polviproteeseista 47 % asennettiin yli 70 -vuotiaille. (Rautiainen ym. 2013, 2 - 3.)

THL:n tilastoraportin mukaan Salon aluesairaalassa tehtiin 65 primaaria lonkan tekonivelleikkausta vuonna 2011. Samana vuonna siellä tehtiin vastaavasti primaareja polven tekonivelleikkauksia 115 kappaletta ja uusintaleikkauksia 3 kappaletta. Tilastotiedot perustuvat valtakunnalliseen implanttirekisteriin ilmoitettuun tietoihin. (Rautiainen ym. 2013.)

3 ENDOPROTEESIPOTILAAN OHJAUS

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää potilaan oikeuden saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilaalla on myös oikeus saada ymmärrettävää tietoa omasta terveydestään ja siihen liittyvästä hoidosta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Hyvän hoidon laadulla on olemassa myös eettiset perusteet. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan määritelmän mukaan potilaan etu toimii sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtana ja se edellyttää laadultaan hyvää hoitoa ja palvelua. (ETENE 2011, 5 - 6.)

Potilasohjaukseen ja sen laadun parantamiseen alettiin kiinnittää huomiota 2000-luvulla. Esimerkiksi vuosien 2009 - 2011 välisenä aikana kahdeksan sairaanhoitopiiriä toteutti yhteistyössä valtakunnallisen terveydenhuollon vetovoimaisuutta ja terveyttä edistävän hankekokonaisuuden (VeTe-hanke), jonka yhtenä osa-alueena toimi näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen -hanke (VeTePO). VeTePO-hankkeen tarkoituksena oli parantaa potilasohjauksen tuloksellisuutta siten, että potilas pystyy itse hallitsemaan omaa terveysongelmaansa ja osallistumaan hoitoonsa sekä siihen liittyvään päätöksentekoon. Hankkeessa oli tarkoitus kehittää potilasohjausta potilaan tarpeiden pohjalta. Hankkeen tavoitteena oli muun muassa luoda uusia toimintamalleja ja vahvistaa hoitohenkilöstön potilasohjausosaamista. (Lipponen 2009, 1.) VeTePo-hankkeella kehitettiin esimerkiksi ortopedisten potilaiden ohjausta ja luotiin mittari potilaan ohjaustarpeiden arvioimiseksi. (Lipponen 2011, 15.)

Kääriäisen (2008) mukaan potilasohjauksen laatuun vaikuttavat monet tekijät. Ohjauksen laadun taustalla on hoitajan ammatillinen vastuu potilaan valintojen edistämisestä. Tämän toteutumiseksi hoitajan on pohdittava ohjauksen filosofisia ja eettisiä lähtökohtia ja hänellä on oltava hyvät ohjausvalmiudet. Ohjauksen filosofiset lähtökohdat määrittävät muun muassa sen, että potilas ymmärretään aktiiviseksi toimijaksi, jolla on itsemääräämisoikeus. Potilaalle on siis annettava tietoa, jotta hän saa mahdollisuuden toimia omaksi parhaakseen. Eettisten lähtökohtien pohtiminen puolestaan voi parantaa hoitajan asennoitumista ohjaami-

seen. Hyvät ohjausvalmiudet taas edellyttävät ohjattavan asian ja eri ohjausmenetelmien tuntemista sekä hyvää vuorovaikutusta. Hoitajalla on myös velvollisuus jatkuvasti päivittää tietojaan pystyäkseen hyvään ohjaukseen. Myös potilaan ja hoitajan taustatekijöillä on vaikutusta ohjauksen laatuun. Taustatekijät vaikuttavat esimerkiksi siihen kykeneekö potilas ottamaan ohjausta vastaan tai kuinka motivoitunut hän on. Taustatekijöiden huomioon ottaminen tukee potilaslähtöistä ohjausta. Hyvä ohjaus edellyttää myös kaksisuuntaista vuorovaikutteisuutta ja se rakentuu avoimen keskustelun varaan. Ohjaustoiminnan tulee olla myös aktiivista ja tavoitteellista ollakseen laadukasta. Lisäksi ohjaukseen tarvitaan riittävät resurssit ja myös ohjauksen on oltava riittävää. Kun ohjaus on potilaslähtöistä ja riittävää sillä saadaan aikaan myös vaikutusta. (Kääriäinen 2008, 10 - 15.)

Isola ym. (2007) ovat puolestaan aikaisemmin tutkineet iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Yhden yliopistollisen sairaalan eri osastoilla ja poliklinikoilla hoidetut yli 65 -vuotiaat potilaat (n=203) vastasivat kyselyyn, jolla arvioitiin potilasohjauksen edellytyksiä, ohjaustoimintaa ja hyötyjä. Ohjauksen laatuun oltiin enimmäkseen tyytyväisiä. Eniten tietoa saatiin sairaudesta, sairauden hoidosta, hoitotoimenpiteistä tai tutkimuksista. Vähiten tietoa saatiin kuntoutuksesta ja sairauden syistä sekä tukiryhmistä. Tärkeimpänä ohjauksena koettiin tieto tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä, hoidosta, sairaudesta ja lääkityksestä. Sen sijaan sosiaalietuuksista ja tukiryhmistä ei koettu tarvittavan tietoa. Lääkärin antamaa ohjausta toivottiin lisää. Myös tunteista, kelakorvauksista ja liikkumisesta sairaalan tiloissa kaivattiin enemmän tietoa.

Isola ym. (2007) jatkavat vielä, että jotkut seikat ohjauksessa nousivat esiin huonommassa valossa. Osa potilaista koki, että henkilökunta ei osannut käyttää ohjauksessa tarvittavaa välineistöä ja ohjaus olisi voinut myös olla monipuolisempaa. Jotkut kokivat myös ohjaustilan meluisaksi ja liian pieneksi. Ohjaustilan toivottiinkin sopivan paremmin ohjaukseen. Jotkut kokivat myös ohjauksen ajallisesti liian lyhyeksi ja kiireelliseksi. Suurin osa potilaista piti kuitenkin hoitajien tietoja ja taitoja kiitettävänä tai hyvinä. Ohjaajien vaihtuminen ja eri ohjaajien

antaman ohjauksen ristiriitaisuudet sekä vierasperäiset sanat kuitenkin koettiin negatiivisesti. Omaisten ottamista mukaan ohjaukseen, yksilöllisyyttä ja monipuolisia ohjausmenetelmiä ja materiaaleja kaivattiin lisää. Yksilöllisyys olisi ilmennyt esimerkiksi ohjaajan riittävänä tietona potilaasta ja potilaan omien ongelmien ja elämäntilanteen parempana huomioimisena ja siksi potilaan kuuntelemista pidettiin tärkeänä. Huonoa muistia, kuuloa ja näkökykyä ei myöskään huomioitu riittävästi. (Isola ym. 2007, 51 - 61.)

Tyrisevä-Ryösö (2012) on tutkinut tekonivelleikattujen potilaiden arvioita hoidon laadusta. Yhden sairaalan tekonivelleikatut potilaat (n=165) arvioivat hoidon laatua kuutta eri osa-aluetta mittaavassa kyselytutkimuksessa. Yksi osa-alueista oli hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti. Tulosten mukaan potilaat kokivat saavansa tietoa parhaiten sairaudestaan, sairauteensa liittyvistä rajoituksista ja lääkehoidostaan. Yhtä hyvin he myös kokivat voivansa esittää hoitoonsa liittyviä kysymyksiä, saivat selkeät kotihoito-ohjeet ja kokivat, että heille puhuttiin ymmärrettävällä kielellä. Omaisten huomioon ottaminen ja mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun omista asioista henkilökunnan kanssa saivat vähiten täysin tai osittain samaa mieltä vastauksia. Huonoiten tietoa saatiin jatkohoidosta ja myös mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun pärjäsi heikosti arvostelussa. (Tyrisevä-Ryösö 2012, 33 - 34.)

