



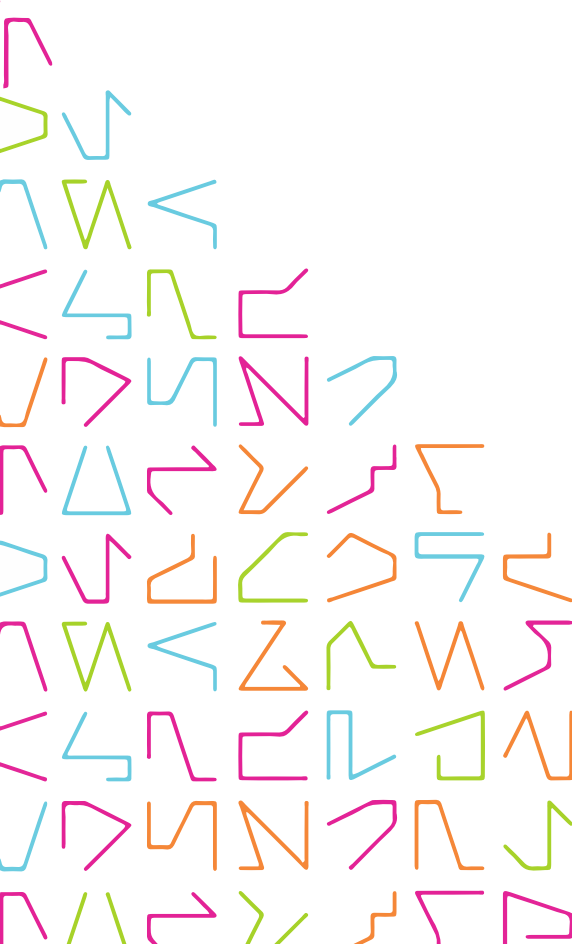
TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

ELEKTIIVISEEN SELKÄLEIKKAUKSEEN TU- LEVAN POTILAAN OHJAUKSEN LAATUUN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Kirjallisuuskatsaus

Emriikka Jurttila

Heli Salonen



Opinnäytetyö
Toukokuu 2017
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JURTTILA EMRIIKKA & SALONEN HELI:

Elektiiviseen selkäleikkaukseen tulevan potilaan ohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät

Opinnäytetyö 46 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Toukokuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata elektiivisen selkäpotilaan ohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tehtävänä oli selvittää elektiivisen leikkauspotilaan ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä. Työn tavoitteena oli koota elektiiviseen selkäleikkaukseen tulevan potilaan ohjauksesta tietoa, jota voidaan hyödyntää Tampereen yliopistollisen keskussairaalan TULES-poliklinikalla. Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodia apuna käyttäen. Tutkittavaksi valittiin kirjallisuushaun jälkeen kahdeksan kansainvälistä ja suomalaista väitöskirjaa tai tutkimusartikkelia. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulokset antavat viitteitä siitä, että selkäpotilaan ohjauksen tulee olla potilaslähtöistä ja jokaisen yksilöllisiä tarpeita varten muokattua. Potilaat toivovat ohjauksen vastaavan heidän tarpeitaan ja mieltymyksiään. Leikkausta edeltävän ohjauksen tarkoitus on auttaa potilasta valmistautumaan tulevaan ja mahdollistaa turvallinen kotiutuminen leikkauksen jälkeen. Jotta ohjaus olisi kokonaisvaltaista, tulee kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien antaa yhteneväistä ja saman sisältöistä ohjausta, joka huomioi kaikki osa-alueet. Nykypäivänä potilasohjauksessa tärkeää on potilaan voimaantuminen. Tämä edellyttää potilaan osallistumista ja vastuunottoa omasta hoidostaan. Voimaantumista voidaan tukea myös panostamalla läheisyhteistyön vahvistamiseen. Nykypäivänä korostuu läheisten ohjaustarpeen huomiointi ja heidän aktiivisempi mukaanotto ohjauksessa.

Tulokset osoittivat, että selkäpotilaiden ohjauksen laatua on tutkittu varsin vähän. Tulevaisuudessa olisikin tärkeää saada lisää tutkimustietoa aiheesta, jotta laatua voidaan kehittää nykypäivän tarpeita vastaaviksi. Tulevaisuuden hoitotyössä tulee ottaa huomioon internetin käyttömahdollisuudet ohjauksessa. Selkäpotilaille voitaisiin kehittää internet-pohjainen ohjaussivusto, jossa he voisivat tutustua ohjausmateriaaliin ajasta ja paikasta riippumatta.

Asiasanat: potilasohjaus, selkäpotilas, elektiivinen leikkaus, laatu

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

JURTTILA, EMRIIKKA & SALONEN, HELI:
Quality of Patient Education with Elective Spinal Surgery Patients

Bachelor's thesis 46 pages, appendices 4 pages
May 2017

The purpose of this study was to collect researched data on factors affecting the quality of patient education with elective spinal surgery patients. The research question was to find out factors affecting in patient education with elective surgery patients. The aim was to gather information about elective spinal surgery patients' education so it can be utilised in the Musculoskeletal Disease Surgery Outpatient Clinic (TULES) of Tampere University Hospital. The study was conducted using a systematic literature review method. Eight international and Finnish dissertations or studies.

The results of the analysis showed that spinal surgery patients' education should be patient-centered and individualised. Patients hope that the education meets their needs and expectations. Empowerment is important in patient education today. It requires participation from the patients and taking responsibility for their treatment. It is also important to include the immediate family in patients' education in today's nursing.

There are only a few studies about the quality of spinal surgery patients' education. In the future, the Internet could be utilised in patient education. For instance, there could be a website where spinal surgery patients could explore education material anywhere and anytime.

Key words: patient education, spinal surgery patient, elective surgery, quality.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Potilasohjaus	7
3.2	Laadukas potilasohjaus	9
3.3	Elektiivisen selkäleikkauspotilaan ohjauksen erityispiirteet	10
3.3.1	Selkäpotilaan leikkausta edeltävä ohjaus	11
3.3.2	Selkäpotilaan elintapaohjaus.....	13
3.3.3	Selkäpotilaan psyykkinen tukeminen ohjauksessa.....	14
4	TEOREETTINEN TIETOOIN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	16
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	16
4.2	Aineiston keruu.....	18
4.3	Aineiston näytön asteen arviointi	21
4.4	Aineiston analyysi.....	23
5	TULOKSET	25
5.1	Ohjaajalta vaadittavat piirteet	25
5.2	Ohjauksen piirteet	26
5.3	Ohjauksen tavoitteet	27
5.4	Ohjauksen sisältö	29
5.5	Ohjauskeinot	31
6	POHDINTA.....	34
6.1	Opinnäytetyön prosessi.....	34
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	35
6.3	Tulosten tarkastelu ja kehittämis ehdotukset	36
	LÄHTEET	39
	LIITTEET	43
	Liite 1. Valitut tutkimukset	43

1 JOHDANTO

Selkäkivuista on kärsinyt lähes jokainen jossain vaiheessa elämää. Alaselkävun Käypä hoito- suosituksen (2015) mukaan selkäkipua on viimeisen 30 päivän aikana kokenut keskimäärin 41% naisista ja 35% miehistä. Selkäkipu voi olla lyhyt- tai pitkäkestoista, joka rajoittaa potilaan toimintakykyä sekä heikentää potilaan elämänlaatua (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 749). Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi (2010) kertovat toimittamassaan Duodecimin kustantamassa oppikirjassa, että tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat kokonaisuudessaan syy kolmanneksen sairausvakuutuksen päivärahaajaksoista.

Useimmiten selkäpotilaat pyritään hoitamaan konservatiivisella hoidolla, elämäntapamuutoksilla ja liikunnan lisäämisellä. Leikkaushoito on tarkkaan harkittu ja siihen päädytään, jos oireet eivät ole helpottaneet edellä mainituista muutoksista huolimatta. Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa elektiiviseen selkäleikkaukseen tulevia potilaita on noin 85–90 %, kun taas päivystyksenä selkäleikkauksia tehdään noin 10 %. (Selkäkipu 2015.)

Tämän opinnäytetyö tehdään Tampereen yliopistollisen keskussairaalan TULES-poliklinikalta lähteneestä tarpeesta. Aihe on TAYS:n TULES-poliklinikalle ajankohtainen, koska leikkaukseen tulevat selkäpotilaat saavat leikkausta edeltävän ohjauksen yhä useammin poliklinikalla, jonka jälkeen he jäävät odottamaan leikkauskutsua. Selkäpotilailla aika ohjauksesta leikkaukseen voi usein olla pitkä. Poliklinikan henkilökunta toivoi aiheetta, jotta he voisivat lisätä tietoaan elektiiviseen leikkaushoitoon tulevan selkäpotilaan ohjauksen laatuun vaikuttavista tekijöistä, joilla parantaa ohjauksen muistettavuutta ja leikkaukseen valmistautumista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata elektiivisen selkäpotilaan ohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön metodina on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jossa apuna käytetään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodologiaa. Opinnäytetyö keskittyy elektiivisten selkäleikkauspotilaiden ohjaukseen, jonka takia olemme jättäneet päivystysluonteiset potilaat opinnäytetyömme ulkopuolelle heidän erilaisen ohjauksensa vuoksi. Haetusta aineistosta pyritään löytämään ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä, joilla saataisiin ohjauksesta laadukkaampaa ja potilaiden tarpeita palvelevaa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tarkoituksenamme on kuvata elektiiviseen selkäleikkaukseen tulevan potilaan ohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä.

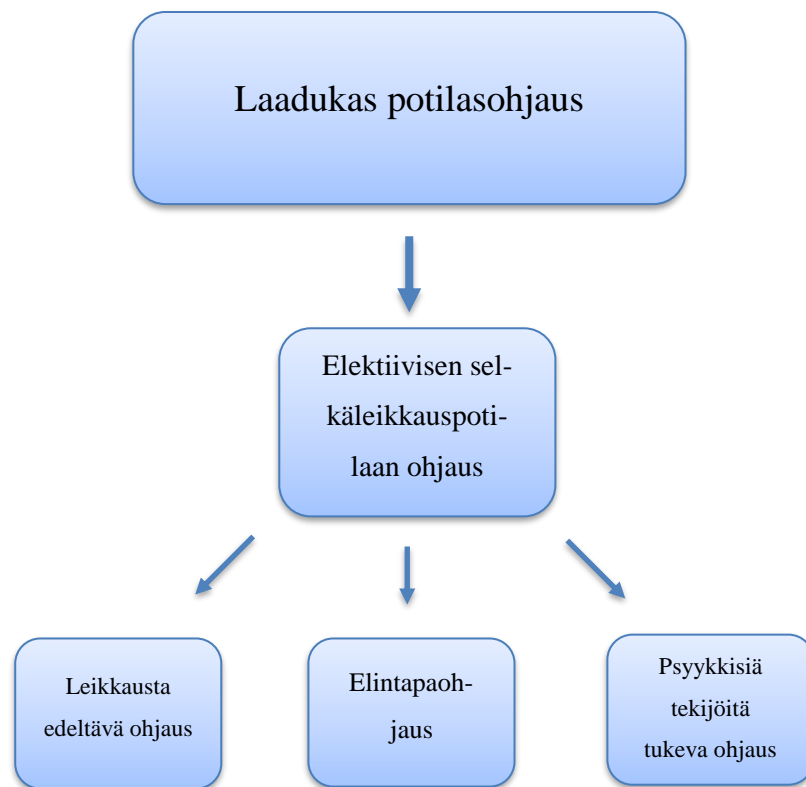
Tehtävä:

Mitkä tekijät vaikuttavat elektiiviseen selkäleikkaukseen tulevan potilaan ohjauksen laatuun?

Tavoitteenamme on koota tietoa elektiivisen selkäleikkaukseen tulevan potilaan ohjauksesta. Koottua tietoa voidaan hyödyntää Tampereen yliopistollisen keskussairaalan TULES-poliklinikalla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat määräytyvät keskeisistä käsitteistä. Opinnäytetyössä käsittelemme laadukasta ohjausta elektiivisen selkäleikkauspotilaan kannalta, jossa ohjaus on jaoteltu leikkausta edeltävään ohjaukseen, elintapaohjaukseen ja psyykkisiä tekijöitä tukevaan ohjaukseen (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Potilasohjaus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) velvoittaa hoitohenkilökuntaa antamaan tietoa potilaalle hänen hoidostaan, terveydentilastaan, hoitoon liittyvistä vaihtoehtoista ja riskitekijöistä ymmärrettävästi. Hoitosuositukset täydentävät lakia, ja näiden avulla varmistetaan, että potilas saa asianmukaista hoitoa (Kääriäinen 2007). Ohjauksen tarkoituksena on saada potilas ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja tukea potilaan aktiivisuutta sekä tavoitteellisuutta. Kun ohjaus on potilaslähtöistä, se lisää potilaan tiedollista

valmiutta, tyytyväisyyttä, hoito-ohjeiden noudattamista, sekä mahdollisuutta osallistua oman sairauden hoitoon. Näin terveyspalveluiden käyttö ja oireiden määrä vähenevät. (Lipponen 2014.)

Potilasohjaus on jatkuva prosessi, jossa tulisi määritellä ohjauksen tarve ja kulku, toteuttaa ohjaus sekä arvioida ohjauksen vaikuttavuus ja onnistuminen (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006). Potilasohjaus on systemaattista ja suunnitelmallista toimintaa. Se voidaan määritellä esimerkiksi tiedon antamiseksi tai vuorovaikutukseksi, joka liittyy hoitoprosessiin, valintojen tekemisen auttamiseksi tai toiminnoiksi, jotka liittyvät hoitotyöhön. (Kääriäinen 2007.) Potilasohjauksessa voidaan hoitajaa ja potilasta pitää ikään kuin työparina ja he yhdessä suunnittelevat ohjauksen sisältöä saavuttaakseen tavoitteet (Saarela 2013).

Laadukkaan potilasohjauksen tarve on lisääntynyt, kun sairaalassaoloaika on lyhentynyt. Toisinaan myös laadukas ohjaus vähentää sairaalassa oloaikaa. Laadukkaalla ohjauksella on todettu olevan myönteinen vaikutus potilaiden toipumiseen ja kotiutumiseen. Hoito-henkilökunnan onkin syytä hallita erilaisia potilasohjauksessa käytettäviä keinoja. Potilasohjauksen keinoja ovat mm. havainnollistaminen eli demonstraatio, kirjallinen ohjaus ja suullinen ohjaus, ryhmäohjaus sekä puhelinohjaus. (Lipponen ym. 2006.)

