

Anna-Kristiina Isoviita

LAADUKAS LONKKAMURTUMAPOTILAAN OHJAUS
– POTILAIDEN NÄKÖKULMA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2009

LAADUKAS LONKKAMURTUMAPOTILAAN OHJAUS – POTILAIDEN NÄKÖKULMA

Isoviita, Anna-Kristiina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu 2009
Kanerva, Anne-Maria, TtT
YKL: 59.21
Sivumäärä: 67

Asiasanat: lonkka, murtumat, potilaat, ohjaus, laatu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, mitä laadukas lonkkamurtumapotilaan ohjaus on potilaiden käsityksien mukaan Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta voidaan kuvata, mitkä tekijät vaikuttavat lonkkamurtumapotilaan ohjauksen onnistumiseen, mikä on lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena, mikä on potilaan ja omaisen rooli laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa ja miten lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhdetta voidaan kuvata potilaan näkökulmasta.

Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka on kehitetty Satakunnan ammattikorkeakoulun ja Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteisessä tutkimusprojektissa. Aineisto kerättiin potilailta strukturoidulla haastattelulla käyttäen tätä kyselylomaketta, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä. Tutkimukseen haastateltiin 30 päivystyksenä leikattua lonkkamurtumapotilasta. Aineisto kerättiin vuoden 2008 maaliskuun ja marraskuun välisenä aikana Satakunnan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastoilla. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti.

Tutkimustulokset osoittivat, että laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta voidaan kuvata kaikkien vastaajien mukaan sellaiseksi, että siinä keskitytään potilaan hoidon kannalta keskeisiin asioihin ja potilaalla on mahdollisuus kysyä haluamista asioista ohjauksen aikana. Vastaajien mukaan laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta antava ohjaaja hallitsee ohjattavan asian. Lonkkamurtumapotilaan ohjauksen onnistumiseen vastaajat ilmoittivat vaikuttavan ohjaajan vuorovaikutustaitojen, ammattitaidon ja persoonallisuuden. Lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena on potilaiden käsityksen mukaan tukea potilaan omatoimisuuden lisääntymistä ja itsenäistä selviytymistä. Potilaan ja omaisen roolia laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa potilaat kuvasivat vastauksissaan siten, että potilaalla ja potilaan omaisilla on oikeus saada ohjausta. Lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhteeseen kuuluu potilaiden mukaan molemminpuolinen luottamus sekä potilaan ihmisarvon ja vakaumuksen kunnioittaminen.

Tämä opinnäytetyö on osa laajempaa tutkimusprojektia. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää lonkkamurtumapotilaan ohjauksen kehittämisessä Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella.

HIGH-QUALITY GUIDANCE FOR PATIENTS WITH HIP FRACTURE

- PATIENTS' VIEW

Isoviita, Anna-Kristiina
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
January 2009
Kanerva, Anne-Maria, PhD
PCL: 59.21
Number of Pages: 67

Key words: hip fracture, patient, guidance, quality

The purpose of this thesis was to determine what patients saw as high-quality guidance for hip fracture patients in the Satakunta Hospital District. The purpose of the research was to determine how high-quality guidance for hip fracture patients could be described; which factors affect the success of the guidance; what is the goal of the guidance; what are the roles of the patient and their family members in the guidance of hip fracture patients; and how the relationship between the hip fracture patient and the nursing staff could be described from the patient's point of view.

A structured questionnaire form was used in the study. The form was developed for Satakunta University of Applied Sciences and Satakunta Hospital District's joint research project. The data was collected from the patients via structured interviews, with the help of this questionnaire form which also contained open questions. 30 hip fracture patients were interviewed for the study; all of them had been operated on in the emergency room. The data was collected between March and November in 2008 in the special health care and basic health care units of the Satakunta Hospital District. The research data was analyzed statistically.

The results of the study show that all interviewees felt that high-quality guidance for hip fracture patients focuses on matters that are essential to the patient's treatment, and that the patient has the opportunity to ask questions during guidance. The patients felt that the instructor in charge of the guidance for patients with hip fracture must have expertise in the matter they guide the patients on. The patients thought that the instructor's interaction skills, professionalism and personality affected the success of the guidance. According to the patients, the goal of the guidance is to support the patients' initiative and independence. As for the role of the patient and their family members in the high-quality guidance for hip fracture patients, the patients felt they and their families had the right to receive guidance. The patients also felt that mutual trust and respect for the patient's human dignity and convictions was part of the relationship between the hip fracture patient and the nursing staff.

The results of this study can be exploited in developing the guidance of hip fracture patients in the Satakunta Hospital District, as well as a part of the larger entity that is the research project between the Satakunta Hospital District and the Satakunta University of Applied Sciences. This thesis is included in the project.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	LAADUKAS POTILASOHJAUS	8
2.1	Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät	11
2.2	Ohjauksen tavoitteellisuus	15
2.3	Potilaan ja omaisen rooli ohjauksessa	17
2.4	Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen ohjaussuhde.....	18
3	LONKKAMURTUMAPOTILAS.....	20
3.1	Lonkkamurtumatyypit ja hoito	21
3.2	Päivystyspotilaan erityispiirteet.....	22
3.3	Lonkkamurtumapotilaan hoitoprosessi.....	23
3.3.1	Preoperatiivinen vaihe.....	23
3.3.2	Intraoperatiivinen vaihe.....	25
3.3.3	Postoperatiivinen vaihe	26
3.3.4	Uudelleen murtumisen ehkäisy	27
4	OHJAUS OSANA LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOPROSESSIA.....	28
4.1	Lonkkamurtumapotilas ohjauksen laadun arvioijana	31
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	32
6	TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKOHDAT	33
7	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	35
7.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	35
7.2	Tutkimusaineiston analysointi	37
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	39
8.1	Tutkimusjoukon kuvaus.....	39
8.2	Laadukas potilasohjaus	43
8.3	Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät	48
8.4	Ohjauksen tavoitteellisuus	51
8.5	Potilaan ja omaisen rooli ohjauksessa	53
8.6	Lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhde	55
9	POHDINTA.....	57
9.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	57
9.2	Laadukas potilasohjaus	58
9.3	Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät	60
9.4	Ohjauksen tavoitteellisuus	61
9.5	Potilaan ja omaisen rooli ohjauksessa	61

9.6 Lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan välinen ohjaussuhde	62
9.7 Jatkotutkimusehdotukset.....	62
LÄHTEET.....	64
LIITELUETTELO	68
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Lonkkamurtumapotilaiden määrä on ollut nousussa viime vuosikymmeninä ja odotettavissa on, että suuntaus jatkuu yhä väestön ikääntymisen myötä. Lonkkamurtumat myös aiheuttavat tapaturmista eniten kuluja yhteiskunnalle. Lisäksi hoitoaikojen lyhentyessä potilaita kotiutetaan entistä nopeammin, jolloin ohjaamiseen jää vähemmän aikaa. Tämä lisää tarvetta ohjauksen kehittämiseen. Laadukkaalla potilasohjauksella voidaan ehkäistä leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita sekä tukea potilaita ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja kuntoutumisestaan. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, Valtonen 2003, 708; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 11-12; Kyngäs, Mäkeläinen & Kukkurainen 2004, 233.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mitä on laadukas lonkkamurtumapotilaan ohjaus potilaan näkökulmasta. Ohjausta on tutkittu vähän potilaan ja omaisen näkökulmasta. Olemassa oleva tutkittu tieto potilasohjauksesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta on ristiriitaista. Tutkimusten mukaan ohjauksen potilaslähtöisyys toteutuu hoitajien ja potilaiden mielestä eri tavoin. Kirurgisilla potilailla on paljon hoitoon liittyviä odotuksia, mutta potilasohjauksessa ei ole kyetty riittävästi huomioidaan heidän odotuksiaan tiedon suhteen. (Eloranta, Katajisto, Leino-Kilpi 2008, 116; Kääriäinen ym. 2006, 11; Kyngäs ym. 2004, 228 – 231.)

Tämä opinnäytetyö on osa Satakunnan ammattikorkeakoulun hallinnoimaa tutkimusta ”Lonkkamurtumapotilaan ohjaus ja ohjauksen kehittäminen Satakunnassa”. Mukana tutkimushankkeessa on myös Satakunnan sairaanhoitopiiri. Tutkimushankkeen tavoitteena on kehittää lonkkamurtumapotilaan ohjausta.

Tutkimalla lonkkamurtumapotilaiden käsityksiä laadukkaasta ohjauksesta ja siihen vaikuttavista asioista, on mahdollista kehittää tulevaisuudessa heille suunnattua ohjausta ja sitä, kuinka ohjaustilanne saadaan mahdollisimman optimaaliseksi potilaan

oppimisen kannalta. Suunnitellusti leikatut potilaat arvioivat hoidon ja ohjauksen laadun paremmin toteutuneeksi kuin päivystyksenä leikatut potilaat. (Eloranta ym. 2008, 115.)

2 LAADUKAS POTILASOHJAUS

Laadukkaan potilasohjauksen edellytyksinä on hoitohenkilökunnan hyvä koulutus, vankka teoriatieto, hyvät hoitokäytännöt ja vuorovaikutustaidot. Potilasohjaus edellyttää tutkitun ja hyväksi todetun tiedon käyttöä. (Ohtonen 2006, 3.)

Ohjaustilanne on vuorovaikutustilanne, jossa esimerkiksi iäkkäillä korostuvat iäkään kunnioittaminen, tiedonannon rehellisyys, yksilöllisyys, huumorin käyttö ja aito kuunteleminen. Myös riittävä vuorovaikutuksen määrä nousee esiin. (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen, Kyngäs 2007, 53.)

Potilasohjauksen tulee tukea ja antaa tietoa terveyden- tai sairaanhoidosta. Ohjauksella pyritään vaikuttamaan potilaan ja omaisten asenteisiin ja käyttäytymiseen sekä parannetaan potilaan tietoa ja taitoa edistää ja ylläpitää omaa terveyttään. Potilasohjaus tarkoittaa potilaan inhimillisistä tarpeista lähtevää ja yhdessä hänen kanssaan suunniteltua kirjallista, suullista ja toiminnallista tiedon jakamista. Ohjauksessa on oleellista potilaan voimavarojen ja tarpeiden arviointi sekä potilaan oma näkemys elämästään ja olostaan. Ohjaustilanteessa huomioidaan potilaan yksilölliset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Koska potilas kuitenkin viime kädessä päättää itse mitä haluaa oppia, ei ohjaus takaa valmiuksien syntymistä. (Iivanainen, Jauhiainen, Pikkarainen, 2001; 71 – 73.)

Kääriäinen ja Kyngäs (2005, 10 – 14) määrittelevät käsiteanalyysin perusteella ohjauksen olevan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan kontekstiin. Ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Heidän mukaansa ohjauksen sisältö ja tavoitteet määräytyvät kontekstin mukaan ja rakentuvat ohjaussuhteessa.

Kääriäisen kehittämän mallin mukaan laadukas potilasohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta ylläpitää ja kehittää omia ohjausvalmiuksiaan. Laadu-

kas potilasohjaus edellyttää ammatillista vastuuta myös tukea potilasta tekemään päätöksiä omaan terveyteensä liittyvissä kysymyksissä ja turvata potilaalle riittävä ohjauksen saanti. (Kääriäinen ym. 2006, 12.)

Potilaan ohjaaminen, opettaminen, informoiminen ja neuvonta ovat hoitotyön osa-alue, johon vaikuttavat potilaan terveydentila ja elämäntilanne. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä selvittämään potilaalle hänen terveydentilansa, eri hoitovaihtoehdot, hoidon merkityksen ja hoitopäätöksiin vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi lain mukaan ohjaus ja neuvonta on annettava niin, että potilas ymmärtää annetun ohjauksen sisällön. (Eteläpohjanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisusarja A: Tutkimukset, 2004, 13 – 14; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92.)

Viime vuosina kirurginen hoito on muuttunut hoitomenetelmien ja teknologian kehityksessä. Tämä muutos on lyhentänyt potilaiden sairaalassaoloaika ja lisännyt potilaiden omaa vastuuta ja itsehoitovalmiuksia. Suomessa kirurgisten potilaiden keskimääräinen hoitajakso on lyhentynyt ja päiväkirurgisesti suoritetaan operaatioista kolmannes. Nykyisessä hektisessä hoidossa potilaiden ja omaisten ohjaus ja tiedon välittäminen ovat merkittävämmässä asemassa kuin ennen. Kirurgisilla potilailla on paljon odotuksia koskien hoitoaan, mutta potilasohjauksen puutteeksi on ilmennyt, ettei potilasohjauksessa ole kyetty riittävästi huomioimaan potilaiden odotuksia tiedon osalta. Esimerkiksi puutteita on ilmennyt kirjallisen materiaalin antamisessa potilaalle. (Eloranta ym. 2007, 116, 120; Virtanen ym. 2006, 34.)

Lipposen mukaan potilasohjausvalmiuksissa on kehitettävää esimerkiksi siinä, että sairaanhoitajat tarvitsevat enemmän tietoa potilaiden lääkehoidosta, toipumisajasta, sosiaalisuusetuuksista, hoito- ja kuntoutusvaihtoehdoista sekä sairauksien merkityksestä perheeseen ja parisuhteeseen. Myös erityistyöntekijöiden ja potilasjärjestöjen asiantuntijoiden hyödyntämistä potilasohjauksessa tulee kehittää. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ja kuntoutusvaihtoehdoista tulee olla jokaisella sairaanhoitajalla perustiedot sekä ymmärrys siitä, keneltä, mistä ja miten lisäinformaatiota saa, koska aina erityistyöntekijöitä ei ole käytettävissä ja potilaiden vaihtuvuus on suuri. Uusia, työuransa alku-

vaiheessa olevia työntekijöitä kannattaa tukea ohjaukokemusten kartuttamisessa, koska niistä uusi sairaanhoitaja oppii. (Lipponen 2006, 23.)

Ohjauksen laatuun ja vaikuttavuuteen vaikuttaa ohjauksen ymmärrettävyys potilaan kannalta. Ohjauksessa käytettävä selkeä kieli, joka on ei-lääketieteellistä, auttaa potilaita ymmärtämään ohjauksen paremmin. Ohjauksen ymmärrettävyyttä lisää myös konkreettisten hoitovälineiden käyttö ohjaustilanteessa. Lisäksi kirjallinen materiaali ja ohjauksen toistaminen tukevat varsinkin iäkkäiden potilaiden ohjausta. (Isola ym. 2007, 54.)

Ohjauksen laadun edellytys hoitajan kannalta on se, että hän tunnistaa omat lähtökohtansa ohjaukselle. Hoitajan on muodostettava oma käsityksensä siitä, mitä ohjaus on, miksi hän ohjaa ja miten hän ohjaa. Lisäksi hoitajan on mietittävä oma käsityksensä siitä, onko potilas vastuussa valinnoistaan ja millainen ammatillinen vastuu on hoitajalla edistää asiakkaan valintoja. Kun hoitaja on tunnistanut omat ohjauksen edellytyksensä, on hänen mahdollista huomioida myös potilaan taustatekijöitä ja kontekstia. On muistettava, että taustatekijät muodostavat sen todellisuuden, jossa potilas elää ja hoitoaan toteuttaa. Nämä tulee ottaa huomioon potilaan ohjausprosessin suunnittelussa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 11.)

Potilaat arvostavat potilasohjauksessa ajantasaisia kirjallisia ohjeita ja kahdenkeskistä ohjausta. Lipponen mielestä ryhmäohjausta voisi käyttää edellisten tukena kuitenkin nykyistä enemmän esimerkiksi preoperatiivisessa ohjauksessa. Ryhmäohjauksessa potilaat hyötyvät vertaistuesta ja samalla sairaanhoitajan ajankäyttö tehostuu. Ohjauksen yhtenäistämiseen ja työnjakoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota, koska ohjaukseen käytettävissä oleva aika on rajallinen. Potilaalle annettu ohjaus tulee myös kirjata huolellisesti, jotta esimerkiksi seuraavassa tapaamisessa voidaan jatkaa ohjausta siitä, mihin edellisellä kerralla oli päästy. Monipuolisempien ohjausmenetelmien käyttöön rohkaisevat Lipponen mukaan koulutus ja hyvä perehdytys. (Lipponen 2006, 22 – 23.)

Ohjauksen laatuun vaikuttaa myös sopivan ohjausmenetelmän valinta potilaan kannalta. Sopivan ohjausmenetelmän valinta edellyttää hoitajalta tietämystä siitä, miten potilas omaksuu asioita eli millainen on hänen oppimistyylinsä. Potilas voi omaksua asioita esimerkiksi verbaalisesti, visuaalisesti, tekemällä, musiikin tai rytmin avulla sekä asiakokonaisuuksien ja yksityiskohtien avulla tai yhteistyössä muiden asiakkaiden kanssa. Edellytys oppimistyylin tunnistamiseen on perehtyminen potilaan taustatekijöihin ja keskusteleminen hänen kanssaan. Hoitaja voi ehdottaa potilaalle vaihtoehtoisia ohjausmenetelmiä ja keskustella potilaan kanssa siitä, mikä tuntuisi potilaasta parhaalta tavalla omaksua asiat. Hoitajan onnistuminen ohjauksessa on kiinni hänen valmiuksistaan ohjata potilasta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7 – 8.)

Laadukas potilasohjaus vaatii osaamista ja aikaa. Ohjausosaamista sairaanhoitajilta ei puutu, mutta aikaa hyvin suunniteltuun ohjaukseen ja ammattitaidon päivittämiseen on liian vähän. Potilasohjauksen hyödyt jäävät saavuttamatta, jos sairaanhoitaja kärsii kiireestä, eikä pysty keskittymään riittävästi ohjaustilanteeseen. Potilaaseen kohdistuvat ikävät seuraukset, jos ohjaus ei ole laadukasta. Esimerkiksi ohjauksen puutteet näkyvät uusina hoitajaksoina ja toipumisen viivästymisenä. Lisäksi tämä turhauttaa myös terveydenhuollon ammattilaisia. Laadukkaasta potilasohjauksesta tulisi saada lisää tutkittuun tietoon perustuvia hoitotyön suosituksia käytäntöjen kehittämiseksi. (Laaksonen 2006.) Hoitohenkilökunta kokee kiireen yhdeksi suurimmista hoidon laatua estäviksi tekijöiksi (Kvist, Vehviläinen-Julkunen, Kinnunen 2006, 113).

2.1 Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät

Laadukas yksilöllinen ohjaus lähtee siitä, että hoitohenkilökunta suunnitelmallisesti tunnistaa ja arvioi kunkin potilaan yksilöllisiä oppimistarpeita. Laadukas ohjaus kohdistuu juuri näihin potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Kirurginen potilas tarvitsee tietoa ja ohjausta jo ennen leikkausta valmistautuessaan leikkaukseen ja leikkaushoidon jälkeen selvittääkseen omasta arjestaan sekä itsensä hoitamisesta. Potilaiden oppimistarve saattaa myös vaihdella, mutta täysin yksiselitteistä tietoa siitä, mitkä demografiset ominaisuudet vaikuttavat potilaan oppimisen ja ohjauksen tarpeeseen, ei ole. Tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia, mutta toisaalta vanhemmat naiset, eläkkeellä olevat ja vähän koulutetut potilaat ovat kokeneet tarvitsevansa enemmän ohja-

usta kuin nuoret työssäkäyvät ja enemmän koulutetut potilaat. (Virtanen ym. 2007, 33 – 34.)