Ortopedisten potilaiden ohjausta on kehitetty muun muassa aiemmin mainitussa VeTePo-hankkeessa. Hankkeen myötä mallinnettiin ortopedisen potilaan ohjausprosessin sisältöjä. (Taulukko 1.) Ohjausprosessin mallinnuksella voidaan yhtenäistää tekonivelpotilaan potilasohjausta (Lipponen 2011, 3).

Taulukko 1. Ortopedisen potilaan ohjausprosessin mallinnus (Valta ym. 2011).

	Preoperatiivinen vaihe	Intraoperatiivinen vaihe	Postoperatiivinen vaihe
Biofysiologinen osa-alue	<ul style="list-style-type: none"> – Nykyinen sairaus/vaiva ja sen oireet – Aikaisemmat sairaudet ja lääkitys – Aikaisemmat leikkaukset, puudutukset/nukutukset – Allergiat – Kotona selviytyminen (oma kokemus selviytymisestä) – Päihteet – Suunniteltu leikkauksajankohta ja päivän kulku – Tutkimukset ja niihin valmistautuminen (mm. rtg, labra) – Toimenpiteen luonne ja anestesia-tyyppi – Leikkauksen valmistautuminen ja potilaan osuus siinä (mm. ihon kunto, leikkaukset, ihokarvat, ravinnon olo) – Komplikaatiot (pahoinvointi, vuotoriski, infektiot jne.) – Mahdolliset dreenerit, katetrit, kipupumput ym. – Toimenpiteen aiheuttamat muutokset ja rajoitukset – Hampaiden ja suun kunto – Kivun hoito – Toipumisprosessi 	<ul style="list-style-type: none"> – Aikaisemmat sairaudet ja lääkkeet – Leikkauksen päivän lääkitys – Leikkauksen esivalmistelut (nestehoito, katetrit jne.) – Leikkauksen alueen valmistaminen – Kivun hoito – Liikerajoitukset – Anestesia- ja muut lääkkeet 	<ul style="list-style-type: none"> – Kotona selviytyminen (oma kokemus selviytymisestä) – Mahdolliset dreenerit, katetrit, kipupumput ym. – Toimenpiteen aiheuttamat muutokset ja rajoitukset – Kivun hoito – Lääkehoito – Haavan hoito – Toipumisprosessi – Mahdolliset komplikaatiot (vuotoriski, infektiot, tukokset jne.)
Toiminnallinen osa-alue	<ul style="list-style-type: none"> – Fyysisten toimintojen ohjaus (mm. liikkuminen, raajojen liikeharjoitukset) – Hengitysharjoitukset – Kuntoutus – Hygienia – Apuvälineet (käytön opastus, hankinta) – Harrastuksista selviytyminen leikkauksen jälkeen 	<ul style="list-style-type: none"> – Leikkauksen kulku – Tapahtumat heti leikkauksen jälkeen – Aistitoimintojen huomiointi (silmälasit, kuulolaite, hammasproteesit jne.) 	<ul style="list-style-type: none"> – Fyysisten toimintojen ohjaus (mm. raajojen liikeharjoitukset) – Hengitysharjoitukset – Virtsaus ja suolen toiminta – Nestehoito ja ravitsemus – Pahoinvointi ja oksentelu – Kuntoutus – Hygienia – Apuvälineet (käytön opastus, hankinta) – Harrastuksista selviytyminen leikkauksen jälkeen – Autolla ajo – Kontrolliajat – Ompeleiden poisto – Harrastuksista selviytyminen

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu).

Kokemuksellinen osa-alue	<ul style="list-style-type: none"> – Aikaisemmat kokemukset – Mieliala (mm. ahdistus, pelko, masentuneisuus) – Emotionaalinen tuki – Unettomuus ja väsymys – Toivomukset 	<ul style="list-style-type: none"> – Emotionaalinen tuki – Aikaisemmat kokemukset – Toivomukset 	<ul style="list-style-type: none"> – Motivaatio kuntoutukseen – Unettomuus ja väsymys – Emotionaalinen tuki – Aikaisemmat kokemukset – Mieliala (mm. ahdistus, pelko, yksinäisyys, masentuneisuus) – Toivomukset ja vastuu
Sosiaalinen osa-alue	<ul style="list-style-type: none"> – Läheisten osallisuus ja tuki – Eri ammattiryhmien välittämä tieto ja tuki 		<ul style="list-style-type: none"> – Läheisten osallisuus ja tuki – Eri ammattiryhmien välittämä tieto ja tuki – Jatko-hoito (yhteystiedot mistä kysyä, jos ongelmia) – Kolmas sektori/yhdistykset – Palvelut (ateria-, siivouspalvelut jne.)
Eettinen osa-alue	<ul style="list-style-type: none"> – Osallisuus omaan hoitoon – Oikeudet ja vastuu – Tietosuoja 	<ul style="list-style-type: none"> – Osallisuus omaan hoitoon – Oikeudet ja vastuu – Tietosuoja 	<ul style="list-style-type: none"> – Osallisuus omaan hoitoon – Oikeudet ja vastuu – Tietosuoja
Taloudellinen osa-alue	<ul style="list-style-type: none"> – Sairausloma – Sairaalamaksut 		<ul style="list-style-type: none"> – Sairausloma – Kelan todistukset

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä lonkka- tai polviproteesileikkaukseen tulevan potilaan ohjaus sisältää ennen leikkausta ohjeet muun muassa tulehdusten ja hampaiden hoidosta, ylipainosta, lihasvoimasta ja apuvälineistä, sekä laskimotukosten ennaltaehkäisystä. Potilaan kanssa keskustellaan myös mahdollisten muiden sairauksien hyvän hoitotasapainon tärkeydestä, ruokavaliosta ja nesteytyksestä, tupakoinnin lopettamisesta, sekä tarvittaessa kotiavun saamisesta. Leikkausta valmistavalla käynnillä potilas saa lisätietoa proteesista, leikkauksesta, puudutuksesta, hoidosta leikkauksen jälkeen sekä kivunhoidosta. Leikkauksen jälkeen on vuorossa asentohoitoa, sauvakävelyharjoituksia, porraskävelyharjoitusta ja voimisteluoehjausta. Sairaalavaiheen jälkeiselle ajalle potilaalle opastetaan leikkausalueen tarkkailua kotona, tulehdusten ehkäisyä ja hoitoa, sekä annetaan tietoa myös liikunnasta, seksielämästä ja raskaudesta, tekonivelestä metallinilmaisimien yhteydessä, sekä tekonivelen mahdollisesta irtoamisesta. (TYKS 225 2010a ja TYKS 225 2010b.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Salon aluesairaalan kirurgian yksikön potilasohjausta potilaiden näkökulmasta. Tavoitteena on parantaa potilasohjauksen laatua tutkimalla potilaiden ohjauksen tarpeita.

Tutkimusongelma:

1. Millaista ohjauksen tarvetta Salon aluesairaalan kirurgian yksikön tekonivel-leikkauspotilailla ilmenee prosessin eri vaiheissa?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Potilasohjaus on tärkeä kehityskohde hoitoalalla. Hoitoaikojen lyhentyessä tarve potilasohjauksen kehittämiseksi lisääntyy (Lipponen 2009, 1, Eriksson 2012, 91). Tämän tutkimuksen aihe, endoproteesipotilaiden ohjauksen tarve, tuli toimeksiantajalta, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä, Salon aluesairaualta. Aiheesta tehtiin toimeksiantosopimus (Liite 1). Myös opinnäytetyön tekijän oma kiinnostuksen kohde vaikutti aiheen valintaan. Hirsjärven ym. (2005, 71) mukaan oleellinen tekijä tutkimuksen onnistumiselle on nimenomaan tekijän kiinnostus aiheesta.