Kaikkia näitä keinoja yhdistää pyrkimys mahdollisimman laadukkaaseen lopputulokseen. Pyritään saamaan potilas motivoitua, sekä osallistumaan omaan hoitoonsa. Jokaisessa ohjaus menetelmässä kiinnitetään huomiota ympäristöön ja potilaan intimiteettiin, salassapitovelvollisuuteen sekä siihen, että välineet ja materiaalit ovat ajan tasalla ja päivitettyjä. Kiireisestä aikataulusta huolimatta ohjaustilanteen tulisi olla kiireetön ja rauhallinen. Hoito-henkilökunnalta vaaditaan korkeaa ammattitaitoa ja jatkuvaa kouluttautumista, kun halutaan ohjauksen olevan korkeatasoista ja laadukasta. Ohjausmenetelmää valitessa tulisi huomioida potilas yksilönä, sekä hänen erityistarpeensa ja antaa ohjausta potilaan tason mukaan. (Lipponen ym. 2006.)

Potilasohjauksessa tulee huomioida sanallinen ilmaisu, jonka tulee olla ymmärrettävää. Se ei saa myöskään olla tuomitsevaa, syyllistävää tai väheksyvää. Potilasohjauksella pyritään siihen, että potilas saa tarvittavat tiedot ja taidot sekä vastauksen askarruttaviin kysymyksiin. On tärkeää, että potilaan saama ohjaus ei ole ristiriitaista tai puutteellista. Yhteystiedot hoitopaikkaan tulee olla helposti saatavilla, jotta jälkeenkäinkin voidaan esittää

mahdollisia kysymyksiä. Usein myös käytetään eri ohjausmuotoja rinnakkain esimerkiksi kirjallista ohjausta jonkin muun ohjausmuodon kanssa. (Lipponen ym. 2006.)

3.2 Laadukas potilasohjaus

Nykypäivänä potilaiden tietoisuus kasvaa ja se kasvattaa myös näin ollen potilasohjauksen laatuvaatimuksia. Hoitohenkilökunnan on taattava potilaille luotettavaa tietoa, joka on näyttöön perustuvaa. On kyettävä rehellisyyteen ja siihen, että ristiriidat, ongelmat ja heikkoudet tuodaan esille. Lisäksi väestörakenteen muutos on otettava huomioon laadukkaassa potilasohjauksessa. Se lisää vaatimustasoa ja on kyettävä yhä monipuolisempaan potilasohjaukseen erilaisin keinoin. (Hupli, Rankinen & Virtanen 2012, 3-9.)

Laadukas potilasohjaus täyttää potilaan tarpeet ja vaatimukset. Se edellyttää koko henkilökunnan sitoutumista työhön ja tavoitteisiin. Henkilökunnalta vaaditaan moniammatillisuutta muiden hoitoon osallistuvien tahojen ja yksiköiden kanssa. Terveystieteidenhuollossa resurssit tulisi käyttää parhaalla mahdollisella tavalla. Resursseja tulisi suunnata ennaltaehkäisevästi ja eniten hoitoa tarvitseville. (Koivuranta-Vaara 2011, 8.) Hoitohenkilöstöltä edellytetään ammatillista vastuuta kehittää ja ylläpitää ohjausvalmiuksia. Potilasohjaus on sidoksissa sekä potilaan, että hoitajan taustatekijöihin, arvoihin ja motivaatioon. Laadukkaassa ohjauksessa tulisi olla sellaista, joka edistää potilaan tekemiä valintoja. (Lipponen 2014.)

Lähtökohtana laadukkaalle potilasohjaukselle on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus (Heino 2005). Tavoitteena vuorovaikutuksella on ohjaussuhteen muodostaminen ja sillä pyritään parantamaan muun muassa ohjattavan hoitoon sitoutumista. Hyvän vuorovaikutuksen kriteerinä voidaan pitää ohjattavan ja hoitajan välistä suhdetta. Keskinäinen kunnioitus, vastavuoroisuus, rehellisyys ja avoimuus, ohjattavan yksilöllisyyden huomiointi sekä ammatillisuus ovat ohjattava-hoitajasuhteen keskeiset tekijät. (Lipponen ym. 2006.) Kun huomioi ja hyväksyy potilaan yksilöllisyyden, varmistaa se osaltaan sen, että potilaan ohjauksesta saama tieto ei jää pintapuoliseksi. Hoitotyössä potilaaseen tutustuminen antaa paremmat mahdollisuudet yksilöllisyyteen ja hyvään vuorovaikutussuhteeseen. Tällöin voidaan hyödyntää potilaan voimavaroja ja rohkaista häntä oma-aloitteisuuteen. (Heino 2005.)

Toisena lähtökohtana laadukkaassa potilasohjauksessa pidetään potilaskeskeisyyttä ja tietoa, joka tukee potilaan voimavaraistumista. Myös potilaan kertomat kokemukset ovat tärkeä ottaa huomioon ja niitä voidaan käyttää laadukkaana potilasohjauksen kehittämisessä. (Montin 2008, 5.) Voimavaralähtöisellä potilasohjauksella on tavoitteena saada potilas voimaantumaan, joka näin ollen aiheuttaa muutoksia potilaan toiminnassa. Potilas muuttaa toimintaansa tavoitteellisemmaksi ja määrätietoisemmaksi. Potilaan halu pitää terveyttä yllä ja ottaa vastuuta omasta terveydestä kasvaa. (Voutilainen 2010, 19-25.)

Saarelan (2013) mukaan laadukkaana potilasohjauksen ei tulisikaan olla pelkästään tiedottamista tai keskittyä oppimiseen ja opettamiseen. Laadukkaaseen potilasohjaukseen liittyy myös viestintä. Laadun takaamiseksi viestinnän tulee olla selkeää ja kielenkäytön ymmärrettävää (Lipponen ym. 2006.) Saarela (2013) kuvailee laadukkaana potilasohjauksen asiakaskeskeiseksi ja kommunikoivaksi. Hän täsmentää, että laadukkaana potilasohjauksen tulisi sisältää emotionaalista, käytännöllistä, tiedollista ja tulkinnallista tukea potilaan tarpeiden mukaan.

Laadukkaalla potilasohjauksella hoitoajat voivat lyhentyä, terveydenhuollon kustannukset pienentyä ja hoidon laatu parantua. Lisäksi se edistää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon. Kirjalliset ohjeet tai muut sähköiset oppaat sanallisen potilasohjauksen rinnalla parantavat potilasturvallisuutta ja laadukasta potilasohjausta. Potilaan voimavaraistaminen tukee potilaan hyvää kokemusta potilasohjauksesta. (Arifulla 2012.) Lipponen, Kanste & Ukkola (2008) mukaan laadukkaaseen potilasohjaukseen vaikuttavat myös ohjaukseen käytettävä aika ja välineistö sekä riittävä ohjaus ja sen vaikuttavuus. He korostavat, että useiden ohjausmenetelmien käyttäminen varmistaa paremman lopputuloksen.

3.3 Elektiivisen selkäleikkauspotilaan ohjauksen erityispiirteet

Elektiivisellä leikkauksella tarkoitetaan etukäteen suunniteltua leikkausta. Potilas saa tällöin ennalta tiedon leikkausajasta ja toimenpidepaikasta. Ennen leikkausjonoon asettamista potilaan tulee saada diagnoosi sekä lähete toimenpidettä tekevään sairaalaan. Toimenpidettä tekevässä sairaalassa potilaalle tehdään leikkauspäätös, jonka jälkeen potilas pääsee leikkausjonoon. (Kallio, Korte, Lukkari & Rajamäki 2000.) Potilas kutsutaan leikkausjonosta leikkaukseen riippuen jonon pituudesta ja leikkauksen kiireellisyydestä. Hoi-

totakuu edellyttää, että potilaan on päästävä 3-6 kuukauden kuluessa leikkaukseen. Hoitotakuu on säädelty terveydenhuoltolaissa ja se tarkoittaa hoitoon pääsyä. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 16-17.) Hammar (2011, 11-16) kertoo, että leikkauspäätös edellyttää potilaalta poliklinikkakäyntiä. Poliklinikkakäynnillä lääkäri arvioi potilaan leikkaustarpeen kiireellisyyden. Yleensä samalla käynnillä potilas saa leikkausta edeltävän ohjauksen ja jää odottamaan leikkausta. (Kallio ym. 2000.)

Poliklinikkakäynnillä potilaan leikkauksekelpoisuus arvioidaan. Arvioinnissa otetaan huomioon potilaan fyysinen toimintakyky, aikaisemmat sairaudet ja yleiskunto. Ravitsemus tulee kartoittaa ja päihteiden käyttöön puuttua, jotta ennen leikkausta olisi saavutettu toivottu tilanne. (Holmia ym. 2008, 59; Leikkausta edeltävä arviointi 2014.) Leikkausta edeltävän arvioinnin Käypä hoito –suosituksen mukaan (2014) terveiden tai hyvässä hoitotasapainossa olevien potilaiden leikkausta edeltävissä seulontatutkimuksissa ei ole hyötyä. Seulontatutkimuksiin kuuluvat EKG, verenpaine ja pulssi, thorax-röntgenkuva ja verikokeista perusverenkuva, lasko, veriryhmämääritys, nestetasapainoarvot, maksakokeet, verensokeri ja kreatiini sekä ennen leikkausta potilaan pituus, paino ja lämpö (Holmia ym. 2008, 60).

3.3.1 Selkäpotilaan leikkausta edeltävä ohjaus

Hupli ym. (2012, 60-66) mukaan leikkausta edeltävään hoitoon liittyy potilasohjaus, jolla voidaan parantaa leikkauksen onnistumista ja potilaan kokemuksia. Potilaat kokevat voidensa valmistautua tulevaan toimenpiteeseen paremmin saadessaan ohjausta ennen toimenpidettä (Saarela 2013). Leikkausta edeltävän ohjauksen huolellinen suunnittelu, potilaskeskeisyys ja yksilöllisyys ovat laadukkaan ohjauksen keskeisiä tekijöitä. Laadukkaalta ohjaukselta odotetaan tietoa muun muassa mahdollisista komplikaatioista ja niiden estämisestä. (Hupli ym. 2012, 60-66.) Sairaanhoitaja antaa potilaalle perusteellisen ohjauksen itse leikkauksesta ja siihen valmistautumisesta sekä leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta ja kotiutumiseen liittyvistä asioista. Potilas saa ohjauksesta käsitellyistä asioista myös kirjalliset ohjeet kotiin mukaan. (Hammar 2011, 11-12, 16; Holmia ym. 2008, 59.)

Myös selkäpotilaan ohjauksessa on oleellista antaa tietoa monella eri tapaa. Potilaalta voidaan kysyä suoraan, kuinka hän oppii parhaiten. Näin sairaanhoitaja pystyy suunnittelemaan ohjaustilanteen mahdollisimman sujuvaksi. (Kruzik 2009.) Ohjaustilanteessa on huomioitava, kuinka potilas käsittelee itseään ahdistavia ja jännittäviä asioita. Toiset haluavat tietää kaiken mahdollisen toimenpiteestään, kun taas toiset haluavat vain tarvittavan tiedon. (Oshodi 2007.) Selkäpotilaan psyykkistä tukemista käsitellään erikseen edempänä kappaleessa 3.3.3. Kaikille kirurgisille potilaille on tapana antaa ohjaus kirjallisesti suullisen ohjauksen lisänä. Mukaan annettu ohjausmateriaali antaa potilaille varmuutta ja tietämystä tulevasta toimenpiteestä. Nykyaikana on hyvä ottaa huomioon myös potilaat, jotka hyötyvät internet-pohjaisesta ohjauksesta. Kuvista ja videoista potilaat voivat hahmottaa paremmin tulevan leikkauksen ja leikkauksen jälkeisen hoidon vaatimat erityispiirteet. Internet-pohjainen ohjaus tukee myös potilaita, jotka muuten joutuisivat matkustamaan pitkän matkan sairaalaan ohjausta varten. (Saarela 2013; Spalding 2004.)

Selkäpotilaan hyvän hoidon mallissa (2012) kerrotaan, että selkäleikkauksen jälkeisellä aktiivisella ja intensiivisellä harjoittelulla on vaikutusta potilaan kipukokemukseen, toimintakykyyn ja uusintaleikkauksen riskiin. Selkäpotilaan leikkausta edeltävässä ohjauksessa on huomioitava leikkauskohtaiset liikerajoitukset ja millainen harjoittelu onnistuu leikkauksen jälkeen (Hupli ym. 2012, 60-66). Saarela (2013) kertoo, että käytännön harjoitusohjeistukset ohjaustilanteessa vaikuttavat toimenpiteen lopputulokseen. Kuten myös ennen leikkaushoitoa aloitettu mobilisointi lyhentää sairaalassaoloaikaa ja parantaa elämänlaatua (Malmivaara 2012).

Vaikka luotettavaa tietoa riskitekijöiden kohdistuvan ohjauksen hyödyistä ja tehosta ei ole, on kuitenkin selkäsairauksien yhteydessä myös ohjattava potilasta terveellisempiin elämäntapoihin. Psykososiaalisilla tekijöillä ei näytä olevan painoarvoa selkäkipuun ilmaantumiseen, mutta tutkitun tiedon mukaan psykososiaaliset tekijät vaikuttavat selkäpotilaan kivun kokemiseen ja työkyvyttömyyden kehittymiseen. (Alaselkäkipu 2015.) Elintapaohjaus ja selkäpotilaan psyykkinen tukeminen on käsitelty alempana kappaleissa 3.3.2. ja 3.3.3.

3.3.2 Selkäpotilaan elintapaohjaus

Selkäsairauksille on monia epäiltyjä riskitekijöitä, mutta tutkimustulokset eivät ole antaneet minkään tekijän suhteen vahvaa näyttöä. Riskitekijöitä voidaan jakaa vaikutettaviin ja ei-vaikutettaviin tekijöihin. Vaikutettavia tekijöitä ovat muun muassa elintapatekijät kuten tupakointi, ylipaino, liikunta ja työhön ja vapaa-aikaan liittyvät tekijät. (Arokoski, Mikkelsen, Pohjolainen & Viikari-Juntura 2015.)