Ohjaus edellyttää ohjaajalta auttavaan suhteeseen liittyviä vuorovaikutuksellisia valmiuksia ja asenteita, jotka ovat osa hoitajan ammattipersonallisuutta. Ohjauksen tulisi olla systemaattisesti suunniteltua, tavoitteellista, kannustavaa, innostavaa ja virikkeitä antavaa, jotta ohjaus motivoisi yksilön saavuttamaan tarvittavat tiedot ja taidot terveytensä/sairautensa hoitamiseen ja elämäntapojen muutokseen. Yksilön motivoituminen on tärkeää ohjauksen onnistumisen kannalta. (Eteläpohjanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisusarja A: Tutkimukset. 2004, 14.)

Hyvä ohjaus on potilaan auttamista, jotta hän tunnistaisi ja kykenisi korjaamaan itsehoidon puutteita. Onnistunut ohjaus auttaa potilasta rohkaistumaan ja ilmaisemaan tunteuksiaan sekä käsittelemään niitä tietoisesti. Hoitajan tulee ohjata potilasta käyttämään voimavarojaan ja auttaa potilasta pyrkimään vaikuttamaan kaikkeen, mikä estää häntä olemasta terve. Onnistuneessa ohjauksessa hoitaja luo potilaan kehitystä edistävää ja voimavaroja vahvistavaa ilmapiiriä ja ympäristöä, jossa potilas tuntee olonsa turvalliseksi olla ja osallistua. (Eteläpohjanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisusarja A: Tutkimukset. 2004, 16.)

Iäkkäillä potilailla yksilöllinen elämänhistoria ja tapa huolehtia itsestä sekä suhtautuminen hoitohenkilökunnan antamaan ohjaukseen vaikuttavat siihen, kuinka iäkäs potilas tulkitsee saamaansa ohjausta. Iäkkäiden potilaiden ohjauksen laatua parantavat potilaan aikaisempi tietämys asiasta ja ohjauksen liittäminen esimerkkien avulla iäkkään omaan elämään. Iäkkään potilaan ohjauksen laatuun vaikuttaa myös ohjaajan valmius ottaa huomioon mahdollisesti tapahtuvat muutokset iäkkään potilaan muisti- ja aistitoiminnoissa. Ohjaajan vuorovaikutustaidot vaikuttavat ohjaustilanteen ilmapiiriin onnistumiseen. Lisäksi laadukkaasti ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat ohjaustilanteeseen yhteydessä olevat ulkopuoliset tekijät, kuten ohjausaika ja ohjaustila. Ohjausajan käytön joustavuus ja ympäristöltään rauhallinen, sopivan kokoinen ja mukavuustasoinen tila vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen iäkkäillä potilailla. (Iso-la ym. 2007, 53.)

Yksi henkilökunnan tehtävistä on varmistaa, että potilas saa riittävästi tietoa omasta tilanteestaan ja hoidostaan. Lisäksi hoitohenkilökunnan tehtävänä on varmistaa, että potilas on ymmärtänyt tämän tiedon ja pystyy ohjauksessa saamansa tiedon avulla toimimaan omassa tilanteessaan. (Eloranta ym. 2007, 122.)

Ohjauksen onnistumisen perusta on sekä asiakkaan, että hoitajan taustatekijöiden huomioinnissa. Taustatekijät ovat fyysisiä ja psyykkisiä ominaisuuksia sekä sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä tekijöitä. Esimerkiksi potilaan fyysisiä ominaisuuksia ovat: ikä, sukupuoli, sairauden kesto ja laatu sekä sen vaikutus potilaan arkielämään. Nämä kaikki esimerkiksi vaikuttavat hänen ohjaustarpeisiinsa. Fyysisillä tekijöillä on myös merkitystä siinä, miten potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Potilas voi esimerkiksi vältellä ohjausta, unohtaa asioita tai kieltää niitä. Potilaan iällä, koulutuksella ja sukupuolella on vaikutusta myös hoitajien toimintaan, kuten ohjauksen asennoitumiseen sekä ohjauksessa tarvittaviin tietoihin ja taitoihin. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7 – 8.)

Ohjauksen onnistumiseksi huomioitavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat erityisesti potilaan motivaatio, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimistyylit ja -valmiudet. Potilaan motivaatiolla on vaikutusta siihen, haluaako hän omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän tärkeiksi ohjauksessa käsiteltävät asiat. Hoitaja voi esimerkiksi motivoida potilasta sitoutumaan hoitoonsa esittämällä avoimia kysymyksiä potilaalle ja näin selkiyttää potilasta motivoivia tekijöitä. Ohjauksen onnistumisessa on merkitystä myös hoitajan omalla motivaatiolla ja valmiuksilla tukea potilaan motivoitumista. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.)

Potilaan suhtautuminen ohjaukseen vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. Esimerkiksi terveysuskomukset ja aikaisemmat kokemukset voivat vaikuttaa potilaan suhtautumiseen annettavaan ohjaukseen. Annettu ohjaus on tehotonta, jos potilaalla on vaikkapa omia mieltymyksiään, joista hän haluaa pitää kiinni. Jos hoitaja on tietoinen

potilaan uskomuksista, hän voi ohjauksessa etsiä yhdessä potilaan kanssa kompromissia tilanteeseen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.)

Ohjauksen onnistumiseksi keskusteleminen myös potilaan ohjaukselle asettamista odotuksista on tärkeää, koska potilaan ja hoitajan käsitykset ohjaustarpeesta voivat olla erilaiset. Ne potilaat, joilla on ollut sairaus pitkän aikaa tai jotka etsivät itse aktiivisesti tietoa, osaavat arvioida ohjaustarpeensa hyvin ja osaavat ilmaista, mitä asioita ohjauksessa tulisi käsitellä. Niiden potilaiden, jotka eivät tuo ohjaustarvettaan esiin tai eivät osaa tunnistaa sitä, käsitykset ohjauksen sisällöstä tulisi selvittää hoitajan toimesta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8 – 9.)

Ohjauksen onnistumisen kannalta sosiaaliset, kulttuuriset, uskonnolliset ja eettiset taustatekijät, jotka vaikuttavat potilaan toimintaan, ovat huomioon otettavia asioita. Potilaan ja hoitajan arvot vaikuttavat siihen, miten he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Potilaan kulttuuriin mahdollisesti liittyvät tabut, uskomukset ja perinteet esimerkiksi tulisi huomioida hänen ohjauksessaan. Lisäksi potilaan vieras äidinkieli voi haitata potilaan aktiivista osallistumista ohjaukseen ja se voi myös lisätä potilaassa turvattomuuden tunnetta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.)

Ympäristötekijät vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen, kuten ohjaustilanteessa ilmenevät häiriötekijät ja esteet. Ympäristön tulee olla ohjaustilanteessa häiriötön, jotta ohjauksessa voidaan keskittyä asiaan. Lisäksi tilassa, jossa ohjaus suoritetaan, tulee olla saatavilla ohjaukseen tarvittavaa materiaalia. Ohjaustilanteen ympäristö ei myöskään saa herättää potilaassa negatiivisia tunteita, koska ne häiritseviä ohjausta. Ohjausympäristön turvallisuudella on vaikutusta siihen, millaiseksi potilas kokee ohjaustilanteen ja voiko hän luottaa, että hänen asiaansa kunnioitetaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8 – 9.)

2.2 Ohjauksen tavoitteellisuus

Laadukas ohjaaminen lisää potilaan hoitoon sitoutumista, parantaa hoidon jatkuvuutta ja poistaa potilaan ja hänen omaistensa epävarmuutta hoitoon liittyvissä asioissa. Ohjauksen tavoitteina on, että potilas on tietoinen oikeuksistaan terveyspalveluiden käyttäjänä, saa tietoa sairautensa hoidosta, terveytensä ylläpitämisestä ja edistämistä, kykenee osallistumaan ja tekemään saamansa tiedon pohjalta päätöksiä omaan hoitoonsa, tietää, keneltä saa tietoa koskien omaa hoitoaan. (Iivanainen ym. 2001, 71 – 73; Hiidenhovi 2001, 4 – 5.)

Lyhytaikaisessa hoitotilanteessa pitää potilaan ohjauksen tavoitteellisuuteen kiinnittää erityisesti huomiota, jotta voidaan taata hoidon hyvä laatu ja potilaan turvallisuus. Esimerkiksi potilas voi sitoutua ja osallistua omaan hoitoonsa vain ohjauksen kautta. Sitoutumista edistää potilaan turvallisuuden tunteen vahvistaminen ja pelkojen ja ahdistuksen vähentäminen rauhallisella ja totuudenmukaisella ohjauksella. (Eteläpohjanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisusarja A: Tutkimukset. 2004, 16.)

Laadukas ohjaus auttaa potilaita parempaan itsehoitoon ja sairauden kanssa itsenäiseen elämään kotona, mikä parantaa potilaiden elämänlaatua ja auttaa torjumaan erikoissairaanhoitajakson jälkeen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien kasautumista. Potilaan saama tieto sairaudestaan ja sen hoidosta vaikuttavat siihen, miten hän osaa jatkossa itseään hoitaa. Lisäksi ohjaus lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon, vähentää heidän pelkoaan ja ahdistustaan sekä lisää turvallisuuden tunnetta ja sairaudesta selviytymistä. Ohjaus myös lisää potilaiden omaan sairauden hoitoonsa sitoutumista ja motivoitumista sekä helpottaa siihen liittyvää päätöksen tekoa. (Elo-ranta ym. 2007, 122; Isola ym. 2007, 52; Kyngäs ym. 2004, 223, 225 – 226.)

Potilasohjauksessa tavoitteena on tukea potilaan riippumattomuutta ja itsenäistä selviytymistä. Potilaan ohjauksen lähtökohtana voidaan pitää potilaan terveyden ja itsehoitokyvyn edistämistä. Ohjauksen avulla pyritään auttamaan potilasta hallitsemaan terveysongelmiaan ja sairautensa hoitoon liittyviä tietoja ja taitoja, jotta hän pystyisi elämään mahdollisimman itsenäisesti. Potilas kykenee näkemään uusia mahdolli-

suuksia elämäntilanteessaan ja hän löytää omia voimavarojaan ohjauksen avulla. Ohjauksen tavoitteen tulee liittyä aina koko hoidon tavoitteeseen, jolloin tarkoituksena on tukea hoidon tavoitteen saavuttamista ohjauksen keinoin. (Eteläpohjanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisusarja A: Tutkimukset. 2004, 14.)

Ohjauksen avulla voidaan lisätä potilaan mahdollisuuksia ennakoida tapahtumia ja hallita tilannettaan. Ohjauksen tavoitteena on antaa tietoa, joka auttaa potilasta käsittelemään sairauttaan ja ymmärtämään sitä tavalla, joka on vähemmän uhkaava potilaan kannalta. Potilas käyttää saamansa tietoa hallitakseen elämäntilannettaan. Potilaan stressi voi alkuvaiheessa lisääntyä annetun tiedon myötä, mutta se antaa potilaalle mahdollisuuden käsitellä tilannetta ja valmistautua tuleviin tapahtumiin. Aikaisempien kokemusten ja ohjauksen avulla potilas kykenee kehittämään itselleen uusia selviytymismekanismeja. Tämä vähentää potilaan pelkoa ja huolta tulevaisuudesta. (Eteläpohjanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisusarja A: Tutkimukset. 2004, 15.)

Pelon, huolen ja ahdistuksen vähentäminen ohjauksella on tärkeää siksi, että pelko, huoli ja ahdistus vähentävät potilaan voimavaroja. Myös autonomian vähentyminen sairaalaan joutuessa voi heikentää potilaan voimavaroja. Kun potilas tuntee itsensä autonomiseksi, hän kykenee suuntaamaan voimavarojaan paranemiseen, eikä joudu ponnistelemaan esimerkiksi epäinhimillisen kohtelun aiheuttaman pahan mielen voittamiseksi. (Eteläpohjanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisusarja A: Tutkimukset. 2004, 15.)

Hoitohenkilökunnan on todettu tarvitsevan enemmän tietoa kuntoutuksesta ja taitoa tukea potilasta itsehoitoon paremmin. Lisäksi potilaita osataan ohjata vertaistukeen huonosti. Näiden ohjauksen osa-alueiden kehittämällä voidaan tukea esimerkiksi hoidon jatkuvuutta ja tukea potilaan itsenäistä selviytymistä. (Kääriäinen ym. 2006, 12.)

2.3 Potilaan ja omaisen rooli ohjauksessa

Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon on hyvin tärkeää, koska omaisilla on keskeinen rooli kirurgisen hoidon jatkuvuuden tukijoina. Nykyisen hoidon ollessa nopeampaa, potilaiden ja omaisten ohjaus ja tiedon välittäminen ovat entistä tärkeämpiä tekijöitä kirurgisessa hoidossa. Omaisten ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus on kuitenkin liian vähäistä. Puutteellinen yhteistyö omaisten kanssa on muuten laadukkaaksi todetun kirurgisen hoidon laadun kehittämisaikaa. (Eloranta ym. 2007, 116, 120.)

Erityisesti iäkkäillä omaisten huomioinen ja ohjaustilanteeseen osallistuminen on tärkeää. Omaiset ovat kuitenkin kokeneet jäävänsä ulkopuolisiksi ohjaustilanteissa. (Isola ym. 2007, 53.)

Ohjauksessa tulisi ottaa huomioon perheen ja vertaisryhmän tuen vaikutus potilaan kuntoutumiseen. Perhe ja vertaisryhmä ovat tärkeitä potilaan voimavaroja. (Etelä-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisusarja A: Tutkimukset. 2004, 14.)

Hoitaja voi havainnoida potilaan ja omaisten vuorovaikutusta selvittääkseen omaisten ja potilaan suhdetta ja omaisten mahdollisuuksia tukea potilasta. Potilaalta on tärkeää varmistaa, miten tärkeänä potilas pitää omaisten ohjaamista ja kuinka omaisten tuki voisi potilasta auttaa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.)

Potilasohjauksen jaetussa päätöksentekomallissa potilas on oman itsensä ja elämänsä asiantuntija. Terveystieteiden ammattilainen on taas lääke- ja hoitotieteellisen tiedon asiantuntija. Potilasohjauksen jaetun päätöksenteon malli perustuu ajatukseen näiden kahden osapuolen tasavertaisesta kumppanuudesta. Tiedon antaminen on jaetussa päätöksenteossa kaksisuuntaista. Potilaan on tärkeää saada esimerkiksi tietää, miten eri hoitovaihtoehdot vaikuttavat hänen arkipäivän elämäänsä. Tiedon antaminen potilaalle tulisi tapahtua mahdollisimman yksinkertaisesti ja selkeästi. Terveystieteiden ammattilaisen tulee varmistua siitä, että potilas on ymmärtänyt saamansa tie-

don oikein. Ilman tätä informaatiota potilaalla ei ole mahdollisuutta osallistua jaettuun päätöksentekoon. Potilas puolestaan on oman elämänsä ja itsensä asiantuntijana velvollinen tuomaan esiin omia hoitoon liittyviä näkemyksiään ja kertomaan valitsemansa hoitovaihtoehdon. Potilaan on tarvittaessa myös kyettävä esittämään hoitovaihtoehtoihin liittyviä kysymyksiä. (Poskiparta 2006, 15 – 16.)

2.4 Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen ohjaussuhde

Kääriäisen ym. (2006, 4 – 5.) tutkimuksen mukaan ohjaussuhde muodostuu rooli-, yhteistyö- tai valtasuhteen kautta. Vuorovaikutus muodostuu kohtelusta, ymmärtämisestä, tukemisesta ja neuvomisesta.

Hyvän vuorovaikutuksen kriteerejä on kolme joista ensimmäinen on viestintä, johon kuuluu selkeän ja ymmärrettävän kielen käyttö, riittävä aika ohjaustilanteelle, ohjattavan resurssien huomioiminen ja asian johdonmukainen eteneminen. Lisäksi vuorovaikutuksessa tärkeää on huomioida sanallinen ja sanaton viestintä, joiden tulisi myötäillä toisiaan. Toinen hyvän vuorovaikutuksen kriteeri on fyysinen ympäristö johon kuuluu mielekäs, oppimiselle myönteisen ilmapiirin luominen sekä rauhallinen ja tarkoituksenmukainen tila. Kolmas vuorovaikutuksen kriteeri on ohjattava-hoitajasuhde, johon kuuluu keskinäinen kunnioitus, vastavuoroisuus, rehellisyys ja avoimuus, ohjattavan yksilöllisyyden huomioiminen sekä ammatillisuus. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen. 2006, 28.)

Edellytyksiä onnistuneelle ohjaukselle on toimiva ohjattava-hoitaja suhde, joka edellyttää toimivaa vuorovaikutusta. Edellytyksiä onnistuneelle vuorovaikutukselle ovat tilanteeseen osallistuvien keskinäinen kunnioitus, vilpitön kiinnostus toista ihmistä kohtaan ja hänen asiaansa kohtaan, asiallisuus, taito ilmaista ajatuksensa selkeästi sekä kyky tehdä kysymyksiä. Myös havainnointikyky ja kuuntelutaito edistävät vuorovaikutuksen onnistumista. (Lipponen ym. 2006, 25.)

Lipponen, Kääriäisen ja Kynkään (2006, 25) mukaan ohjaussuhde perustuu luottamukseen, empatiaan ja välittämiseen. Olennaisena tähän kuuluu heidän mukaansa

autonomisuus ja vastavuoroisuus. Luottamuksen syntyyn vaikuttavat muun muassa rehellisyys, johdonmukaisuus ja hoitajan luotettavuus.

3 LONKKAMURTUMAPOTILAS

Lonkkamurtumapotilas on päivystyspotilas. Päivystyspotilaat ovat joutuneet sairaalaan yllättäen, ennalta arvaamattomasti ja se herättää eri potilaissa erilaisia tunteita. Potilaat ja myös heidän omaisensa voivat suhtautua sairaalaan joutumiseen hyvin eri tavoin. He voivat tuntea uudessa epävarmassa tilanteessa esimerkiksi pelkoa, huolta, avuttomuutta, alistuneisuutta tai he voivat olla aggressiivisia. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 41 – 42.)

Lonkkamurtumat ovat merkittävä terveydenhuollon haaste Suomessa. Tyypillinen lonkkamurtumapotilas on keskimäärin 80-vuotias nainen, jolla on runsaasti liitännäissairauksia. Lonkkamurtumista 70 % sattuu naisille ja 20 % pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalle väestölle. Vuonna 2003 lonkkamurtuman vuoksi sai sairaanhoitoa noin 7700 henkilöä, joista ensimmäisiä lonkkamurtumia oli 6100. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES Perfect-hankkeen osahanke lonkkamurtuma.)