Alustava tiedonhaku tehtiin Medic-, Cinahl- ja Medline- ja Terveystieteen tietokannoista. Lisäksi hakuja tehtiin Google scholar -hakukoneella ja TamPub-julkaisuarkistosta. Käytettyjä hakusanoja olivat muun muassa nivelrikko, artroplastia, tekonivelleikkaus, tekonivel, endoproteesi, potilastyytyväisyys, potilas, ohjaus ja potilasohjaus erilaisilla yhdistelmillä ja rajauksilla suomen- ja englanninkielisinä. Aikarajauksena käytettiin viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistua tietoa. Tiedonhakua tehtiin myös manuaalisesti kirjoista, lehdistä ja muiden tutkimusten lähdeluetteloista. Tiedonhakua täydennettiin työn edetessä.

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin kyselyä. Kysely on kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen yleisin menetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87). Hirsjärven (2005, 173) mukaan menetelmä valitaan yleensä sen perusteella, minkälaista tietoa etsitään. Kyselylomakkeella on mahdollista selvittää esimerkiksi tutkittavien ajatuksia ja tuntemuksia tutkittavasta aiheesta (Hirsjärvi ym. 2005, 174). Tässä työssä haluttiin selvittää potilaiden näkemyksiä heidän ohjauksen tarpeestaan. Esimerkiksi havainnoimalla ei tällaista tietoa tästä aiheesta olisi pystynyt keräämään ja haastattelemisen puolestaan olisi tiedon luonteeseen nähden ollut liian työläs menetelmä, joten kyselylomake oli hyvä keino saada tarvittavaa tietoa asiasta.

Kyselylomake toimii tutkimuksen mittausvälineenä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87). Tähän tutkimukseen laadittiin kyselylomake (Liite 2), joka

rakentui endoproteesipotilaiden potilasohjauksen sisällön (TYKS 225 2010a, TYKS 225 2010b, Valta ym. 2011) mukaan. Kyselylomaketta muokattiin vielä lisää Salon aluesairaalan endoproteesihoitajien ja fysioterapeutin kanssa pidetyn tapaamisen jälkeen kirurgian yksikön tarpeita paremmin vastaavaksi. Kyselylomake pyrittiin pitämään selkeänä vastaamisen helpottamiseksi. Kyselyssä voidaan käyttää suljettuja kysymyksiä (Polit ja Beck 2004, 349), joita tässäkin tutkimuksessa pääosin käytettiin. Kysymyksillä 1 - 4 selvitettiin potilaan taustatietoja, jotka tässä tutkimuksessa ovat sukupuoli, ikä, nykyinen endoproteesileikkaus ja mahdolliset aikaisemmat endoproteesileikkaukset. Väittämät 5 - 14 mittasivat potilaiden ohjauksen tarvetta ennen leikkausta, väittämät 15 - 23 leikkauksen jälkeen saatua ohjausta ja väittämät 24 - 36 koskivat ohjausta kotiutuksen yhteydessä. Väittämät 14, 19 - 23, 30 ja 34 liittyivät fysioterapiaohjaukseen. Vastausvaihtoehdot ilmaistaan sanallisessa muodossa; sain riittävästi ohjausta, en tarvinnut ohjausta, olisin halunnut lisää ohjausta tai en saanut ohjausta. Lopuksi kysymys 37 on endoproteesihoitajien toiveesta kyselyyn lisätty avoin kysymys, mikä mahdollistaa potilaalle oman mielipiteen perusteellisen ilmaisemisen.

Helsingin julistuksen määrittämien eettisten periaatteiden mukaan tutkittaville henkilöille tulee antaa kaikki tutkimukseen liittyvät oleelliset tiedot (Lääkäriliitto 2014). Tämän tutkimuksen saatekirjeessä (Liite 3) kerrotaan muun muassa tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä vastaamisen vapaaehtoisuus ja nimettömyys. Opinnäytetyössä noudatetaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julistamaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka periaatteisiin kuuluvat muun muassa rehellisyys ja eettisyys (TENK 2012, 4 - 5).

Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupaa (Liite 4) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä maaliskuussa 2014. Aineisto kerättiin tutkimusluvan myöntämisen jälkeen huhti- ja toukokuussa 2014 Salon aluesairaalan kirurgian yksikössä. Kohderyhmänä olivat aineiston keräämisen aikana kirurgian yksikössä hoidetut endoproteesipotilaat. Valintakriteereinä potilaiden valinnassa kyselytutkimukseen olivat suomenkielisyys ja potilaan kyky vastata kyselyyn, sulkien pois muun muassa dementoituneet potilaat. Henkilökunnalle toimitettiin tutkimuksesta tiedote

(Liite 5) ja lisäksi asia esitettiin henkilökohtaisesti osastokokouksessa. Yhteys-henkilönä VSSHP:ssä/Salon aluesairaalassa oli Jenni-Mari Kiviranta. Osastolle vietiin myös laatikko, johon hoitajat palauttivat kyselylomakkeet. Hoitohenkilö-kunta kysyi potilaiden kotiinlähdön yhteydessä, haluavatko potilaat vastata ky-selytutkimukseen. Endoproteesihoitajien arvion mukaan voitiin mahdollisesti odottaa noin 5 vastausta viikossa yksikön asiakasmääriin perustuen. Aineistoa kerättiin aluksi neljä viikkoa, mutta keräystä päätettiin jatkaa vielä viikolla pienen vastausmäärän vuoksi. Kyselylomakkeita palautui 15 kappaletta, joista 1 hylät-tiin lomakkeen etusivun ollessa täysin tyhjä. Vastausmääräksi saatiin lopulta $n=14$.

Yleensä määrällinen tutkimus analysoidaan käyttämällä tilastollisia menetelmiä (Polit & Beck 2004, 52). Tilastollisilla menetelmillä määrällisen tutkimuksen tu-lokset saadaan järjestettyä ymmärrettävään muotoon ja luvuista voidaan laskea esimerkiksi keskiarvoja ja prosenttiosuuksia (Polit ja Beck 2004, 451). Hoitotie-teellisissä tutkimuksissa analysointiin käytetään yleisimmin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) tilasto-ohjelmaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100), mutta tämän tutkimuksen pienestä tutkimusyksiköiden määrästä johtuen päädyttiin lopulta käyttämään Microsoft Excel -ohjelmaa. Avoin kysymys kuvailtiin sanallisesti. Kyselylomakkeet numeroitiin ja tiedot syö-tettiin Excel -ohjelmaan. Lopuksi tiedot vielä tarkistettiin. Vastaukset analysoitiin toukokuussa 2014.

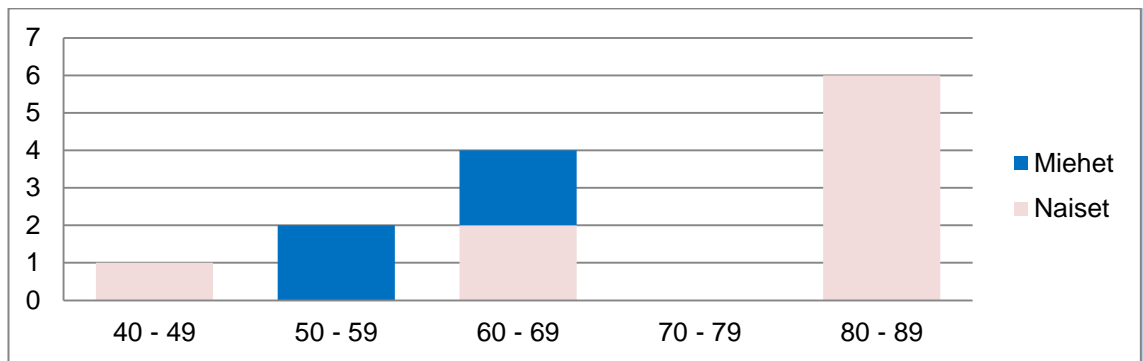
Aineistoa voidaan kuvailla esimerkiksi frekvensseillä eli tilastoyksiköiden luku-määrillä ja prosenttiosuuksilla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103). Tässä opinnäytetyössä käytettiin edellä mainittuja menetelmiä, eli frekvenssejä ja prosenttiosuuksia aineiston kuvailemiseen ja lisäksi tuloksia havainnollistettiin kuvioilla ja taulukoilla. Taustatietojen analysoinnissa käytettiin myös ristiintaulu-kointia. Kyselylomakkeet hävitettiin paperisilppurilla tietojen analysoinnin jäl-keen.

