

Netta Jokinen, Paula Pöyry

ORTOPEDISEN POTILAAN
KOTIHOIDON OHJAUS JA
TIEDONSAANTI

Mikkelin keskussairaalan ortopedian ja trauma-
matologian osastolla 23

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Toukokuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkelin University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä
Tekijä(t) Netta Jokinen, Paula Pöyry		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja
Nimeke Ortopedisen potilaan kotihoidon ohjaus ja tiedonsaanti		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää Mikkelin keskussairaalan osasto 23 ortopedisten potilaiden saamaa ohjausta ja tiedon määrää, jonka turvin potilaat selviytyivät kotona. Opinnäytetyömme aihe lähti työelämän tarpeesta saada tietoa ortopedisen potilaan ohjauksesta potilaan näkökulmasta. Ortopediselle osastolle oli tehty vuonna 2008 Magneettisairaala hankkeen tutkimuskysely, jonka keskeisiin ohjaukseen liittyviin puutteisiin tällä tutkimuksella on tarkoitus saada vastaus.</p> <p>Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake, jonka perusteena oli teoreettinen pohja ja aikaisemmat tutkimuskyselyt. Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Tutkimus oli tarkoitettu elektiivisesti leikatuille potilaille. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin jatkohoitoon siirtyvät potilaat. Kyselyn vastausaika oli 6 viikkoa ja siihen vastasi 20 (N=42) potilasta.</p> <p>Tutkimuskyselyn osa-alueita olivat vastaajien taustatiedot, saatu ohjaus sairaalassa, tiedonsaanti eri lähteistä, ohjauksen vaikutus kotona selviytymiseen ja tiedonsaanti. Tutkimuksen tulosten mukaan ohjaus kokonaisuudessaan katsottiin riittäväksi. Suurin osa vastaajista oli yli 60- vuotiaita, jotka olivat tyytyväisempiä ohjaukseen kuin nuoremmat vastaajat. Eniten vastaajat kokivat puutteita omaisen mukaan ottamisessa ohjaus tapahtumaan ja ohjauksen havainnollistamisessa. Vastaajat kokivat saavansa tietoa riittävästi fysioterapeuteilta ja hoitajilta. Lääkäreiltä tietoa saatiin puutteellisesti. Tiedonsaannin osalta potilaat kokivat puutteita tehdystä leikkauksesta, leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta, ongelmista leikkauksen jälkeen ja kotiavun saatavuudesta.</p> <p>Tutkimustyö antoi vastauksen mitkä osa-alueet tiedonsaannissa olivat jääneet puutteelliseksi. Tutkimusta voidaan käyttää kehitettäessä ortopedisen potilaan tiedonsaantia ohjauksen avulla.</p>		
Asiasanat (avainsanat) potilasohjaus, ohjausprosessi, ortopedisen potilaan ohjaus ja tiedontarve, kotihoidon ohjaus		
Sivumäärä 48 + 6 liitettä	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Riitta Riikonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin keskussairaala, ortopedinen osasto 23	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis	
Author(s) Netta Jokinen, Paula Pöyry		Degree programme and option Degree Programme in Nursing, Nurse	
Name of the bachelor's thesis Guidance of Home Care and Access to Information of an Orthopedic Patient			
Abstract <p>The purpose of our bachelor's thesis was to study the guidance and amount of information which was given to ward 23 orthopedic patients in Mikkeli Central Hospital and with the help of which the patients coped at home. The topic of the thesis was based on the need of working life to receive information on the guidance of an orthopedic patient from a patient's viewpoint. In 2008 The Magnet Hospital Project launched a questionnaire to the orthopaedic ward concerning the shortcomings of patient education. For the study, a questionnaire based on a theoretical foundation and earlier research enquiries was composed. A structured questionnaire was used in the study, which was designed for electively operated patients. Patients who were referred for further care were not included in the study. 6 weeks were reserved for answering the enquiry, and 20 (n=42) patients submitted their responses.</p> <p>The subcategories of the research enquiry were the respondents background information, the guidance they had received in hospital, the access to various sources of information, the impact of guidance on coping at home and the availability of information. The findings revealed that the guidance as a whole was considered sufficient. Most respondents were over 60 years old, and they were more satisfied with the guidance provided than were younger respondent. The most defects were seen by the respondents in including relatives and immediate family in the guidance As well as in illustrating the guidance. The respondents felt they received enough information from physiotherapists and nurses, but not from physicians. The patients felt that they were given too little information on the operation performed, on post-operative pain alleviation as well as on post-operative problems and on the availability of help at home.</p> <p>The results of this study give information on which fields the patient information was insufficient. The study can be used to develop an orthopaedic patient's access to information through guidance.</p>			
Subject headings, (keywords) guidance of patients, process of guidance, guidance and need for information of an orthopedic patient, guidance of home care			
Pages 48 + 6 appendices	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Riitta Riikonen		Bachelor's thesis assigned by Mikkeli Central Hospital, orthopedic ward 23	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	OHJAUS HOITOTYÖSSÄ.....	4
2.1	Potilasohjauksen lähtökohdat	4
2.2	Potilasohjauksen vaiheet.....	6
2.3	Potilasohjauksen taustatekijät.....	8
2.4	Potilasohjauksessa käytettyjä yleisimpiä menetelmiä.....	10
3	ORTOPEDISEN POTILAAN KOTIHOIDON OHJAUS JA TIEDONSAANTI	11
3.1	Ortopedisen potilaan lääketieteellinen hoito.....	11
3.2	Ortopedisen potilaan hoidon ja ohjauksen haasteita.....	13
3.3	Ortopedisen potilaan kotihoidon ohjaus ja tiedonsaanti.....	16
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	20
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
5.1	Tutkimusmenetelmien valinta	22
5.2	Aineiston kerääminen	23
5.3	Aineiston analysointi	25
5.4	Tutkimuksen eettiset näkökohdat	27
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	28
6.1	Taustatiedot.....	28
6.2	Potilaan ohjaus sairaalassa.....	31
6.3	Tiedonsaannin riittävyys sairaalassa leikkauksen jälkeen	33
6.4	Ohjauksen merkitys kotona selviytymiseen.....	35
6.5	Tiedonsaanti.....	36
7	POHDINTA	39
7.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	39
7.2	Tutkimustulosten tarkastelua	41
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	47

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Nyky-suomen sanakirjan (2002) mukaan ohjauksella tarkoitetaan jonkun ohjaamista, neuvojen antamista, toimintaa jonkun ohjauksessa tai jonkun ohjauksen alaisena. Hoitotyössä ja hoitotieteessä käytetään ohjaus-käsitettä. Ohjausta on käytetty rinnakkain muun muassa opetuksen, neuvonnan, opastuksen, ja tiedon antamisen, käsitteiden kanssa. Englanninkielisiä käsitteitä counselling, guidance ja education ja advice käytetään vastaamaan suomenkielistä ohjaus-käsitettä. Käsitteiden välillä on eroavuuksia esimerkiksi vuorovaikutuksen asteen, asiantuntijuuden jakautumisen ja toiminnan jatkuvuuden suhteen. (Kyngäs ym. 2007, 27.)