Tyypillisin lonkkamurtuman vammamekanismi on kaatuminen tai putoaminen (yli 90 % tapauksista). Kaatuminen on yleistä ikääntyneillä. Siihen voivat olla syynä esimerkiksi turvaton ja esteinen ympäristö, huono näkö, kaatumisriskiä lisäävät sairaudet tai kaatumistaipumusta aiheuttavat lääkkeet sekä alkoholi. Ikääntyneiden kaatumisista 1 % johtaa lonkan murtumiseen. Miehet kaatuvat useammin kuin naiset, mutta naisten kaatumiset johtavat useimmin vammautumisiin. Nuoremmilla (alle 50 v.) lonkkamurtuma on harvinainen ja sen taustalla on usein suurienerginen vamma esimerkiksi liikenneonnettomuus. (Holmia ym. 2003, 707 – 708; Nurmi & Lütthje 2002, 118 – 22; Willing 2006, 27, 29.)

Riski osteoporoottisiin murtumiin kasvaa ikääntyessä, koska iän myötä luumassa pienenee. Erityisesti naiset altistuvat voimakkaalle luukadolle vaihdevuosien jälkeen,

jolloin estrogeenipitoisuudet vähenevät merkittävästi. Lonkkamurtumapotilailla on todettu alhaisempia luun tiheyksiä ja seerumin D-vitamiinipitoisuuksia. Kalsiumin seerumipitoisuuteen ei näyttäisi iällä olevan merkitystä. Kalsium on tärkein tekijä luun mineralisoitumisessa eli kalkkiutumisen. Kuitenkin luun mineralisoituminen on iäkkäillä vähentynyt luuta heikentävästi. Taustalla on D-vitamiinin vaje, joka aiheuttaa kalsiumhukkaa luustosta vereen nostaen veren kalsiumpitoisuutta. Seerumin kalsium on kuitenkin peräisin luustosta ja prosessin on käynnistänyt alun perin kalsiumin matala pitoisuus veressä, joka puolestaan on lisännyt lisäkilpirauhashormonin eritystä. Kalsiumin tasainen seerumipitoisuus on elimistölle prioriteetti luuston kalsiumiin verrattuna. Lisäkilpirauhashormoni säätelee tätä tasapainoa. (Bjälje ym. 2000, 161, 171; Willing 2006, 27.)

3.1 Lonkkamurtumatyypit ja hoito

Reisiluun yläosan murtumat voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin. Reisiluunkaulan murtumassa murtumalinja kulkee reisiluun kaulan eli collum femoriksen poikki. Trokanteerisessa murtumassa murtumalinja kulkee trokantera-alueella eli sarvennoisen alueella. Subtrokanteerinen murtuma on kyseessä silloin, kun murtuma kulkee alle 5 cm pikkutrokanterin eli pikkusarvennoisen alapuolella. Trokanteerisessa ja subtrokanteerisessa murtumassa on kyse reisiluun varren murtumasta sarvennoisen alueella. (Holmia ym. 2003, 710; Koso 2005, 7.)

Erityyppiset reisiluun murtumat hoidetaan eri tavoin. Yleensä hoitona on operatiivinen hoito, joissain tapauksissa myös konservatiivinen hoito. Trokanteeriset murtumat hoidetaan joko levy-liukuruuvi- tai ydinnaula-liukuruuvi-osteosynteesillä. Subtrokanteeriset murtumat kiinnitetään ydinnaula-liukuruuvi-osteosynteesillä. Reisiluun kaulan murtumat hoidetaan joko ruuvikiinnityksellä tai sementtikiinnitteisellä hemiendoproteesilla eli puoliproteesilla. (Holmia ym. 2003, 711.)

Leikkausmenetelmän valintaan vaikuttavat potilaan ikä, yleiskunto, psyykinen tila, muut mahdolliset sairaudet, reisiluun ja lonkkanivelen rakenne sekä se, millainen murtuma on kyseessä. Leikkaus pyritään suorittamaan mahdollisimman nopeasti,

koska ensimmäisen vuorokauden kuluessa murtumasta operoitu potilas saa todennäköisesti vähemmän komplikaatioita ja kuntoutuu nopeammin kuin operaatiotaan odottamaan joutunut potilas. (Holmia ym. 2003, 711; Käypä hoito –suositus 2006, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.)

3.2 Päivystyspotilaan erityispiirteet

Päivystyspotilaat ovat yleensä äkillisesti sairastuneita tai tapaturman uhreja. Esimerkiksi lonkkamurtumapotilas, joka on kaatunut. Päivystyspotilaat ovat joutuneet sairaalaan yllättäen, ennalta arvaamattomasti ja se herättää eri potilaissa erilaisia tunteita. Potilaat ja myös heidän omaisensa voivat suhtautua sairaalaan joutumiseen hyvin eri tavoin. He voivat tuntea uudessa epävarmassa tilanteessa esimerkiksi pelkoa, huolta, avuttomuutta, alistuneisuutta tai he voivat olla aggressiivisia. Tähän vaikuttavat potilaan psyykkiset ominaispiirteet ja tapa käyttäytyä yllättävissä tilanteissa. Päivystystyön luonne asettaa haasteita hoitohenkilökunnalle ja hoitotyöntekijät usein joutuvatkin potilaan osoittamien tunteiden kohteeksi. Tunteiden ymmärtäminen ja vastaanottaminen ovat kuitenkin osa hoitotyöntekijän ammatillisuutta. (Kuisma ym. 2008, 41.)

Äkillinen sairastuminen on potilaalle ja hänen läheisilleen kriisi. Sokkivaiheessa potilaan tietoisuus ympäröivästä todellisuudesta muuttuu ja tunteet painetaan pinnan alle. Potilaalla voi olla fyysisiä oireita esimerkiksi vapinaa. Potilas voi pitää tilannetta epätodellisena ja hän voi toimia tilanteeseen nähden epätarkoituksenmukaisella tavalla. Potilaan ajantaju muuttuu ja odottaminen tuntuu entistä pidemmältä. Mielen sekasorrosta huolimatta potilas kykenee muistamaan esimerkiksi hoitotyöntekijän ilmeitä ja toimintoja hyvin yksityiskohtaisesti. (Kuisma ym. 2008, 14.)

Äkilliseen sairastumiseen liittyy myös potilaan autonomian menetys. Ennen sairastumistaan potilas on kokenut hallitsevansa elämäänsä, mutta sairaalaan joutuessaan tämä kokemus joutuu kyseenalaistetuksi. Potilaat saavat kokea turvattomuutta, koska äkillisesti sairastunut ihminen joutuu riisutuksi fyysisesti ja psyykkisesti sairaalassa. Potilaan omat vaatteet vaihdetaan sairaalavaatteisiin ja häneltä kysellään

hänen elämästään muidenkin kuullen sellaisia tietoja, joita ei normaalisti vieraille ihmisille kerrota. (Kuisma ym. 2008, 15.)

Päivystyspotilas joutuu usein odottamaan avun saamista, kivun lievitystä, tietoa, tutkimuksia ja hoitohenkilökuntaa. Potilas joutuu antamaan itsensä ammattilaisten käsiin, joiden tiedoista ja taidoista riippuu hänen selviytymisensä. Päivystyspotilaiden odotukset ovat hyvin inhimillisiä. Päivystyspotilaat odottavat turvallisuuden kokemista, läheisyyttä, aikanaan autetuksi tulemista, mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämäänsä ja tukea voimavarojensa löytämiseen uudesta tilanteesta selvitäkseen. (Pellikka 2003, 166.)

3.3 Lonkkamurtumapotilaan hoitoprosessi

Hoitoprosessi alkaa, kun ensihoitohenkilöstö saapuu potilaan kotiin tai kun potilas hakeutuu päivystykseen. Päivystyspoliklinikalta kirurgin arviosta potilas siirtyy kirurgiselle vuodeosastolle, jossa hänet valmistellaan leikkaukseen. Potilas viedään leikkaussaliin, jossa hänet operoidaan. Leikkaussalista potilas siirtyy aluksi heräämöhön tarkkailtavaksi ja voinnin salliessa potilas siirretään edelleen takaisin kirurgiselle vuodeosastolle. Kirurgisella vuodeosastolla aloitetaan potilaan kuntouttaminen. Potilas ei välttämättä pääse leikkaukseen samana päivänä, jolloin ennen leikkausta voidaan käyttää murtuman hoitona vetoa. Jos potilaan yleistila on huono eikä häntä voida leikata, tällöin hoitona on myös veto. (Holmia ym. 2003. 59 – 61, 63 – 64, 68, 79 – 81.)

3.3.1 Preoperatiivinen vaihe

Lonkkamurtuman toteaminen perustuu anamneesiin, kliiniseen tutkimukseen ja röntgenkuvaukseen. Murtunut lonkka on usein kivulias levossa ja liikuteltaessa. Jos murtuma on dislokoitunut, raaja on ulkorotaatioissa ja se on lyhentynyt. Röntgentutkimuksissa otetaan sekä lonkan sivukuva että lantion kuva joka on tarpeen, jotta mahdollisesti murtunutta lonkkaa voidaan verrata terveeseen lonkkaan. Tämä helpottaa

sekä murtumadiagnostiikkaa että leikkaushoidon suunnittelua ja toteutusta. Kliinisesti epäilyttävissä tapauksissa voidaan myös tehdä diagnoosin varmistamiseksi magneettitutkimus. (Holmia ym. 2003, 710; Käypä hoito –suositus 2006, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.)

Preoperatiivisessa vaiheessa kartoitetaan potilaan lonkkamurtumaa edeltänyt fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, ravitsemustila, nestetasapaino, kivuliaisuus, lämpö, virtsarakon toiminta, sairaudet, lääkitys, vuototaipumus ja painehaavariski. Elektrolyyttitasapainon häiriöt sekä merkittävä anemia korjataan ennen leikkausta. Ennen leikkausta potilaalle opetetaan nilkkojen pumppaavat liikkeet ja tehostetut hengitysharjoitukset. (Käypä hoito –suositus 2006, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.)

Isojen luiden murtumissa verenvuoto voi olla verenkierron kannalta merkittävä. Esimerkiksi reisiluun murtumassa n. 1000-2000 ml. Suurta vuotoa epäillessä aloitetaan suonensisäinen infuusio. Tähän soveltuvat keittosuola- ja Ringerin -liuokset, isomolekyyliset liuokset ja verensiirto. (Iivanainen ym. 2001, 71 – 73.)

Koska murtuneen luun liikuttelu aiheuttaa kipua, aloitetaan kivun hoito yleensä parenteraalisella opioidilääkityksellä, joka kuitenkin saattaa aiheuttaa sekavuutta ja lamata hengitystä. Epiduraali- tai johtopuudutuksien avulla voidaan vähentää potilaan kokemaa kipua, opioidin tarvetta ja vakavia sydäntapahtumia. (Käypä hoito –suositus 2006, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.)

Potilas siirtyy päivystyspoliklinikalta ortopediselle vuodeosastolle, jossa hänet valmistellaan leikkaukseen. Hänen leikkausajankohtansa myös varmistuu osastolla. Kaikkia lonkkamurtumapotilaita ei leikata heti tai samana päivänä. (Holmia ym. 2003, 80 – 81.)

3.3.2 Intraoperatiivinen vaihe

Intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen vaihe alkaa, kun lonkkamurtumapotilas vastaanotetaan leikkausosastolle ja päättyy, kun potilas otetaan vastaan heräämöhön. Kun hoitaja luovuttaa potilaan, hän antaa raportin ja asiakirjat. Raportissa kerrotaan potilaan koko nimi, suunniteltu toimenpide ja varmistetaan leikkauskohta, potilaan toivomus anestesiasta ja suhtautumisesta toimenpiteeseen sekä muut sairaudet. Näin varmistetaan, että oikea leikkaus tehdään oikealle potilaalle. (Holmia ym. 2003, 59.)

Leikkausosastolla lonkkamurtumapotilaan hoidosta huolehtii anestesia- ja leikkausryhmä. Anestesiologi ja anestesiahoitaja pitävät huolta potilaan anestesiasta, elintoiminnoista, nestehoidosta, lääkityksestä, verensiirrosta ja tarvittavista verikoikeista. Leikkauksesta vastaavat kirurgi, avustava lääkäri ja instrumenttisairaanhoitaja. Leikkauksessa on mukana myös vastaava sairaanhoitaja, joka huolehtii leikkauksen aikana tarvittavasta lisäävusta esimerkiksi antaa lankoja ja lisäinstrumentteja sekä kutsuu tarvittaessa lisää henkilöitä leikkaussaliin. (Holmia ym. 2003, 67.)

Lonkkaleikkaus tehdään yleensä spinaalipuudutuksessa, koska alkuvaiheen kuolleisuus ja tromboembolisten komplikaatioiden määrät voivat olla pienempiä kuin yleisanestesiassa. Spinaalipuudutuksesta johtuva sympaattinen salpaus aiheuttaa kuitenkin verenpaineen laskua, joka saattaa aiheuttaa ongelmia. (Käypä hoito –suositus 2006, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.)

Leikkauksen jälkeen lonkkamurtumapotilas siirretään heräämöhön, ellei toimenpiteessä ole ilmentynyt sellaisia toipumiseen liittyviä riskejä, jotka vaativat hoitoa tehosastolla. Sairaanhoitajan luovuttaessa potilas annetaan raportti, jossa kerrotaan potilaan sen hetkinen kunto, leikkausdiagnoosi ja toimenpide, anestesiamuoto, leikkauksen kulku ja jatkohoitoon liittyvät huomioitavat asiat. (Holmia ym. 2003, 67 – 68.)

3.3.3 Postoperatiivinen vaihe

Heräämöstä potilas siirtyy voinnin salliessa takaisin ortopediselle vuodeosastolle toipumaan leikkauksesta. Vuodeosastolla aloitetaan myös lonkkaleikkauspotilaan kuntoutus ja ohjataan potilasta. (Holmia ym. 2003, 68, 79.)

Vuodelevosta johtuvien komplikaatioiden ehkäisemiseksi lonkkaleikkauspotilas pyritään aktivoimaan liikkeelle mahdollisimman nopeasti leikkauksen jälkeen. Haavan paranemista seurataan ja mahdollinen dreeni poistetaan leikkausta seuraavina päivinä. Kaikessa hoitotyössä huomioidaan potilaan vointi ja kiputunteukset. Vanhuksen toipuminen puudutuksesta tai nukutuksesta on hitaampaa kuin nuorella ihmisellä, joten vanhuksen vointia tulisi erityisesti tarkkailla. (Iivanainen ym. 2001, 71 – 73.)

Postoperatiivisessa vaiheessa otetaan lonkan ensimmäiset kontrollikuvat (lantion AP-kuva ja lonkan sivukuva) yhden vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Muut kontrollikuvat otetaan kahden kuukauden kuluttua, vuoden, kolmen vuoden ja viiden vuoden kuluttua operaatiosta. Tämän jälkeen kontrollikuvat otetaan viiden vuoden välein. (Käyhkö 2004, 2 – 3, 6.)

Liikunnallisen kuntoutuksen aloituksessa tulee huomioida potilaan kipu ja kipulääkityksen tarve. Vuoteesta nousee terveen lonkan kautta ylös siten, että terve jalka tukee leikattua jalkaa nilkan seudusta. Liikkumisessa käytetään apuna apuvälineitä kuten kyynärsauvoja. Kuormitusmäärä voi vaihdella jo alusta alkaen kevyestä hiihtäjävarauksesta täyteen varaukseen. Kuormituslupa muuttuu luun luutuessa. Varausmäärä määräytyy potilaan iän, luun ja lihasten kunnon, murtumatyyppin, fiksaatiomenetelmän, painon ja henkisten valmiuksien mukaan. (Iivanainen ym. 2001, 71 – 73.)

Erikoissairaanhoidon ortopediseltä vuodeosastolta potilas siirtyy kunnon edistyessä useimmiten perusterveydenhuollon piiriin esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolle edelleen toipumaan ja kuntoutumaan. (Holmia ym. 2003, 86.)

3.3.4 Uudelleen murtumisen ehkäisy

Ehkäisymenetelmät voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Ne ovat luuston haurastumisen eli osteoporoosin ehkäisy, kaatumisten ja putoamisten ehkäisy sekä murtumien ehkäisy kaatumisesta huolimatta. (Holmia ym. 2003, 708.)

Osteoporoosin ehkäisyssä tärkeitä ovat liikunta, ravitsemus ja terveelliset elämän tavat. Lonkkamurtumia voidaan ennaltaehkäistä huolehtimalla vanhuksen riittävästä D-vitamiinin ja kalsiumin saannista, koska ne ehkäisevät luun haurastumista. D-vitamiinin vajaus on yleistä ikääntyneillä ihmisillä ja sen saannista tulisi huolehtia erityisesti pimeinä vuoden aikoina, jolloin iho ei pysty valmistamaan sitä itse luonnollisesta auringon UV-säteilystä. Lisäksi vanhetessaan ihon kapasiteettikin tuottaa D-vitamiinia vähenee. Monipuolinen ravinto ei välttämättä ikääntyneillä riitä kompensoimaan D-vitamiinin saantia. Säännöllisellä elinikäisellä liikunnalla on myös lonkkamurtumia ennaltaehkäisevä vaikutus. Liikunnan väheneminen iän myötä on yleistä. (Willing 2006, 26; Holmia ym. 2003, 708 – 709.)

Kaatumisen ja putoamisen riskiä saadaan pienennettyä muuttamalla ympäristö turvallisemmaksi kynnyksien, liukkaiden mattojen ja esteiden poistamisella, lisäämällä liukuesteet ja tartuntatuet pesutiloihin, porraskaiteilla, hyvällä valatuksella, pitäväpohjaisilla jalkineilla, liikunnan apuvälineillä sekä pihojen ja katujen hiekoituksella. Kaatumistaipumusta aiheuttavien lääkkeiden vähentäminen on tärkeää. Tällaisia aineita ovat nukahtamis- ja rauhoittavat lääkkeet sekä alkoholin humalakäyttö. Kaatumisriskiä lisäävien sairauksien hyvällä hoidolla ehkäistään kaatumista. Tällaisia sairauksia ovat, dementia, Parkinsonin tauti, epilepsia, depressio, aivohalvaus, huono näkö, huimaus ja liikuntakykyä heikentävät sairaudet kuten reuma ja nivelrikko. (Holmia ym. 2003, 709.)

Murtumia voidaan ehkäistä myös kaatumisesta huolimatta syntyvien iskujen vaimentamisella eli lonkkasuojilla ja lattiapintoja pehmentämällä. Myös ohjatut kaatumistekniikan harjoittelulla voidaan ehkäistä murtumien syntyä. (Holmia ym. 2003, 709.)