Opinnäytetyö valmistui kesäkuussa 2014 ja se esitettiin Turun ammattikorkea-koulussa, Salon toimipisteessä. Valmis työ toimitettiin toimeksiantajalle Salon aluesairaalalle, VSSHP:n hoitotyön toimistolle ja Turun ammattikorkeakoululle.

Opinnäytetyö arkistoiitiin Turun ammattikorkeakoulun kirjastoon ja Theseus - ammattikorkeakoulujen verkkokirjastoon.

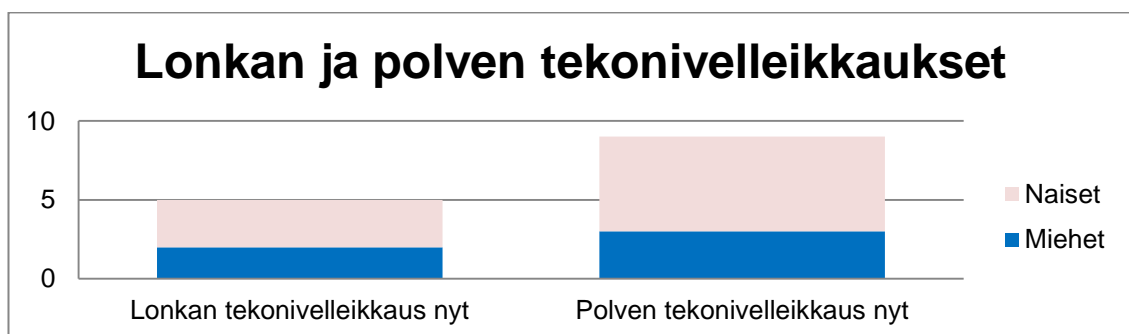
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselyyn vastasi 14 henkeä. Vastanneista naisia oli 64 % (f=9) ja miehiä 36 % (f=5). Vastanneiden ikäjakauma oli 44 - 83 vuotta. Suurimman ikäryhmän muodostivat 80 - 89 -vuotiaat naiset prosenttiosuudella 46,2 % (f=6). (Kuvio 2.) Yksi vastaajista ei maininnut ikäänsä.



Kuvio 2. Vastanneiden ikäryhmät sukupuolittain (n=13)

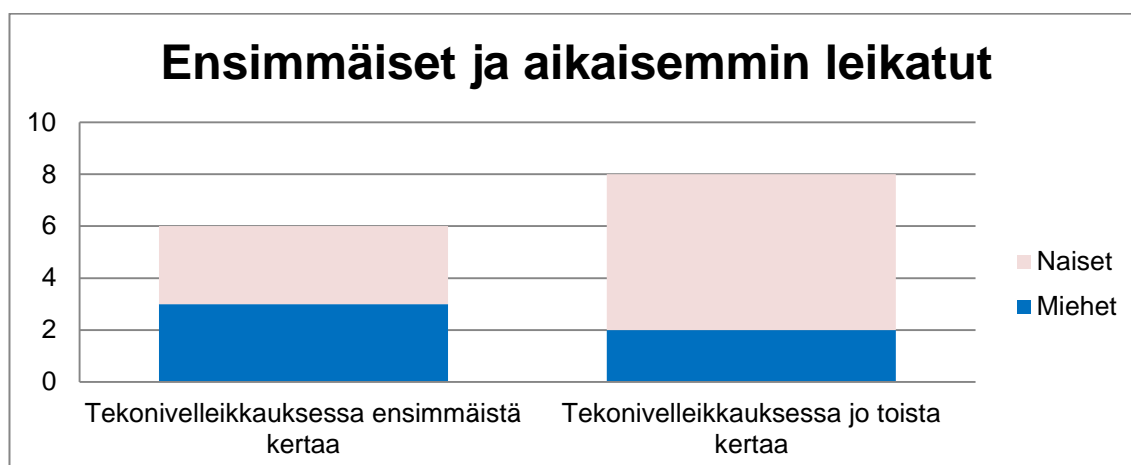
Vastanneista 36 % (f=5) oli ollut nyt lonkan tekonivelleikkauksessa ja 64 % (f=9) oli ollut nyt polven tekonivelleikkauksessa. Lonkan tekonivelleikkauksista 60 % (f=3) oli tehty naisille ja 40 % (f=2) oli tehty miehille. Vastaavat luvut polven tekonivelleikkauksilla olivat naisilla 67 % (f=6) ja miehillä 33 % (f=3). (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Lonkan ja polven tekonivelleikkaukset (n=14)

Kaikista vastanneista (n=14) 43 % (f=6) oli nyt tekonivelleikkauksessa ensimmäistä kertaa. Aikaisemmin leikattujen määrä oli 57 % (f=8). (Kuvio 4.) Aikai-

semmistä tekonivelleikkauksista 50 % (f=4) oli tehty lonkkaan ja 50 % (f=4) oli tehty polveen. Aikaisemmasta leikkauksesta oli kulunut kolmella vastanneella noin vuosi, yhdellä kaksi vuotta, yhdellä kolme vuotta, yhdellä kuusi vuotta, yhdellä yhdeksän vuotta ja yksi aikaisemmin leikattu ei maininnut aiempaa leikkausajankohtaa.



Kuvio 4. Ensimmäistä kertaa leikatut ja aikaisemmin leikatut tekonivelpotilaat (n=14)

6.1 Endoproteesipotilaiden ennen leikkausta saama ohjaus

Ennen leikkausta saamasta ohjauksesta kaikki 14 vastannutta kokivat saaneensa riittävästi ohjausta sairaalaan tulosta ja leikkauspäivän kulusta, leikkauksesta toimenpiteenä sekä tietoa tekonivelestä ja elämästä tekonivelen kanssa leikkauksen jälkeen. Kolme vastanneista ei tarvinnut ohjausta ylipainon hallinnasta ja kolme ei tarvinnut ohjausta kodin ja kotiasioiden valmistelusta. Yksikään vastaajista ei kaivannut lisää ohjausta ennen leikkausta. Yksi vastanneista koki, ettei saanut ohjausta tulehdusten hoidosta, yksi ylipainon hallinnasta, yksi verinäytteiden ja tutkimusten tuloksista ja yksi kodin ja kotiasioiden valmistelusta. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Endoproteesipotilaiden ennen leikkausta saama ohjaus.