Potilasohjauksella tarkoitetaan ammatillisesti pätevän ja koulutetun ihmisen antamaa ohjausta sitä tarvitsevalle potilaalle. (Hilden 2002, 24). Potilasohjauksella pyritään tukemaan ja vahvistamaan potilaan voimavaroja sekä ohjaamaan vastuunottoon omasta hoidostaan koko hoitoprosessin ajan. (Hautakangas ym. 2003, 65).

Laadukkaalle ohjaukselle ominaista on vuorovaikutteisuus, potilaslähtöisyys sekä tavoitteellinen ja aktiivinen toiminta. Ohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitajan psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin ja eettisiin taustatekijöihin. Potilaan ja hoitajan taustatekijöiden huomiointi tulisi olla ohjauksen menetelmällisen ja sisällöllisen suunnittelun lähtökohta, jolloin potilaan tarpeisiin voidaan todella vastata. (Kääriäinen 2008, 4.) Hoitoaikojen lyhentyessä potilaat kotiutuvat entistä aiemmin ja aikaa ohjaukseen on vähän. Potilaiden täytyy kuitenkin saada valmiudet hoitaa itseään, ja siksi jokainen vaihe hoidon ohjausprosessissa on tärkeä. (Kääriäinen ym. 2005a, 10).

Onnistunut potilasohjaus lyhentää hoitajaksoja ja vähentää potilaan sairaalakäyntien määrää ja niiden tarvetta. (Torkkola ym. 2002, 24), sekä vähentää potilaiden yhteydenottoa hoitopaikkaan hoitajakson jälkeen. Tämä lisää hoitohenkilöstön resursseja hoitaa muita potilaita. (Kanste ym. 2007, 30).

Suomalaisissa hoitotieteen tutkimuksissa potilasohjaus on ollut tutkimuksen kohteena eri näkökulmista esimerkiksi Partanen (2003) on tutkinut diabeetikon ohjausta ja Kummel (2008) sepelvaltimotauti potilaan ohjausta. Ortopedisen potilaan hoidon ohjausta on tutkittu vähän. Sen sijaan hoidonohjausta on tutkittu sairauksittain, toimenpi-

teittäin (Johansson 1999, Johansson ym. 2002), yleensä kirurgisen potilaan kohdalla (Alaloukusa-Lahtinen 2008, Hovi 2003, Heino 2005, Nylander 2002, Siekkinen 2003, Tyrjäälä 2008). Lisäksi ohjausta on tarkastelu potilaan näkökulmasta mm. laadun ja voimaantumisen kautta/näkökulmasta, kotona selviytymisenä (Kääriäinen 2007, Johansson 2006, Kettunen ym. 2002, Palokoski 2007). Lisäksi ohjausta on tarkasteltu ikääntyneiden ja potilaan omaisten näkökulmasta. (Isola ym. 2007, Rauhasalo 2003, Rintala 2007). Hoitotyöntekijän näkökulmasta ohjauksen tarkastelu on vähäisempää (Ervasti 2004, Lipponen 2004, Tähtinen 2007). Näissä tutkimuksissa ilmenee, että potilaat kokevat ohjauksessa ja tiedonsaannissa olevan puutteita vaihtelevasti eri osa-alueilla.

Ortopedian alalle kuuluvat nivelten, luiden, lihasten, nivelsiteiden ja rustopintojen leikkaukset. Yleisimpiä Suomessa tehtyjä leikkauksia vuonna 2002 olivat polven nivelhäylykset, lonkan ja polven tekonivelleikkaukset, välilevytyräleikkaukset, luun sisäisten kiinnikkeiden poistoleikkaukset sekä rannetunnelin vapautusleikkaukset. (Invalidisäätiö Orton 2006.)

Suomessa yleisimpiä murtumia ovat lonkkamurtumat eli reisiluun yläpuoliset murtumat. Lonkkamurtumat hoidetaan leikkaushoidolla joko naulauksella tai endoproteesilla. (Holmia ym. 2004, 710.) Yleisimmät tuki- ja liikuntaelin sairaudet ovat nivelreuma, nivelrikko, lanneselän kiputilat ja iskiasoireyhtymä sekä niskan ja hartiasseudun kiputilat ja oireyhtymät. (Heliövaara & Riihimäki 2005.)

Noin miljoonalla suomalaisella on oireileva nivelrikko ja noin 250 000 henkilöllä toimintakyky on oireiden vuoksi rajoittunut. (Lindgren 2005, 218.) Eniten nivelrikkoa esiintyy yli 65-vuotiailla suomalaisilla, puolella heistä tavataan sairautta. (Holmia ym. 2004, 715.)