4 OHJAUS OSANA LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOPROSESSIA

Sairaalassa ohjaus on vuorovaikutustilanne, jossa on läsnä potilaan lisäksi yksi tai useampia terveydenhuollon ammattilaisia. Molemmat osapuolet edustavat omaa asiantuntijuuttaan. Potilas on asiantuntija oman elämänsä suhteen ja hoitohenkilökunta edustaa ammatillista osaamista. Luonnollisesti omaiset voivat myös olla tapauskohtaisesti mukana ohjaustilanteessa. (Isola ym. 2007, 53.)

Potilasohjaus on osa hoitoprosessin jokaista vaihetta. Potilasohjaukseen kuuluu ohjauksen tarpeen määrittäminen, ohjauksen kulun suunnittelu, ohjauksen toteutus ja ohjauksen onnistumisen ja vaikuttavuuden arviointi. Ohjausprosessi tulisi myös kirjata hoitosuunnitelmaan, jolla varmistetaan ohjauksen jatkuvuus hoidon jokaisessa vaiheessa. (Lipponen ym. 2006,)

Sairaalaan tulovaiheen potilasohjaukseen päivystyspoliklinikalla kuuluu potilaan vastaanotto, tulosityn ja -tilanteen selvitys, taustatietojen ottaminen, potilaan sekä omaisen tukeminen ja rauhoittaminen sekä potilaan ohjaustarpeen tunnistaminen ja ohjauksen tavoitteiden asettaminen. Potilaalle kerrotaan, mitä hänelle tehdään ja miksi. Potilaalle myös kerrotaan, mitä tutkimuksia ja toimenpiteitä tehdään, arvio aikataulusta, tutkimusten ja toimenpiteiden toteutus ja mitä toimia ne potilaalta vaativat (esim. ravinnotta olo, liikkuminen yms.). Päivystyspotilaan ohjaaminen ja opettaminen ovat erityisen haastavaa hoitotyöntekijöille, koska hoitajalta edellytetään kykyä muodostaa selkeä käsitys potilaasta lyhyessä ajassa, sekä hänen elämäntilanteestaan ja oppimiskyvystään, jotta ohjaus onnistuisi toivotulla tavalla. (Lipponen ym. 2006; Kuisma ym.2008, 41 – 42.)

Potilas valmistellaan leikkaukseen. Hänelle kerrotaan leikkaukseen valmistautumisesta, toimenpiteestä, sen jälkeisestä hoidosta ja kuntoutumisesta. (Holmia ym. 2003, 711.)

Kun potilas joutuu olemaan vuoteessa, ehkäistään ihovaurioita asentohoidolla ja laskimotukoksia lihasharjoittelulla, antiemboliasukilla ja hyytymistä estävillä lääkkeillä. Potilaan tulee pitää antiemboliasukkia vähintään kolmen vuorokauden ajan yötä päivää. Infektioiden estossa huolehditaan ihon kunnosta hyvällä hygienialla ja hoidetaan mahdolliset infektiot. Potilaalle voidaan laittaa kestopatetri ja suoli tyhjentää tarvittaessa. Potilaan kivunhoidosta huolehditaan koko ajan. Potilaalta otetaan ennen leikkausta verikokeita, EKG eli sydänpöytä ja tehdään verivaraus. (Holmia ym. 2003, 710 – 711.)

Leikkauksen kulku selitetään potilaalle. Leikkaus pyritään suorittamaan avoimella leikkauksella eli naulauksella tai endoproteesilla. Ennen operaatiota potilas saa rauhoittavaa esilääkettä. Leikkaus tehdään yleensä epiduraalipuudutuksessa potilaan ollessa kyljellään. Haavaan laitetaan dreeni, johon ylimääräinen veri ja kudokset valuvat. Dreeni poistetaan, kun eritettä ei enää tule, yleensä ensimmäisenä tai toisena päivänä leikkauksesta. Haava suljetaan ompeleilla tai haavahakasilla. (Holmia ym. 2003, 712 – 713.)

Leikkauksen jälkeen potilas voi olla hyvin kivulias, joten hänelle laitetaan leikkauksen yhteydessä epiduraalitalaan katetri, johon annostellaan kipu- ja puudutuslääkkeen yhdistelmää. Kipulääkitystä jatketaan näin kaksi vuorokautta lääkemäärää pienentäen, jonka jälkeen katetri poistetaan. Potilaalle korostetaan ilmaisemaan kivun tunteuksiaan, jolloin hän saa lisäksi anestesiaalääkärin määräämää kipulääkettä. (Holmia ym. 2003, 712 – 713.)

Potilasta ohjataan liikunnalliseen kuntoutukseen. Tavoitteena on kävelykyvyn oppiminen, vammautuneen lonkan liikelaajuuden palautuminen, muiden nivelten toimintakyvyn ja muiden lihasten ylläpitäminen. Potilaan tulisi lähteä liikkeelle hoitajan avustuksella mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen kivun sallimissa rajoissa. Vuoteesta nousee terveen kyljen kautta ja terve jalka tukee leikattua jalkaa. (Holmia ym. 2003, 713.)

Osastovaiheen potilasohjaukseen kuuluu ohjaustarpeiden ja tavoitteiden uudelleen arviointi sekä uusien ohjaustarpeiden kartoittaminen. Ohjauksessa tulee tunnistaa potilaan tiedon tarve sekä tukea potilaan selviytymistä. Hoidon akuuttivaiheessa korostuvat päivittäisiin asioihin sekä äkillisiin tilanteisiin liittyvä ohjaus. Potilasta ohjataan tutkimuksissa ja toimenpiteissä sekä niihin valmistautumisessa. Potilaalle kerrotaan jatkohoidosta ja potilaan selviytymistä tuetaan toteuttamalla ohjaus hänen omien tarpeidensa mukaisesti. Potilasta ohjataan uuden elämäntilanteen vaatimissa arkielämän muutoksissa ja toimintatavoissa potilaan toimintakyky huomioon ottaen (elintavat, riskitekijät, avuntarve). Ohjauksessa huomioidaan myös omaisen rooli muuttuneessa elämäntilanteessa. Ohjaus toteutetaan sovitun ohjauskäytännön mukaisesti moniammatillisena ohjauksena (hoitaja, lääkäri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, psykologi, toimintaterapeutti ym.). (Lipponen ym. 2006,)

Kotiutusvaiheessa täsmennetään jatkohoidon tai kotihoidon ohjauksen tarpeita ja tavoitteita sekä suunnitellaan sen mukainen ohjaus yhdessä potilaan, oma hoitajan, omaisten, lääkärien, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän ja avohuollon kanssa. Potilaan täytyy olla ennen kotiutumista hyvässä kunnossa, haavan tulee olla parantunut ja ompeleiden poistetut, potilaan päivittäisten toimintojen tulee olla sujuvia sekä kotona vaadittavat muutostyöt tulee olla tehtynä. Potilaalle annetaan asiaankuuluva kirjallinen materiaali, mahdolliset kontrolliajat sekä yhteystiedot. Potilaalle ohjataan apuvälineiden oikeaa käyttöä. Yleisimpiä lonkkamurtumapotilaan apuvälineitä ovat kynnär- tai kainalosauvat ja rollaattori. Kontrollikäynneillä seurataan potilaan toipumista ja kuntoutumista. Proteesipotilaat menevät jälkitarkastukseen tarvittaessa, naulauksella hoidetuista otetaan kontrollikuvat kolmen viikon ja kuuden kuukauden kuluttua. Potilaalle kerrotaan vertaistuen mahdollisuuksista ja selvitetään mahdollisesti epäselviksi jääneet asiat. Lopuksi arvioidaan potilaan tarpeiden mukaisen ohjauksen toteutuminen yhdessä potilaan kanssa. Mikäli potilaan yleiskunto on heikentynyt, hänelle järjestetään asianmukainen jatkohoitopaikka. (Lipponen ym. 2006; Holmia ym. 2003, 713.)

4.1 Lonkkamurtumapotilas ohjauksen laadun arvioijana

Potilaat odottavat hoitotyöntekijältä tietoa, ohjausta ja neuvontaa tärkeäksi kokemis-
saan asioissa. Hoitajan odotetaan puhuvan selkeästi ja selvittävän asiat siten, että po-
tilaat ne ymmärtävät. (Hiidenhovi 2001, 4 – 5.)

Potilaiden mielestä hyvä ohjaus on asiantuntevaa ja yksilöllistä. Ohjauksessa tulee
antaa aikaa potilaalle myös omaksua opetetut asiat ja varmistua potilaan ymmärtä-
neen saamansa ohjauksen. Potilaiden mukaan omahoitaja on yksilöllisen ohjauksen
avaintekijä. Ohjauksen yksilöllisyys on potilaan tilanteen huomioon ottamista ja se
sisältää myös erilaisten vaihtoehtojen tarjoamisen potilaalle. Potilaalle itselleen jää
lopullinen päätöksenteko ja valinta, jota hoitotyöntekijät tukevat. (Kuisma ym.2008,
42; Kyngäs ym. 2004, 231.)

Potilaat pitävät henkilökohtaista yksilöohjausta tärkeimpänä ohjausmenetelmänä.
Yksilöllinen ohjaus on myös todettu tehokkaimmaksi tavaksi lisätä potilaan tietoa.
Yksilöohjauksen hyviä puolia ovat potilaan oma aktiivinen rooli ja motivaatio ohja-
uksessa sekä mahdollisuus palautteeseen ja epämuodollisempaan ilmapiiriin ohjauk-
sen aikana. Yksilöllisessä ohjauksessa voidaan keskittyä kunkin potilaan sillä hetkel-
lä olemassa oleviin ongelmiin. Yksilöllisessä ohjauksessa ohjaaja pystyy selvittä-
mään potilaan tiedonvastaanottokyvyn, jolla on merkitystä erityisesti vasta sairastu-
neiden kohdalla. Yksilöllinen ohjaus edellyttää sitä, että ohjaukseen on varattu riittä-
västi aikaa. Yksilöohjauksen ongelma onkin hoitajien kiire. (Kyngäs ym. 2004, 225 –
226.)

Potilaat toivovat ohjaukseen lisää aikaa ja henkilökuntaa. Hoitoajan pidentäminen
auttaisi ohjatun asian oppimista ja potilailla olisi myös mahdollisuus kysyä ja keskus-
tella hoitohenkilökunnan kanssa epäselvistä asioista. Lisäksi potilaat haluaisivat saa-
da itse mahdollisuuden vaikuttaa ohjaajan valitsemiseen. (Kyngäs ym. 2004, 231.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, mitä on laadukas lonkkamurtumapotilaan ohjaus potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää lonkkamurtumapotilaan ohjausta Satakunnassa.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta voidaan kuvata?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat lonkkamurtumapotilaan ohjauksen onnistumiseen?
3. Mikä on lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena?
4. Mikä on potilaan ja / tai omaisen rooli laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa?
5. Miten lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhdetta voidaan kuvata?

6 TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKOHDAT

Hoitotieteessä tutkimustyön eettiset kysymykset korostuvat, koska tutkitaan inhimillistä toimintaa. Tutkimuseettisissä kysymyksissä tulee huomioida tiedonhankintatapa, tutkittavien anonymiteetin säilyttäminen ja tutkijan eettinen vastuu tutkimustuloksia raportoidessa. Tutkimukseen osallistuminen ei saa vahingoittaa vastaajaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Lisäksi tutkimukseen osallistuminen tulee olla tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä vapaaehtoista ja keskeytettävissä. Tutkimuksesta saatavan hyödyn pitää olla haittaa suurempi. (Eskola & Suoranta 1998, 56 – 57; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 26 – 27.)

Eettiset kysymykset huomioidaan koko prosessin aikana alkaen jo aiheen valinnasta, esimerkiksi aihetta valitessa eettisiksi kysymyksiksi muodostuu: tulisiko valita vai erityisesti välttää muodinmukaisia aiheita, tulisiko tehdä vähemmän työtä aiheuttava tutkimus, joka ei olisi tulosarvoltaan niin merkittävä ja miten tulisi huomioida aiheen yhteiskunnallinen merkitys. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 26.)

Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu tulee ottaa huomioon erityisesti tutkimuksen tiedonhankintatavassa ja koejärjestelyissä. Eettisesti on tärkeää, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Mitä suurempi riski tutkimukseen sisältyy, sitä enemmän on annettava ennalta tietoa. Riski voi tarkoittaa esimerkiksi tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä aiheutuvaa haittaa tutkimuksen kuluessa tai myöhemmin. Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä tulisi hankkia perehtyneesti annettu suostumus (informed consent) osallistumisesta tutkimukseen. Perehtyneesti annettu suostumus edellyttää sitä, että tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä kerrotaan, mitä tulee tapahtumaan tai mitä saattaa tapahtua tutkimuksen kuluessa ja henkilön tulee olla kykenevä ymmärtämään tämä informaatio. Lisäksi tutkimukseen osallistuvan henkilön tulee olla pätevä tekemään rationaalisia ja kypsiä arviointeja sekä suostumuksen

tulee olla vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym. 2007, 26 – 27; Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 138 – 139.)

Humaanin ja kunnioittavan kohtelun edellyttämät näkökohdat tulee ottaa huomioon myös koko prosessissa tutkittaessa inhimillistä toimintaa. Esimerkiksi aineiston keräämisessä otetaan huomioon anonyymiyden takaaminen, erilaiset korvauskysymykset, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asiaan kuuluvalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 27.)

Tutkimustyössä tulee välttää epärehellisyyttä tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa, esimerkiksi toisten tekstien plagiointia, ryhmän muiden tutkijoiden osuuden vähätteleä tai tutkimusmäärärahojen käyttöä väärin tarkoituksiin. Lisäksi tulokset tulee kertoa totuudenmukaisena, eikä tuloksia tule liiaksi yleistää ilman kritiikkiä. Raportoidessa esimerkiksi käytetyt menetelmät tulee selostaa huolellisesti ja tutkimuksen puutteetkin kertoa, koska raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. (Hirsjärvi ym. 2007, 27 – 28.)

Tässä opinnäytetyössä eettiset kysymykset ratkaistiin seuraavasti: Tutkimusluvut anottiin kunkin tutkimukseen osallistuneen organisaation käytäntöjen mukaisesti ennen aineiston keruuta. Tutkittavia informoitiin tutkimuksen tarkoituksista ja tavoitteista, tutkimuksen vapaaehtoisuudesta sekä tutkittavan roolista haastattelussa ja tutkimuksessa. Tutkittavia informoitiin myös tutkimustietojen luottamuksellisuudesta, anonymiteetin säilyttämisestä ja tutkimustulosten tiedottamisesta ja tulosten hyödyntämisestä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavilta kysyttiin heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Myös osastojen henkilökunnalle tiedotettiin aineistonkeruun tarkoituksesta ja kulusta. Haastattellessani huomioin koko haastattelutilanteen ajan tutkijan etiikan, eläytymisen potilaan tilanteeseen ja haastateltavan kunnioittamisen. Kyselylomakkeita säilytettiin ja käsiteltiin asianmukaisesti.

7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimus on kvantitatiivinen tutkimus, jossa aineisto on kerätty haastattelemalla käyttäen strukturoitua kyselylomaketta. Aineisto on analysoitu tilastollisesti ja avoimet vastaukset on raportoitu sanallisesti.

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa hoidettavana olleet päivystyksenä leikatut lonkkamurtumapotilaat (N=30) Satakunnan sairaanhoitopiirin alueelta. Lonkkamurtumapotilaiksi on tässä tutkimuksessa katsottu potilaat, joilla on murtuma reisiluun kaulassa, diafyysimurtuma reisiluussa tai murtuma reisiluun proksimaalipäässä sarvennoisen alueella.

Tutkimusaineisto kerättiin vuoden 2008 maaliskuun ja marraskuun välisenä aikana. Kaikki potilaat haastateltiin henkilökohtaisesti heidän sairaalajaksonsa aikana; 2-6 postoperatiivisena päivänä.

Tutkimuksessa käytettävä strukturoitu kyselylomake on kehitetty Satakunnan ammattikorkeakoulun ja Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteisessä tutkimusprojektissa. Sitä käytettiin aineiston keräämiseen potilailta haastattelemalla.

Kyselylomake muodostuu kuudesta osasta, joista ensimmäisessä osassa kysytään potilaan taustatietoja (4 väittämää). Taustatiedoissa kysytään potilaan sukupuolta, ikää, koulutusta sekä onko potilas ollut aikaisemmin jossakin leikkauksessa ja missä leikkauksessa. Seuraavissa osissa kysytään potilaalta laadukkaasta potilasohjauksesta (39 väittämää), ohjauksen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä (16 väittämää + avoin kysymys), ohjauksen tavoitteista (10 väittämää + avoin kysymys), potilaan ja omaisen roolista laadukkaassa ohjauksessa (11 väittämää + avoin kysymys), sekä lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhteesta (9 väittämää). Lomakkeessa käytetään 5-portaista Likert-asteikkoa, jonka vaihtoehdot ovat: 1 = täysin samaa mieltä, 2 = samaa mieltä, 3 = eri mieltä, 4 = täysin eri mieltä ja 5 = en osaa sa-

noa. Avoimia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa yhteensä kuusi, joista taustatiedoissa oli kolme kysymystä ja varsinaisia avoimia kysymyksiä myös kolme. Taustatiedoissa avoimet kysymykset koskivat ikää ja koulutusta. Lisäksi taustatiedoissa avoimella kysymyksellä kysyttiin, missä leikkauksessa potilas on mahdollisesti aiemmin ollut. Ohjauksen onnistuminen, ohjauksen tavoitteellisuus ja potilaan ja/tai omaisen rooli -osioissa avoimilla kysymyksillä haettiin osioiden lopuksi lisätietoa siitä, mitä muita lomakkeen väittämistä esille tulemattomia seikkoja oli noussut potilaan mieleen kunkin osion käsittelemältä aihealueelta. Edellä mainituissa osioissa oli kussakin yksi avoin kysymys. (Liite 1.)

Aineiston hankinnan menetelmäksi valittiin strukturoitu haastattelu, koska se oli kohderyhmää ajatellen sopivin. Johdonmukainen lomakehaastattelu on ikääntyneille, operaatiosta toipuville potilaille vaivattomampi tapa antaa tietoa kuin esimerkiksi kyselylomakkeen täyttäminen. Oli myös odotettavaa, että kaikki osallistujat eivät pysty vastaamaan kirjallisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 194.)

Aineiston keruusta sovittiin puhelimitse Satakunnan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osastojen henkilökunnan kanssa. Ennen potilaiden haastattelua sovittiin henkilökunnan kanssa, miten olisi heille sopivaa tulla keräämään aineistoa ja salliiko potilaan vointi osallistumisen haastateltavaksi kyseisellä hetkellä. Tässä luotettiin henkilökunnan arvioon asiantuntijana potilaan voinnissa ja orientaatioissa.