Selkäpotilaan elintapaohjauksessa tulisi puuttua potilaan tupakointiin. Tupakointi suurentaa riskiä saada selkäkipuja jopa 10-kertaiseksi sekä vaikeuttaa sairauksien hoitoa ja heikentää paranemistuloksia. (Hupli ym. 2012, 25; Kyrö 2013.) Pitkään jatkunut tupakointi heikentää ilmeisesti selän välilevyjen aineenvaihduntaa (Arokoski ym. 2015). Kyrö (2013) kertoo artikkelissaan, että tupakoivilla potilailla on suurempi riski päätyä nikamavälileikkaukseen. Lannerangan luudutusleikkaus onnistuu hänen mukaansa tupakoivilla heikommin kuin tupakoimattomilla. Hän toteaa myös, että selkäleikkauksen jälkeinen elämänlaatu ja tyytyväisyys sekä töihin paluu ovat huonompaa verrattuna tupakoimattomiin potilaisiin.

Leikkaushoitoon päätyville selkäpotilaille lääkärin tulee kertoa tupakoinnin haitoista ja vaikutuksista selkäleikkaukseen ja samalla kehottaa lopettamaan. Varsinaisen elintapaohjauksen antaa kuitenkin sairaanhoitaja. Elintapaohjauksella sairaanhoitaja pyrkii vahvistamaan potilaan omaa valmiutta, halukkuutta ja kykyä tupakoinnin lopettamiseen. Lopettamisen ohjauksessa voidaan käyttää niin sanottua kuuden k:n mallia, jossa sairaanhoitaja kysyy ja keskustelee tupakoinnista potilaan kanssa, kirjaa tupakointitavan, määrän ja askivuodet, kehottaa ja kannustaa potilasta lopettamiseen sekä myös kontrolloimista seuraavilla käynneillä. Selkäpotilailla kontrollointi tarkoittaa esimerkiksi, että sairaanhoitaja soittaa viikon välein suunniteltuun selkäleikkaukseen asti ja kannustaa tupakoinnin lopettamisessa. (Kyrö 2013; Mäkinen & Erhola 2016.)

Arokoski ym. (2015) kertoo ylipainon olevan merkittävä riskitekijä selkäsairauksien synnyssä. Hän mainitsee, että erityisesti lanneselän vaikeat kiputilat aiheutuvat ylipainosta. Kun potilasta ohjataan laihduttamaan, hänelle voidaan suositella kevyttä liikuntaa kivun sallimissa rajoissa. Potilasta voidaan rohkaista esimerkiksi kävelemään ja harjoittamaan itselleen tavallisia toimintoja. Etenkin kroonisessa selkäkipussa kipua voidaan jonkin verran lievittää liike- ja liikuntaharjoittelulla. Potilaalle on hyvä kertoa, että vuodelevolla ei

ole näyttöä vaikuttavana hoitomuotona selkäsairauksissa. Potilaalle tulee kertoa inaktiivisuuden haittavaikutuksista, joilla pyritään myös purkamaan pelkoja ja välttämiskäyttäytymisiä selän kuormitusta kohtaan. (Arokoski ym. 2015; Vuori & Aalto n.d.) Pihlajaniemi (2010) kertoo potilaiden mieltävän, että liikunnan tulisi olla reipasliikkeistä, kuten voimistelua tai venyttelyä. Hän toteaa kuitenkin, että selkäpotilaille tulisi korostaa, että kevyt kävely ja liikkeellä olo ovat heille hyväksi.

Selkäpotilaan motivaatiota tulee kuunnella elintapaohjauksessa. Etenkin lihavuuden puheeksi ottamisessa sairaanhoitajan tulee edetä potilasta kunnioittavasti ja aloittaa interventio avoimella kysymyksellä. Elintapaohjausta annettaessa on huomioitava potilaan ehdoilla eteneminen, koska potilaan suostuttelu tai suora autoritaarinen eteneminen herättävät usein potilaassa muutosvastarintaa. Erityisesti lihavuuden hoidossa on tärkeää, että potilas on itse motivoitunut asiasta. (Mustajoki 2006.) Alaselkävun (2015) Käypä hoito –suosituksen mukaan selkäpotilaita pyritään hoitamaan pitkälti konservatiivisesti, jos ei aihetta välittömälle leikkaushoidolle ole. Edellä mainitun Käypä hoito –suosituksen mukaan konservatiiviseen hoitoon kuuluu myös elintapaohjaus ja selkäpotilailla laihduttaminen on erityisen tärkeää selkään tulevan kuormituksen vuoksi.

3.3.3 Selkäpotilaan psyykkinen tukeminen ohjauksessa

Selkäkipuun tiedetään liittyvän psyykkistä oireilua. Joskus psyykkiset tekijät voivat olla myös selkävun taustasyynä tai seurauksena. Kroonisessa selkävunssa moni potilas kärsii jonkin asteisesta ahdistuksesta. Masennus, ahdistus ja pelot ovat yhteydessä kipuun ja näin ollen vaikuttavat myös kuntoutumiseen ja kuntoutumisen tuloksiin. Ne vaikuttavat kivun kokemiseen ja voivat jo itsessään tuottaa kipua, madaltaa kipukynnystä ja kivun sietokykyä. (Arokoski ym. 2015.) Psykososiaalisista tekijöistä aiheutuu usein lisäkuormaa varsinkin pitkittyneissä selän alueen kiputiloissa. Psykososiaaliset ongelmat voivat myös osaltaan hidastaa selkäpotilaan kuntoutusprosessia ja toipumista. Tähän tulisi kiinnittää erityisesti huomiota ja tällöin moniammatillinen hoito sekä ohjaus ovat tarpeellisia. (Tola & Matikainen 2008, 6-9.) Jos kipuun liittyy psyykkisiä traumoja, on syytä harkita myös psykologin konsultaatiota. Traumaperäiselle stressireaktiolle on tyypillistä, että se heikentää kivunhoidon vastetta ja komplisoi kipuoireistoa. (Arokoski ym. 2015.)

Selkäkivusta kärsivän potilaan aktiivisuuden tukeminen on merkittävässä roolissa. Hoitohenkilökunnan tulisi kannustaa esimerkiksi potilasta mielekkääseen harrastukseen. (Kohvakka 2013.) Liikunta virkistää mieltä ja sillä on myönteisiä vaikutuksia kivunkokemiseen. Selkäpotilaan toimintakykyä pyritään vahvistamaan, kannustetaan elämään normaalia elämää kivun sallimissa rajoissa. (Selkäpotilaan hyvän hoidon malli 2012.) Selkäpotilaan voimavarojen löytäminen ja niiden tukeminen auttavat potilasta selviytymään. Selkäkipu yhdessä psyykkisen oireilun kanssa voi aiheuttaa ihmissuhteista vetäytymistä, jolloin hoitohenkilökunnan tulisi kannustaa ja tukea ottamaan yhteyttä läheisiin sekä ystäviin. (Kohvakka 2013.) Ahdistusta vähentää myös selkäpotilaalle annettu oikea ja riittävä tieto, informointiin tulisikin varata riittävästi aikaa (Selkäpotilaan hyvän hoidon malli 2012).

4 TEOREETTINEN TIETOON PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksia on monia erityyppisiä. Kirjallisuuskatsauksen voidaan sanoa olevan luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tutkittua tietoa (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Kirjallisuuskatsaus on siis tutkimus tutkimuksesta. Kirjallisuuskatsausta tehdessä vaatimuksena onkin, että tutkittavasta aiheesta löytyy aiemmin tutkittua tietoa. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on kehittää teoreettista ymmärrystä ja mahdollista teoriaa tai arvioida jo olemassa olevaa teoriaa. Muita tehtäviä on myös tulkita tutkimusaiheesta esiintyviä ristiriitaisuuksia tai ongelmia. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään myös luomaan kokonaiskuva tutkimusaiheesta. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7-8; Niela-Vilén & Hamari 2016, 23.)

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi on valittu kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tehdään tutkimusaiheesta kuvaileva tiivistelmä (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Suhosen ym. (2016, 9) mukaan tutkimuskysymyksen asettelu on yleensä laaja, mutta tutkijan mukaan voi sisältää erilaisia rajoituksia. Rajoituksen asettelulla tutkittua ilmiötä voidaan tarkastella joko syvällisesti tai monista näkökulmista (Kangasniemi, Utrikainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liiskanen 2013). Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on kritisoitu tutkijoiden heikosta alkuperäistutkimusten tavoitettavuudesta ja valitun aineiston luotettavuudesta ja epätäsmällisyydestä (Kääriäinen & Lahtinen 2006; Suhonen ym. 2016, 9), mutta Kangasniemi ym. (2013) korostaa menetelmän vahvuuksina argumentoituutta ja tarkastelun ohjattavuutta tiettyihin erityiskysymyksiin.

Käytämme opinnäytetyössämme apuna systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodologiaa. Tapauksessamme tämä tarkoittaa sitä, että etenemme opinnäytetyömme tekemisessä järjestelmällisesti vaiheesta vaiheeseen. Johanssonin (2007, 5) mukaan systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa vaiheet ovat tarkkaan määriteltäviä ja kirjattu virheiden minimoimiseksi. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoin tiivistelmä aiempien tutkimusten olennaisista sisällöistä. Tiivistelmää varten tutkija käy läpi laajan tutkimusmateriaalin saadakseen tuloksia. (Salminen 2011.) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on muihin katsaustyyppeihin verrattuna spesifimpi tarkoitus,

joita vastaavia korkealaatuisia tutkimuksia tarkassa valintaprosessissa etsitään. (Johansson 2007, 4-5.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa voidaan vaiheet jaotella kolmeen osaan. Näistä ensimmäinen sisältää suunnittelun, toisessa vaiheessa tehdään katsaus hakuineen, analysointineen ja synteeseineen ja kolmas vaihe sisältää katsauksen raportoinnin. (Johansson 2007, 5.) Kangasniemi ym. (2013) taas jäsentelee kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet neljään osaan, jotka ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valinta, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkastaminen (kuvio 2). Hän myös mainitsee, että kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa vaiheet etenevät päällekkäisesti suhteessa toisiinsa.



KUVIO 2. Systemaattisen ja kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet sulautettuna yhteen (mukaillen Johansson 2007, 5; Kangasniemi ym. 2013).

Niin kuvailevaa kuin systemaattistakin kirjallisuuskatsausta ohjaa tutkimuskysymyksen muodostaminen, joka ohjaa katsauksen tekoa. Kysymyksiä voi olla yhdestä kolmeen ja niiden tulee olla selkeitä. Tutkijan itsensä mukaan rajausta voi olla tarkka, jolloin tutkittua ilmiötä päästään tarkastelemaan syvällisesti tai löyhä, joka mahdollistaa ilmiön tarkkailun monista näkökulmista. (Johansson 2007, 6; Kangasniemi ym. 2013.) Tämän opinnäytetyön tehtävänä on etsiä elektiiviseen selkäläikkäukseen tulevan potilaan ohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä.

Seuraavassa vaiheessa valitaan tutkittava aineisto. Aineisto muodostuu aiemmin julkaisuista merkityksellisistä tutkimuksista. (Kangasniemi ym. 2013.) Johanssonin (2007, 6)

mukaan katsauksen tekovaiheessa kaikki vaiheet tulee olla tarkasti kirjattuna, joka mahdollistaa katsauksen onnistumisen ja voi osoittaa tulokset relevanteiksi. Tiedonhaku tehdään nykyaikana pääsääntöisesti elektronisista, mutta joissakin tapauksissa voidaan käyttää manuaalista hakua tieteellisistä julkaisuista (Kangasniemi ym. 2013). Opinnäytetyön aineiston haku on kuvailtu tarkemmin luvussa 4.2.

Kolmannessa vaiheessa valituista tieteellisistä julkaisuista pyritään kokoamaan jäsenynty kokonaisuus. Tämän vaiheen tavoitteena ei ole referoida, tiivistää, siteerata tai raportoida alkuperäistä aineistoa, vaan tavoitteena on tehdä aineiston sisäistä vertailua ja analysoida valitun aineiston heikkouksia ja vahvuuksia, sekä tehdä mahdollisesti laajempia päätelmiä aineistosta. Valitusta aineistosta pyritään löytämään tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellisiä asioita. Asiat ryhmitellään sisällön mukaan kokonaisuuksiksi. Tulosten esittäminen tekstinä on aineistolähtöistä, mikä vaatii aineiston syvällistä tuntemista ja kokonaisuuden hallintaa. (Kangasniemi ym. 2013.)

Viimeisenä vaiheena on tulosten tarkastelu ja niiden raportointi. Tulokset raportoidaan kokoamalla ja tiivistämällä kirjallisuuskatsauksen tuottamat keskeiset tulokset. Samalla aiheesta tehdään johtopäätökset ja suositukset tulevaisuudelle, sekä arviointia tutkimuksen etiikasta ja luotettavuudesta. Tulevaisuuden suositukset sisältävät muun muassa tulevaisuuden haasteita ja kysymyksiä ja esittävät tulevia jatkotutkimusehdotuksia. Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta ovat sidoksissa toisiinsa ja niitä voidaan parantaa koko tutkimusprosessin ajan johdonmukaisella etenemisellä vaihe vaiheelta eteenpäin. (Kangasniemi ym. 2013.)