Mini - Suomi tutkimuksen mukaan yli 30-vuotiaista suomalaisista 5 % kärsii merkittävästä lonkkarikosta ja 10 % polvinivelenrikosta. Väestön ikääntyessä nivelrikon esiintyvyys kasvaa ja leikkaukset lisääntyvät. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 218.) Tekonivelleikkauksessa vahingoittuneet tai nivelrikkoiset nivelet on mahdollisuus korvata muovisella tai metallisella tekonivelellä. (Artho-Forum, 2010). Vuosittain Suomessa tehdään yli 10 000 artroplastia leikkausta. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 218).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja selvittää potilaille annettavan koti-hoidonohjauksen sisältöä ja tiedonsaannin riittävyyttä. Tämän opinnäytetyön taustalla on Magneettisairaala hankkeen tutkimuksen tekemän kyselyn tulokset Mikkelin keskussairaalan ortopedisella vuodeosasto. Magneettisairaalan tekemän tutkimuksen perusteella Mikkelin keskussairaalan osastolla 23 tutkimustuloksista tuli selville että potilaat kokivat eniten puutteita tiedonsaannin, lääkehoidon, keskustelun ja ohjauksen puolelta. Tällä tutkimuksella selvitettiin strukturoiduilla ja puolistrukturoiduilla kysymyksillä syitä Magneettisairaala-hankkeen tutkimustulosten keskeisiin puutteisiin sekä missä ohjauksen osa-alueessa on kehittämistä. Kysely tehtiin Mikkelin keskussairaalan osasto 23:n elektiivisesti leikatuille ortopedisille potilaille. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä osasto 23 potilasohjausta.

Magneettisairaala-hanke sai alkunsa, kun Kuopion yliopistollinen sairaala ja Kuopion yliopiston hoitotieteen laitos aloittivat vuonna 2006 yhteisen Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin erityisvastuualueen tutkimus- ja kehittämishankkeen, Vetovoimainen ja turvallinen sairaala Magneettisairaala-hankkeen. Sen tarkoituksena on kehittää moniulotteinen näyttöön perustuva hoitotyön organisointimalli, jolla tuetaan vaikuttavan hoitotyön edellytyksiä johtamisen, koulutuksen ja tutkimuksen kautta. Hankkeessa ovat mukana tällä hetkellä Keski-Suomen keskussairaala, Pohjois-Karjalan keskussairaala, Mikkelin keskussairaala ja Tekonivelsairaala Coxa Tampereelta. Magneettisairaala-hanke tutkimusta tehdään myös kansainvälisesti.

2 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ

2.1 Potilasohjauksen lähtökohdat

Ohjausta voidaan tarkastella juridisista, eettisistä ja teoreettisista lähtökohdista. Ohjauksen perusta on terveydenhuollon juridiikassa. (Kääriäinen 2007, 25). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, § 4–6) velvoittaa hoitohenkilöstöä kertomaan potilaalle selkeästi ja ymmärrettävästi hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja hoidon vaihtoehtoista niin, että potilas kykenee osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tietojen antaminen on osa potilaan hoitoa ja myös itsemääräämisoikeuden toteutumisen perusedellytys. Tutkimus-, hoito- ja kuntoutussuunnitelman tulee laatia yhteisymmärryksessä, asiakkaan tai hänen läheisensä kanssa. Asiakkaan tasa-arvoisuus ja itsemääräämisoikeus korostuvat suunniteltaessa ohjausta. Potilasasiakirjoihin veloitetaan kirjaamaan potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi pelkästään tarpeelliset ja virheettömät tiedot. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559, § 18) velvoittaa henkilöstöä täydentämään koulutustaan ja toimimaan eettisesti ajaen asiakkaan etua toiminnassaan yleisesti hyväksytyjen toimintatapojen mukaisesti.

Lakien ja asetusten lisäksi potilasohjaus tilannetta määrittävät terveydenhuollon eettiset periaatteet, jonka asettamat periaatteet koskevat jokaista terveydenhuollossa toimivaa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta määrittää terveydenhuollon tehtäväksi terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn ja kärsimyksen lievittämisen. Eettisiä periaatteita ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon, itsemääräämisoikeus, ihmisarvon kunnioitus, oikeudenmukaisuus, henkilökunnan hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonanto. Terveydenhuollon eettiset periaatteet määrittelevät ohjauksen perustaa ja lisäävät myös ymmärrystä eettisesti oikeasta tavasta toimia ohjaustilanteessa. Eettinen näkökulma velvoittaa hoitajaa huomioimaan potilaan näkemys ja kokemus sekä toimimaan potilaan parhaaksi yhteistyössä muiden ammatin edustajien kanssa. Ohjauksen tavoite on puolestaan ymmärrettävissä terveydenhuollon etiikan tehtävän kautta: tavoitteena on potilaan hyvinvoinnin edistäminen. Ohjaustilanteessa tulee huomioida myös potilaan eettinen näkökanta, joka tulee esiin vuorovaikutustilanteissa. (Lindqvist 2001.)

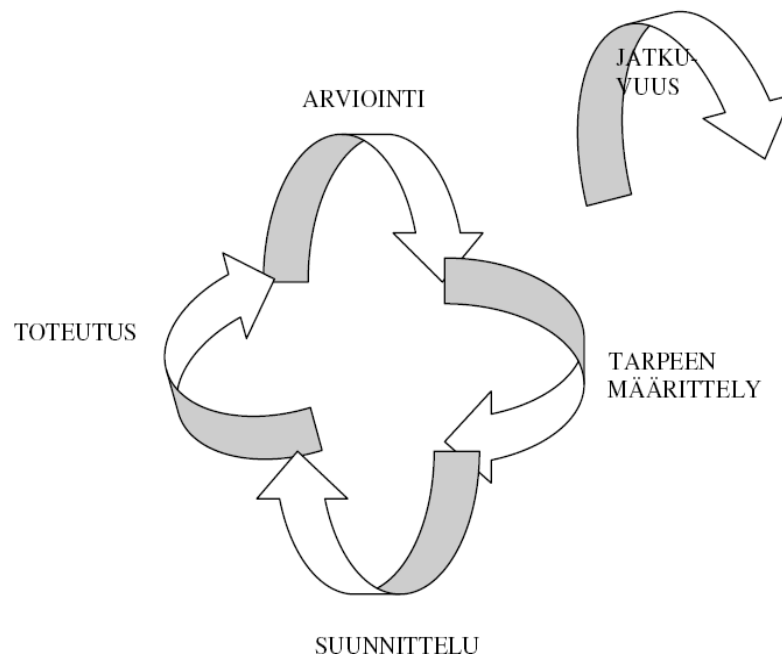
Opetus on suunnitelmallista toimintaa, jolla voidaan vaikuttaa asiakkaan käyttäytymiseen. Toiminta on asiakkaan kanssa tapahtuvasta yhteistyöstä huolimatta kuitenkin asiantuntijalähtöistä. (Kyngäs & Hentinen 2008, 79.) Neuvontaa voidaan pitää prosessina, jossa ohjattavaa autetaan tekemään omaan elämäänsä vaikuttavia valintoja. Neuvonta antaa enemmän suoria neuvoja, kuin ohjaus. Tiedonantaminen on lyhytkestoista ja siinä korostuu ohjattavan asian sisältö, jolloin kirjallisen materiaalien käyttö on runsaampaa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 253).