Tutkittavilta kysyttiin heidän halukkuuttaan ottaa osaa tutkimukseen. Yksi potilas kieltäytyi osallistumasta haastatteluun. Tutkittavia informoitiin tutkimuksen tarkoituksista ja tavoitteista, sekä tutkittavan roolista haastattelussa ja tutkimuksessa. Jos paikalla oli heidän omaisensa informoitiin myös heitä. Muussa tapauksessa omaisia koskeva informaatio annettiin potilaalle. Lisäksi tutkittaville kerrottiin, että osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista ja haastattelun voi halutessaan aina keskeyttää. Tutkittavia informoitiin myös tutkimustietojen luottamuksellisuudesta, anonymiteetin säilyttämisestä ja tutkimustulosten tiedottamisesta ja tulosten hyödyntämisestä.

Haastattelussa potilaalle luettiin selkeästi strukturoidun kyselylomakkeen jokainen väittäjä ja kysyttiin, mitä mieltä hän väittämästä on 5-portaisen Likert-asteikon vaihtoehtojen mukaisesti. Lomakkeelle merkittiin asianmukaisella tavalla vastaajan kertoma vaihtoehto. Haastattelussa otettiin huomioon koko haastattelutilanteen ajan tutkijan etiikka, eläytyminen potilaan tilanteeseen ja haastateltavan kunnioittaminen. Haastattelun lopuksi esitettiin potilaalle kiitokset tutkimukseen osallistumisesta ja uhraamastaan ajasta tutkimuksen hyväksi. Osallistujille toivotettiin myös lämpimästi pikaista paranemista ja hyvää jatkoa elämään.

Haastattelun jälkeen haastattelulomake suljettiin kirjekuoreen niin, että potilas näki tämän. Kirjekuoret toimitettiin tämän jälkeen Sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksikön sihteerin lukittuun kaappiin. Kun koko aineisto saatiin kerättyä (N=30), lomakkeet haettiin lukitusta kaapista. Aineiston analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet luovutettiin takaisin sihteerille lukittuun kaappiin.

Tämä on kvantitatiivinen tutkimus, mikä tarkoittaa määrällistä tutkimusta. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista numeerinen mittaaminen. Tätä varten jo aineiston keruun suunnitelmassa otetaan huomioon, että tuloksia on kyettävä mittaamaan numeroin ja analysoimaan tilastollisesti. Vaikka tämä tutkimus on määrällinen, on muistettava, että laadullinen ja määrällinen tutkimus eivät ole aina toisiaan poissulkevia tutkimusmenetelmiä, vaan ne voivat myös täydentää toisiaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 136; Janhonen ym. 2003, 7.)

7.2 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimuksen tiedot syötettiin strukturoidulta kyselylomakkeelta taulukkolaskentaohjelmaan (Exel 2007), josta ne siirrettiin analysointia varten tilastointiohjelmaan (Tixel 8.48). Tilastotieteilijä tarkisti tekemäni matriisin, jotta koko tutkimuksen luotettavuus olisi parempi.

Tutkimusaineistosta tehtiin yksiulotteiset eli suorat jakaumat aineiston kaikkien kysymysten ja taustamuuttujien mukaan. Taustamuuttujiksi valittiin sukupuoli, ikä, koulutus sekä onko potilas ollut aikaisemmin jossakin leikkauksessa ja missä leikkauksessa. Lisäksi tein aineistosta iän tunnusluvut. Avoimet kysymykset analysoitiin

sisällön erittelyllä. Tässä tutkimuksessa avoimien vastauksien sisältöä kuvataan myös sellaisenaan.

Tutkimuksen analysointivaiheessa vastausvaihtoehdot muutettiin kolmiluokkaisiksi. Vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”samaa mieltä” yhdistettiin väittämäksi ”samaa mieltä”. Samoin vastausvaihtoehdot ”eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä” yhdistettiin, milloin väittämäksi tuli ”eri mieltä”. Kolmanneksi luokaksi jäi ”en osaa sanoa”. Vastausvaihtoehtojen yhdistäminen oli perusteltua, koska se selkeyttää tulosten auki kirjoittamista ja niiden lukemista.

Koska väittämiä on jokaisessa aihe-alueessa paljon, olen lisännyt taulukoita helpottamaan tulosten hahmottamista. Taulukoista ilmenee väittämä ja potilaiden vastaukset Likert-asteikon mukaisesti prosentteina ja frekvensseinä. Taulukoissa olen käyttänyt jo edellä mainitsemaani jakoa kolmeen luokkaan: samaa mieltä, eri mieltä ja en osaa sanoa.

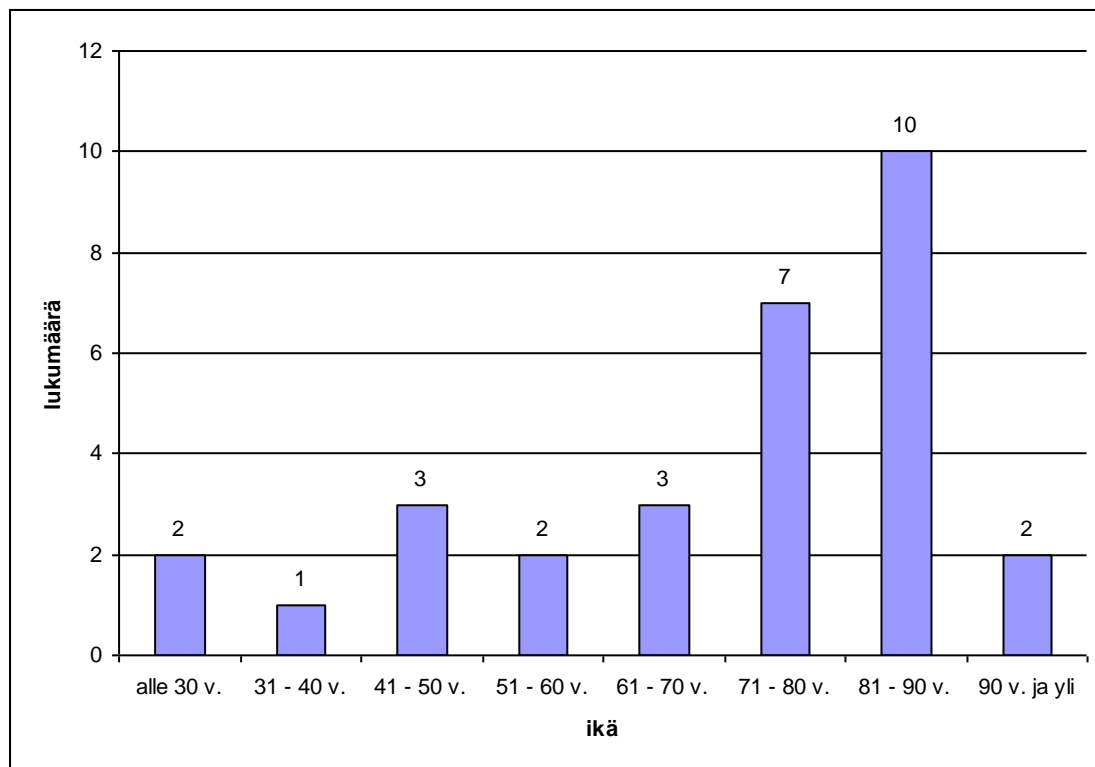
Tutkimustulosten auki kirjoittamisessa olen käyttänyt vastausten määrää kuvailevia määreitä kuten; yli puolet (yli 50 %), hieman yli puolet (yli 53 %), selvästi yli puolet (yli 60 %), suuri osa (70 – 85 %), suurin osa (yli 85 %), lähes kaikki (yli 97 %) ja kaikki (100 %) vastaajista.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Tutkimusjoukon kuvaus

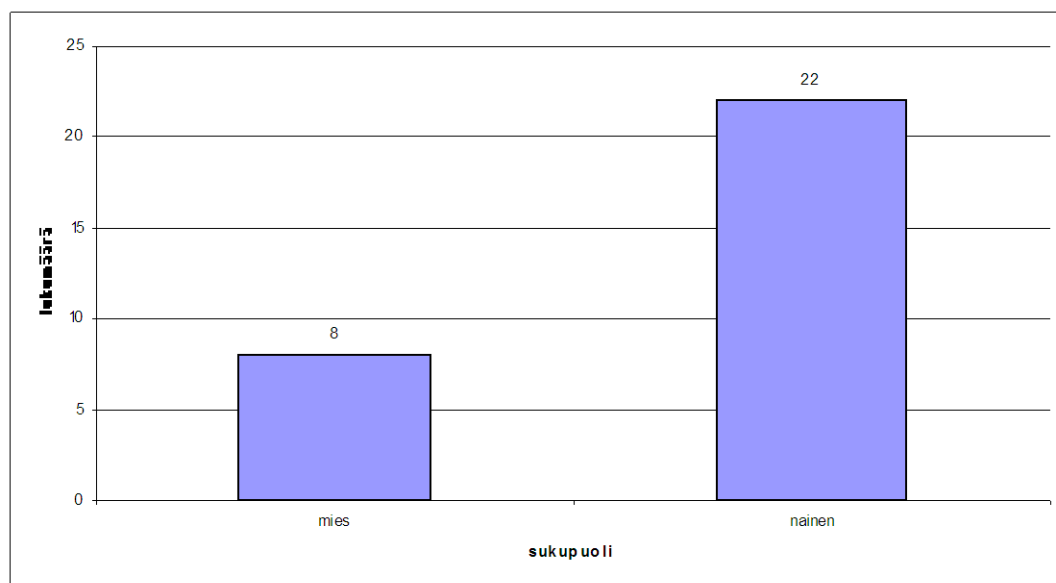
Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa kysytään haastateltujen taustatietoja. Taustatieto-osiossa kysyttiin vastaajaan sukupuolta, ikää, koulutusta ja leikkauskokemusten määrää sekä kehon aluetta, jolle aikaisempi operaatio tai operaatiot ovat kohdistuneet.

Tutkimukseen haastateltiin yhteensä 30 lonkkamurtumapotilasta. Haastatteluun osallistuneiden potilaiden ikä luokiteltiin aineiston perusteella kahdeksaan luokkaan. Nuorin haastatteluun osallistuneista oli 24-vuotias ja vanhin 92-vuotias. Haastateltujen potilaiden keski-ikä oli 70 vuotta. Kolmasosa potilaista oli 81 – 90-vuotiaita. Alle 30-vuotiaita haastatelluista potilaista oli 7 % ja yli 90-vuotiaita oli myös 7 %. (Kuvio 1.)



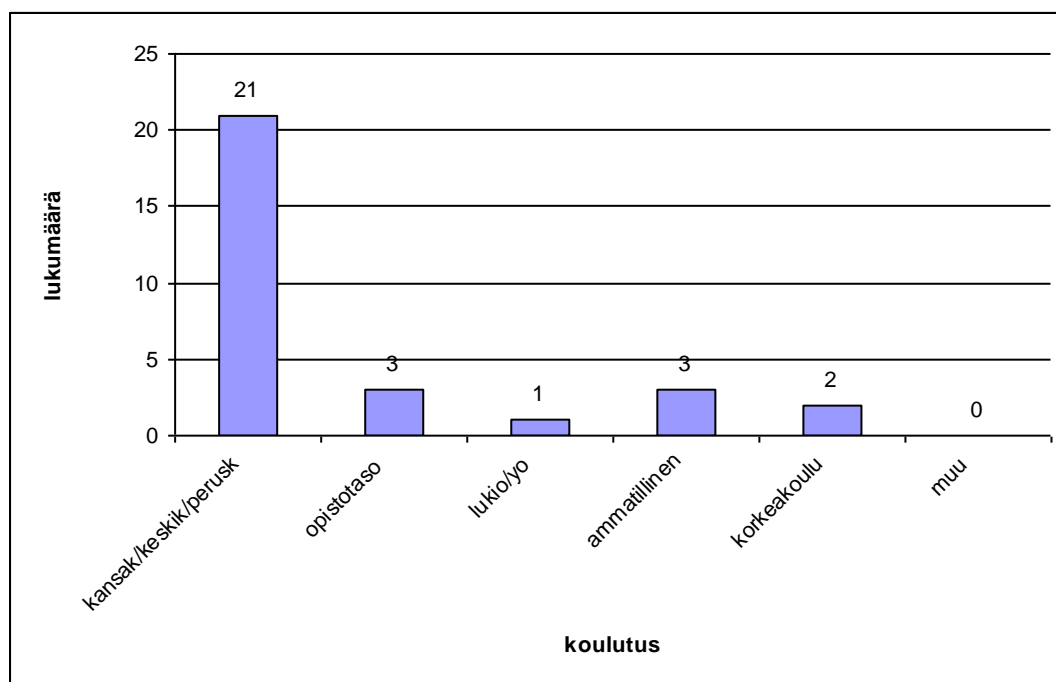
Kuvio 1. Osallistujien ikäjakauma

Tutkimukseen osallistuneiden sukupuoli jakautui siten, että naisia oli suuri osa (73 %) ja miehiä oli vajaa kolmannes (27 %). (Kuvio 2.)



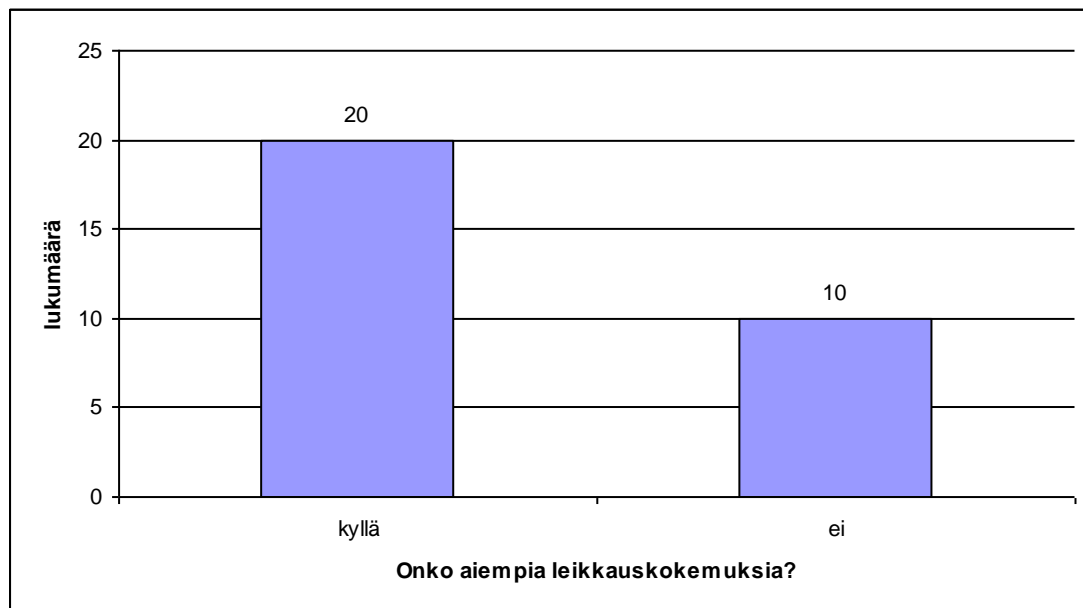
Kuvio 2. Osallistujien jakautuminen sukupuolen mukaan

Tutkimukseen osallistuneista suuri osa (70 %) oli suorittanut kansakoulun/ keskikoulun/ peruskoulun. Opistotasoinen koulutus oli suorittanut muutama (10 %), kuten samoin ammatillisen koulutuksen oli suorittanut vastaajista myös muutama (10 %). Lukion tai ylioppilastutkinnon oli suorittanut vain yksi vastaaja (3 %) ja korkeakoulutuksen oli suorittanut kaksi osallistujaa (7 %). Vaihtoehtona oli myös ”muu koulu”, mutta siihen luokkaan ei kuulunut kukaan osallistuneista potilaista. (Kuvio 3.)



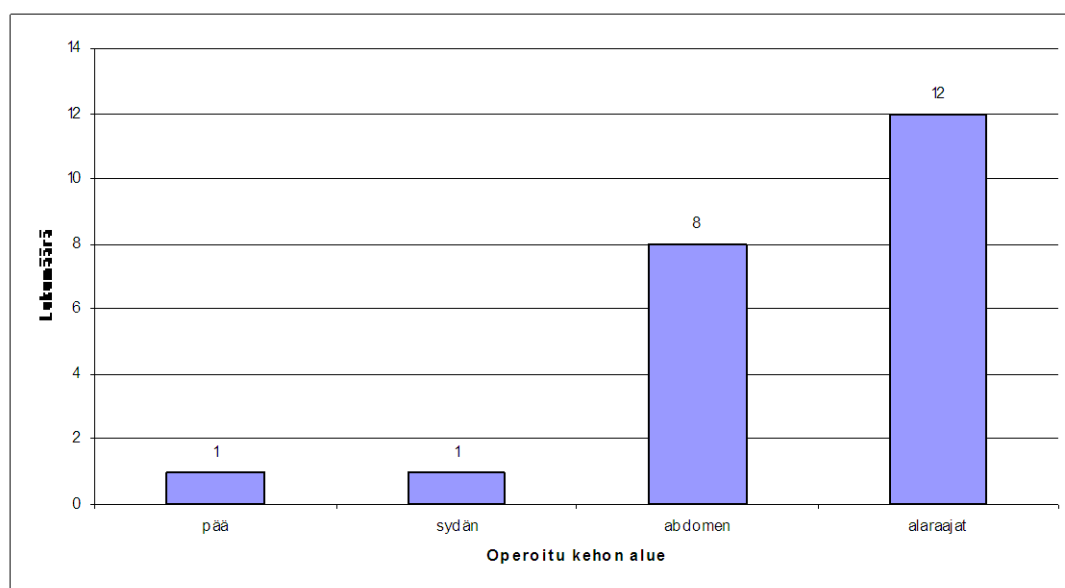
Kuvio 3. Osallistujien jakautuminen koulutuksen mukaan

Aikaisempia leikkauskokemuksia oli suurella osalla (67 %) tutkimukseen osallistuneista (Kaavio 5). Potilaista kolmannes (33 %) ei ollut aiemmin ollut elämässään missään leikkauksessa (Kuvio 4.)