	Sain riittävästi ohjausta f	En tarvinnut ohjausta f	Olisin halunnut lisää ohjausta f	En saanut ohjausta f
Tulehdusten hoidosta (n=14)	12	1	-	1
Hampaiden hoidosta (n=14)	13	1	-	-
Ylipainon hallinnasta (n=13)	9	3	-	1
Ihon hoidosta (n=12)	10	2	-	-
Verinäytteiden ja tutkimusten tuloksista (n=12)	10	1	-	1
Kodin ja kotiasioiden valmistelusta (n=14)	10	3	-	1
Sairaalaan tulosta ja leikkauuspäivän kulusta (n=14)	14	-	-	-
Leikkauksesta toimenpiteenä (n=14)	14	-	-	-
Tietoa tekonivelestä ja elämästä tekonivelen kanssa leikkauksen jälkeen (n=14)	14	-	-	-
Lihasten vahvistamisesta/kunnon ylläpitämisestä (n=13)	13	-	-	-

6.2 Endoproteesipotilaiden leikkauksen jälkeen saama ohjaus

Leikkauksen jälkeen saamasta ohjauksesta 13 vastannutta oli sitä mieltä, että he olivat saaneet riittävästi ohjausta kivusta ja kipulääkityksestä, haavan hoidosta, lihasten vahvistamisesta, apuvälineiden käytöstä, kävelyharjoittelusta ja liikunnasta jatkossa kotona. Yksi vastanneista koki, ettei tarvinnut ohjausta portaissa liikkumisessa. Yksi vastanneista olisi halunnut lisää tietoa tai ohjausta kivusta ja kipulääkityksestä sekä yksi vastanneista olisi halunnut lisää ohjausta asentohoidosta. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Endoproteesipotilaiden leikkauksen jälkeen saama ohjaus.

	Sain riittävästi ohjausta f	En tarvinnut ohjausta f	Olisin halunnut lisää ohjausta f	En saanut ohjausta f
Kivusta ja kipulääkityksestä (myös lääkkeettömät vaihtoehdot, kuten kylmähoidosta) (n=14)	13	-	1	-
Haavan hoidosta (n=13)	13	-	-	-
Veritulppien ehkäisystä (napapiikki ja liikunta) (n=11)	11	-	-	-
Asentohoidosta (selinmakuu, kylkimakuu, tukityyny) (n=13)	12	-	1	-
Lihasten vahvistamisesta (nilkkojen ojennukset ym.) (n=13)	13	-	-	-
Apuvälineiden käytöstä (kynnärsauvat ym.) (n=13)	13	-	-	-
Kävelyharjoittelusta (n=13)	13	-	-	-
Portaissa liikkumisesta (n=13)	12	1	-	-
Liikunnasta jatkossa kotona (n=13)	13	-	-	-

6.3 Endoproteesipotilaiden kotiutuksen yhteydessä saama ohjaus

Kotiutuksen yhteydessä saamasta ohjauksesta 13 vastannutta oli sitä mieltä, että he olivat saaneet riittävästi ohjausta jatkohoidosta ja jälkitarkastuksesta, liikkumisen rajoituksista, sekä jatkokuntoutuksesta ja oman aktiivisuuden merkityksestä kuntoutumisessa. Yhtä moni koki saaneensa myös riittävästi ohjausta haavan hoidosta, tulehdusten hoidosta, antibiootista jatkossa ennen hammaslääkärinä ja muita toimenpiteitä, sekä komplikaatioista. Vastanneista kolme eivät tarvinneet ohjausta sairaslomasta ja kaksi eivät tarvinneet ohjausta kotimatkasta ja autolla ajosta, seksistä tai kotiavun tarpeesta. Yksi vastanneista olisi halunnut lisää tietoa tai ohjausta jatkohoidosta ja jälkitarkastuksesta, yksi haavan hoidosta, yksi jatkokuntoutuksesta ja oman aktiivisuuden merkityksestä kuntoutumisessa ja yksi komplikaatioista. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Endoproteesipotilaiden kotiutuksen yhteydessä saama ohjaus.

	Sain riittävästi ohjausta f	En tarvinnut ohjausta f	Olisin halunnut lisää ohjausta f	En saanut ohjausta f	Asia ei koske minua f
Jatkohoidosta ja jälkita- kastuksesta (n=14)	13	-	1	-	-
Sairaslomasta (n=11)	8	3	-	-	-
Terveyskortista (n=13)	11	-	-	1	1
Kotimatkasta ja autolla ajosta (n=14)	11	2	-	-	1
Haavan hoidosta (n=14)	13	-	1	-	-
Kivun hoidosta ja kipu- lääkityksestä (n=13)	12	-	-	1	-
Liikkumisen rajoituksista (n=13)	13	-	-	-	-
Tulehdusten hoidosta (n=14)	13	-	-	1	-
Antibiootista jatkossa ennen hammaslääkärinä ja muuta toimenpiteitä (n=14)	13	-	-	1	-
Seksistä (n=10)	7	2	-	-	1
Jatkokuntoutuksesta ja oman aktiivisuuden merkityksestä kuntoutu- misessa (n=14)	13	-	1	-	-
Komplikaatioista (esi- merkiksi tekonivelen irtoaminen tai tulehtumi- nen) (n=14)	13	-	1	-	-
Kotiavun tarpeesta (n=13)	10	2	-	1	-

Avoimeen kysymykseen tuli kaksi vastausta. Ne olivat: *”Kaikki hoitui tosi hyvin. Tuli kyllä uusia muutoksia, mutta ne olivat eduksi. Kaikille kymmenen pistettä.”* ja *”Hyvä hoito!”*.

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Helsingin julistuksen mukaan on välttämätöntä tehdä ihmiseen kohdistuvaa tutkimusta lääketieteellisen näytön lisäämiseksi. Tutkittavien etu on aina kuitenkin tärkeämpää kuin tutkimuksen etu. Tutkimuseettisillä ohjeilla varmistetaan tutkittavien kunnioittaminen sekä heidän terveytensä ja oikeuksiensa suojaaminen. (Lääkäriliitto 2014.) Eettiset periaatteet sisältyvät tutkimukseen sen alusta loppuun; suunnittelusta toteutukseen (Polit ja Beck 2004, 141).

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus toteutuu vain, kun noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määrittänyt hyvän tieteellisen käytännön ohjeistuksen, jonka mukaan tutkimuksen on oltava rehellistä, huolellista ja tarkkaa kaikessa tutkimukseen liittyvässä työssä. Eettisiä periaatteita noudatetaan niin tiedonhankintamenetelmissä kuin tutkimus- ja arviointimenetelmissäkin. Tärkeää on myös noudattaa avoimuutta tutkimustuloksia julkaistaessa. Tutkimuksen suunnittelu-, toteutus- ja raportointitiedot myös tallennetaan hyvin. (TENK 2012, 6 - 7.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty noudattamaan eettisyyttä parhaalla mahdollisella tavalla tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa opinnäytetyön suunnitelmasta sen julkaisuun saakka.

Politin ja Beckin (2004, 143) mukaan yhtenä eettisenä peruseriaatteena tutkimuksessa pidetään sen pyrkimystä hyvään. Tutkimuksesta ei saa aiheutua haittaa tutkittaville ja tutkimuksen tarkoituksena on saada aikaan jotain hyödyllistä. (Polit ja Beck 2004, 143 - 146.) Tästä opinnäytetyöstä ei aiheutunut muuta haittaa potilaille, kuin jonkin verran aikaa ja vaivaa kyselyyn vastaamisessa. Opinnäytetyön hyödyllisyys puolestaan ilmenee tutkimustulosten merkityksestä toimeksiantajalle. Tulosten avulla toimeksiantaja voi kehittää toimintaansa potilaiden parhaaksi parantamalla potilasohjauksen laatua potilaiden tarpeita paremmin vastaavaksi.

Politin ja Beckin (2004, 147) mukaan myös ihmisarvon kunnioittaminen on peruseriaate, jota noudatetaan eettisessä tutkimuksessa. Se ilmenee itsemääräämisoikeutena, joka tutkimuksessa tarkoittaa tutkittavan oikeutta päättää va-

paaehtoisesti osallistumisestaan tutkimukseen ilman, että se millään tavalla vaikuttaisi tutkittavan hoitoon. Ihmisarvon kunnioittamiseen kuuluu lisäksi oikeus saada tutkimuksesta oleelliset tiedot tutkimukseen osallistumiseen liittyen. Tutkittavan itsemääräämisoikeus ja riittävä tiedonsaanti tutkimuksesta takaavat sen, että tutkimukseen osallistumista voidaan pitää tietoisena suostumuksena. (Polit ja Beck 2004, 147.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen saatekirjeessä annettiin potilaille tärkeät tiedot tutkimuksesta ja korostettiin potilaille sitä, että kyselyyn vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuta potilaan hoitoon millään tavalla. Vastaaminen oli myös vapaaehtoista ja kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen.