Ohjaus on vuorovaikutusta, yhdessä oppimista, potilaan itseohjautuvuuden tukemista sekä tietojen ja psykososiaalisen tuen antamista. Ohjauksen perustana voidaan pitää hyvää yhteistyösuhdetta, joka perustuu luottamukseen, empatiaan ja välittämiseen itsestään ja ympäristöstään. Ohjaussuhteessa vaikuttavat ohjattavan ja hoitajan ajatukset, tunteet ja toiminnot. Luottamuksen syntyyn vaikuttavat oleellisesti rehellisyys, johdonmukaisuus ja hoitajan luotettavuus. (Hankonen ym. 2006, 24–25.) Potilaslähtöisessä ohjauksessa asiakas ja hoitaja ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjaus on asiakkaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on yhdessä suunnitella asiakkaan tarpeista lähtevä ohjausprosessi. Ohjaus kohdistuu asiakkaaseen kokonaisuutena ja hänelle tärkeisiin tekijöihin, jolloin asiakkaan tietoisuus hoitomahdollisuuksista lisääntyy. Asiakkaan omahoidon, itsenäisen selviytymisen sekä hoitoon sitoutumisen mahdollisuuksia tuetaan ottamalla huomioon potilaan terveyttä ylläpitävät voimavarat. (Kääriäinen ym. 2005b, 27–28).

Voimavarakeskeisessä ohjauksessa korostuu se, että potilasta kannustetaan tuomaan aktiivisesti esiin omia tuntemuksiaan, kokemuksiaan sekä olemaan oman elämänsä asiantuntija. Autonomia toteutuu, kun potilas voi päättää ohjauksen sisällöistä ja vastata tehdyistä päätöksistä. Hoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilas tekee päätöksensä oikeaan tietoon perustuen sekä tietoisena päätöstensä seurauksista. (Kettunen ym. 2002, 14.) Potilaan voimaantuminen nähdään hänestä itsestään lähteväksi prosessiksi: voimaa ei voi antaa toiselle. Se on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, jota ei voi tuota tai aiheuttaa toinen ihminen. (Johansson 2006, 6). Voimaantumisen prosessi edellyttää potilaalta kriittistä itsetutkiskelua ja sen pohjalta muutoksia omiin toimintamalleihin. (Meretoja & Santala 2003, 19.)

2.2 Potilasohjauksen vaiheet

Ohjausprosessiin kuuluu, että ensin asiakkaalle määritellään ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus asiakkaan hoitoon. Ohjausprosessi toteutuu potilaan hoidon kaikissa vaiheissa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10.) Ohjausprosessin tavoitteeseen pääsemiseksi tulee perehtyä potilaan elämäntilanteeseen, taustatekijöihin ja terveystietoihin. (Kyngäs ym. 2007, 146). Jatkuvuuden turvaamiseksi ohjauksen vaiheet kirjataan selkeästi potilaan hoitokertomukseen, jolloin täsmällinen ohjaus mahdollistuu. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11).



KUVA 1. Potilasohjaus prosessina (Iso-Kivijärvi ym. 2006,10.)

Potilaiden ohjaustarpeet vaihtelevat, osa ei tunnista tarpeitaan tai ei tuo niitä esille, kuitenkin ohjauksen onnistumiseksi ne täytyy selvittää. (Kyngäs ym. 2007, 32.) Potilaan tilanne määrittää ohjauksen tavoitteet ja keinot. Tavoitteet asetetaan yhteistyössä hoitajan kanssa. (Kääriäinen ym. 2005, 27). Joka edellyttää keskusteluihin perustuvaa ja mahdollistavaa vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan välillä. (Onnismaa 2007, 7). Keskusteluissa esitetään potilaalle avoimia kysymyksiä, joilla rohkaistaan potilasta ilmaisemaan itseään ja tarpeitaan ohjauksen suhteen. (Poskiparta 2002, 30).

Ohjausta suunniteltaessa on tärkeää tunnistaa, mitä tietoja ja taitoja potilas tarvitsee, sekä mikä on hänen tapansa oppia. Hoitajan tulee osata tunnistaa potilaan henkinen ja hengellinen tila, sillä ne voivat joko estää tai edistää ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 43). Lisäksi ohjauksen eri vaiheissa tulee suunnitella asiasisältö, ajankohta ja ohjauspaikka sekä huomioida käytettävät resurssit. (Rintala 2007, 6).

Ohjaus etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Tärkeää on, että potilas ja ohjaaja ymmärtävät asian sisällön samalla tavalla ja saavuttavat yhteisymmärryksen. (Kyngäs ym. 2007, 39.) Potilasohjausta toteutetaan yksilö- tai ryhmäohjauksessa, tai suullisen, kirjallisen tai audiovisuaalisen ohjauksen avulla. (Kääriäinen 2007, 34). Ohjauksen toteutuksen kaikissa vaiheissa tulee huomioida taustatekijät, kuten potilaan toiveet, tunteet, pelot, ongelmat, elämäntilanne ja omaiset. (Kyngäs ym. 2007, 38).

Sosiodynaamisen teorian mukaan ohjaus nähdään oppimisprosessina, jonka avulla ohjattava suunnittelee elämäänsä, laajentaa näköalojaan, tekee valintoja, vahvistaa voimavarojaan, hyödyntää mahdollisuuksiaan ja lisää henkilökohtaista vapauttaan ja itsearvostustaan. Tässä teoriassa keskeisiä käsitteitä ovat kunnioitus, tavoitteellisuus, aiempien kokemusten hyödyntäminen, dialogisuus sekä kielen ja puhutavan merkityksen ymmärtäminen. Ohjaaja luo olosuhteet oppimisille viestinnän keinoin, mutta ohjattava on asiantuntija oman elämänkokemuksensa suhteen. Ohjausprosessin aikana ohjattava arvioi kriittisesti ja syvällisesti ideoitaan ja niiden merkitystä omalle toiminnalle. Tietoisuus oman toiminnan taustatekijöistä mahdollistaa ohjattavan voimaantumisen. (Peavy 2006, 20, 56–57.)