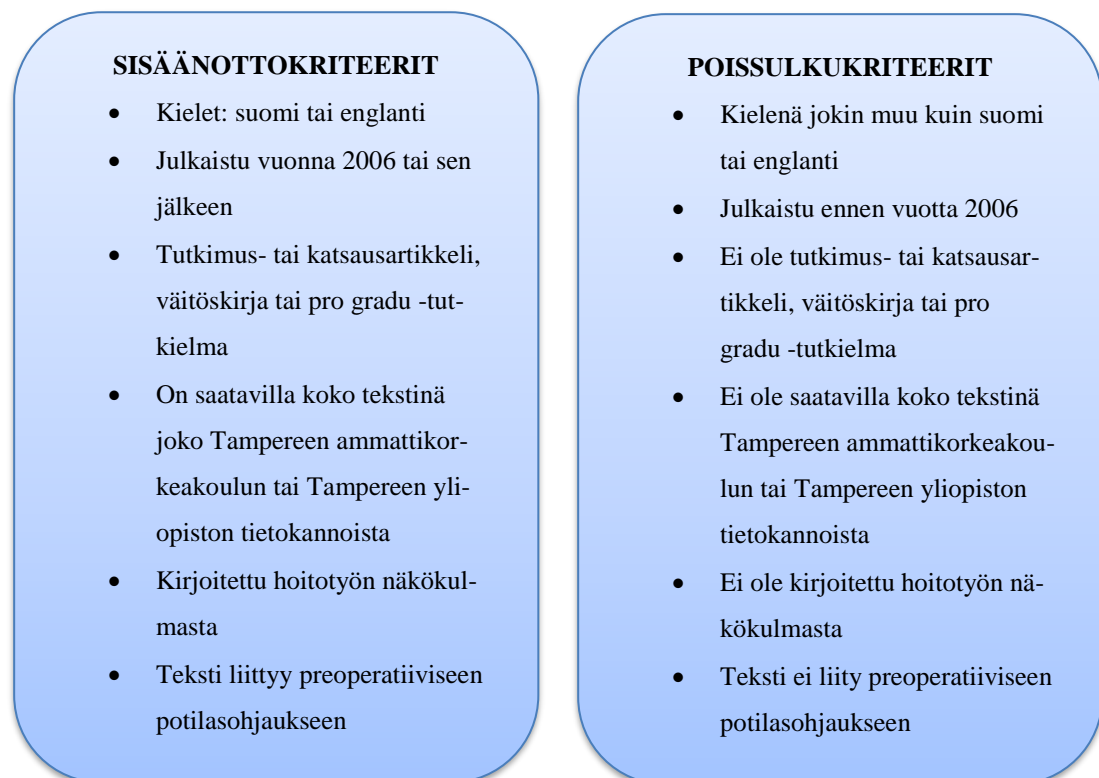
4.2 Aineiston keruu

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineisto kerätään aiemmin julkaistuista tutkimusaiheen kannalta merkittävistä tutkimuksista. Tutkimuksien tai tutkimusraporttien tulee myös sisältää jonkinlaisen kuvauksen aineiston valinnan prosessista. Nykypäivänä kirjallisuuskatsauksessa käytettävä aineisto haetaan elektronisista tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisella haulla tieteellisistä julkaisuista. Tiedonhaulla pyritään saamaan tutkimuskysymyksen kannalta oleellista tietoa. Valittua aineistoa tulisikin pystyä tarkastelemaan ilmiölähtöisesti ja tarkoituksenmukaisesti tutkittavaan kysymykseen nähden. (Kangasniemi ym. 2013.)

Tiedonhaun toteutimme useasta eri tietokannasta, joita olivat CINAHL with Full text (EBSCOhost), Pubmed, Medline, Medic sekä Google Scholar. Näistä tietokannoista relevantteimmat hakutulokset antoivat CINAHL ja Medic. Tiedonhakua tehdessämme huomasimme, että Medline antoi hakusanoillamme päällekkäisiä tuloksia CINAHL:n kanssa. Manuaalisen haun teimme Hoitotiede-lehdelle, josta ei tutkimuskysymykselle löytynyt viimeisen kymmenen vuoden lehdistä sopivaa aineistoa. Opinnäytetyössämme käytimme seuraavia hakusanoja ja niiden yhdistelmiä, joilla haimme tutkimuskysymyksiin vastaavaa tutkittua tietoa:

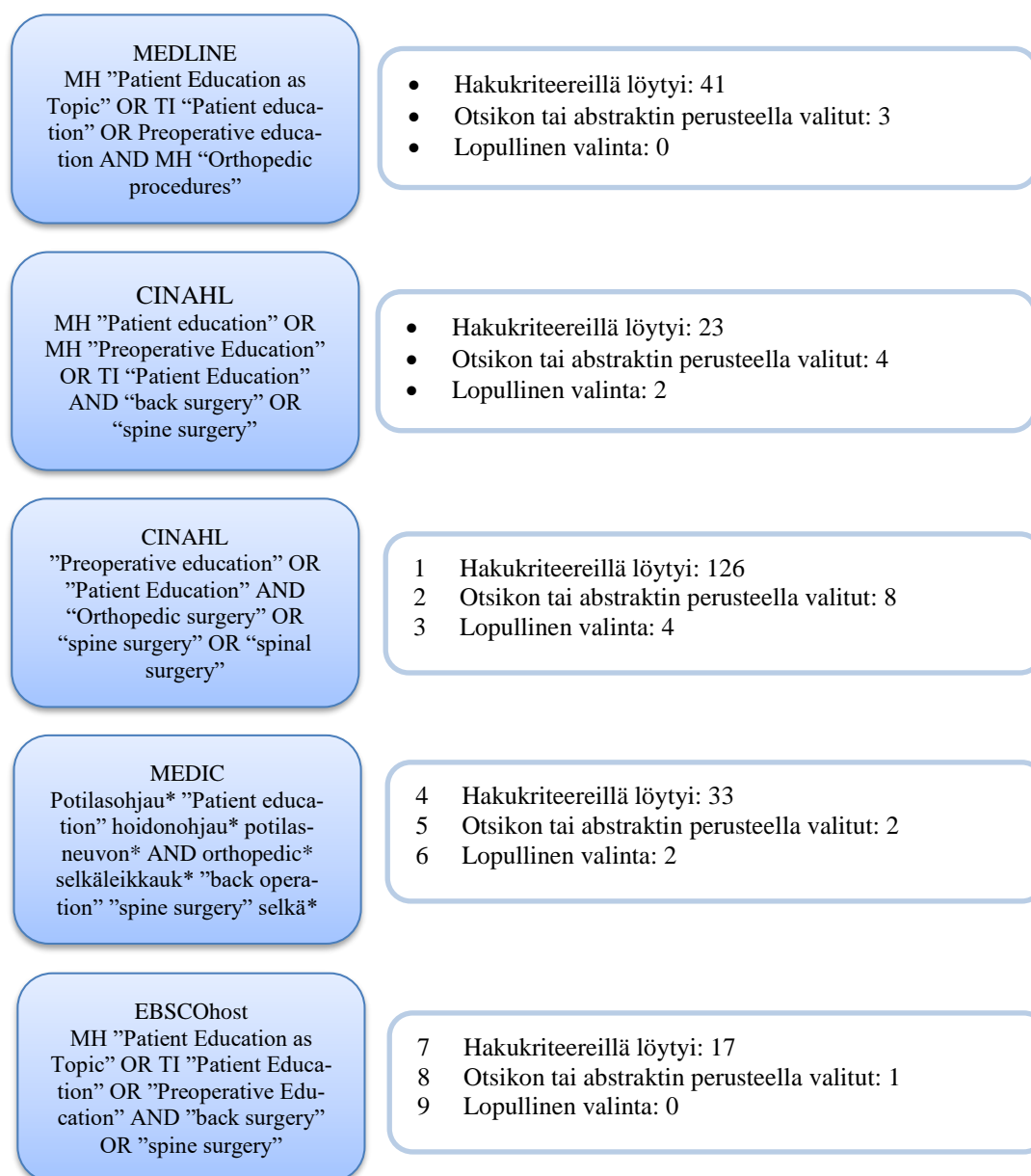
- potilasohjaus, hoidonohjaus, potilasneuvonta / patient education
- preoperatiivinen ohjaus / preoperative education
- selkäleikkaus, selkä / back, back surgery, spine surgery, orthopedic procedures

Tiedon hakua tehdessä tai ennen sen aloittamista on hyvä määrittää sisäänotto- ja poissulkukriteerit (Stolt & Routasalo 2007, 59). Sisäänottokriteerit valitaan jo ennen tiedon haun aloitusta ja ne perustuvat tutkimuskysymykseen (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Opinnäytetyömme sisäänotto- ja poissulkukriteerit olemme kuvanneet kuviossa 3. Kangasniemi ym. (2013) kuitenkin kertoo, että kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston sisällöllisellä valinnalla on enemmän painoarvoa kuin ennalta määritetyillä hakuehdoilla.



KUVIO 3. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Kirjallisuuskatsaukseen valittavat tutkimukset hyväksytään käytettäväksi aineistoksi vaiheittain. Tutkimusten tulee vastata asetettuja sisäänottokriteerejä. Tutkimusten vaiheittainen tarkastelu aloitetaan otsikosta, jonka jälkeen siirrytään abstraktiin tai koko tekstiin, jos vastaavuus ei selviä otsikon perusteella. Samasta tutkimuksesta voi olla useita julkaisuja, joista tutkijan tulee valita kattavin ja parhaiten sisäänottokriteerejä vastaava. Kirjallisuuskatsauksen luonteeseen kuuluu vaiheiden tarkka kirjaaminen. Tässä vaiheessa tutkijan on hyvä kuvata hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimuksien lukumäärät jokaisesta tehdystä hausta (kuvio 4). Myös alkuperäistutkimusten hylkäämisperusteita on hyvä tuoda esille. (Kääriäinen & Lahtinen 2006.)



KUVIO 4. Suoritetut haut.

Oman tiedonhakumme aikana valitsimme jokaisesta eri hausta otsikoltaan sopivat julkaisut tarkasteltavaksi abstraktin tai koko tekstin perusteella. Otsikon perusteella hylkäsimme tutkimuksia, joiden otsikoissa tai asiasanoissa ei ollut valitsemiamme hakusanoja tai otsikon perusteella julkaisu on tarkoitettu lääkäreille. Abstraktin perusteella hylkäsimme myös julkaisuja, joissa ei mainittu potilasohjausta tai julkaisu ei liittynyt selkäleikkauksiin. Tiedonhakumme tuloksissa tuli vastaan myös ortopedisten leikkauspotilaiden ohjauksesta kertovia julkaisuja. Näistä mukaan valitsimme sellaiset, jotka eivät liittyneet selkeästi johonkin tiettyyn ortopediseen ryhmään tai tutkimusraportissa mainittiin, että saatuja tuloksia voidaan käyttää myös muiden kirurgisten potilaiden hoidossa. Julkaisun hylkäsimme myös, jos mielenkiintoisesta otsikosta huolimatta abstraktia tai koko tekstiä ei ollut saatavilla. Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto on kuvattu liitteessä 1.

4.3 Aineiston näytön asteen arviointi

Näytön asteen arvioimiseen on kehitetty erilaisia luokituksia. Näiden luokitusten avulla kuvataan näytön vahvuutta. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 12-13.) Näytön aste tulee ilmoittaa yhdenmukaisesti ja selkeästi. Luokitukset perustuvat usein seuraaviin kriteereihin: tutkimusasetelman vahvuus, tutkimuksen laatu, tutkimusten määrä, tutkimustulosten yhdenmukaisuus, tutkimustulosten kliininen merkittävyys, tutkimustulosten sovellettavuus. Tutkimukset voidaan luokitella myös laadun mukaan joko tasokkaaksi, kelvolliseksi tai heikoksi (taulukko 1). (Komulainen, Honkanen, Malmivaara & Sipilä 2012, 62-63.)

TASOKAS	-soveltuu tutkittavaan ongelmaan -riski harhaan on pieni
KELVOLLINEN	-soveltuu tutkittavaan ongelmaan -riski harhaan on kohtalainen
HEIKKO	-ei sovellu riittävästi tutkittavaan ongelmaan -riski harhaan on suuri

TAULUKKO 1. Tutkimusten luokittelu laadun mukaan (mukaillen Komulainen ym. 2012, 62-63).

Käypä hoito-suositusten laatiman näytön asteen luokitusten perusteella arvioitiin aineiston näytön aste. Laadittu luokitus käsittää neljä luokkaa, luokat A-B. Luokka A on vahva,

B kohtalainen, C heikko ja D hyvin heikko. Näytön asteen luokittelu esitetään alla olevassa kuviossa (taulukko 2). Tarkoituksena on ilmaista näytön aste yhdenmukaisesti ja selkeästi. (Komulainen ym. 2012, 62-63.)

Koodi	
A	<ul style="list-style-type: none"> - Epätodennäköisiä, että uudet tutkimukset muuttaisivat arviota vaikutuksen suunnasta tai suuruudesta. - Tutkimuksissa on käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa. - Vähintään kaksi tasokasta tutkimusta joiden tulokset ovat saman suuntaiset. - Lopputulosmuuttujalla on arvioitu suoraan potilaalle tärkeää kliinistä hyötyä tai haittaa. - Tutkitut väestöt vastaavat hoitosuosituksen kohdeväestöä tai ovat siihen sovellettavissa.
B	<ul style="list-style-type: none"> - Uudet tutkimukset saattavat vaikuttaa arvioon vaikutuksen suuruudesta ja suunnasta. - Tutkimuksissa on käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta saavutettavaa tutkimusasetelmaa. - Tasokkaita tutkimuksia on vain yksi tai tasokkaita tutkimuksia on useita, mutta tuloksissa on vähäistä ristiriitaa tai useita kelvollisia tutkimuksia, joiden tuloksissa ei ole systemaattista virhettä ja tulokset ovat samansuuntaiset. - Lopputulosmuuttujalla on arvioitu suoraan potilaalle tärkeää kliinistä hyötyä tai haittaa. - Tutkitut väestöt vastaavat hoitosuosituksen kohdeväestöä tai ovat siihen sovellettavissa.
C	<ul style="list-style-type: none"> - Uudet tutkimukset todennäköisesti vaikuttavat arvioon vaikutuksen suuruudesta ja mahdollisesti sen suunnasta. - Tasokkaita ja tutkittavan aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa käyttäviä tutkimuksia on useita, mutta tuloksissa on merkittävää ristiriitaa tai kelvollisia kontrolloituja tutkimuksia, joiden tulokset voidaan yleistää kohdeväestöön, on ainakin yksi. – Vertailtavien ryhmien tulee olla samanaikaisia, historiallinen vertailuryhmä tai vertaaminen kirjallisuudesta poimituihin arvoihin ei riitä. – Lopputulosmuuttujalla ei ole arvioitu suoraan potilaalle tärkeää kliinistä hyötyä tai haittaa. – Tutkitut väestöt eivät täysin vastaa hoitosuosituksen kohdeväestöä tai ole siihen sovellettavissa.
D	<ul style="list-style-type: none"> - Mikä tahansa arvio vaikutuksen suunnasta ja suuruudesta on epävarma. - Kliinisiä tutkimuksia ei ole olemassa tai ne ovat menetelmällisesti heikkoja. - Arvio perustuu pääosin kliiniseen kokemukseen ja osaamiseen. - Työryhmä voi tehdä D-asteen kannanoton, kun on kysymys diagnostiikan tai hoidon kannalta tärkeästä päätöskohdasta. Suosituslauseeseen liittyy silloin näytönastekatsaus, jossa perustellaan työryhmän kannanotto.