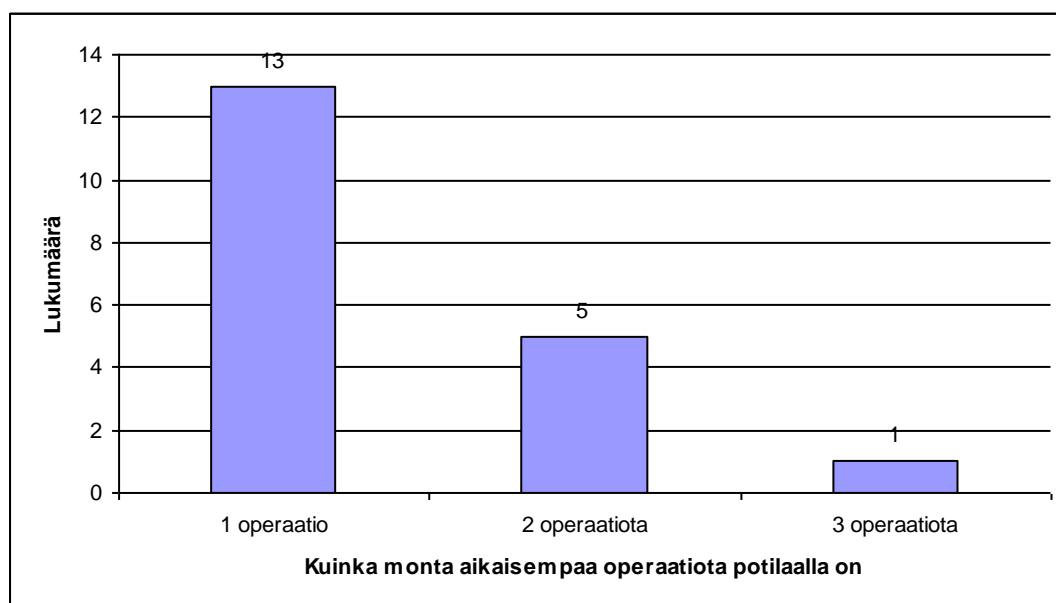
Kuvio 4. Osallistujien aikaisempi leikkauskokemus

Ne potilaat, jotka olivat olleet aikaisemminkin leikkauksessa, vastasivat myös kysymykseen: ”Missä leikkauksessa?” Selvästi yli puolella (63 %) oli leikkauskokemus alaraajojen tai lantion operaatiosta. Toiseksi eniten leikkauskokemuksia (n=8) osallistujilla oli vatsan alueen operaatioista (42 %). Pään alueen (5 %) ja sydämen (5 %) operaatioissa oli kummassakin luokassa ollut yksi osallistujista. Yksi vastaajista ei halunnut kertoa, mitä operaatioita hänelle oli aiemmin tehty. Kolme potilasta oli ollut sekä vatsan että alaraajojen alueen operaatioissa. Sen vuoksi kuvion 5 operaatioiden yhteissumma on yli 20. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Osallistujien aikaisemmat leikkauskokemukset kehon alueittain

Viidesosalla (n=6) vastaajista oli useampikin leikkauskokemus. Yksi leikkauskokemus oli lähes puolella (43 %). Ne potilaat, joilla oli useampia aiempia leikkauskokemuksia, olivat olleet pääasiassa joko 2-3:ssa alaraajojen tai vatsan alueen leikkauksissa tai molempien alueiden leikkauksissa. Aiemminkin lonkan operaatiossa oli ollut vastaajista muutama (n=4). Kuviosta 6 ilmenee, kuinka monessa operaatiossa osallistujat olivat olleet ennen nykyistä lonkkaleikkaustaan.



Kuvio 6. Kuinka monessa operaatiossa vastaaja on aiemmin ollut

8.2 Laadukas potilasohjaus

Kyselylomakkeen toisessa osiossa käsitellään laadukasta potilasohjausta. Potilaille esitettiin lause: ”Laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta voidaan kuvata seuraavasti:” ja sen jälkeen erilaisia laadukkaaseen potilasohjaukseen liitettyjä väittämiä 39 kpl.

Kaikkien vastaajien mukaan laadukkaaseen potilasohjaukseen kuuluu se, että ohjaaja hallitsee ohjattavan asian ja ohjauksessa keskitytään potilaan hoidon kannalta keskeisiin asioihin. Kaikki vastaajat olivat myös samaa mieltä siitä, että laadukkaassa potilasohjauksessa potilaalla on mahdollisuus kysyä haluamista asioista ohjauksen aikana. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Laadukas potilasohjaus. Väittämät, joista kaikki vastaajat olivat samaa mieltä:

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		Ei osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
1. Ohjaaja hallitsee ohjattavan asian	100	30	0	0	0	0
14. Ohjauksessa keskitytään potilaan hoidon kannalta keskeisiin asioihin	100	30	0	0	0	0
37. Potilaalla on mahdollisuus kysyä haluamistaan asioista ohjauksen aikana	100	30	0	0	0	0

Lähes kaikki (97 %) vastaajat olivat sitä mieltä, että laadukkaassa potilasohjauksessa ohjaaja ottaa huomioon potilaan henkilökohtaiset kokemukset ja ohjaajalla on taito kuunnella potilasta. Sama määrä (97 %) vastaajista katsoi laadukkaaseen potilasohjaukseen kuuluvan myös sen, että ohjaajalla on hyvät teoretiedot potilaan sairaudesta sekä ohjaaja muistaa, mitä potilas on sanonut. Lähes kaikki (97 %) vastaajat olivat samaa mieltä siitäkin, että laadukkaassa potilasohjauksessa ohjaaja ylläpitää katsekontaktia potilaaseen ja käyttää ohjauksessaan eleitä esimerkiksi nyökkää hyväksymisen merkinä. Yksi vastaaja ei osannut sanoa käsityksiään laadukkaasta lonkkamurtumapotilaan ohjauksesta väittämien 6 ja 32 kohdalla (Taulukko 2).

Taulukko 2. Laadukas potilasohjaus. Väittämät, joista lähes kaikki vastaajat olivat samaa mieltä:

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		Ei osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
2. Ohjaaja ottaa huomioon potilaan henkilökohtaiset kokemukset	97	29	3	1	0	0
6. Ohjaajalla on hyvät teoretiedot potilaan sairaudesta	97	29	0	0	3	1
19. Ohjaajalla on taito kuunnella potilasta	97	29	3	1	0	0
22. Ohjaaja ylläpitää katsekontaktia	97	29	3	1	0	0
29. Ohjaaja käyttää eleitä, esim. nyökkää hyväksymisen merkinä	97	29	3	1	0	0
32. Ohjaaja muistaa, mitä potilas on sanonut	97	29	0	0	1	3

Suurin osa (87 - 94 %) vastaajista katsoi, että laadukkaaseen lonkkamurtumapotilaan ohjaukseen kuuluu se, että ohjaaja soveltaa tiedon potilaan tilanteeseen ja ymmärtää tilanteen ainutlaatuisuuden potilaan kannalta. Laadukkaassa potilasohjauksessa on kyse myös suurimman osan (94 %) mukaan siitä, että ohjaaja huomioi ohjauksessaan potilaan toiveet ja mielipiteet sekä ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa ohjaaja myös tunnistaa potilaan tunteita, rohkaisee potilasta puhumaan ja ilmaisemaan itseään sekä kertomaan asioistaan omin sanoin vastaajista suurimman osan (86 - 90 %) mukaan. Toisaalta laadukkaaseen potilasohjaukseen katsottiin kuuluvaksi suurimman osan (90 – 93 %) mukaan myös se, että ohjaaja osaa käyttää tarvittaessa hiljaisuutta eikä keskeytä potilasta. Ohjaajan katsottiin myös suurimman osan (86 - 93 %) mukaan laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa osaavan ilmaista itseään taitavasti sekä välttävän ulkopuolisille puhumista potilaan asioista. Lisäksi suurimman osan (87 – 96 %) mukaan laadukkaaseen potilasohjaukseen kuuluu ohjauksen havainnollisuus, ohjaajan palaute potilaalle edistymisestä ja se, että potilas saa harjoitella ohjaustilanteessa hänelle opetettuja taitoja ja näitä ohjaustilanteita olisi useita potilaan hoitojakson aikana. Vastaajista suurimman osan (94 - 96 %) mukaan laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta voidaan kuvata potilaan ja ohjaajan välisenä yhteistyönä ja lisäksi ohjauksessa keskitytään potilaalle tärkeisiin asioihin.

Taulukosta 3 ilmenee väittämät, joista suurin osa vastaajista oli samaa mieltä. Taulukosta 3 näkyy myös väittämät, joissa muutama (3 – 7 %) vastaaja oli eri mieltä. Pieni osa (3 - 13 %) vastaajista taas ei osannut sanoa, mitä mieltä he ovat joistakin väittämistä (Taulukko 3).

Taulukko 3. Laadukas potilasohjaus. Väittämät, joista suurin osa oli samaa mieltä:

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		Ei osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
5. Ohjaaja uskoo, että potilas puhuu totta.	90	27	0	0	10	3
7. Ohjaaja soveltaa tiedon potilaan tilanteeseen	87	26	3	1	10	3
11. Ohjaus on havainnollista	93	28	0	0	7	2
12. Ohjaustilanteessa potilas saa harjoitella hänelle opettuja taitoja	96	29	3	1	0	0
13. Ohjaaja antaa palautetta potilaalle edistymisestä	90	27	3	1	7	2
15. Ohjauksessa keskitytään potilaalle tärkeisiin asioihin	94	28	3	1	3	1
18. Ohjaaja käyttää huumoria ohjauksessa	90	27	7	2	3	1
20. Ohjaaja auttaa potilasta rentoutumaan	94	28	0	0	7	2
21. Ohjaaja huomioi potilaan toiveet ja mielipiteet	94	28	3	1	3	1
23. Ohjaaja tunnistaa potilaan tunteita	86	26	3	1	10	3
24. Ohjaaja käyttää hiljaisuutta tarvittaessa	93	28	0	0	7	2
26. Ohjaaja välttää puhumista ulkopuolisille potilaasta ja potilaan asioista	86	26	0	0	13	4
27. Ohjaaja rohkaisee potilasta puhumaan	90	27	3	1	7	2
28. Ohjaaja ei keskeytä potilasta	90	27	3	1	7	2
30. Ohjaaja ilmaisee itseään taitavasti	93	28	3	1	3	1
31. Ohjaaja pyytää potilasta kertomaan asioistaan omin sanoin	90	27	7	2	3	1
33. Ohjaaja rohkaisee potilasta ilmaisemaan itseään.	96	29	0	0	3	1
34. Ohjaaja ymmärtää tilanteen ainutlaatuisuuden potilaan kannalta	94	28	0	0	7	2
35. Ohjaaja ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet	93	28	0	0	7	2
36. Ohjaus on potilaan ja ohjaajan välistä yhteistyötä	96	29	3	1	0	0
38. Ohjaustilanteita on useita potilaan hoitajakson aikana	87	26	3	1	10	3

Suuri osa (73 – 77 %) haastatelluista katsoi, että laadukkaassa potilasohjauksessa ohjaaja käyttää ohjauksessaan uusinta ja tutkittua tietoa. Sen sijaan noin neljännes (23 - 27 %) potilaista ei osannut sanoa kuuluuko laadukkaaseen lonkkamurtumapotilaan ohjaukseen uusin ja tutkittu tieto. Vastaajista suuren osan (84 %) mukaan laadukkaassa potilasohjauksessa ohjaaja osaa tunnistaa potilaan nonverbaalin ilmaisun ja ohjaajalla on taito esittää erilaisia kysymyksiä. Suuri osa vastaajista (80 %) oli samaa

mieltä myös siitä, että laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa ohjaaja hallitsee käyttämänsä ohjausmenetelmän. Viidesosa vastaajista ei taas osannut sanoa, hallitseeko ohjaaja käyttämänsä ohjausmenetelmän laadukkaassa potilasohjauksessa. Taulukosta 4 ilmenee väittämät, joista vastaajista suuri osa oli samaa mieltä ja osa ei osannut sanoa, mitä mieltä he ovat väittämästä.

Taulukko 4. Laadukas potilasohjaus. Väittämät, joista suuri osa oli samaa mieltä:

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		Ei osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
3. Ohjaaja käyttää uusinta tietoa	77	23	0	0	23	7
4. Ohjaaja käyttää tutkittua tietoa	73	22	0	0	27	8
8. Ohjaaja hallitsee käyttämänsä ohjausmenetelmän	80	24	0	0	20	6
16. Ohjaaja tunnistaa potilaan sanattoman ilmaisun	83	25	7	2	10	3
17. Ohjaajalla on taito esittää erilaisia kysymyksiä	84	25	3	1	13	4

Eniten erimielisyyttä oli ohjausilmapiirin kiireettömyydessä. Vastaajista yli (57 %) puolet oli eri mieltä siitä, että laadukkaassa potilasohjauksessa ilmapiiri on kiiretön. Eniten eroja vastaajien käsityksissä oli kirjallisten ohjeiden saamisessa, kun kysymyksessä on laadukas lonkkamurtumapotilaan ohjaus. Vastaukset jakoutuivat lähes tasan kolmen luokan kesken. (Taulukko 5.) Hieman yli puolet (53 %) vastaajista ei osannut sanoa kuuluuko laadukkaaseen lonkkamurtumapotilaan ohjaukseen se, että ohjaaja osaa käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä ohjauksessaan. Asiasta samaa mieltä oli kuitenkin melkein puolet (46 %) vastaajista. Suurin osa (90 %) vastaajista ei myöskään osannut sanoa jatkuuko ohjaus potilaan sairaalasta lähdön jälkeen, kun ajatellaan laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta. Taulukosta 5 näkyy väittämät, jotka tuottivat eniten en osaa sanoa –vastauksia sekä väittämät, joista vastaajista yli puolet tai suurin osa olivat eri mieltä.

Taulukko 5. Laadukas potilasohjaus. Väittämät, joissa vastaajien käsitykset erosivat toisistaan eniten.

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
9. Ohjauksen ilmapiiri on kiireetön	40	12	57	17	3	1
10. Potilas saa kirjalliset ohjeet	37	11	30	9	33	10
25. Ohjaaja osaa käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä	46	14	0	0	53	16
39. Ohjaus jatkuu potilaan sairaalasta lähdön jälkeen	10	3	0	0	90	27

8.3 Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät

Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa käsitellään ohjauksen onnistumista ja siihen vaikuttavia asioita. Potilaille esitettiin lause: ”Lonkkamurtumapotilaan ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa:” ja sen jälkeen erilaisia ohjauksen onnistumiseen liitettyjä väittämiä 16 kpl. Lisäksi tähän osioon kuului avoin kysymys.

Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että lonkkamurtumapotilaan ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat ohjaajan vuorovaikutustaidot, ammattitaito ja persoonallisuus. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Ohjauksen onnistuminen. Väittämät, joista kaikki vastaajat olivat samaa mieltä:

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		Ei osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
1. Ohjaajan vuorovaikutustaidot	100	30	0	0	0	0
2. Ohjaajan ammattitaito	100	30	0	0	0	0
3. Ohjaajan persoonallisuus	100	30	0	0	0	0

Lähes kaikki (97 %) vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että lonkkamurtumapotilaan ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa ohjaukseen käytetty aika. Vastaajista suurin osa (90 – 94 %) oli samaa mieltä siitä, että ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat ohjaajan koulutus, työkokemus ja innostuneisuus. Potilaan omien toiveiden huomioiminen, ohjauksen sisältö ja ohjausympäristön häiriöttömyys ovat suurimman osan (90 – 94 %) mukaan ohjauksen onnistumiseen vaikuttavia asioita. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Ohjauksen onnistuminen. Väittämät, joista lähes kaikki tai suurin osa vastaajista oli samaa mieltä:

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
4. Ohjaajan koulutus	94	28	3	1	3	1
5. Ohjaajan työkokemus	93	28	0	0	7	2
6. Ohjaajan innostuneisuus	90	27	0	0	10	3
10. Ohjaukseen käytetty aika	97	29	0	0	3	1
12. Potilaan omien toiveiden huomioiminen	94	28	7	2	0	0
13. Ohjauksen sisältö	93	28	0	0	7	2
16. Ympäristön häiriöttömyys	90	27	7	2	3	1

Suuri osa (80 %) vastaajista katsoi, että ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa ohjauksen ajankohta. Myös ympäristön lämpötilalla ja valaistuksella katsottiin olevan vaikutusta ohjauksen onnistumiseen selvästi yli puolen (66 – 70 %) vastaajien mukaan. Samojen asioiden vaikutuksesta ohjauksen onnistumiseen noin neljännes (23 – 27 %) vastaajista oli taas eri mieltä. Eniten eroja vastaajien käsityksissä oli potilaan iän, koulutuksen tai tuntemisen vaikutuksista ohjauksen onnistumiseen (Taulukko 8). Vain hieman yli puolet (54 – 57 %) vastaajista oli samaa mieltä, että potilaan ikä tai koulutus vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. Potilaan tuntemisen taas katsottiin vaikuttavan ohjauksen onnistumiseen yli puolen (60 %) vastaajien mielestä. Toisaalta lähes puolet (40 %) vastaajista oli eri mieltä siitä, että potilaan koulutus vaikuttaisi ohjauksen onnistumiseen. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Ohjauksen onnistuminen. Väittämät, joissa vastaajien käsitykset erosivat toisistaan eniten:

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		Ei osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
7. Potilaan ikä	57	17	23	7	20	6
8. Potilaan koulutus	54	16	40	12	7	2
9. Ohjauksen ajankohta	80	24	13	4	7	2
11. Potilaan tunteminen	60	18	30	9	10	3
14. Ympäristön lämpötila	70	21	23	7	7	2
15. Ympäristön valaistus	66	20	27	8	7	2

Muita ohjauksen onnistumiseen vaikuttavia asioita kysyttiin vastaajilta myös yhdellä avoimella kysymyksellä. Avoimia vastauksia tässä osiossa antoi haastatelluista melkein kolmannes (n=9). Avoimien kysymysten tarkastelussa ilmeni, että osa oli vastannut kysymykseen omalta kokemuspohjaltaan. Kysymykseen ”Muita ohjauksen onnistumiseen vaikuttavia seikkoja:” saatiin vastauksiksi seuraavaa:

”Potilaan oma aktiivisuus. Potilas itse mukana ohjauksessa täysin palkein.”
(10)

Osa potilaista käytti vapaan avoimen vastausalueen saamansa ohjauksen arviointiin tai kannanottoon terveydenhuollon tilasta.

”Enemmän henkilökuntaa pitäisi olla, jotta ohjaamiseen olisi enemmän aikaa. Muuten ohjaus ollut hyvää.” (19)

”Ohjaus on hyvää.” (6)

”Hyvää ohjaus on.” (24)

Puolet avoimeen kysymykseen vastanneista korosti hoitajan luonnetta ja persoonallisuutta ohjauksen onnistumisessa.

”Hyvä ohjaajan luonne, ymmärtäväinen.” (8)

”Hoitajan persoonallisuus korostuu.” (9)

”Ohjaajan luonne.” (28)

”Hoitajan luonne.” (17)

”Ohjaajan persoonallisuus ja se, millä tuulella hän on, korostuu.” (18)

8.4 Ohjauksen tavoitteellisuus

Kyselylomakkeen neljännessä osiossa käsitellään ohjauksen tavoitteellisuutta eli sitä, mikä on ohjauksen tavoitteena. Potilaille esitettiin lause: ”Lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena on:” ja sen jälkeen erilaisia ohjauksen tavoitteellisuuteen liitettyjä väittämiä 10 kpl. Lisäksi tähänkin osioon kuului yksi avoin kysymys.

Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena on tukea potilaan omatoimisuuden lisääntymistä ja itsenäistä selviytymistä. (Taulukko 9.)

Lähes kaikki (97 %) vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena on tukea potilaan riittävää tiedonsaantia hoidostaan sekä vahvistaa potilaan hoitoon sitoutumista (Taulukko 9).

Taulukko 9. Ohjauksen tavoitteellisuus. Väittämät, joista kaikki tai lähes kaikki vastaajat olivat samaa mieltä.