Ohjaustapahtuman jälkeen arvioidaan yhdessä potilaan tarpeiden mukainen ohjauksen toteutuminen. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16.) Arviointiperusteena on potilaan tietojen ja taitojen lisääntyminen. Keskustelu potilaan kanssa antaa viitteitä siitä, miten hän on sisäistänyt ohjeet. Ohjaus on onnistunut, kun potilas on saanut ja ymmärtänyt hoitoonsa liittyvät tiedot ja osaa toimia niiden mukaan. (Torkkola ym. 2002, 29). Arvioinnilla voidaan myös vaikuttaa tuleviin hoitokäytäntöihin ja valita kulloinkin paras mahdollinen toimintatapa ohjata. (Lauri 2003,7). Potilaat arvioivat saamansa ohjauksen riittäväksi tärkeimpinä pitämiltään alueilta, vaikka ohjauksessa onkin kehittämisen tarvetta. (Siekkinen 2003, 57).

2.3 Potilasohjauksen taustatekijät

Potilasohjauksessa on tärkeää, että huomioidaan asiakkaan sekä ohjausta antavan hoitajan taustatekijät. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin, sekä sosiaalisiin ja muihin ohjaukseen vaikuttaviin ympäristötekijöihin. (Kyngäs & Kääriäinen 2006, 7.) Potilaan fyysisistä ominaisuuksista ohjaustarpeeseen vaikuttavat potilaan koulutus, siviilisääty, sukupuoli, elinolosuhteet, sairaudenlaatu ja sen vaikutus päivittäiseen elämään. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 210). Fyysisillä tekijöillä on vaikutusta siihen, miten potilas pystyy ottamaan tietoa vastaan, vältteleekö hän ohjausta tai unohtaako asioita vai kieltäkö niitä kokonaan. Erityisesti iäkkäällä potilaalla muisti- ja aistitoimintojen muutokset vaikeuttavat oppimista ja tiedon omaksumista. Alentunut näkö ja kuulovaikeudet on otettava huomioon ohjauksessa. (Isola ym. 2007, 53).

Ohjauksen kannalta huomioitavia psyykkisiä tekijöitä ovat erityisesti motivaatio, terveyskokemukset, uskomukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimisvalmiudet ja -tyyli. Psyykkisten taustatekijöiden selvittäminen sekä huomioon ottaminen ohjauksessa on välttämätöntä, muuten ohjaus on tehotonta. (Kyngäs ym. 2007, 31–32.) Heinon (2005) tekemän tutkimuksen mukaan toimenpiteeseen liittyvä jännittyneisyys ja pelko sekä sairaus voivat häiritä potilaan keskittymistä ja estää tiedon omaksumisen ja muistamisen, jolloin huolellisestikin suunniteltu ohjaus ei vastaa potilaan odotuksia. Tällöin potilas ei ehkä kykene näkemään, kuulemaan tai ymmärtämään saamaansa tietoa ohjauksesta. (Heino 2005, 37.)

Ohjauksen kannalta merkittävät taustatekijät muodostuvat sosiaalisista, kulttuurisista, eettisistä ja uskonnollisista tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan toimintaan. Mahdolliset uskomukset, tavat ja vieraan kielen tuomat haasteet tulee huomioida ohjauksessa. Potilaan suhdetta omaisiin ja tuen saamista omaiselta voidaan selvittää tarkkailemalla heidän keskinäistä vuorovaikutustaan. Potilaalta itseltään on kysyttävä omaisen ohjauksen tarve, sekä kuinka omainen potilasta tukee ja kuka vastaa potilaan hoidosta kokonaan. (Kyngäs ym. 2007, 35–36.) Ohjausympäristöstä ei saa heijastua pelkoja herättäviä mielikuvia tai potilasta häiritseviä tekijöitä. Turvallisella ohjausympäristöllä ja hyvin potilaan taustatietoihin perehtyen saavutetaan myös potilaan luottamus siitä, että hänen asiaansa kunnioitetaan. (Kyngäs ym. 2007, 37).

Potilasohjauksen onnistumiseksi on varattava tarpeeksi aikaa, että asiat ehditään käydä kiireettömästi lävitse. Potilaalla tulee olla mahdollisuus esittää kysymyksiä ja puhua tuntemuksistaan. Rauhallinen ja häiriötön tilaa suojaa potilaan yksityisyyden. Ohjaus-tilanteeseen parhaiten sopiva ajankohta tulee suunnitella etukäteen. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 10.) Annettavan ohjauksen tulee olla selkeää, täsmällistä ja tilanteenmukaista, koska tapa jolla ohjausta annetaan vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. (Niemi ym. 2006, 298).

Tähtisen (2007) tutkimuksen perusteella hoitajan ohjausvalmiuksien tulee pohjautua ajan tasalla olevaan teoretietoon ja taitoon ohjata. Siitä huolimatta ohjauksessa tarvitaan luovuutta, ilmaisukykyä, intuitiota, improvisaatiota ja laaja-alaista ammattitaitoa. (Tähtinen 2007, 9.) Tietoa on lisäksi osattava muokata potilaalle sopivaan muotoon. Ohjausprosessin asiantuntijana toimimisessa tarvitaan vuorovaikutus ja päätöksentekotaitoja. (Kääriäinen 2008, 11–12). Iällä, sukupuolella ja koulutuksella katsotaan olevan Lipposen (2004) tutkimuksen mukaan vaikutusta hoitajien toimintaan, kuten ohjauksessa tarvittaviin tietoihin ja taitoihin sekä ohjaukseen asennoitumiseen. (Lipponen 2004, 52).

Potilasohjauksessa korostuvat hoitajan persoonalliset taidot kohdatessa erilaisia ihmisiä. Hoitajalla on oltava kyky kuulla ja havaita potilaan viestejä sekä rohkeus kohdata ihminen ihmisenä. (Niemi 2006, 10.) Hoitajan tulee olla motivoitunut, aktiivinen ja toimia yhdessä asiakkaan kanssa, sekä ottaa asiakkaan tunteet vakavasti. (Ojanen 2006, 142). Eettinen työskentely edellyttää sitä, että hoitaja on tietoinen omista voimavaroistaan, jotta hän voisi edistää potilaan hyvinvointia. (Kynge ym. 2007, 156).