TAULUKKO 2. Näytön asteen arviointi (mukaillen Komulainen ym. 2012, 62-63.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston tutkimusten näytön asteen arvio raportoidaan taulukossa valitut tutkimukset (Liite 1). Taulukon sarakkeisiin kirjattiin aineiston tutkimusten laadun ja näytön asteen arvio. Aineistoon valituista tutkimuksista (N=8) kaksi tutkimusta arvioitiin luokkaan TASOKAS B, viisi tutkimusta arvioitiin luokkaan KELVOLLINEN B ja yksi tutkimus arviointiin luokkaan KELVOLLINEN C. Aineiston tutkimuksista kolme oli kotimaista ja viisi kansainvälistä.

4.4 Aineiston analyysi

Hirsijärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 221) kertovat, että aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten tekeminen ovat tutkimuksen ydinasia. He täsmentävät, että tulosten saamiseen on tähdätty jo tutkimuksen aloituksesta asti. He myös kertovat, että aineistoa analysoidessa tutkijalle selviää, minkälaisia tuloksia hän saa tutkimuskysymyksiinsä ja kuinka hänen olisi pitänyt asettaa tutkimuskysymykset.

Aineistoa voidaan analysoida monella tavalla. Analysointitavan valinta tehdään sillä perusteella, jolla pystytään kuvaamaan parhaiten tutkimuksen tuloksia. Analyysitavat jaetaan karkeasti kahdella tavalla: selittämiseen ja ymmärtämiseen. Selittämiseen pyrkivää tapaa käytetään tilastollisissa analyyseissa, kun taas ymmärtämiseen pyritään laadullisen tutkimuksen yhteydessä. Aineistoa voidaan käsitellä erilaisilla tekniikoilla esimerkiksi teemoittelulla, tyypittelyllä, sisällönerittelyllä, diskurssianalyysillä ja keskusteluanalyysillä. (Hirsijärvi ym. 2009, 224.)

Kirjallisuuskatsauksissa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jonka avulla saadut luokat eivät kuitenkaan kelpaa kirjallisuuskatsauksen tuloksista. Sisällönanalyysiä käytetään apukeinona tiivistämään saatua tietoa. Varsinaisia tuloksia tarkastellaan valittuun aineistoon nojaten, jolloin saadaan selville, miten aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyyseistä on vaihtoehtoisia malleja ja variaatioita. Kirjallisuuskatsausta tehdessä voidaan analyysissä muodostaa aineiston pelkistyksestä ainoastaan yläluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123-124.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään laadullista sisällönanalyysiä. Haettu aineisto oli pääsääntöisesti kansainvälistä ja englanninkielistä. Aineisto on luettu useaan kertaan läpi ja suomennettu siltä osin, joka vastaa tutkimuskysymykseemme. Aineistoista etsimme tutkimuskysymykseemme vastaavia ilmaisuja, jotka pelkistimme mahdollisimman lyhyeen muotoon. Pelkistetyt ilmaisut jaottelimme teemoihin. Analyysissä esiin nousseista teemoista on johdettu otsikkotasoja, jotka ilmenevät tuloksissa. Sisällönanalyysi on esitelty tarkemmin taulukossa 3.

Pelkistys	Teema
Ohjaajan ammatillinen olemus, ohjaajan jatkuva koulutus, hoitajien kyky arvioida potilaan ymmärtämistä ja ohjauksen muistamista, antaa potilaalle tilaa kysyä kysymyksiä ja prosessoida toimenpiddettään, vuorovaikutustaidot, potilaan ymmärtäminen ja tukeminen, moniammatillisuus, jossa riittävästi yhteneväistä tietoa, mutta ei päällekkäisyyksiä; potilaan tarpeiden ja mieltymysten huomiointi	Ohjaajalta vaadittavat piirteet
Ohjauksen yhteneväisyys, ohjauksen johdonmukaisuus, yksilöllinen ohjaus, ohjauksen yksinkertaisuus, potilasohjauksen epäselvyys, ohjauksen ajoitus	Ohjauksen piirteet
Potilaan luottamuksen lisääntyminen hoitoon, potilaan hoitoon sitoutuminen, hoitomyönteisyyden lisääntyminen, potilaan ymmärrys omasta terveydestä, potilaan ymmärrys toimenpiteestä, potilaan voimaantuminen, tyytyväisyyden lisääntyminen, potilaan elämänhallinnan edistäminen, ahdistuksen ja pelon lievittäminen	Ohjauksen tavoitteet
Potilaan odotukset, kipu, ei-lääkkeelliset ja lääkkeelliset menetelmät, komplikaatiot, oireet, lääkitys, hoito, päivittäiset toiminnot, mobilisaatio, taloudelliset asiat leikkauksen jälkeen, elämäntapaohjaus, kotihoito-ohjeet	Ohjauksen sisältö
Preoperatiiviset luennot ohjauksen tukena, kirjallinen materiaali, eri ohjausmenetelmät, internet-pohjainen ohjausmateriaali, tarve uusille lähestymistavoille, kuvat kirjallisessa ohjauksessa, mahdollisuus puhelinyhteyteen, tukiryhmät, läheisten mukaanotto	Ohjauskeinot

TAULUKKO 3. Kuvaus sisällönanalyysistä.

5 TULOKSET

5.1 Ohjaajalta vaadittavat piirteet

Keräämämme aineiston mukaan ohjaajan tulee pystyä arvioimaan potilasohjauksen tarpeet jokaisen potilaan omien yksilöllisten tarpeiden mukaan. Reiter (2014) korostaakin, että hoitajien tulee käyttää kriittistä arviointikykyä arvioidessa potilaan ja heidän läheistensä persoonallisuustyyppejä. Persoonallisuuden lisäksi tulee ottaa huomioon myös potilaan sukupuoli ja esimerkiksi koulutustausta. Tutkimuksien mukaan yli 60-vuotiaat tarvitsevat nuoria enemmän ohjausta. Ohjauksen tarvetta lisäävät myös naissukupuoli ja pitkäaikainen työttömyys (Johansson 2006; Heikkinen, Leino-Kilpi, Hiltunen, Johansson, Rankinen, Virtanen & Salanterä 2007.) Heikkinen ym. (2007) lisää vielä, että aikaisemmin toimenpiteissä olleet potilaat sisäistävät saadun ohjauksen paremmin verrattuna potilaisiin, joilla ei ole aikaisempaa kokemusta leikkauksista.

Reiter'n (2014) mukaan ohjaajan tulee arvioida potilaan kykyä ymmärtää ja ottaa vastaan ohjausta sekä kuinka hän pystyy muistamaan ohjauksen. Ohjaustarpeen arvioinnissa tulisi hoitajan ottaa huomioon kuinka paljon potilas tarvitsee ohjausta. On hyvä ottaa selvää, kuinka paljon potilas tietää ennestään tulevasta toimenpiteestä ja toipumisajasta, jotka voivat vaikuttaa potilaan tiedontarpeeseen. Potilaan olemuksesta tulisi yrittää aistia kuinka paljon potilas haluaa tietää toimenpiteestään. Toisinaan esimerkiksi jännittävälle potilaalle on parempi antaa niukasti leikkausta edeltävää ohjausta ja keskittyä leikkauksen jälkeiseen ohjaukseen ja sen sisältöön (Johansson 2006.) Heikkinen (2011) korostaa, että potilaan tiedon tasoa tulisi käyttää potilasohjauksen perustana.

Johanssonin (2006) mukaan hoitajien tulee kouluttautua ja päivittää tietouttaan jatkuvasti. Hänen mukaan jo sairaanhoitajakoulutuksen aikana tulisi antaa enemmän huomiota potilasohjauksen opettamiselle, jotta hoitajat pystyisivät entistä paremmin arvioimaan potilaan ohjauksellisia tarpeita etukäteen. Näin hänen mukaansa potilasohjaustilannetta pystyttäisiin suunnittelemaan aikaisemmin ja ohjauksen toteutusta kehittämään paremmaksi. Saarela (2013) huomauttaa, että lisäkouluttautuminen on myös tärkeää, jotta sairaanhoitajalla on käytettävissä tuoreimmat tutkimustiedot aiheesta ja käytettävistä ohjausmeto-

deista. Hänen mukaansa myös riittävä työkokemus antaa paremmat valmiudet ohjaukselle. Riittävä koulutus ja työhön perehdyttäminen takaavat myös sen, että sairaanhoitaja itsessään tietää, miten potilaalle suoritettava toimenpide sisältää (Reiter 2014).

Ohjaajan tulee riittävän koulutuksen ja työkokemuksen lisäksi hallita hyvät vuorovaikutustaidot, ymmärrettävä artikulaatio ja äänenkäyttö (Hartley, Neubramder & Repede 2012). Olemukseltaan sairaanhoitajan tulee olla kannustava ja läsnä ohjaustilanteessa, jonka on tutkittu edistävän potilaiden muistamista ja ohjeiden toteuttamista toimenpiteen jälkeen (Reiter 2014). Sairaanhoitajan tulee luoda ohjaustilanteeseen luotettava ilmapiiri, jolloin potilas pystyy ja uskaltaa kysyä mieltä askarruttavia kysymyksiä (Hartley ym. 2012). Chetty, Cur, Ehlers & Litt et Phil (2009) korostaa, että sairaanhoitajan tulee antaa potilaalle enemmän aikaa kysyä kysymyksiä ja selventää mahdollisia lääketieteellisiä termejä ymmärrettävään muotoon. Ammatillisen olemuksen lisäksi sairaanhoitaja edustaa puolueettomuutta ja oman alansa asiantuntijuutta. (Hartley ym. 2012.)

5.2 Ohjauksen piirteet

Tutkimukset osoittavat, että yksi laadukkaan ohjauksen kulmakivistä on ohjauksen yksilöllisyys. Potilailla on erilaisia tarpeita ohjauksen suhteen esimerkiksi joku voi tarvita kannustusta ja toinen taas rauhoittelua. (Reiter 2014.) Johansson (2006) mukaan potilaan ikä, koulutusaste ja sukupuoli tulisi ottaa huomioon annettaessa yksilöllistä ohjausta. Yksilöllisen ja laadukkaan ohjauksen saaneet potilaat ovat huomattavasti tyytyväisempiä ja sitoutuvat hoitoonsa paremmin (Hartley ym. 2012). Toisaalta voidaan todeta, että kaikilla kirurgisilla potilailla on lähes samanklaiset tarpeet ohjauksen suhteen. Tämä voi kuitenkin aiheuttaa sen, että ohjausta ei aina koeta kokonaisvaltaisena, johdonmukaisena ja selvänä. (Johansson 2006.)

Laadukkaan ohjauksen tulee olla johdonmukaista ja yhteneväistä. Epäjohdonmukaisuus voi aiheuttaa huonon leikkausta edeltävän valmistautumisen ja huonon hoitoon sitoutumisen (Reiter 2014; Heikkinen ym 2007). Ohjaus voi tuntua epäjohdonmukaiselta ja hajanaiselta, jos potilas saa päällekkäistä ja eriävyyksiä sisältävää ohjausta eri tahoilta (Chetty ym 2009). Yhteneväisyys tulee myös huomioida potilaan ja läheisen saamassa

ohjauksessa. Vaikka läheisen ohjauksen tarpeet eroavatkin potilaan tarpeista. Läheistä tulisikin pitää voimavarana, sillä hän auttaa potilasta muistamaan saatua ohjausta, sekä ehkäisemään väärinymmärryksiä. (Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2014.)

Saarelman (2013) mukaan potilasohjauksen tulee olla systemaattista, tarkkaan suunniteltua ja kehitettyä. Sen tulee kattaa kaikki osa-alueet ja sillä tulee pyrkiä potilaan kokonaisvoimavaraistumiseen. Laadukas, kokonaisvaltainen ja voimavaraistava ohjaus sisältää kokemuksellisen, eettisen, taloudellisen, sosiaalisen, biofysiologisen ja toiminnallisen osa-alueen. Usein tarpeellisemmiksi koetaan biofysiologinen ja toiminnallinen osa-alue. Näiltä alueilta usein saadaankin ohjausta eniten. Vähäisempää ohjausta annetaan eettiseltä, kokemukselliselta ja taloudelliselta osa-alueelta. Jos ohjausta annetaan vain muutamalta osa-alueelta, ei se silloin ole kokonaisvaltaista ja potilas ei välttämättä pysty voimavaraistumaan. (Johansson 2006; Heikkinen ym. 2007.) Esimerkiksi taloudellisen osa-alueen käsittely ohjaustilanteissa jää usein vähäiseksi, vaikka potilaat ja läheiset kokevat sen erittäin tärkeäksi, jotta muuttuvaan tilanteeseen pystyy varautumaan (Eloranta ym. 2014; Hartley ym. 2012).

Tutkimukset osoittivat, että annetun ohjauksen ajankohdasta ei ole yhteneväistä tietoa. Johanssonin (2006) mukaan kaksi viikkoa ennen toimenpidettä annettu ohjaus on luultavimmin liian myöhään. Hartley ym. (2012) taas osoittaa tutkimuksessaan, että 1-2 viikkoa aikaisemmin annettu ohjaus olisi tehokkainta. Hän sanoo myös, että pidempi aika ohjauksesta leikkaukseen saa potilaat unohtamaan tärkeitä tietoja. Joka tapauksessa ajoitus tulisi huomioida, sillä se vähentää potilaan ahdistuneisuutta ja auttaa potilasta voimaantumaa. Liian aikaisin annettu ohjaus lisäsi potilaiden ahdistusta, niin kuin liian myöhäänkin annettu ohjaus. Potilaat toivovat, että olisi tarpeeksi aikaa valmistautua kotioloissa, esimerkiksi hankkia tarvittavia apuvälineitä. He toivovat myös, että tulevasta leikkauksesta aiheutuva huoli olisi mahdollisimman vähän aikaa läsnä. (Hartley ym. 2012; Johansson 2006.)

5.3 Ohjauksen tavoitteet

Laadukkaan ohjauksen tavoitteena on saada potilas luottamaan hoitoon, johon pyritään lisäämällä potilaan ymmärrystä tulevasta toimenpiteestä ja toipumisesta. Potilailla on

usein ennakkokäsityksiä ja –odotuksia selkäleikkauksesta, jotka hoitajan tulee ottaa selville määritelläkseen tavoitteet ohjaukselle. (Reiter 2014.) Elorannan ym. (2014) mukaan laadukkaan ohjauksen edellytyksenä on ottaa selville potilaan odotukset ja tarpeet ohjaukselle. Heikkinen ym. (2007) mukaan sairaanhoitajan tavoitteena on antaa potilaille tiedonhalua tyydyttävää odotuksia vastaavaa tietoa. Eloranta ym. (2014) toteaa, että onnistuneen ohjauksen on lisättävä potilaiden tietämystä hoitoon liittyvistä asioista. Laadukkaan ohjauksen edellytyksenä on myös vahvistaa potilaan sitoutumista hoitoon, jonka edellytykseksi vaaditaan ohjauksessa saatua riittävää tietoa toimenpiteestä (Hartley ym. 2012).