Polit ja Beck (2004) jatkavat, että kolmantena tärkeänä eettisenä periaatteena tutkimuksessa pidetään oikeudenmukaisuutta. Sillä tarkoitetaan oikeutta puolueettomaan hoitoon ja kohteluun sekä yksityisyyden kunnioittamiseen. Puolueettomuus ilmenee esimerkiksi siten, että osallistujien valinnassa, kuka tahansa voi olla potentiaalinen osallistuja. Anonymiteetti puolestaan turvaa yksityisyyden säilymistä. (Polit ja Beck 2004, 149.) Tässä opinnäytetyössä kaikille tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluville annettiin mahdollisuus vastata kyselyyn. Kyselyyn vastattiin nimettömänä, joten potilaiden henkilöllisyys pysyi salassa. Kyselyyn vastaamisesta oli myös mahdollisuus kieltäytyä.

Leino-Kilven (2006, 292) mukaan eettisyys liittyy oleellisesti myös tutkimustulosten analyysiin ja raportointiin. Koko saatu aineisto tulee käyttää tutkimuksessa ja se on myös raportoitava rehellisesti (Leino-Kilpi 2006, 292). Epärehellisyys tutkimuksessa voi ilmetä muun muassa plagiointina tai tulosten sepittämisenä, muokkaamisena, valikoimisena tai pahimmillaan jopa väärentämisenä (Hirsjärvi ym. 2005, 110 - 111). Tämä opinnäytetyö on tehty rehellisesti hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen alusta loppuun. Kaikkiin teksteihin on liitetty asianmukaiset viittaukset ja mitään ei ole kopioitu suoraan. Opinnäytetyö on lisäksi tarkastettu Urgund-plagioinnintunnistusohjelmalla.

Eettisten ohjeiden noudattaminen ja rehellisyys tutkimuksessa toimivat edellytyksenä tämän opinnäytetyön luotettavuudelle. Hirsjärven ym. (2005, 216) mukaan tutkimuksen luotettavuutta kuvataan termeillä reliabiliteetti ja validiteetti.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta tutkijasta tai tutkimuskerrasta riippumatta, jolloin eri tutkimuskerroilla saadaan samanlaiset tulokset. Validiteetti puolestaan ilmaisee sen, että mittari on pätevä eli se mittaa juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2005, 216.) Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen sisältö rakennettiin mittaamaan endoproteesipotilaiden ohjauksen tarpeita. Kysymysten sisältö koostettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lonkka- ja polviproteesipotilaiden potilasoppaiden ja VeTePo -hankkeen myötä luodun ortopedisen potilaan ohjausprosessin mallinnuksen sisällöistä. Koostettu sisältö tarkennettiin Salon aluesairaalan kirurgian yksikön endoproteesihoitajien ja fysioterapeutin toimesta.

Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (1997, 210) mukaan mittarin luotettavuuden parantamiseksi olisi hyvä testata mittaria pienellä joukolla ennen varsinaista tutkimusta. Tässä opinnäytetyössä niin ei tehty, vaan sen sijaan keskityttiin kyselylomakkeen viimeistelyyn mahdollisimman hyvin tarpeita vastaavaksi. Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (1997, 210) mukaan luotettavuutta voikin parantaa myös hyvillä vastaamisohjeilla ja aineistojen kerääjien koulutuksella. Myös kohteesta johtuvat virhetekijät, kuten esimerkiksi mittausajankohta, väsymys, kiire, kysymysten määrä, ymmärrettävyys ja järjestys voivat vaikuttaa reliabiliteettiin (Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen 1997, 210). Tässä opinnäytetyössä kysely teetettiin potilaiden kotiutuksen yhteydessä, jolloin potilailla on voinut olla jo halu lähteä osastolta. Kyselylomakkeen laadinnassa panostettiin siksi kyselyn ilmavaan ja selkeään asetteluun sekä kyselyn pituuteen vastaushalukkuuden ja -mielekkyuden lisäämiseksi.

Myös mittarin validiteetin arvioimiseksi olisi tärkeää tehdä esitutkimusta, koska sillä voidaan arvioida mittarin toimivuutta, loogisuutta, ymmärrettävyyttä ja helpokäyttöisyyttä (Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen 1997, 207). Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen ymmärrettävyyttä parannettiin hiomalla kysymyksiä, vastausvaihtoehtoja, kyselylomakkeen asettelua, pituutta ja vastausohjeita useaan kertaan yhteistyössä opinnäytetyön tekijän, ohjaajien ja toimeksiantajan kanssa. Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1997, 210) jatkavat vielä, että määrällisen tutkimuksen luotettavuutta, eli sen validiteettia ja reliabiliteettia kannat-

taa tarkastella myös lopullisten tutkimustulosten kautta. Esimerkiksi tässä opin-
näytetyössä tutkittavilla oli yhtäläiset mahdollisuudet osallistua tutkimukseen, eli
tutkimushenkilöitä ei erikseen valittu.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Salon aluesairaalan kirurgian yksikön potilasohjausta potilaiden näkökulmasta. Tavoitteena on parantaa potilasohjauksen laatua tutkimalla potilaiden ohjauksen tarpeita. Tutkimuksen aihe, endoproteesipotilaiden ohjauksen tarve, tuli toimeksiantajalta, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä, Salon aluesairaualta.

Hyvällä potilasohjauksella on todettu olevan positiivista vaikutusta hoidon onnistumiselle. Esimerkiksi Kääriäisen (2007, 88) mukaan potilasohjauksella voidaan vaikuttaa myönteisesti potilaiden positiiviseen hoitoon asennoitumiseen, vastuunottoon sairautensa hoidosta, itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen silloin, kun ohjaus on potilaslähtöistä, kokonaisuudeltaan laadukasta ja riittävää.

Tutkimusongelmana tässä opinnäytetyössä oli, millaista ohjauksen tarvetta Salon aluesairaalan kirurgian yksikön tekonivelleikkauspotilailla ilmenee prosessin eri vaiheissa. Tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan potilaat kokivat enimmäkseen saavansa riittävästi ohjausta kaikissa prosessin vaiheissa. Eniten saatiin ohjausta sairaalaan tulosta ja leikkauspäivän kulusta, leikkauksesta toimenpiteenä, sekä tietoa tekonivelestä ja elämästä tekonivelen kanssa leikkauksen jälkeen. Myös Tyrisevä-Ryösön (2012) tutkimuksessa on samansuuntaisia tuloksia. Hänen mukaansa potilaat saavat parhaiten tietoa sairaudestaan ja saivat muun muassa selkeät kotihoito-ohjeet (Tyrisevä-Ryösö 2012).

Tässä opinnäytetyössä pieni osa potilaista koki, ettei tarvinnut ohjausta joistakin aihepiireistä. Näitä olivat ylipainon hallinta, kodin ja kotiasioiden valmistelu, sairausloma, ihon hoito, kotimatka ja autolla ajo, seksi tai kotiavun tarve. Osa näistä johtunee esimerkiksi siitä, että osa endoproteesipotilaista on jo varsin iäkkäitä, jolloin he ovat jo eläkkeellä, eivätkä siten tarvitse ohjausta esimerkiksi sairauslomasta. Tällaiset yksilölliset tekijät on hyvä ottaa huomioon potilasohjauksessa. Muun muassa Kääriäisen (2008) mukaan taustatekijöiden huomioon ottaminen tukee potilaslähtöistä ohjausta ja myös Isola ym. (2007) pitävät yksilöllisyyden huomioimista tärkeänä.