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
1. Tukea potilaan riittävää tiedonsaantia hoidostaan	97	29	3	1	0	0
2. Tukea potilaan omatoimisuuden lisääntymistä	100	30	0	0	0	0
3. Tukea potilaan itsenäistä selviytymistä	100	30	0	0	0	0
7. Vahvistaa potilaan hoitoon sitoutumista	97	29	0	0	3	1

Suurin osa (84 – 87 %) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena on vähentää potilaan pelkoa ja huolta tulevaisuudesta. Samaa mieltä suurin osa (96 %) oli myös siitä, että potilasohjauksen tavoitteena on edistää potilaan terveyttä. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Ohjauksen tavoitteellisuus. Väittämät, joista suurin osa vastaajista oli samaa mieltä.

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
8. Vähentää potilaan pelkoa	87	26	0	0	13	4
9. Vähentää potilaan huolta tulevaisuudesta	84	25	3	1	13	4
10. Edistää potilaan terveyttä	96	29	0	0	3	1

Suuri osa (70 - 73 %) vastaajista katsoi, että lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta hoitoon liittyvien valintojen tekemisessä sekä tukea hoidon jatkuvuutta. Noin kolmannes (27 – 30 %) vastaajista ei kuitenkaan osannut sanoa, onko lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena tukea potilaan luottamusta kykyihinsä selvittää tarvittaessa avustettuna tai onko ohjauksen tavoitteena tukea potilasta hoitoon liittyvien valintojen tekemisessä. Vajaa neljäsosa (23 %) vastaajista taas ei osannut sanoa, onko ohjauksen tavoitteena tukea hoidon jatkuvuutta (Taulukko 11).

Taulukko 11. Ohjauksen tavoitteellisuus. Väittämät, joissa vastaajien käsitykset erosivat toisistaan eniten:

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
4. Tukea hoidon jatkuvuutta	73	22	3	1	23	7
5. Tukea potilasta hoitoon liittyvien valintojen tekemisessä	70	21	3	1	27	8
6. Tukea potilaan luottamusta kykyihinsä selvittää tarvittaessa avustettuna	66	20	3	1	30	9

Muita ohjauksen tavoitteellisuuteen vaikuttavia asioita kysyttiin vastaajilta myös yhdellä avoimella kysymyksellä. Avoimia vastauksia tässä osiossa oli vain kaksi. Avoimien kysymysten tarkastelussa ilmeni, että toinen vastaajista oli vastannut omaan kokemukseensa ohjauksesta perustuen. Kysymykseen ”Muuta, mitä:” saatiin vastauksiksi seuraavaa:

”Mielenvirkeys, ettei masennu. (Potilaan mielenvirkeys).” (8)

Jälleen yksi potilas arvioi saamaansa ohjausta.

”Tiedonantoa pitäisi olla enemmän ja ohjausta.” (7)

8.5 Potilaan ja omaisen rooli ohjauksessa

Kyselylomakkeen viidennessä osiossa käsitellään potilaan ja omaisen roolia laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa. Potilaille esitettiin lause: ”Potilaan ja omaisen roolia laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa voidaan kuvata seuraavasti:” ja sen jälkeen erilaisia potilaan ja omaisen rooliin laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa liitettyjä väittämiä 11 kpl. Myös tähän osioon kuului yksi avoin kysymys.

Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että potilaan ja omaisen roolia laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa voidaan kuvata siten, että potilaalla ja potilaan omaisilla on oikeus saada ohjausta. (Taulukko 12.)

Lähes kaikki (97 %) vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa potilaan roolia voidaan kuvata niin, että potilas on oman tilanteensa asiantuntija ja voi vapaasti sanoa mielipiteensä hoidosta. Suurin osa (94 %) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että potilaan rooliin laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa kuuluu myös velvollisuus hakea ohjausta. Suurin osa (86 %) vastaajista oli samaa mieltä myös siitä, että omaisen roolia laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa voidaan kuvata niin, että omainen saa halutessaan ohjausta. Samaa mieltä suurin osa (94 %) vastaajista oli myös potilaan roolin kuvauksesta laadukkaassa ohjauksessa; ohjaus suunnitellaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Potilaan ja omaisen rooli ohjauksessa. Väittämät, joista kaikki, lähes kaikki tai suurin osa olivat samaa mieltä:

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
1. Potilaalla on oikeus saada ohjausta	100	30	0	0	0	0
2. Potilaalla on velvollisuus hakea ohjausta	94	28	3	1	3	1
3. Potilaan omaisilla on oikeus saada ohjausta	100	30	0	0	0	0
4. Omainen saa halutessaan ohjausta	86	26	0	0	13	4
6. Potilas on oman tilanteensa asiantuntija	97	29	3	1	0	0
9. Potilas voi sanoa vapaasti mielipiteensä hoidosta	97	29	3	1	0	0
10. Ohjaus suunnitellaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa	94	28	3	1	3	1

Yli puolet vastaajista (64 %) oli samaa mieltä puolestaan siitä, että omaisen roolia laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa voidaan kuvata niin, että omaisen ohjaus edellyttää potilaan suostumusta, mutta myös toisaalta ohjaus suunnitellaan yhteisymmärryksessä omaisen kanssa. Vain hieman yli puolet (57 %) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa potilaan ja omaisen roolia voidaan kuvata niin, että potilas voi kieltää omaisen mukanaolon ohjauksessa. (Taulukko13.)

Suuri osa vastaajista (83 %) oli eri mieltä siitä, että laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa potilaan roolia voidaan kuvata siten, että potilas voi vaikuttaa ohjauksen ajankohtaan (Taulukko 13).

Taulukko 13. Potilaan ja omaisen rooli ohjauksessa. Väittämät, joissa vastaajien käsitykset erosivat toisistaan eniten:

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
5. Potilas voi vaikuttaa ohjauksen ajankohtaan	17	5	83	25	0	0
7. Potilas voi kieltää omaisen mukanaolon ohjauksessa	57	17	7	2	37	11
8. Omaisten ohjaus edellyttää potilaan suostumusta	64	19	20	6	17	5
11. Ohjaus suunnitellaan yhteisymmärryksessä omaisen kanssa.	64	19	26	8	10	3

Tämän osion avoimeen kysymykseen ei vastannut kukaan haastatelluista.

8.6 Lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhde

Kyselylomakkeen kuudennessa osiossa käsitellään lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan välistä ohjaussuhdetta. Potilaille esitettiin lause: ”Lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhdetta voidaan kuvata seuraavasti:” ja sen jälkeen erilaisia potilaan ja hoitohenkilökunnan väliseen ohjaussuhteeseen liitettyjä väittämiä 9 kpl.

Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhteeseen kuuluu molemminpuolinen luottamus, ihmisarvon kunnioitus ja potilaan vakaumuksen kunnioittaminen. (Taulukko 14.)

Lähes kaikki vastaajat (97 %) olivat samaa mieltä siitä, että potilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhteeseen kuuluu potilaan yksityisyyden kunnioittaminen. Lähes kaikki vastaajat (97 %) olivat samaa mieltä myös siitä, että potilaan ja hoitohenkilö-

kunnan välistä ohjaussuhdetta voidaan kuvata niin, että sairaanhoitajan ohjaus on luotettavaa (Taulukko 14).

Suurin osa vastaajista (93 %) oli samaa mieltä siitä, että ohjaussuhdetta voidaan kuvata siten, että hoitohenkilökunta ohjaa potilasta hyvässä yhteistyössä keskenään ja kunnioittaa toistensa asiantuntijuutta potilaan hoidossa. Ohjaussuhteen kuvaamisesta niin, että lääkärin ohjaus on luotettavaa ja potilaalla on mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa, oli samaa mieltä suurin osa (84 – 93 %) vastaajista (Taulukko 14).

Taulukko 14. Potilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhde. Väittämät, joista kaikki, lähes kaikki tai suurin osa vastaajista oli samaa mieltä.

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	%	fr	%	fr	%	fr
1. Sairanhoitajan ohjaus on luotettavaa	96	29	0	0	3	1
2. Lääkärin ohjaus on luotettavaa	93	28	0	0	7	2
3. Hoitohenkilökunta ohjaa potilasta hyvässä yhteistyössä keskenään	93	28	0	0	7	2
4. Hoitohenkilökunta kunnioittaa toistensa asiantuntijuutta potilaan ohjauksessa	93	28	0	0	7	2
5. Potilaalla on mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa	84	25	7	2	10	3
6. Ohjaussuhteeseen kuuluu molemminpuolinen luottamus	100	30	0	0	0	0
7. Ohjaussuhteeseen kuuluu ihmisarvon kunnioittaminen	100	30	0	0	0	0
8. Ohjaussuhteeseen kuuluu potilaan vakaumuksen kunnioittaminen	100	30	0	0	0	0
9. Ohjaussuhteeseen kuuluu potilaan yksityisyyden kunnioittaminen	96	29	3	1	0	0

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan taas tutkimustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Nämä asiat on huomioitava pohdittaessa tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 – 227.)

Tutkimuksen teoreettista osuutta varten tehtiin kirjallisuuskatsaus, jossa haettiin aikaisempia tutkimuksia informaation ohjauksen perusteella hoitotieteellisistä ja lääketieteellisistä tietokannoista kesäkuussa 2008. Lähteitä haettiin sellaisista tietokannoista kuten Medicistä, PubMedistä ja Cinahlistä. Varsinkin ulkomaista materiaalia elektiivisesti operoidun potilaan ohjauksesta löytyi runsaasti. Elektiivisesti operoitujen lonkkamurtumapotilaiden ohjauksesta tuli myös hakutuloksia. Vähemmän oli löydettävissä päivystyksenä leikattujen lonkkamurtumapotilaiden ohjauksesta. Hakusanoina käytettiin eri tavoin yhdistellen sanoja: potilas, ohjaus, murtuma, lonkka ja päivystys. Englannin kielellä haettaessa hakusanoina käytettiin sanoja: emergency, hip, patient, guidance ja fracture. Aineisto valittiin abstraktien perusteella. Kirjallisuuskatsaus ei kuitenkaan välttämättä kata kaikkea mahdollista aikaisempaa tutkimusmateriaalia aiheesta esimerkiksi suurta osaa ulkomaisista tutkimuksista. Tämä seikka vaikuttaa tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen luotettavuuteen. Aineisto pitikin rajata opinnäytetyölle sopivaan laajuuteen. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että otos on pieni (N=30).

Tutkimukseen ei haastateltu kaikkia päivystyksenä leikattuja lonkkamurtumapotilaita, vaan vastaajat valittiin mukaan sen perusteella, että he olivat orientoituneita. Aina tämän tutkimuksen kriteerit täyttävää potilasainesta ei ollut saatavilla tai sitä oli vaikea hankkia, koska trauman perusteella operoitavia lonkkamurtumapotilaita ei juuri kyseisellä hetkellä ollut yhteistyöosastolla tai potilaiden tila oli muuttunut operaation jälkeen desorientoituneeksi, milloin haastatteluun osallistuminen on mahdotonta po-

tilaan kannalta. Tutkimuksen luotettavuus olisi kärsinyt, jos haastateltava potilas ei olisi ollut orientoitunut ja ymmärtänyt, mistä on kyse.

Mittaria voisi mielestäni kehittää esimerkiksi siten, että se olisi lyhyempi ja tiiviimpi, koska haastatellut ovat pääosin leikkauksesta toipuvia vanhuksia. Nyt kysymyksiä oli liian paljon (yhteensä 85 kpl) ja haastattelu kesti näin liian kauan (yhden potilaan kohdalla tunnista puoleentoista). Vastaajien keskittyminen saattaa herpaantua, kun kysymyksiä on monta sivua. Tämä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Lisäksi jotkut haastateltavat eivät pitäneet joitakin kysymyksiä tarpeellisina tai eivät nähneet niihin vastaamisen kehittävän ohjausta tulevaisuudessa. Tarkasteltaessa tuloksia ilmeni osassa, esimerkiksi avoimien kysymyksien vastauksissa, etteivät kaikki potilaat ole vastanneet siihen kysymykseen, mitä on kysytty. Tämä vaikuttaa taas mittarin kykyyn mitata sitä, mitä sen on alun perin tarkoitus mitata eli validiteettiin.

Analysoitaessa kyselylomakkeessa kysytyjä asioita selvisi kuitenkin, että potilaat olivat joissakin osa-alueissa kertoneet kokemuksiaan saamastaan ohjauksesta, eivätkä käsityksiään laadukkaasta lonkkamurtumapotilaan ohjauksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Avoimia vastauksia tarkasteltaessa käy ilmi, että muutamat potilaat ottivat myös kantaa sairaalahoitojaksonsa aikana saamansa ohjauksen määrään ja laatuun, vaikka se ei ollut se asia, jota avoimessa kysymyksessä varsinaisesti kysyttiin. Tämä seikka vähentää tutkimuksen validiteettia. Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan, mittaako tutkimus sitä, mitä sen on tarkoitus mitata.

9.2 Laadukas potilasohjaus

Tuloksista ilmeni, että laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta voidaan kuvata sellaiseksi, että siinä keskitytään potilaan hoidon kannalta keskeisiin asioihin ja potilaalla on mahdollisuus kysyä haluamistaan asioista ohjauksen aikana. Lisäksi laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta antava ohjaaja hallitsee ohjattavan asian. Myös Isolan ym. (2007, 56) tutkimuksessa, jossa tutkittiin iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa, tuli esiin, että erityisesti iäkkäät potilaat pitivät hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja ohjaustilanteessa hyvinä tai kiitettävinä. Suurin osa saman tutkimuksen potilaista oli myös sitä mieltä, että potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä ohjaustilanteessa (Isola ym. 2007. 58).

Myös aikaisemmassa Kyngäksen ym. (2004, 230) tutkimuksessa tuli esiin vastaavia asioita ohjaukseen liittyen.

Tämän tutkimuksen mukaan laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta voidaan kuvata myös niin, että ohjaaja ottaa huomioon potilaan henkilökohtaiset kokemukset ja hänellä on taito kuunnella potilasta sekä ylläpitää katsekontaktia ja eleiden käyttöä ohjaustilanteessa. Lisäksi laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta voidaan kuvata niinkin, että ohjaajalla on hyvät teoriatiedot potilaan sairaudesta ja ohjaaja muistaa, mitä potilas on aiemmin sanonut hänelle. Myös hoitohenkilökunnan oman käsityksensä mukaan heillä on hyvät tiedot ja taidot potilaan sairaudesta, mutta ohjauksessa ei aina otettu potilaan henkilökohtaisia kokemuksia ja elämäntilannetta huomioon Kääriäisen ym. (2006, 4 – 5, 12) tutkimuksen mukaan.

Vaikka tutkimuksessa oli tarkoitus saada esiin potilaiden käsityksiä siitä, mitä laadukas lonkkamurtumapotilaan ohjaus on, näyttää kuitenkin siis siltä, että potilaat ovat arvioineet käsityksiään jossain määrin oman kokemuksensa kautta. Tämä heikentää tutkimuksen validiteettia. Potilailta ei kuitenkaan voi edellyttää, että he osaisivat eritellä käsityksiään potilasohjauksesta muulla tavoin kuin omaan kokemusmaailmaansa perustaen. He ovat muodostaneet omat käsityksensä laadukkaasta potilasohjauksesta siis sen perusteella, miten ovat itse kokeneet saamansa ohjauksen. Se näkyy jossain määrin myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Esimerkiksi kohdassa, jossa kysytään laadukkaaseen potilasohjaukseen liittyviä käsityksiä, eniten erimielisyyttä oli väittämässä, joka käsittelee ohjausilmapiirin kiireettömyyttä. Vastaajista yli puolet oli eri mieltä siitä, että laadukkaassa potilasohjauksessa ilmapiiri on kiireetön. Tässä saattaa olla kyse joko siitä, että potilaat hyväksyvät hoitajien kiireen ohjauksessa tai siitä, että he ovat arvioineet omalle kohdalleen sattuneita ohjaustilanteita kiireellisiksi. Kun kyseessä on laadukas lonkkamurtumapotilaan ohjaustilanne, ohjausilmapiiri on kiireetön. Kvistin (2006, 117 – 118) hoidon laatua ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä tutkivassa tutkimuksesta ilmenee, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat henkilöstöryhmät olivat yksimielisiä siitä, että kiire ja riittämätön henkilökuntamäärä estivät hoidon laadun toteutumista, myös potilaat olivat tästä samaa mieltä. Samassa tutkimuksessa myös todetaan, että potilaat arvioivat tiedon saannin huonosti toteutuneeksi osa-alueeksi hoidossaan.

Vastaajien käsitykset erosivat toisistaan merkittävästi myös kirjallisten ohjeiden saamisessa, kun kysymyksessä on laadukas lonkkamurtumapotilaan ohjaus. Vastaukset jakautuivat lähes tasan kolmen luokan kesken. Tästä tuloksesta saattaa käydä ilmi se, että potilaat ovat vastanneet, kuten ovat itse kokeneet eli ovatko he saaneet sairaalajaksonsa aikana kirjallista ohjausmateriaalia vai eivät. Laadukas lonkkamurtumapotilaan ohjaus sisältää kirjalliset ohjeet. Elorannan ym. (2008, 120 – 121) hoidon laatua arvioivassa tutkimuksessa todetaan, että ohjauksessa puutteita ilmeni erityisesti kirjallisen materiaalin antamisessa potilaalle. Kirjallinen materiaali on kuitenkin arvokas ohjauksen väline ja vaikuttaa hoidon ja ohjauksen laatuun.

Hieman yli puolet vastaajista ei osannut sanoa kuuluuko laadukkaaseen lonkkamurtumapotilaan ohjaukseen se, että ohjaaja osaa käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä ohjauksessaan. Tässä tuloksessa kyse voi olla siitä, että potilaat eivät ehkä ole osanneet jäsenellä erilaisia ohjausmenetelmiä, mikä on ymmärrettävää, koska ei voida olettaa, että potilailla olisi hoitoalan taustaa. He perustavat näkemyksensä ehkä jälleen omakohtaiseen kokemukseen saamastaan ohjauksesta. Toisaalta Kääriäisen ym. (2006, 12) tutkimuksessa, joka tutki terveydenhoitohenkilöstön käsityksiä ohjauksesta sairaalassa, saatiin tulokseksi, että erilaisten ohjausmenetelmien hallinta oli yksipuolista. Tämä voi selittää myös osaksi tästä tutkimuksesta saatua tulosta, jossa siis potilaat eivät osanneet sanoa kuuluuko laadukkaaseen lonkkamurtumapotilaan ohjaukseen erilaisten ohjausmenetelmien hallinta, jos he eivät edes tiedä erilaisten ohjausmenetelmien olemassaolosta.

9.3 Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät

Tuloksista käy ilmi, että lonkkamurtumapotilaan ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat ohjaajan vuorovaikutustaidot, ammattitaito ja persoonallisuus. Lisäksi lonkkamurtumapotilaan ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa ohjaukseen käytetty aika. Myös Isolan (2007, 56) aiemmassa tutkimuksessa tulee esiin, että erityisesti iäkkäät potilaat ovat kokeneet ohjausajan liian lyhyeksi ja tämä on vaikuttanut ohjauksen onnistumiseen.