Reiter (2014) kuvaa selkäpotilaiden olevan hermostuneita ja ahdistuneita tulevasta toimenpiteestä. Ahdistus voi olla esteenä normaalille toipumiselle tai kivun kokemiselle (Hartley ym. 2012). Ahdistus ja pelko saattavat liittyä toipumiseen tai kotona selviytymiseen, joita pyritään mahdollisimman hyvin tukemaan ohjauksen avulla (Eloranta ym. 2014). Hartleyn ym. (2012) mukaan onnistuneella ja laadukkaalla ohjauksella on mahdollisuus vähentämään potilaan ahdistuksen ja pelon tuntemuksia sekä lievittämään kivun kokemusta.

Nykyaikana potilaan voimavaraistuminen on yksi keskeisimpiä ohjauksen tavoitteita. Saarelan (2013) mukaan kirurgisten potilaiden ohjauksen päämääränä on aina potilaan kokonaisvoimavaraistaminen. Hän kertoo, että sairaanhoitajan tulee valita ohjaukseen elementtejä, joita potilas juuri sen hetkisessä elämäntilanteessa tarvitsee voimavaraistukseen. Heikkinen (2011) toteaa, että potilaan voimavaraistumista voi tapahtua myös internet-pohjaisen ohjauksen avulla, joka on varmasti nykypäivänä lisääntyvä ohjausmuoto. Hän kertoo, että potilaat tarvitsevat kuitenkin voimaantuakseen internet-pohjaisen ohjauksen lisäksi myös kasvotusten käydyn ohjauksen. Potilaan voimaantumista voidaan tukea myös panostamalla läheisyhteistyön vahvistamiseen (Eloranta ym. 2014).

Potilaan voimavaraistumisella haetaan myös potilaan parempaa selviytymistä kotona. Ohjauksella pyritäänkin lisäämään sujuvuutta kotiutumiseen. Koko hoitoon sitoutumisen lisäksi tehokkaan ohjauksen saaneiden potilaiden on todettu tekevän enemmän kotiin annettuja harjoitteita. (Hartley ym. 2012.) Eloranta ym. (2014) määrittelee, että laadukkaalla ohjauksella tulee pystyä tukemaan potilasta valmistautumaan kotona leikkaukseen ja siitä kuntoutumiseen. Ja jotta potilasta voidaan tukea ohjauksen avulla, tulee ohjaus antaa ennen leikkausta eikä vasta leikkauksen jälkeen (Hartley ym. 2012).

5.4 Ohjauksen sisältö

Ohjauksen oikeanlaisella sisällöllä autetaan potilasta ymmärtämään elektiivinen selkäleikkaus prosessina ja toipumaan siitä. Kuten muukin ohjaus myös ohjauksen sisältö tulee suunnitella potilaan yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi. (Hartley ym. 2012.) Reiter (2014) mukaan ohjauksessa on tarkistettava potilaan odotukset ja mahdollisesti autetaan muodostamaan oikeanlaisia odotuksia tulevasta toimenpiteestä. Hän kertoo, että ohjauksessa tulee ottaa huomioon niin leikkausta edeltävä, leikkauksen aikainen kuin leikkauksen jälkeinenkin aika. Hän toteaa, että laadukkaassa ohjauksessa keskustellaan myös pitkän ajan odotuksista leikkauksen jälkeen.

Potilaan odotukset ja tiedon halu ohjaavat ohjausta ja sen sisältöä. Johansson (2006) kertoo, että potilaat usein odottavat saavansa tietoa komplikaatioista ja leikkauksen jälkeisistä oireista. Hän toteaa, että potilailla on monia huolia komplikaatioista ja toipumisprosessista, jonka takia heidän kiinnostuksensa ovat näillä alueilla. Hän kuitenkin huomauttaa, että komplikaatioista ja leikkauksen jälkeisistä oireista sekä mahdollisista lääkityksen muutoksista ja haavanhoidosta tulisi kertoa vasta potilaan ollessa vuodeosastolla. Heikkinen ym. (2007) on saanut tutkimuksellaan selville, että potilaat toivovat eniten tietoa komplikaatioista ja niiden ehkäisemisestä. Samalla kuitenkin he toteavat, että tuloksien mukaan potilaat saivat vähemmän tietoa haluamistaan asioista kuin he odottivat.

Reiter (2014) korostaa, että etenkin selkäpotilaille tulee ohjauksessa painottaa, että jokaisella toipumisprosessi on erilainen ja vaihtelut voivat olla suuriakin. Leikkausta edeltävän ohjauksen sisällön tulee auttaa potilasta valmistautumaan ja varautumaan tulevaan ja mahdollistaa turvallinen kotiutuminen leikkauksen jälkeen (Hartley ym. 2012). Ohjauksen myötä potilas voi hankkia tarvittavat apuvälineet ja sidetarpeet kotiin ennen leikkausta (Reiter 2014). Johansson (2006) toteaa potilaan tarvitsevan apua ostosten tekemisessä ja kodinhoidossa, jotka ovat myös hyvä järjestää ennen leikkaukseen menoa.

Tutkimusten tulokset osoittivat, että kivusta kertominen on yksi oleellisimpia asioita selkäpotilaiden ohjauksessa. Hartley ym. (2012) toteaa, että kipu ja kivun kokeminen vaikuttavat koko hoitoon. Potilaille tulisi painottaa, että kivun tulee olla oppaana toipumisprosessin läpi. Heidän tulee kuunnella kehoaan ja rajoittaa liikkumista, jos se tuottaa lii-

allista kipua. Usein kipulääkkeiden merkityksessä on virheellistä ymmärrystä, joka hoitajan tulisi korjata jo leikkausta edeltävässä ohjauksessa. Potilaille tulee painottaa, että leikkauksen jälkeen kipulääkitystä käytetään levossa ollessa eikä lääkityksellä tule sallia ja helpottaa aktiviteettien tekemistä. Potilaille tulee kertoa myös ei-lääkkeellisistä kivun hoidon menetelmistä, jotka ovat suuressa osassa kivun hoidossa. Ei-lääkkeellisiä menetelmiä ovat muun muassa kylmä- ja lämpöpussit, suihkutukset ja liikunta sallituissa rajoissa. (Reiter 2014.)

Johansson (2006) toteaa, että mobilisaatio on kivun hoidon lisäksi suuressa osassa selkäpotilaiden leikkausta edeltävässä ohjauksessa. Selkäpotilailla on leikkauksen jälkeen rajoitteita liikkumisessa, joita on hyvä käydä leikkausta edeltävässä ohjauksessa läpi. Selkäpotilailla on liikkumisrajoitteita esimerkiksi kumartumisessa, selän kierroksissa ja nostamisessa. Leikkausta edeltävän ohjauksen aikana on hyvä potilaan kanssa yhdessä harjoitella rajoitteiden luomia hankaluuksia päivittäisten toimintojen suorittamisessa, kuten sängystä nousemisesta ja sänkyyn menemisestä. Lääkäri määrittelee jokaiselle potilaalle yksilölliset rajoitteet ja ajan, kuinka kauan kutakin rajoitetta tulee noudattaa. (Reiter 2014.)

Kotiutumisohteet ovat tärkeässä osassa selkäpotilaan leikkausta edeltävää ohjausta. Kotiutumisohteet on hyvä antaa kirjallisena ja niiden tulisi sisältää muun muassa tietoa mahdollisista liikkumis- ja ruokavaliorajoituksista, lääkitys- ja haavanhoito-ohjeita sekä tietoa mahdollisista tulehdusoireista ja tapauksista, jolloin tulee ottaa yhteyttä lääkäriin tai potilasta hoitaneeseen yksikköön. (Reiter 2014.) Chetty ym. (2009) kertoo, että kotiutumisohteiden lisäksi potilaalle tulee antaa mukaan ohjeet, joiden avulla hän valmistautuu leikkaukseen kotona. Nykyään leikkauksia tehdään paljon LEIKO-menetelmällä, jossa potilas tulee leikkaukseen suoraan kotoa. Tämän takia leikkausvalmistelut täytyy ohjata potilaalle perusteellisesti. Chetty ym. (2009) mukaan ohjeiden tulee sisältää tietoa edellisen illan peseytymisestä ja mahdollisten kynsilakkojen ja meikkien poistamisesta, koti-lääkkeiden ottamisesta ja ravinnosta olosta.

Nykypäivänä ohjauksessa olisi tärkeä ottaa huomioon myös potilaan taloudellinen tilanne. Eloranta ym. (2014) kertoo potilaiden toivovan enemmän tietoa hoitojakson ja muun muassa lääkkeiden kustannuksista. Potilaat tarvitsevat tietoa, kuinka hoitaa taloudelliset asiat, kuten vakuutusasiat ja sosiaalietuudet, leikkauksen jälkeen. (Heikkinen ym. 2007) Hartley ym. (2012) mukaan potilaan olisi hyvä ehtiä ennakoimaan taloudellisissa

asioissa, koska potilaan työkyvyttömyys voi jatkua pitkään leikkauksen jälkeen. Hän toteaa, että potilaat tarvitsevat usein myös apua taloudellisten tukien hakemisessa.

5.5 Ohjauskeinot

Tavallisimmat ohjausmenetelmät ovat yksilöllinen suullinen ohjaus, kirjalliset materiaalit, harjoittelu ja demonstraatio. Ryhmäohjausta, videoita, internet-pohjaista tai muunlaista ohjausta käytetään harvemmin. Useimmiten kirjallista materiaalia käytetään joko yksinään tai yhdessä jonkun toisen menetelmän kanssa. (Johansson 2006.) Hartley ym. (2012) mukaan olisi tehokkainta käyttää eri menetelmiä yhdessä, jotta potilas pystyy säilyttämään saadun tiedon ohjauksesta. Oli ohjausmenetelmä mikä tahansa, hoitajan tulee antaa aikaa ja tilaa kysymyksille sekä varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saadun informaation. Mahdollisuus puhelinyhteyden tarvittaessa on tärkeä huomioida. (Reiter 2014.) Potilaiden ja läheisten ohjaustarpeet osoittavat, että uusille lähestymistavoille olisi tarvetta. Vaihtoehtoja uudelle lähestymistavalle voisi olla internet-pohjainen ohjaussivusto tai käsitekartta-menetelmä. Molemmista lähestymistavoista on saatu myönteisiä tuloksia. (Eloranta ym. 2014; Johansson 2006.)

Hartley ym. (2012) tutkimuksesta ilmenee, että monet potilaat toivoo internet-pohjaista ohjausta. Hän toteaa myös, että internet-pohjainen ohjaus suullisen ohjauksen tukena lisää potilaiden tyytyväisyyttä. Internet-pohjainen ohjaussivusto tulee rakentaa potilaan ja läheisten tarpeiden pohjalta. Potilaat ja läheiset voisivat hyödyntää internet-pohjaista ohjaussivustoa yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti, ajasta ja paikasta riippumatta. (Eloranta ym. 2014.) Heikkisen (2011) mukaan myös potilaiden tiedollinen taso ja tiedon riittävyys ovat paremmalla tasolla internet-pohjaisen ohjauksen jälkeen. Jos lähdetään kehittämään potilasohjausta internet-pohjaiseen suuntaan, tulisi kuitenkin huomioida potilaat ja omaiset jotka eivät käytä tietokonetta. (Eloranta ym. 2014.) Suunniteltaessa ohjaukseen käytettävää internet-pohjaista sivustoa, on tärkeää, että hoitajat ovat aktiivisesti mukana suunnittelussa ja ohjaavat sekä tukevat potilasta käyttämään internet-pohjaista ohjaussivustoa (Heikkinen 2011).

Internet-pohjainen potilasohjaus tukee potilaan voimavaraistumista. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan antama suullinen ohjaus on kuitenkin koettu hyväksyttävämmäksi kuin internet-pohjainen ohjaus. Toisinaan potilaat kuitenkin kokevat internet-pohjaisen

ohjauksen helppokäyttöiseksi ja miellyttäväksi. Internet-pohjaisen ohjauksen avulla pystytään myös puolittamaan organisaatiolle sairaanhoitajan antamasta suullisesta ohjauksesta aiheutuvat kustannukset. Kuitenkaan hoidosta aiheutuviin kustannuksiin näiden kahden edellä mainitun ohjausmenetelmän välillä ei ole eroa. Tutkimuksessa suositellaan vaihtoehtoiseksi menetelmäksi internet-pohjainen potilasohjausta, se ei ole täysin ongelmaton, ohjaussivuston kehittäminen vaatii tarkkaa suunnittelua ja lisää tutkimuksia aiheesta. (Heikkinen 2011.)

Hartleyn ym. (2012) mukaan ryhmäohjaus on kustannustehokasta. Ryhmäohjauksesta potilaat saavat vertaistukea. Potilaat arvostavat erilaisia tukiryhmiä. Siellä heidän on mahdollisuus tavata ihmisiä, jotka käyvät samanlaista tilannetta läpi. Ryhmäohjaus on ajallisesti tehokasta, mutta usein sopivan tilan löytäminen aiheuttaa ongelmia. Potilaat toivovat, että ryhmäohjaukseen saisivat osallistua heidän läheisensä. Läheisillä on tärkeä rooli ja heidän ansiosta potilas pystyy muistamaan saadut ohjeet paremmin. Lisäksi läheisiltä saa henkistä tukea. Tutkimusten mukaan ryhmäohjausta kuitenkin käytetään harvemmin ohjausmuotona. (Johansson 2006; Hartley ym. 2012.)