Yksittäisiä vastauksia, joissa potilaat olisivat halunneet lisää ohjausta, tuli useampia. Yksi vastanneista olisi halunnut lisää ohjausta kivusta ja kipulääkityksestä, yksi asentohoidosta, yksi jatkohoidosta ja jälkitarkastuksesta, yksi haavan hoidosta, yksi jatkokuntoutuksesta ja oman aktiivisuuden merkityksestä kuntoutumisessa sekä yksi komplikaatioista. Myös Tyrisevä-Ryösön (2012) tutkimuksessa tuli esiin, että potilaat saavat huonoiten tietoa jatkohoidosta. Enimmäkseen tässä opinnäytetyössä potilaat kuitenkin kokivat ohjauksen riittäväksi, vaikka yksittäisiä asioita yksittäisiltä potilailta nousikin opinnäytetyön osalta esiin. Kääriäisen (2008) mukaan laadukkaan ohjauksen on oltava myös määrällisesti riittävää. Potilaan yksilölliset tarpeet olisikin hyvä huomioida ohjauksen riittävyyden varmistamiseksi potilaan näkökulmasta.

Yksittäiset potilaat kokivat myös, että he eivät olleet saaneet ohjausta joistakin osa-alueista. Niitä olivat ohjaus tulehdusten hoidosta, ylipainon hallinnasta, verinäytteiden ja tutkimusten tuloksista, kodin ja kotiasioiden valmistelusta, terveyskortista, kivun hoidosta ja kipulääkityksestä, antibiootista jatkossa ennen hammaslääkärinä ja muita toimenpiteitä ja kotiavun tarpeesta. Kaikki nämä kuitenkin kuuluvat Salon aluesairaalan kirurgian yksikön endoproteesipotilaiden ohjauksen sisältöön. Voi olla, että potilas ei välttämättä ole omaksunut kaikkea samaansa ohjausta. Kääriäisen (2008) mukaan taustatekijät vaikuttavat esimerkiksi siihen, kykeneekö potilas ottamaan ohjausta vastaan.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella kehitysehdotuksena Salon aluesairaalan kirurgian yksikön endoproteesipotilaiden ohjaukselle voisi olla tarkempi potilaiden ohjauksen tarpeiden kartoittaminen ohjauksen yhteydessä. Ohjauksen apuvälineenä voisi käyttää esimerkiksi listaa ohjauksen sisällöistä, jota voisi käydä vielä esimerkiksi ohjauksen loppupuolella läpi yhdessä potilaan kanssa ja varmistaa, haluaisiko hän vielä lisää ohjausta jostakin tietystä aiheesta. Toisaalta kirjallista materiaalia ja tarkistuslista ohjauksen sisällöstä on jo käytössä, mutta niiden käymistä keskustellen yhdessä potilaan kanssa voisi vielä tehostaa entisestään.

Jatkotutkimushaasteena tämän opinnäytetyön aiheesta voisi olla laajempi eli pitkäkestoisempi kartoitus Salon aluesairaalan kirurgian yksikön endopro-

teesipotilaiden ohjauksen tarpeesta. Tämän opinnäytetyön otos on kuitenkin sen verran pieni, että sillä sai vain suuntaa antavan kuvauksen aiheesta. Pitkäkestoisella kartoituksella saisi paremman kuvan siitä, nouseeko jokin tietty ohjauksen osa-alue esiin useamman potilaan toimesta verrattuna vain yksittäisiin esimerkkeihin.

LÄHTEET

Eriksson, K.; Isola, A.; Kyngäs, H.; Leino-Kilpi, H.; Lindström, U.; Paavilainen, E.; Pietilä, A-M.; Salanterä, S.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Saatavissa http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf.

Handley, A. 2009. Fast track to recovery. Nursing Standard 9/2009, 18 - 19. Saatavissa <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=df3e377a-85a7-453f-b607-18f7c7966828%40sessionmgr115&hid=114>.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Isola, A.; Backman, K.; Saarnio, R.; Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 2/2007, 51 - 62.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kiviranta, J-M. 2014. Henkilökohtainen tiedonanto.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto; Oulun yliopistollinen sairaala. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Saatavissa <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 4/2008, 10 - 15.

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

Larsen, K.; Sørensen, O.G.; Hansen, T.B.; Thomsen, P.B. & Søballe, K. 2008. Accelerated perioperative care and rehabilitation intervention for hip and knee replacement is effective: a randomized clinical trial involving 87 patients with 3 months of follow-up. PubMed. Viitattu 25.5.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18478482>.

Leino-Kilpi, H. 2006. Toim. Lukkarinen, I. & Tanner, J. Etiikka hoitotyössä. 1. - 3. painos. Helsinki: WSOY.

Lehto, M.; Jämsen, E. & Rissanen, P. 2005. Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkujaksi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Lääkärin tietokannat. Terveysportti. Viitattu 23.1.2014 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo94920&p_haku=endoproteesi.

Lipponen, K. 2009. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen (VeTePO) –hanke. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2011. Saatavissa http://www.vete.fi/Liitteet/VeTePO_liite.pdf.

Lipponen, K. 2011. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen -osahanke (VeTePO). Yhteenvetoraportti. Saatavissa http://www.vete.fi/Raportit/PO/Loppuraportit/Raportti_R0.pdf.

- Lääkäriliitto. 2014. Maailman Lääkäriliiton Helsingin julistus. Viitattu 17.4.2014 <http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>.
- Pohjolainen, T. 2012. Lonkan nivelrikko. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 25.5.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01072&p_haku=tekonivel#s6.
- Polit, D. & Beck, C. 2004. Nursing Research: Principles and Methods. 7. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2012. Käypä hoito. Viitattu 23.1.2014 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054>.
- Rautiainen, H.; Perälä, A. & Pelanteri, S. 2013. Lonkka- ja polviproteesit 2011. Tilastoraportti 9/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.1.2014 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104402/Tr09_13.pdf?sequence=1.
- Remes, V. 2010. Toim. Remes, V.; Eskelinen, A.; Huopio, J.; Kettunen, J. & Virolainen, P. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2010. Suomen Artroplastiayhdistys. Saatavissa http://www.niveltieto.net/Tekonivelleikkausten_hoitosuositus_pieni.pdf.
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavissa http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- TYKS 225. 2010a. Lonkkaopas. VSSHP ohjepankki. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Saatavissa <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3994/26270/>.
- TYKS 225. 2010b. Polviopas. VSSHP ohjepankki. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Saatavissa <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3994/26271/>.
- Tyrisevä-Ryösö, M. 2012. Tekonivelleikkattujen potilaiden arvioita hoidon laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Saatavissa http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130035/urn_nbn_fi_uef-20130035.pdf.
- Valta, M.; Gröndahl, W. & Eloranta, S. 2011. Ortopedisien potilaan ohjausprosessin mallinnus. VeTePO hanke. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Saatavissa http://www.vete.fi/Raportit/PO/Malli/Malli_OM4.pdf.
- Walker, J. 2010. Care of patients undergoing joint replacement. Nursing Older People 1/2012, 14 - 20. Saatavissa <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=df3e377a-85a7-453f-b607-18f7c7966828%40sessionmgr115&hid=114>.

Toimeksiantosopimus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Suvi Arjoniemi

Osoite Helentienkatu 11, 20520 Turku

Puhelin koti 044 9075486 Puhelin työ _____

Sähköposti suvi.arjoniemi@turkuamk.fi

Koulutusohjelma hoitotyö

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi endoproteesi-potilaiden ohjauksen tarve ja tyytyväisyys Suomessa ohjaukseen

Aikataulu _____

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Vartiainen-Juomen sairaanhoitopiiri, Sälön aluevairaa

Työn ohjaaja / yhteys henkilö ylivoitaja Anne Hedman, Jenni-Mari Kiviranta

Osoite Sairaalanatie 9 24130 Sälö

Puhelin _____ Sähköposti _____

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sirpa Nikunen ja Tiina Pelander

Puhelin 044 9075486 Sähköposti _____
044 9075494

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT*

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määriteltyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaali oikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuviin kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

5 / 2 20 14

Suvi Arjoniemi

Opiskelija

7 / 2 20 14

Anne Helo

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

Kyselylomake

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin rastittamalla teille sopiva vaihtoehto tai vastatkaa siihen varattuun tilaan. Pyydän teitä vastaamaan joka kohtaan.