Hyvä ohjaus edellyttää ohjaajan kykyä avoimeen dialogiin, tietoiseen tutkimiseen ja kokemansa tulkitsemiseen. Dialoginen ohjaussuhde on kasvatussuhde, jossa ohjaaja on vastuussa siitä, että tekee kaikkensa ohjattavan kasvun edistämiseksi. Ohjaajan tehtävää voidaan luonnehtia edellytysten luomiseksi sille, että ohjattavassa alkaa tapahtua jotakin – että kasvu- ja kehitysprosessi käynnistyy. (Ojanen 2006, 62.)

Ohjaus on koettu Nylanderin (2002) tutkimuksessa oleelliseksi osaksi sairaanhoitajan työtä. Eri oppimistyyliä ja itse ohjauksen teorioita ei paljon ohjattaessa pohdita. Ohjausta nähtiin tapahtuvan koko hoitoprosessin ajan ja pääpainon kohdistuvan kotihoi-

don ohjaukseen. (Nylander, 2002, 67.) Johanssonin tutkimuksessa (2003) selviää, että hoitajat pitävät omia ohjaustaitojaan hyvinä, varsinkin asiantuntijana olemista. Eri menetelmiä ohjauksessa osataan käyttää puutteellisesti. (Johansson ym. 2003, 224).

2.4 Potilasohjauksessa käytettyjä yleisimpiä menetelmiä

Ohjaukseen sopivien menetelmien valinta edellyttää potilaan oppimistyylin tietämistä. Oppimistyyllillä tarkoitetaan ihmisen kykyä ottaa vastaan tietoa ja käsitellä sitä. Potilas voi omaksua asioita visuaalisesti, kielellisesti, tekemällä, asiakokonaisuuksien, yksityiskohtien tai yhteistyössä muiden potilaiden kanssa. (Kyngäs & Kääriäinen 2006, 8.) Potilaalle sopivaa ohjausmenetelmää valittaessa tulee tietää, miten potilas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen tavoite. Arvion mukaan potilas muistaa 75 % siitä, mitä hän on nähnyt ja vain 10 % siitä, mitä hän on kuullut. Potilas muistaa 90 % siitä, mitä hänen kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Nämä arviot osoittavat, että potilasta ohjattaessa tulee käyttää useita ohjausmenetelmiä ohjauksen sisäistämisen varmistamiseksi. (Kääriäinen ym. 2005b, 29).

Käytettävänä ohjausmenetelminä ovat suullinen ohjaus, kirjallinen ohjausmateriaali sekä audiovisuaalinen ohjaus. Suullista ohjausta on mahdollista toteuttaa sekä ryhmässä että yksilötasolla. Yleensä potilaat arvostavat enemmän yksilöohjausta, koska se mahdollistaa potilaslähtöisen ohjauksen, tukee motivaatiota ja aktiivisuutta, antaa vapaamuotoisen ilmapiirin ohjaukselle ja mahdollistaa jatkuvan palautteen antamisen. Yksilöohjaus on oppimisen kannalta myös tehokkaampaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Ryhmäohjauksessa asiakkaat saavat tiedon lisäksi myös mahdollisuuden muodostaa tukiverkosto muista ryhmän jäsenistä. Ryhmä auttaa asiakasta myös hyväksymään sairautensa ja sopeutumaan siihen paremmin. Ryhmäohjausta käytetään harvoin, vaikka se on kustannustehokasta. (Brotherus ym. 2006, 86).

Demonstraatiota käytetään ohjauksessa, kun kyseessä on motoristen taitojen opettaminen ja käytännön taitojen harjoittaminen. Menetelmää voidaan käyttää osana ohjausta, kun kysymyksessä on ohjattavan toteuttama hoitotoimenpide. Tutkimusten mukaan demonstrointi ja suullinen ohjaus ovat tehokkaampia ohjausmenetelmiä, kuin kirjallinen ohjaus. (Heinola ym. 2006, 57.)

Ohjausmateriaalia käytetään usein, ja se on asiakkaalle tarpeellinen tiedonlähde. Hyvän kirjallisen materiaalin tulee olla sanastoltaan selkeää, asiakkaiden tarpeita vastaavaa, tiedon tulee myös olla ajan tasalla. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 211.) Hovin (2003) tutkimuksessa kävi ilmi, että vajaa puolet potilaista koki, että heidän saamansa kirjalliset kotihoito-ohjeet olivat selkeät, mutta eivät olleet heille henkilökohtaisesti laaditut. (Hovi 2003, 57). Kirjallisessa materiaalissa olevat yksinkertaiset kuvat helpottavat asiakasta muistamaan ja ymmärtämään materiaalin sisältöä. (Siekkinen 2003, 42). Kirjallisen materiaalin avulla asiakas pystyy palauttamaan saadun tiedon mieleensä, säilyttämään tiedon, lisäämään sitä, sekä selvittämään väärinymmärrykset. Kirjallinen materiaali tukee hyvin muita ohjaus menetelmiä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 212). Ohjausmateriaaleissa on otettava huomioon potilaan ikä ja näkökyky, jolloin tekstin tulee olla suunnattu eri-ikäisille. (Torkkola ym.2002, 29).

Audiovisuaalista ohjausta käytetään harvoin. Sitä voidaan antaa esimerkiksi tietokoneohjelmien, videoiden ja puhelimen välityksellä. Videoiden käytöstä hyötyisivät asiakkaat, joiden on vaikea lukea kirjallista materiaalia. Puhelimen välityksellä hoitaja neuvoo ja ohjaa esimerkiksi jo kotiutuneita potilaita. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 212.)