Potilaat haluavat usein yksilöohjausta. Esimerkiksi ryhmäohjausta saaneet potilaat halusivat fysioterapeutin antaman ohjauksen yksilöohjauksena. Yksilöohjauksessa pidetään tärkeänä kysymyksille varattua aikaa ja sen riittävyyttä. Niin kuin ryhmäohjauksessa, myös yksilöohjauksessa perheenjäsenen tai läheisen mukana olo on tärkeää, samoista syistä. (Hartley ym. 2012.) Yksilöohjauksessa potilas usein saa suullisen ohjauksen ja kirjallisen materiaalin. Voidaan kuitenkin todeta, että kirjallisessa materiaalissa on usein puutteita, tieto ei ole välttämättä potilaan ymmärrettävissä. Potilaat toivovat myös kuullisia ohjeita, sillä se helpottaa potilaan ymmärtämistä. (Johansson 2006; Hartley 2012)

Johanssonin (2006) tutkimus osoitti, että monesti kirjallinen materiaali oli vaikeasti luettavaa ja ymmärrettävää. Vaikka hänen tutkimuksensa osoitti, että materiaalit olivat rakenteeltaan ja ulkonäön kannalta tavallisia, mutta niistä puuttuivat käytännölliset esimerkit. Onkin syytä kiinnittää huomiota ohjauksessa annetun tiedon määrään ja sisältöön, sekä ohjaus tapaan ja yksilöllisyyteen (Hartley ym. 2012).

Tiedetään, että onnistuneella ja laadukkaalla potilasohjauksella pystytään parantamaan potilaan tietämystä hoitoon liittyvistä asioista ja mm. lyhentämään sairaalassaoloaikaa.

Tutkimuksista kuitenkin ilmenee, että ohjaus ei useinkaan vastaa potilaan odotuksia (Elo-ranta ym. 2014). Joskus potilasohjaus on ongelmallista, sillä tarpeet vaihtelevat suuresti. Lisäksi selkäleikkaukseen tulevan potilaan ohjauksesta ennen leikkausta on rajallinen määrä tutkimuksia. Tulevaisuudessa olisi toivottavaa saada tarkempia tutkimuksia selkäleikkaukseen tulevan potilaan ohjauksesta. (Johansson 2006; Hartley ym 2012.)

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprosessimme alkoi aihevalinnalla ja sen hyväksymisellä kevätlukukauden 2016 alussa. Aiheemme valitsimme koulun järjestämässä aihevalintaseminaarissa, jossa esiteltiin usean eri tahon tarjolla olevia opinnäytetyöaiheita. Opinnäytetyömme aihe valikoitui Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tarjoamista aiheista. Kiinnostavan aiheen saatuaamme kävimme opinnäytetyömme ohjaajan ja työelämäyhteyshenkilöiden kanssa työelämäpalaverin, jossa opinnäytetyömme aihetta ja työelämäyhteyden toivetta aiheesta täsmennettiin. Opinnäytetyömme työelämäyhteytenä toimi Tampereen yliopistollisen keskussairaalan TULES-poliklinikka.

Varsinaisen työn aloitimme kevään 2016 aikana, jolloin teimme aiheestamme kirjallisuushaun, jonka avulla muodostimme käytettäviä hakusanoja ja tutustuimme aiheeseemme. Toukokuussa 2016 olimme koonneet opinnäytetyömme suunnitelman valmiiksi, joka lähetettiin yhdessä tutkimuslupahakemuksen kanssa työelämäyhteysellemme. Saman kuun aikana saimme myöntävän tutkimuslupapäätöksen. Varsinaisen opinnäytetyömme aloitimme elokuussa 2016 ja tämä työvaihe kesti aina maaliskuun 2017 alkupuolelle saakka.

Toteutimme opinnäytetyömme kuvailevana kirjallisuuskatsauksena työelämäyhteytemme toivomuksesta. Leino-Kilpi (2007, 2) toteaa, että tutkittavasta aiheesta tulee olla jonkin verran aikaisemmin tutkittua tietoa, jotta kirjallisuuskatsauksen pystyy toteuttamaan. Ensimmäisen kirjallisuushakumme kohdalla huomasimme, että alkuperäiseen aiheeseemme, joka käsitteli enimmäkseen selkäpotilaan ohjauksen oikea-aikaisuutta, ei tule löytymään aikaisemmin tutkittua tietoa. Yhteistyössä työelämäyhteytemme kanssa laajensimme aiheitamme parempien tutkimustulosten toivossa.

Viralliset kirjallisuushaun toteutimme syys- ja lokakuussa 2016. Aineiston hankinta ja sen analysointi olivat opinnäytetyöprosessin aikaa vievin osuus. Kirjallisuushaussa käytimme useaan otteeseen apunamme Tampereen ammattikorkeakoulun tarjoamaa tiedonhaun oh-

jausta. Yhdessä informaattikon kanssa löysimme työllemme oikeanlaiset hakusanat, joiden avulla löysimme opinnäytetyötä varten luotettavan aineiston. Valittu aineistomme oli pääosin englanninkielistä, joten sen analysointi vaati paljon aikaa.

Opinnäytetyöprosessimme oli vaikea lukuisine haasteineen. Opinnäytetyön tekijät opiskelivat eri hoitotyön suuntautumisvaihtoehtoissa, joka loi yhteisten aikataulujen sovittamiseen haasteita. Tekijöiden kokemattomuus tuli esille myös useaan otteeseen opinnäytetyöprosessin aikana ja vaikutti suuresti prosessin kokonaisuuden hallitsemiseen. Opinnäytetyöprosessimme aikana olemme kuluttaneet kohtuuttoman ajan lukien erilaisia tutkimusmenetelmiä käsitteleviä kirjoja. Pidimme kuitenkin opinnäytetyöprosessia hyvänä harjoituksena esimerkiksi mahdollisen jatkokouluttautumisen kannalta.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, mikäli halutaan, että tuloksia pidetään uskottavina ja itse tutkimusta pidetään eettisesti hyväksyttävänä. Yksittäisten tutkimusten etiikka on koko tiedeyhteisön yhteinen asia, eikä pelkästään yksittäisen tutkijan. Uskottavuus ja tutkijan tekemät eettiset ratkaisut kulkevatkin rinnatusten. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää rehellisyyttä koko tutkimusprosessissa. Tutkimuksessa käytetty metodi on avoin, lähdemateriaali tulee olla kriittisesti tarkasteltavissa ja lähdemateriaaliin tehdyt viittaukset ovat asianmukaiset. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastuu on jokaisella tutkimuksen tekijällä, mutta myös tutkimusyksikön, tai –ryhmän johtajalla. (Tuomi 2007, 143, 148; Tutkimuseettinen lautakunta 2012, 6.)

Tämän opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, eikä näin ollen sisältänyt haastatteluja tai minkään näköistä suhdetta tutkittaviin. Metodina kirjallisuuskatsauksesta voidaan sanoa, että se on tutkimusta aiemmin tutkitusta tiedosta. Aineistosta saadut tulokset kootaan yhteen ja ne ovat uusille tutkimustuloksille perustana. Eettiset periaatteet toteutuvat kirjallisuuskatsauksessa, kun tutkimuskirjallisuuteen perustuvassa kirjallisuuskatsauksessa täsmällisyys ja toistettavuus toteutuvat. (Salminen 2011,4-5.)

Koska virheiden välttämiseen pyritään kaikessa tutkimustoiminnassa, on tärkeää arvioida yksittäisen tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuudesta ja siihen liittyvistä kysymyk-

sistä löytyy erilaisia käsityksiä, joka selittyy sillä, että on olemassa varsin erilaisia tutkimusperinteitä. Eri tutkimusoppaat painottavat erilaisia asioita luotettavuustarkastelun osalta. Tutkimusta tulee arvioida kokonaisuutena huomioiden sen sisäisen johdonmukaisuuden eli koherenssin. (Tuomi 2007, 149-151.)

Tulosten luotettavuutta tulee arvioida kriittisesti opinnäytetyössä. Tätä työtä on tehty hyvän tieteellisen käytännön ohjeita noudattaen. Työssä on pyritty antamaan tarkka kuvaus aineiston valinnasta ja miten tutkimustulokset on saatu. Rehellisyyttä, vilpittömyyttä ja avoimuutta on noudatettu opinnäytetyöprosessin aikana. Viittaukset on tehty asianmukaisesti ja alkuperäisen tutkimuksen tekijää on pyritty kunnioittamaan. Näytön asteen arvioinnin mukaan aineiston analyysiin valittu aineisto on pääosin tasokasta ja kelvollista. Aineisto koostui enimmäkseen kansainvälisistä tutkimusartikkeleista. Tässä opinnäytetyössä on kuvattu mahdollisimman avoimesti haku- ja valintaprosessi. Tutkimukseen valikoitunut aineisto on melko tuoretta, kuitenkin korkeintaan 10 vuotta vanhaa. Tällä voidaan taata, että tuloksia voidaan verrata nykyhetkeen.

Pääosin opinnäytetyössä käytetty aineisto oli englanninkielistä. Tätä voidaan pitää luotettavuutta heikentävänä tekijänä, sillä opinnäytetyön tekijöiden äidinkielenä on suomi, joten mahdollisuus käännösvirheille on olemassa. Toisaalta kansainvälistä aineistoa voidaan pitää luotettavuutta nostavana tekijänä. Eri maissa on kuitenkin eroja terveydenhuollon organisoinnissa ja kulttuuri voi vaikuttaa ihmisen tarpeisiin ja kokemuksiin. Aineistoon valikoitujen artikkeleiden tulokset olivat melko samansuuntaisia keskenään, joten niitä voidaan myös osaltaan hyödyntää Suomessa. Kirjallisuushaku rajoittui aineistoihin, jotka olivat saatavilla koko tekstinä joko Tampereen ammattikorkeakoulun tai Tampereen yliopiston tietokannoista. On siis mahdollista, että relevanttejakin tutkimuksia on jäänyt aineiston ulkopuolelle. Opinnäytetyömme aiheeseen sopivaa aineistoa on saatavilla rajallisesti. Keräämästämme aineistosta kävi myös ilmi, että aihetta on tutkittu toistaiseksi varsin niukasti.

6.3 Tulosten tarkastelu ja kehittämis ehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata elektiivisen selkäpotilaan ohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyöhön valikoitui kahdeksan väitöskirjaa tai tutki-

musartikkeliä, jotka olivat pääosin kansainvälisiä. Niukan selkäpotilaisiin liittyvän otoksen takia suurin osa valituista tutkimuksista ja artikkeleista käsitteli ortopedisten potilaiden ohjausta. Ortopediaan liittyvissä tutkimuksissa huomioimme kuitenkin sen, että tutkimuksien tuloksia voidaan verrata myös selkäpotilaiden ohjaukseen. Johansson (2006) toteaa tutkimuksessaan, että kaikilla kirurgisilla potilailla on pääsääntöisesti samanlaiset ohjaustarpeet. Tutkimuksia valittaessa otimme huomioon, että tutkimus ei ollut kohdennettu tiettyyn ortopedian potilaaseen, jotta tuloksia voitiin käyttää myös muiden ortopedisten sekä selkäpotilaiden ohjauksen kehittämisessä.

Saadun aineiston pohjalta olemme tyytyväisiä tuloksiimme, vaikka valittu aineisto ei täysin vastaa tutkimuskysymyksessämme olevaa selkäpotilasta. Valittu aineisto antoi kuitenkin yhdenmukaisia tuloksia toisiinsa nähden, joten pidimme niiden käyttöä relevantteina kirjallisuuskatsauksessamme. Olisimme toivoneet löytävämme aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia keskittyen juuri selkäpotilaiden ohjaukseen. Niin kuin useammassa aineistoomme valitussa kansainvälisessä tutkimuksessa kerrottiin, selkäpotilaiden ohjausta ja siihen vaikuttavia tekijöitä ei ole tutkittu juurikaan kansainvälisellä tasolla.

Tulosten mukaan nykypäivän hoitotyössä laadukkaan potilasohjauksen tulee olla potilaslähtöistä ja jokaisen tarpeita ajatellen muokattua. Hartley ym. (2012) toteaa, että potilaat haluavat ohjausta, joka vastaa heidän omia tarpeitaan ja mieltymyksiään. Hoitajien tulee arvioida kriittisesti, kuinka potilaat oppivat ja ymmärtävät ohjauksen sisällön (Reiter 2014). Johanssonin (2006) mukaan potilaille annetaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa ja kannustetaan ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Ohjauksessa tulee huomioida potilaan taustat. Esimerkiksi potilaan ikä, sukupuoli tai koulutustausta voivat vaikuttaa ohjauksen vastaanottamiskykyyn. (Johansson 2006.)

Selkäpotilaiden ohjauksen tarkoituksena on saada potilas ymmärtämään koko selkäleikkausprosessi toipumisvaihe mukaan lukien (Hartley ym. 2012). Tulosten mukaan voidaan todeta, että ohjauksen yhteneväisyyteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Kun kaikki potilaan hoitoon osallistuvat antavat sisällöltään samaa ohjausta koko potilaan hoitojakson ajan, on potilaan helpompi sisäistää ohjaus ja toteuttaa annettuja ohjeita. Näin leikkausta edeltävästä ohjauksesta saadaan osa kokonaisvaltaista hoitoa. (Reiter 2014.) On todettu, että leikkauksen edeltävän ohjauksen saaneet potilaat ovat motivoituneempia toteuttamaan leikkauksen jälkeisiä harjoitteita (Hartley ym. 2012). Eloranta ym. (2014) to-

teaa laadukkaan leikkausta edeltävän ohjauksen antavan paremmat mahdollisuudet potilaan valmistautua tulevaan leikkaukseen ja näin myös lyhentämään leikkauksen jälkeistä sairaalassaoloaikaa.

Jotta ohjauksesta saadaan kokonaisvaltaista ja potilaslähtöistä tulee ottaa huomioon kaikki ohjauksen alueet. Potilaalle tulee antaa tietoa sen verran kuin hän itse pystyy vastaanottamaan sekä painottaa ohjaus niille alueille, joista potilas lisätietoa haluaa. Tulosten mukaan suurin ohjauksellinen tarve oli oireiden ja komplikaatioiden tunnistamisen, kivunhoidon ja terveyden ennusteen alueilla. (Reiter 2014; Johansson 2006.) Chetty ym. (2009) toteavat, että potilaat toivovat hoitajien selittävän heille hoidossaan käytettäviä lääketieteellisiä termejä. Hän myös korostaa, että hoitajien tulee antaa aikaa potilaille kysyä mieltä askarruttavia kysymyksiä hoidostaan.