1. Sukupuolenne:

Nainen

Mies

2. Syntymävuotenne: _____

3. Mikä leikkaus teille on nyt tehty?

Lonkan tekonivelleikkaus

Polven tekonivelleikkaus

4. Onko teille joskus aikaisemmin tehty tekonivelleikkausta? Milloin?

Ei ole.

Lonkan tekonivelleikkaus vuonna _____.

Polven tekonivelleikkaus vuonna _____.

Arvioikaa **ENNEN LEIKKAUSTA SAAMAANNE OHJAUSTA** rastittamalla jokaiselta riviltä teille sopivin vaihtoehto:

Ennen leikkausta sain ohjausta (tietoa):	Sain riittävästi ohjausta	En tarvinnut ohjausta	Olisin halunnut lisää ohjausta	En saanut ohjausta
5. Tulehdusten hoidosta				
6. Hampaiden hoidosta				
7. Ylipainon hallinnasta				
8. Ihon hoidosta				
9. Verinäytteiden ja tutkimusten tuloksista				
10. Kodin ja kotiasioiden valmistelusta				
11. Sairaalaan tulosta ja leikkauspäivän kulusta				
12. Leikkauksesta toimenpiteenä				
13. Tietoa tekonivelestä ja elämästä tekonivelen kanssa leikkauksen jälkeen				
14. Lihasten vahvistamisesta/kunnon ylläpitämisestä				

Arvioikaa **LEIKKAUKSEN JÄLKEEN SAAMAANNE OHJAUSTA** rastittamalla jokaiselta riviltä teille sopivin vaihtoehto:

Leikkauksen jälkeen sain ohjausta (tietoa):	Sain riittävästi ohjausta	En tarvinnut ohjausta	Olisin halunnut lisää ohjausta	En saanut ohjausta
15. Kivusta ja kipulääkityksestä (myös lääkkeettömät vaihtoehdot, kuten kylmähoito)				
16. Haavan hoidosta				

17. Veritulppien ehkäisystä (napapiikki ja liikunta)				
18. Asentohoidosta (selinmakuu, kylkimakuu, tukityyny)				
19. Lihasten vahvistamisesta (nilkkojen ojennukset ym.)				
20. Apuvälineiden käytöstä (kynänsauvat ym.)				
21. Kävelyharjoittelusta				
22. Portaissa liikkumisesta				
23. Liikunnasta jatkossa kotona				

Arvioi KOTIUTUKSEN YHTEYDESSÄ SAAMAANNE OHJAUSTA rastittamalla jokaiselta riviltä teille sopivin vaihtoehto:

Kotiutuksen yhteydessä sain ohjausta (tietoa):	Sain riittävästi ohjausta	En tarvinnut ohjausta	Olisin halunnut lisää ohjausta	En saanut ohjausta	Asia ei koske minua
24. Jatkohoidosta ja jälkitarkastuksesta					
25. Sairaslomasta					
26. Terveyskortista					
27. Kotimatkasta ja autolla ajosta					
28. Haavan hoidosta					
29. Kivun hoidosta ja kipulääkityksestä					
30. Liikkumisen rajoituksista					
31. Tulehdusten hoidosta					
32. Antibiootista jatkossa ennen hammaslääkärinä ja muita toimenpiteitä					
33. Seksistä					
34. Jatkokuntoutuksesta ja oman aktiivisuuden merkityksestä kuntoutumisessa					
35. Komplikaatioista (esimerkiksi tekonivelen irtoaminen tai tulehtuminen)					
36. Kotiavun tarpeesta					

37. Haluatteko mainita vielä jotakin muuta saamaanne ohjaukseen liittyvää?

Kiitos vastaamisesta, vastauksenne on meille tärkeä!

Saatekirje

Salo 5.3.2014

Arvoisa endoproteesiasiakas!

Opiskelen Turun ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajaksi ja teen opinnäytetyötä endoproteesipotilaiden ohjauksen tarpeesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia Salon aluesairaalan kirurgisen yksikön potilasohjausta potilaiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa potilasohjauksen laatua tutkimalla potilaiden ohjauksen tarpeita. Opinnäytetyöhön on saatu lupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

Vastaamalla kyselyyn osallistutte siis tutkimukseen, jolla parannetaan potilasohjauksen laatua. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Kyselylomake suljetaan kyselykaavakkeen mukana olevaan kirjekuoreen ja annetaan hoitajalle, joka toimittaa kuoret eteenpäin. Vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaamisen voi halutessaan keskeyttää. Kyselyyn vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuta hoitoon. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyötä ohjaavat Sirpa Nikunen, 0449075486 ja Tiina Pelander, 0449075494.

Mikäli tarvitsette lisätietoja, voitte ottaa yhteyttä:

Suvi Arjoniemi
Sairaanhoitajaopiskelija Turun AMK Salo
suvi.arjoniemi@utu.fi
0449075486

Tutkimuslupa



VSSHP/Salon aluesairaala

3.4.2014

Päätös T72/001/2014

TUTKIMUSLUPA (Toimintasääntö § 15)

Tutkimuksen numero: T72/001/2014

Tutkimuksen nimi: *Endoproteesipotilaiden ohjauksen tarve*

Tutkimuksen ajoitus: 2014

Vastuullinen tutkija: TtT Tiina Pelander (Turun AMK, hoitotyö)

Tutkittavien lukumäärä: 20 potilasta

Myönnämme luvan yllä mainittuun tutkimukseen. Edellytämme, että tutkimuksesta ei aiheudu haittaa yksiköiden normaalille toiminnalle eikä muita kustannuksia sairaalalle.

Matti Helkiö
Johtava lääkäri

JAKELU Vastuullinen tutkija
Opinnäytetyön tekijä
Tutkimuksen ja opetuksen vastuhenkilö
TurkuCRC
Hoitotyön toimisto

Tiedote henkilökunnalle

Salo 7.4.2014

Tiedote henkilökunnalle

Tämä osasto osallistuu kyselytutkimukseen, jossa kartoitetaan endoproteesipotilaiden tiedon tarpeita. Tässä ohjeita kyselyn toteuttamiseksi.

Ketkä potilaat osallistuvat?

- suomenkieliset
- lonkan tai polven tekonivelleikkauksessa olleet
- potilaat, jotka ovat kykeneviä vastaamaan kyselyyn

Kyselyn toteuttaminen:

- potilasta pyydetään vastaamaan kyselyyn **kotiutuksen yhteydessä osastolla**
- kyselylomakkeen yhteydessä on saatekirje
- kyselylomakkeeseen vastaaminen katsotaan suostumukseksi tutkimukseen
- vastattuaan kyselyyn potilas sulkee lomakkeen kirjekuoreen
- kirjekuoret kerätään osastolle sitä varten tuotuun merkittyyn laatikkoon
- kyselykaavakkeita jaetaan potilaille neljä viikkoa
- tutkimuksen tekijä hakee kuoret osastolta kyselyajan päätyttyä

Yhteystiedot:

- sairaanhoitajaopiskelija Suvi Arjoniemi, suvi.arjoniemi@turkuamk.fi, 0449075494
- Ohjaavat opettajat Sirpa Nikunen, sirpa.nikunen@turkuamk.fi, 0449075486
ja Tiina Pelander, tiina.pelander@turkuamk.fi, 0449075494