3 ORTOPEDISEN POTILAAN KOTIHOIDON OHJAUS JA TIEDONSAANTI

3.1 Ortopedisen potilaan lääketieteellinen hoito

Ortopedia on luu- ja tukielinsairauksiin erikoistunut kirurgian ja lääketieteen ala. Ortopedia sana tulee kreikan kielen sanoista orthos eli suora ja pais eli lapsi. Tämä sana merkitsee taitoa tehdä lapsesta tai hänen raajastaan suora. Tätä sanaa käytti ensimmäisen kerran ranskalainen lääkäri Nicolas Andry vuonna 1971. Ortopedian avulla voidaan parantaa liikuntaelimestön, luuston, nivelten ja lihasten virheasentoja. Suomessa ortopedian työkenttään kuuluu myös traumatologia eli tapaturmien hoitaminen. Nämä yhdessä muodostavat kirurgian erikoisalan ja ne kuuluvat osittain myös erikoiskirurgiaan. (Rokkanen ym. 2003, 9.)

Tavallisin ortopedisen potilaan hoitoon hakeutumisen syy on kipu. Akuutti kipu on yhteydessä kudonvaurioon, iskemiaan, kompressioon tai inflammaatioon. Pitkään jatkunut kova kipu vaikuttaa merkittävästi potilaan kipukäyttäytymiseen ja persoonallisuuteen. Kipua määriteltäessä kivun alkamisajankohta, syy, luonne ja yhteys eri kuormittavuustilanteisiin on tärkeä selvittää. Potilaalla voi ilmetä kipua liikkeelle lähtiessä, liikuttelusta, särystä kuormitustilanteesta johtumattomista syistä, rasituksen jälkeen tai vain nivelten ollessa tietyissä asennoissa. Kipu voi olla paikallista tai heijastuskipua. Kipuun voi liittyä myös neurologiset puutosoireet. (Rokkanen ym. 2003, 12–13.) Eniten kipua ja työkyvyttömyyttä Suomessa aiheuttavat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Mini-suomi tutkimuksen (1978–1980) mukaan 1.7 miljoonaa suomalaista oli kärsinyt tutkimusta edeltäneen kuukauden aikana jostain reumaattisesta kivusta ja heillä oli jokin pitkäaikainen liikuntaelinsairaus, joka aiheutti toiminnallista haittaa yli miljoonalla suomalaisella

Puutuminen on usein yhteydessä tiettyihin työasentoihin tai askareisiin. Tähän voi liittyä käsien puristusheikkoutta sekä tavaroiden putoilua kädestä. Ranteen ja kyynärpäälueen hermopuristus- ja -pinnetilojen perussyynä on usein yksipuolinen rasitus esimerkiksi työssä. (Saarelma 2009.) Usein puutuminen on lihasheikkouden, nivelten liikerajoituksen tai ”alta pettämisen” aiheuttama raajan toimintahäiriö. (Rokkanen ym. 2003, 13.)

Nivelen tai raajan epävakaus voi ilmetä eri tavoilla. Nivel voi mennä pois paikaltaan ja tila on kivulias. Tämä aiheuttaa raajan toimintakyvyttömyyttä. Eturistisiteen ja nilkan ulompien nivelten löysyys aiheuttaa alta pettämistä tai nuljahduksen tunnetta, lihas voi myös väsyä. Rakenteelliset muutokset, kuten raajan pituusero, jalkaterän muoto ja selän ryhtimuutos voivat myös aiheuttaa ortopedisen toimenpiteen tarvetta. (Rokkanen ym. 2003, 12–14.)

Tyypillisiä toimenpiteitä ovat nivelten tähytykset, murtumien korjausleikkaukset ja kipsaukset, välilevyn pullistumien hoito, nivelsiteiden korjausleikkaukset sekä lonkkipolven ja polvien keinonivelleikkaukset. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004.)

Luuhun kohdistuvia leikkauksia ovat osteotomia (luunkatkaisu), epifyseodeesi (kasvulevyn luuduttaminen), epifyseodesolyysi (kasvulevyn yli ulottuvan luusillan poista-

minen), artrodeesi (nivelen luudutusleikkaus), spondylodeesi (selkärangan luudutusleikkaus), artroplastia (liikkuvan nivelen aikaansaamiseksi tehty leikkaus), luunsiirto (käytetään potilaan omaa luuta), luun resektio (luun puutos korvataan luusiirteellä). (Rokkanen ym. 2003, 38–39.)

Luun murtuman leikkaushoidossa murtuneen luun päät asetetaan paikoilleen ja ne kiinnitetään yhteen (osteosynteesi) eri fiksaatiomateriaaleilla. Osteosynteesin avulla ei lyhennetä luunmurtuman paranemisaikaa, mutta potilaan sairaalassaoloaika lyhenee. Tavallisimmat osteosynteesivälineet ovat naulat, langat ja ruuvit, mutta käytössä on myös itsestään liukenevia materiaaleja. Osteosynteesimenetelmiä ovat sisäinen fiksatio ja ulkoinen fiksatio. Sisäisiä fiksaatioita ovat ydinnaulaus eli klavifiksatio, levytys eli laminofiksatio, ruuvaus eli kokleofiksatus ja metallilankakiinnitys (cerclage). Ydinnaulausta käytetään putkiluiden murtumien hoitamiseen siten, että putkiluun ydinontelo tyhjenetään ja sinne asetetaan pitkä metallinaula. Levytyksellä murtumaa tuetaan levyllä ja näitä levyjä voidaan käyttää kaikkialla luustossa. Ruuvauksella saadaan aikaan luja puristus murtumapintojen välille. Ruuvausta käytetään esimerkiksi nilkan kehräsluun murtumissa. Metallilankakiinnityksessä metallilanka kierretään esimerkiksi polvilumpion ympäri ja kiristetään. Ulkoinen fiksatio tulee kyseeseen vaikeiden avo- ja umpimurtumien hoidossa. (Holmia ym. 2004, 705–706.)

Toisen suuren ortopedisen leikkausryhmän muodostavat pehmytkudosleikkaukset. Pehmytkudosleikkauksia ovat jänteen, ligamentin, lihaksen, hermon tai faskian korjausleikkaukset sekä erilaisten bursien, ganglioiden ja kasvainten poistoleikkaukset. Puhdistus leikkauksissa nivelistä tai jänteestä poistetaan hypotrofista synoviakudosta, irtokappaleita ja kiristäviä arpikudoksia sekä tasoitetaan rustodefektejä. Amputaatioon eli raajan tai sen osan poistoon joudutaan, jos potilaalla on vaikea tai korjaamaton verenkierron häiriö, murskavamma, pahanlaatuinen tuumori, perinnöllinen vika tai hallitsematon tulehdus. (Rokkanen ym. 2003, 41.)