9.4 Ohjauksen tavoitteellisuus

Tulosten mukaan lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena on tukea potilaan omatoimisuuden lisääntymistä ja itsenäistä selviytymistä. Lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena on myös tukea potilaan riittävää tiedonsaantia omasta hoidostaan ja vahvistaa potilaan omaan hoitoonsa sitoutumista sekä edistää potilaan terveyttä. Myös Mattilan (1998, 145) tutkimuksesta tulee ilmi, että on voitu osoittaa riittävän ohjauksen edistävän potilaan terveyttä ja riippumattomuutta. Saman tutkimuksen tuloksissa todetaan myös ohjauksen edistävän potilaiden itsehoitovalmiuksia, jotka tukevat potilaan omatoimisuutta ja itsenäistä selviytymistä (Mattila 1998, 144). Myös Kyngäksen ym. (2004, 233) tutkimuksessa todetaan, että ohjauksella voidaan antaa tietoa, joka auttaa potilaita selviytymään itsenäisesti. Ohjauksella voidaan myös vähentää potilaan pelkoja ja lisätä tyytyväisyyttä sekä hoitoon sitoutumista (Kyngäs ym. 2004, 233).

9.5 Potilaan ja omaisen rooli ohjauksessa

Tämän tutkimuksen mukaan potilaan ja omaisen roolia laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa kuvataan siten, että potilaalla ja potilaan omaisilla on oikeus saada ohjausta. Potilaan ja omaisen roolia laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa voidaan kuvata myös niin, että potilas on oman tilanteensa asiantuntija ja hän voi sanoa vapaasti mielipiteensä hoidosta. Elorannan (2008, 115) tutkimuksen, jossa tutkittiin kirurgisen hoidon laatua, mukaan heikoiten toteutuivat omaisten kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyvät laatutekijät. Samassa tutkimuksessa myös todetaan, että jatkossa on tarpeen tehostaa omaisten ja henkilökunnan välistä yhteistyötä ja ohjausta. Omaisten ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus on liian vähäistä, vaikka omaisilla on tärkeä rooli kirurgisen hoidon jatkuvuuden tukijoina (Eloranta ym. 2008, 116).

Tulosten mukaan vastaajista lähes puolet ei osannut sanoa, voidaanko laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa potilaan ja omaisen roolia kuvata niin, että potilas voi kieltää omaisen mukanaolon ohjauksessa. Isolan ym. (2007, 51) tutkimuksesta käy taas selkeästi ilmi, että erityisesti iäkkäät potilaat toivovat omaisten osallistumista ohjaustilanteeseen. Suurin osa vastaajista ei myöskään osannut sanoa, jatkuuko

ohjaus sairaalasta lähdön jälkeen, kun kysymyksessä on laadukas lonkkamurtumapotilaan ohjaus. Tässäkin saattaa olla, että potilaat ovat vastanneet oman tuntumansa mukaan tästä sairaalajaksosta, jossa he nyt olivat. Kun tarkoitetaan laadukasta potilasohjausta, ohjaus jatkuu myös sairaalasta lähdön jälkeen, koska laadukas potilasohjaus tukee potilaan hoidon jatkuvuutta (Iivanainen ym. 2001, 71 – 73).

Suuri osa vastaajista oli eri mieltä siitä, että laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa potilaan roolia voidaan kuvata siten, että potilas voi vaikuttaa ohjauksen ajankohtaan. Tässä tuloksessa saattaa olla kyse siitä, että potilaat hyväksyvät sairaalan ja ohjaajien aikataulut, eivätkä katso ajankohdalla olevan merkitystä ohjauksen laadun kannalta. tai jälleen siitä, että potilaat ovat perustaneet vastauksensa kokemuksiinsa tällä hoitajaksolla. Isolan (2007, 53) tutkimuksessa erityisesti iäkkäillä potilailla ohjausajan joustavuus vaikutti ohjauksen laatuun ja onnistumiseen.

9.6 Lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan välinen ohjaussuhde

Tässä tutkimuksessa tuli esiin, että lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhdetta voidaan kuvata siten, että siihen kuuluu molemminpuolinen luottamus sekä potilaan ihmisarvon ja vakaumuksen kunnioittaminen. Lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan väliseen ohjaussuhteeseen kuuluu myös yksityisyyden kunnioittaminen ja se, että sairaanhoitajan ohjaukseen voi luottaa. Myös Kääriäisen & Kyngäksen (2006, 8 – 9) artikkelissa painotetaan luottamuksen merkitystä ohjaussuhteessa.

9.7 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksella voitaisiin selvittää lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia siitä, jatkuuko päivystyslontkamurtumapotilaan ohjaus sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja miten se toteutuu. Entä onko ohjaus laadukasta ja riittävää. Voitaisiin selvittää myös, miten lonkkamurtumapotilaat ovat selviytyneet kotona leikkauksen jälkeen. Lisäksi vertaileva tutkimus elektiivisten ja päivystyksellisten lonkkamurtumapotilaiden välillä ohjauksen onnistumisesta ja näiden kahden eri potilasryhmän kokemukset ohjauksesta voisivat tuottaa mielenkiintoisia tuloksia. Lisäksi olisi kiinnostavaa tietää,

kummalla potilasryhmällä on suurempi riski joutua uusintaoperaatioon ja mikä merkitys ohjauksella on uusintaoperaatoriskin kanssa.

Tutkia voitaisiin myös päivystyksenä leikattujen kirurgisten potilaiden valmiuksia vastaanottaa ohjausta tietokoneverkon välityksellä. Yksi ohjauksen väline tulevaisuudessa voisi olla sähköinen ohjaus, mutta toisaalta se voisi asettaa potilaita eriarvoiseen asemaan, koska kaikilla potilailla ei ole mahdollisuutta käyttää tietokonetta ja internetiä esimerkiksi ATK-taitojen puuttumisen tai asuinpaikan vuoksi leikkauksen jälkeisen ohjauksen apuvälineenä. Ei voida myöskään olettaa, että kaikilla on varaa tietokoneeseen. Suurimmalla osalla potilaista nämä ongelmat eivät ole esteenä ja ohjauksen voisi mielestäni toteuttaa osittain sähköisesti esimerkiksi niin, että potilailla olisi mahdollisuus kysyä asioista muun muassa sairaanhoitajalta tai fysioterapeutilta vielä kotoa käsin. Kotona potilaille voi tulla mieleen asioita, joita he eivät muistanut syystä tai toisesta kysyä ollessaan sairaala-ympäristössä. Myös lääkärin voisi olla helpompaa antaa ohjausta sähköisesti, omien aikataulujensa puitteissa. Elorannan ym. (2007, 119) tutkimus osoittaa, että lääkärin ja omaisten yhteistyössä on eniten kehitettävää. Potilaat kritisoivat sitä, ettei juuri lääkärillä ollut riittävästi aikaa heidän omaisilleen, eivätkä lääkärit selvittäneet riittävästi hoitoon liittyviä asioita omaisille (Eloranta ym. 2007, 119). Lääkäreillä on kuitenkin informaatioteknologian sovellukset hyvin hallussa verrattuna muuhun hoitohenkilökuntaan ja lääkärit kokevat taitonsa siinä hyväksi (Välimäki ym. 2007, 124).

LÄHTEET

Bjålie, J. Haug, E. Sand, O. Sjaastad, Ø. Toverud, K. 2000. Ihminen, Fysiologia ja Anatomia. WSOY. Helsinki.

Eloranta, S. Katajisto, J. Leino-Kilpi, H. 2008, Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. Hoitotiede 20 (3), 115-116,119, 120-122.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2004, julkaisusarja A: tutkimukset. 14 – 16.

Eskola, J., Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus. Jyväskylä.

Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Honkonen, S. 2007. Reisiluun murtumat. Lääkärin käsikirja. Duodecim.

Holmia, S. Murtonen, I. Myllymäki, H. Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WSOY. Porvoo.

Iivanainen, A. Jauhiainen, M. Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Tammi.

Isola, A. Backman, K. Saarnio, R. Kääriäinen, M. Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede. 19 (2), 51 – 54, 56, 58.

Janhonen, S. Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Juva.

Koso, R. 2005. Kehon painoindeksin yhteys kotiutuspaikkaan ja kuolemanvaaraan lonkkamurtumapotilailla. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Kuisma, M. Holmström, P & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Tammi. Jyväskylä.

Kvist, T. Vehviläinen-Julkunen, K. Kinnunen, J. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 18 (3), 113, 117 – 118.

Kyngäs, H. Mäkeläinen, P. Kukkurainen, M-L. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede 16 (5), 223, 225 – 226, 228, 230 – 231, 233.

Käyhkö, E. 2004. Pre- ja postoperatiiviset lonkka- ja polvikuvaukset. [verkkodokumentti].
[Viitattu 26.6.2008.] Saatavilla:
www.pkssk.fi/soap/downloader.asp?id=12516&type=3&user_id=1

Käypä hoito. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. 2006. [verkkodokumentti]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä.
[viitattu 12.12.08] Saatavilla:
http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi50040

Kääriäinen, M. Kyngäs, H. Ukkola, L. Torppa, K. 2006. Terveystuottohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18 (1), 4 – 5, 7 – 9, 11 – 12.

Kääriäinen, M. Kyngäs, H. Ukkola, L & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 3 (1), 10 – 14.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen

Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2000/653. [verkkodokumentti]. Finlex. [viitattu 12.12.08]. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Leino-Kilpi, H. Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. Wsoy.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. [verkkodokumentti] Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District 4/2006. [viitattu 12.12.08] Saatavissa: www.ppshp.fi/attachment.asp?Section=4448&Item=30988

Mattila, E. 1998. Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana – potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. Hoitotiede 10 (3), 144 – 145.

Nurmi, I. & Lüthje, P. 2002. Incidence and costs of falls and fall injuries among elderly in institutional care. Scand, J. Prim Health Care 20.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus-hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja 79 (10), 3, 6 – 9, 14, 23.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Pellikka, H. Lukkarinen, H & Isola, A. 2003. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. Hoitotiede 15 (4), 166.

Poskiparta, M. 2006. Jaettu päätöksenteko potilasohjauksessa. Sairaanhoitaja 79 (10), 14 – 15.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (STAKES) Perfect-hankkeen osahanke lonkkamurtuma. [verkkodokumentti]. [viitattu 12.12.08] Saatavilla: <http://info.stakes.fi/perfect/FI/hankkeet/lonkkamurtuma/lonkkamurtuma.htm>

Välimäki, M. Suhonen, R. Koivunen, M. Alanen, S. Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. *Hoitotiede* 19 (3), 124.

Virtanen, H. Johansson, K. Heikkinen, K. Leino-Kilpi, H. Rankinen, S. Salanterä, S. 2007 . Kirurgisen potilaan oppimistarpeet – Katsaus oppimistarpeita arvioiviin mittareihin. *Hoitotiede* 19 (1), 33 – 34.

Willing, R. 2006. Hip fracture - aspects of background factors and outcome. Faculty of Medicine. Oulun Yliopisto. Väitöskirja.

LIITELUETTELO

LIITE 1 Kyselylomake

Hyvä Potilas

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin joko vastaukselle varattuun tilaan tai merkitsemällä rasti (x) mielestänne sopivimman vaihtoehdon kohdalle.

1. Taustatiedot

1. Sukupuoli

nainen

mies

2. Ikä _____ vuotta

3. Koulutus (valitkaa yksi vaihtoehto)

kansakoulu/keskikoulu/peruskoulu

lukio/ylioppilas

ammatillinen koulutus

opistotason koulutus

korkeakoulutus

muu, mikä _____

4. Oletteko olleet aikaisemmin leikkauksessa

kyllä

en

jos olette, niin missä leikkauksessa _____

2. Laadukas potilasohjaus

Valitkaa alla olevista vastausvaihtoehdoista mielestänne sopivin merkitsemällä rasti (x) sen kohdalle.

	Laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta voidaan kuvata seuraavasti:	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Ohjaaja hallitsee ohjattavan asian					
2	Ohjaaja ottaa huomioon potilaan henkilökohtaiset kokemukset					
3	Ohjaaja käyttää uusinta tietoa					
4	Ohjaaja käyttää tutkittua tietoa					
5	Ohjaaja uskoo, että potilas puhuu totta					
6	Ohjaajalla on hyvät teoretiedot potilaan sairaudesta					
7	Ohjaaja soveltaa tiedon potilaan tilanteeseen					
8	Ohjaaja hallitsee käyttämänsä ohjausmenetelmän					
9	Ohjauksen ilmapiiri on kiireetön					
10	Potilas saa kirjalliset ohjeet					
11	Ohjaus on havainnollista					
12	Ohjaustilanteessa potilas saa harjoitella hänelle					

	opetettuja taitoja					
13	Ohjaaja antaa palautetta potilaalle edistymisestä					
14	Ohjauksessa keskitytään potilaan hoidon kannalta keskeisiin asioihin					
15	Ohjauksessa keskitytään potilaalle tärkeisiin asioihin					
16	Ohjaaja tunnistaa potilaan sanattoman ilmaisen					
17	Ohjaajalla on taito esittää erilaisia kysymyksiä					
JATKUU SEURAAVALLA SIVULLA						

	Laadukasta lonkkamurtumapotilaan ohjausta voidaan kuvata seuraavasti:	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
18	Ohjaaja käyttää huumoria ohjauksessa					
19	Ohjaajalla on taito kuunnella potilasta					
20	Ohjaaja auttaa potilasta rentoutumaan					
21	Ohjaaja huomioi potilaan toiveet ja mielipiteet					
22	Ohjaaja ylläpitää katsekontaktia					
23	Ohjaaja tunnistaa potilaan tunteita					
24	Ohjaaja käyttää hiljaisuutta tarvittaessa					
25	Ohjaaja osaa käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä					

26	Ohjaaja välttää puhumista ulkopuolisille potilaasta ja potilaan asioista					
27	Ohjaaja rohkaisee potilasta puhumaan					
28	Ohjaaja ei keskeytä potilasta					
29	Ohjaaja käyttää eleitä, esim. nyökkää, hyväksymisen merkinä					
30	Ohjaaja ilmaisee itseään taitavasti					
31	Ohjaaja pyytää potilasta kertomaan asioitaan omin sanoin					
32	Ohjaaja muistaa, mitä potilas on sanonut					
33	Ohjaaja rohkaisee potilasta ilmaisemaan itseään					
34	Ohjaaja ymmärtää tilanteen ainutlaatuisuuden potilaan kannalta					
35	Ohjaaja ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet					
36	Ohjaus on potilaan ja ohjaajan välistä yhteistyötä					
37	Potilaalla on mahdollisuus kysyä haluamistaan asioista ohjauksen aikana					
38	Ohjaustilanteita on useita potilaan hoitajakson aikana					
39	Ohjaus jatkuu potilaan sairaalasta lähdön jälkeen					

3. Ohjauksen onnistuminen

Valitkaa alla olevista vastausvaihtoehdoista mielestänne sopivin merkitsemällä rasti (x) sen kohdalle.

	Lonkkamurtumapotilaan ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa:	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Ohjaajan vuorovaikutustaidot					
2	Ohjaajan ammattitaito					
3	Ohjaajan persoonallisuus					
4	Ohjaajan koulutus					
5	Ohjaajan työkokemus					
6	Ohjaajan innostuneisuus					
7	Potilaan ikä					
8	Potilaan koulutus					
9	Ohjauksen ajankohta					
10	Ohjaukseen käytetty aika					
11	Potilaan tunteminen					
12	Potilaan omien toiveiden huomioiminen					

13	Ohjauksen sisältö					
14	Ympäristön lämpötila					
15	Ympäristön valaistus					
16	Ympäristön häiriöttömyys					
	Muita ohjauksen onnistumiseen vaikuttavia seikkoja:					

4. Ohjauksen tavoitteellisuus

Valitkaa alla olevista vastausvaihtoehdoista mielestänne sopivin merkitsemällä rasti (x) sen kohdalle.

	Lonkkamurtumapotilaan ohjauksen tavoitteena on:	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Tukea potilaan riittävää tiedonsaantia hoidostaan					
2	Tukea potilaan omatoimisuuden lisääntymistä					
3	Tukea potilaan itsenäistä selviytymistä					
4	Tukea hoidon jatkuvuutta					

5	Tukea potilasta hoitoon liittyvien valintojen tekemisessä					
6	Tukea potilaan luottamusta kykyihinsä selvitä tarvittaessa avustettuna					
7	Vahvistaa potilaan hoitoon sitoutumista					
8	Vähentää potilaan pelkoa					
9	Vähentää potilaan huolta tulevaisuudesta					
10	Edistää potilaan terveyttä					
	Muuta, mitä?					

5. Potilaan ja/tai omaisen rooli

Valitkaa alla olevista vastausvaihtoehtoista mielestänne sopivin merkitsemällä rasti (x) sen kohdalle.

	Potilaan ja/tai omaisen roolia laadukkaassa lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa voidaan kuvata seuraavasti:	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Potilaalla on oikeus saada ohjausta					
2	Potilaalla on velvollisuus hakea ohjausta					
3	Potilaan omaisilla on oikeus saada ohjausta					
4	Omainen saa halutessaan ohjausta					
JATKUU SEURAAVALLA SIVULLA						

5	Potilas voi vaikuttaa ohjauksen ajankohtaan					
6	Potilas on oman tilanteensa asiantuntija					
7	Potilas voi kieltää omaisen mukanaolon ohjauksessa					
8	Omaisten ohjaus edellyttää potilaan suostumusta					
9	Potilas voi sanoa vapaasti mielipiteensä hoidosta					
10	Ohjaus suunnitellaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa					
11	Ohjaus suunnitellaan yhteisymmärryksessä omaisen kanssa					
	Muu, mikä?					

6. Ohjaussuhde

Valitkaa alla olevista vastausvaihtoehdoista mielestänne sopivin merkitsemällä rasti (x) sen kohdalle.

	Lonkkamurtumapotilaan ja hoitohenkilökunnan ohjaussuhdetta voidaan kuvata seuraavasti:	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1	Sairaanhoitajan ohjaus on luotettavaa					
2	Lääkärin ohjaus on luotettavaa					
3	Hoitohenkilökunta ohjaa potilasta hyvässä yh-					

	teistyössä keskenään					
4	Hoitohenkilökunta kunnioittaa toistensa asiantuntijuutta potilaan ohjauksessa					
5	Potilaalla on mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa					
6	Ohjaussuhteeseen kuuluu molemminpuolinen luottamus					
7	Ohjaussuhteeseen kuuluu ihmisarvon kunnioittaminen					
8	Ohjaussuhteeseen kuuluu potilaan vakaumuksen kunnioittaminen					
9	Ohjaussuhteeseen kuuluu potilaan yksityisyyden kunnioittaminen					

7. Omainen/Läheinen

Nimi:

Osoite:

Haastattelijalle: Kysymyksessä on omainen, joka käy katsomassa potilasta ja tuntee potilaan tämänhetkisen tilanteen.

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