Kun halutaan potilasohjauksen olevan laadukasta, täytyy ohjauksessa käyttää monia eri keinoja, jotta ohjauksesta tulisi mahdollisimman yksilöityä. Yksi hyvistä vaihtoehtoista tulevaisuuden hoitotyöhön olisi internet-pohjaisen ohjaussivuston kehittäminen. Sivuston avulla potilas ja hänen läheisensä voi tutustua ohjausmateriaaliin ajasta ja paikasta riippumatta. Internet-pohjaisen ohjaussivuston avulla potilaan olisi helppo palauttaa mieleen asioita. Varsinkin, jos ohjauskeskustelun ja tulevan leikkauksen välillä on pitkä aika. Internet-pohjaisen ohjauksen kehittäminen vaatii kuitenkin resursseja ja paneutumista asiaan sekä toisinaan myös lisää tutkimustietoa.

Kuten tulokset osoittivat, että aikaisemmin tutkittua tietoa on varsin vähän. Jotta selkäpotilaan ohjauksen laatua voitaisiin tulevaisuudessa kehittää, tarvitaan aiheesta lisää tutkimustietoa, joka huomioi nimenomaan selkäpotilaan tarpeet. Tulevissa tutkimuksissa olisi syytä huomioida läheisten ohjaustarve ja heidän aktiivinen mukaan ottaminen tarkemmin. Läheistä tulee pitää voimavarana, sillä he auttavat usein potilasta muistamaan tärkeitä asioita ja välttämään väärinymmärryksiä. Mitä suuremmalla todennäköisyydellä selkäpotilaan ohjauksen kehittäminen tulee olemaan haastavaa, sillä jokainen potilas on yksilö omine tarpeineen. Uudetkaan ohjauskeinot tai tavat eivät tule välttämättä vastaamaan kaikkien potilaiden tarpeisiin. Siksi yksilöllisyyttä tuleekin tulevaisuudessa korostaa yhä enemmän.

LÄHTEET

- Alaselkäkipu. 2015. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 5.4.2016. <http://kaypahoito.fi>
- Arifulla, D. 2012. Kirurgisten potilasohjeiden laatu ja valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.) 2015. Fysioterapia. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. 2011. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. Porvoo: WSOY.
- Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. (toim.) 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset –Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. A:51/2007. Turku: Digipaino – Turun yliopisto. 3-9.
- Kallio, A., Korte, R., Lukkari, L. & Rajamäki, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. painos. Porvoo: WSOY.
- Kangasniemi, M., Utrikainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede. 25(4), 291-301.
- Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kohvakka, H. 2013. Kipupotilaan hoitomallin kehittäminen yleissairaalapsykiatrian osastolla. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Komulainen, J., Honkanen, M., Malmivaara, A. & Sipilä, R. (toim.) 2012. Hoitosuositusryhmien käsikirja. Käypähoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki: Duodecim

- Koivuranta-Vaara, P. (toim.) 2011. Terveysthuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. 1. painos. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Kruzik, N. 2009. Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. *AORN Journal*. 90(3), 381-387.
- Kyrö, A. 2013. Tupakoinnista vieroittaminen ortopedisilla ja traumatologisilla potilailla. Viimeisin muutos 21.9.2013. Artikkel. Lääkärin käsikirja.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu : Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede*. 18(1), 37-45.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Leikkausta edeltävä arviointi. 2014. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 31.3.2016. <http://www.kaypahoito.fi>
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. A:51/2007. Turku: Digipaino. 2.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Hoitotiede. Väitöskirja.
- Lipponen, K., Kanste, K., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaali- lääketieteellinen aikakauslehti*. 45, 121-135.
- Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.
- Malmivaara, A. 2012. Perioperatiivisen (leikkausta ennen ja leikkauksen jälkeen annetun) fysioterapian ja ohjeiden vaikuttavuus lonkan tekonivelleikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen. Näytönastekatsaukset. Suomalainen lääkärisseura Duodecim.
- Montin, L. (toim.). 2008. Potilasohjauksen lähtökohdat. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.
- Mäkinen, R. & Erhola, M. 2016. Tupakoinnin lopettaminen. Viimeisin muutos 21.8.2016. Artikkel. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Luettu 29.9.2016. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01103&p_haku=tupakoinnin%20lopettaminen
- Mustajoki, P. 2006. Lihava potilas lääkärin vastaanotolla. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 112(10), 1256-1260.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. A:73/2016. Turku: Juvenes Print. 23-34.

Oshodi, T. 2007. The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 1. British Journal Of Nursing. 16(12), 706-710.

Pihlajaniemi, T. 2010. Tiedosta tukea akuuttiin selkäkipuun –projekti. Työterveyslääkäri-lehti. 28(4), 89-93.

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) 2010. Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. 1. painos. WSOY Pro Oy: Helsinki.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu- tutkielma.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisojohtaminen 4. Vaasan yliopisto.

Selkäkipu. 2015. TAYS. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 16.12.2015. Luettu 23.5.2016. http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Tuki_ja_liikuntaelinsairaudet/Ortopedia_ja_traumatologia/Selkakipu

Selkäpotilaan hyvän hoidon malli. 2012. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Hoitoketjut. Luettu 16.9.2016. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=snp00998&p_haku=hoidonohjaus%20selk%C3%A4

Spalding, NJ. 2004. Preoperative education: empowering patients with confidence. International Journal of Therapy and Rehabilitation. 11(4), 147-153.

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. A:51/2007. Turku: Digipaino. 58-70.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. A:73/2016. Turku: Juvenes Print. 7-22.

Tola, S. & Matikainen, E. 2008. Facultas. Toimintakyvyn arviointi: Alaselkä- ja niskasairaudet- krooninen kipu- mielialahäiriöt- suuret nivelet. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Työeläkevakuuttaja TELA.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. 1.-2. painos. Jyväskylä: Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 9.2.2017. www.tenk.fi

Voutilainein, A. 2010. Voimavarylähtöinen potilasohjaus. Kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro-gradu- tutkielma.

Vuori, I. & Aalto, R. n.d. Alaselänkipu (epäspesifinen). Luettu 12.9.2016. http://www.potilaanlaakarilehti.fi/liikuntalaake/main.html#page=diag&id=ID_003_2

LIITTEET

Liite 1. Valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, tutkimuksen nimi ja julkaisupaikka- ja vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset	Laadun arvioinnin pisteytys
Chetty, C., Cur, M., Ehlers, VJ. & Litt et Phil, D. Orthopaedic patients perceptions about their pre-operative information Curationis 2009(32); 55-60 2009	Tarkoituksena tutkia potilaiden käsityksiä ennen leikkausta saaduista tiedoista.	Kuvaileva ja kvantitatiivinen tutkimus, jossa 50 ortopedistä potilasta haastateltiin leikkausta edeltävää ohjausta koskien. Tulokset strukturoidusta haastattelusta koodattiin ja määriteltiin. Avoimissa kysymyksissä vastaukset ryhmiteltiin ja määriteltiin.	Leikkausaamuna annettu ohjaus on jo liian myöhään. Potilaat haluavat käytännön tietoja, kuten leikkaukseen mennessä meikittömyys ja virtsarakon tyhjennys. Tulokset osoittivat, että suullinen ohjaus on vaikutuksellisin. Potilaat haluaisivat enemmän mahdollisuuksia kysyä heitä mietittyjä kysymyksiä. Tulokset osoittivat, että leikkauksen jälkeisestä kivusta oli kerrottu vain puolelle potilaista. Kivun hoito on kuitenkin tärkeä osa kirurgisen potilaan hoitoa ja siitä tulee kertoa jokaiselle potilaalle jo ennen leikkausta.	KELVOLLINEN B
Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana	Tarkoituksena kuvailla ja vertailla voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä ortopedisten leikkauspotilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana.	Aineisto kerättiin strukturoidulla Sairaalapotilaan tiedon saanti – mittarilla ortopedisilta leikkauspotilailta (n= 207), heidän läheisiltään (n=177) ja hoitajilta	Tulokset olivat jaoteltu kuuteen eri ulottuvuuteen. Potilaat kokivat tärkeimmäksi osa-alueeksi biofysiologisen ulottuvuuden ja haluavat tietoa eri hoitovaihtoehdoista.	TASOKAS B

Tutkiva hoitotyö 2015(13); 13-23 2014		(n=43). Aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä	Taloudellista ulottuvuutta käsiteltiin kaikkien tutkimuksen osapuolien mukaan heikoiden. Tärkeänä huomiona tuloksissa nostettiin läheisten aktiivinen hoitoon mukaan ottaminen sekä läheisyhteistyön vahvistaminen.	
Hartley, M., Neubrandner, J. & Repede, E. Evidence-based spine preoperative education International Journal of Orthopaedic & Trauma Nursing 2012(16);65-75 2012	Tarkoituksena tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa potilaalle annettavasta leikkausta edeltävästä ohjauksesta, kun potilas on tulossa suunniteltuun selkäleikkaukseen.	Kirjallisuuskatsaus, 37 valittua artikkelia.	Preoperatiivinen ohjaus auttaa potilasta ymmärtämään elektivistä selkäleikkausprosessia ja toipumista siitä. Riittävän ajoissa saatu ohjaus on voimavaraistava ja antaa potilaalle enemmän aikaa kerätä voimaa ja harkita vaihtoehtoja. Potilaan ohjaukseen voidaan vaikuttaa ohjauksen sisältämällä tiedon määrällä ja erilaisilla ohjaus metodeilla. Ohjaustilanne sekä ohjauksen sisältö tulee määritellä potilaan tarpeita vastaavaksi.	KELVOLLINEN B
Heikkinen, K. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients Turun yliopisto 2011	Tarkoituksena olisi kehittää tiedollista voimavaraistumista tukeva internetperustainen potilasohjausohjelma sekä arvioida sitä.	1.vaihe 120 päiväkirurgista ortopedista potilasta 2.vaihe randomoitu koeryhmä (n=72) ja kontrolliryhmä (n=75) Aineisto kerättiin strukturoitujen mittareiden avulla ja tulokset analysoitiin tilastollisesti.	Internet-perustaista tiedollisesti voimavaraistumista tukevaa potilasohjausmenetelmää suositellaan vaihtoehtoiseksi menetelmäksi ortopedisen päiväkirurgisen potilaan ohjauksessa.	KELVOLLINEN B

<p>Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S.</p> <p>Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge</p> <p>Journal of Advanced Nursing 2007(60);270-278</p> <p>2007</p>	<p>Tarkoituksena oli verrata ortopedisten päiväkirurgisten potilaiden tietoa odotuksista ennen ohjauskäyntiä.</p>	<p>Kyselylomake, johon vastasi 113 ortopedistä potilasta. Yli puolet vastaajista naisia. Osallistujien iän keskiarvo 45-85 vuotta.</p>	<p>Potilaat haluavat ohjauksessa tietoa komplikaatioista ja niiden ehkäisystä sekä fyysisestä toimintakyvystä.</p> <p>Potilaat tarvitsisivat enemmän tietoutta taloudellisista asioista leikkauksen jälkeen.</p> <p>Potilaan ikä ja koulutustaso vaikuttavat ohjauksen vastaanottavuuteen.</p>	<p>KELVOLLINEN B</p>
<p>Johansson, K.</p> <p>Empowering orthopaedic patients through education</p> <p>Väitöskirja, Turun yliopisto</p> <p>2006</p>	<p>Tarkoitus analysoida mitä tiedonalueita potilaat pitivät tärkeimpinä tietää selviytyäkseen leikkaukseensa liittyvistä tilanteista. Tarkoitus arvioida millaista ortopedisten potilaiden nykykäytännön mukainen ohjaus on laadultaan. Tarkoituksena oli laatia ja testata ortopedisen potilaan voimavaraistumista tukeva ohjausinterventio.</p>	<p>1.vaihe: kyselytutkimus jossa 212 ortopedista potilasta 17 eri sairaalasta, 22 eri osastolta ympäri Suomea. Samat potilaat (n=144) vastasivat uudelleen samaan kyselyyn kotiutumisen jälkeen</p> <p>2. vaihe: tarkasteltiin potilaiden perioperatiivista ohjausta 146 potilaan ja 56 hoitajan käsityksien mukaan sekä analysoitiin 25 kirjallista ortopedian potilasohjetta</p> <p>3.vaihe: voimavaraistumista tukeva ohjausohjelma jota testattiin 123 potilaalla</p> <p>Eri vaiheiden aineistot kerättiin strukturoiduilla lomakkeilla ja analysoitiin tilastollisesti</p>	<p>On mahdollista tukea potilaan tiedollista voimavaraistumista hoitotyön keinoin. Potilaat pitivät eniten tärkeänä tietoa komplikaatioista ja oireista ja vähiten tärkeänä tietoa yhteisöllisistä asioista. Potilaat pitivät omaa tietämystään riittämättömänä hoitoon liittyvissä asioissa. Ohjausmenetelmät ja –sisällöt ovat olleet epäsystemaattisia. Käsitekartta-menettelmaa käyttämällä pystyttiin lisäämään potilaan voimavaraistumista ja tietämystä.</p>	<p>TASOKAS B</p>

Reiter, K. A Look at Best Practices for Patient Education in Outpatient Spine Surgery AORN Journal 2014(99); 376-384 2014	Kuvaa päiväkirurgisen selkäpotilaan ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä.	Artikkeli	<p>Hoitohenkilökunnan tulee antaa potilaille yhteneväistä ohjausta. Ohjauksen tulee olla jokaiselle potilaalle yksilöityä.</p> <p>Kotihoito-ohjeiden merkitys korostuu päiväkirurgisten potilaiden hoidossa.</p> <p>Kipu on suuressa roolissa toipumisessa. Kivunhallinnan eri menetelmiä tulee korostaa ohjauksessa.</p> <p>Läheiset tulee ottaa aktiivisemmin mukaan selkäpotilaiden hoitoon.</p>	KELVOLLINEN B
Saarela, K. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana Pro Gradu –tutkielma, Tampereen yliopisto 2013	Tarkoituksena kuvata kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoidajan näkökulmasta.	Asiantuntijasairaanhoidajien (n=16) laatimat esseekirjoitelmat. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	<p>Potilasta tulee pyrkiä kokonaisvoimavaraistamaan ohjauksella. Voimavaraistamiseen liittyy niin konkreettisten, henkisten, sosiaalisten kuin tiedollistenkin voimavarojen huomioonottaminen ja turvaaminen.</p> <p>Asiantuntijasairaanhoidajan tulee hallita kaikki potilaan ohjauksessa vaadittavat osa-alueet.</p> <p>Kirurgiset potilaat tarvitsevat kokonaisvaltaista ohjausta jokaiselta osa-alueelta.</p>	KELVOLLINEN C