3.2 Ortopedisen potilaan hoidon ja ohjauksen haasteita

Ortopediselle potilaalle suurempia ongelmia aiheuttavat kivut, liikkuminen, pukeutuminen ja selviytyminen. (Hovi 2003, Heino 2005, Johansson 2006, Palokoski 2007.) Varsinkin pitkäaikaisen kivun seurauksena voi potilaalla olla unettomuutta, väsymystä

ja fyysistä kyvyttömyyttä sekä näistä johtuvia paineita ihmissuhteissa. (Siekkinen 2003, Alanen 2002). Pelkoa voivat aiheuttaa esimerkiksi tuleva leikkaus, leikkauksen mahdollinen epäonnistuminen tai infektio, sekä kotona pärjäämättömyys. (Hovi 2003, Siekkinen 2003).

Leikkausta odottaessa potilailla saattaisi olla aikaa valmentautua leikkaukseen kohentamalla kuntoaan, hoitamalla terveyttään ja järjestämällä kotioloja leikkauksen jälkeistä toipumista tukevaksi ja toimintaa helpottavammaksi. (Alho & Nylund 2002.) Leikkauksen jälkeen potilaat tarvitsevat tietoa ja ohjausta, apuvälineitä ja usein muiden apua. (Rintala 2007, Siekkinen 2003). Avun saaminen voi olla hankalaa, varsinkin iäkkäille ja yksin asuville potilaille. (Rintala 2007). Potilaan ja mahdollisesti hänen omaisensa ahdistusta ja huolta voidaan lievittää antamalla henkistä tukea (Hovi 2003, Rauhasalo 2003), jolloin samalla edistetään leikkauksesta toipumista ja kotona tarvittavien valmiuksien oppimista (Hovi 2003, Rintala 2007). Keskeisenä keinona on hoitajan antama asianmukainen voimavarat huomioiva ja niitä lisäävä ohjaus. (Johansson 2006, Kettunen ym. 2002). Lisäksi ohjauksen tulee olla potilaslähtöistä. (Kääriäinen ym. 2005b).

Johansson (1999) toteaa, että ortopedisen potilaan kotihoidon ohjauksen ja tiedonsaantiin liittyvät tärkeimmät tarpeet ovat kivunhoito ja kivunhallinta. Ortopedisen potilaan ohjauksen tarve on riippuvainen hänen paranemis- ja toipumisvaiheestaan. (Johansson 1999, 4). Leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttavat vaihtelevasti leikkauksen laajuus, leikkaustekniikka, haavan sijainti sekä potilaan kipuherkkyys. Kivun potilas tuntee haavakipuna, ompeleiden kiristyksenä tai tulehduksen aiheuttamana kipuna. Monet ortopediset leikkaukset ovat erittäin kivuliaita, varsinkin jos joudutaan käsittelemään luukalvoa. (Holmia ym. 2004, 71). Suurimmillaan kipu on heti leikkauksen jälkeen, alkaen heikentyä muutamien päivien kuluessa. Kipu hankaloittaa myös liikkumista, mikä lisää riskiä saada keuhkoveritulppa tai keuhkokuume. (Kostjukova & Salanterä 2008, 20).

Tehokkaalla kivunhoidolla helpotetaan päivittäistä liikkumista. Lisäksi tehokas ja varhainen kivun hoito estää kivun pitkittymisen. Kivun hoidolla pyritään kivuttomuuteen ja sen vuoksi kipulääkkeen annostelu tulee olla riittävää ja aloittaa ennen kivun ilmaantumista tai arviointiin perustuen mahdollisimman lyhyellä aikaviiiveellä. (Kost-

jukova & Salanterä 2008, 21.) Tyypillisiä kivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat ns. tulehduskipulääkkeet, kuten ibuprofeeni, naprokseeni, diklofenaakki, ketoprofeeni. Ne soveltuvat hyvin kirurgisen leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon tulehdusta poistavan ominaisuutensa vuoksi. (Nurminen 2007, 235). Parasetamolia käytetään lievän ja keskivaikean kudosvauriosta johtuvan kivun hoitoon, sillä ei ole tulehdusreaktion vaikutusta. (Salanterä ym. 2006, 115). Tulehduskipulääkkeitä tehokkaampia ovat keskushermostoon vaikuttavat opioidit. Niitä käytetään esimerkiksi suurten leikkauksien aiheuttamaan kovaan kipuun. (Kalso 2002, 193). Kipua lievittävän eli analgeettisen vaikutuksen lisäksi ne vähentävät ahdistuneisuutta ja saavat aikaan poikkeavan hyvänolon tunteen. Kodeiini on euforisoiva kipulääke, jota on saatavilla yhdistelmävalmisteina muiden kipulääkkeiden kanssa. Tramadoli on heikko opioidi, joka soveltuu keskivaikeiden tai vaikeiden kiputilojen hoitoon. (Nurminen 2007, 244).

Kivunhoidon ohjaus aloitetaan osastolla. Potilasta tulee ohjata noudattamaan suositeltua annosta ja ottamaan lääkkeitä säännöllisesti. Tällöin lääkkeen pitoisuus pysyy tasaisena ja kipuhuippujen esiintyminen vähenee. Tällä pyritään varmistamaan, ettei lääkkeiden ottamista lykätä niin pitkään, että niiden teho ei enää riitä. (Salanterä ym. 2006, 44.) Potilaan kotiutuessa hänellä tulee olla selkeät kirjalliset ohjeet siitä, miten kipua seurataan ja lääkitään sekä kuinka hänen tulee hoitaa kipuaan kotona. Potilaalle annetaan yhteystiedot, mihin hän voi ottaa tarvittaessa yhteyttä, mikäli kipu on hallitsematon tai pitkittyy. (Salanterä ym. 2006, 28).

Lääkehoito ei ole yksinomaan ainoa ortopedisen potilaan kivunhoidon menetelmä, Monet potilaat haluavat kokeilla myös muita menetelmiä lääkehoidon lisänä. Kipua voidaan helpottaa keskustelemalla, ohjauksella rentoutumalla, asento- ja kylmähoidoilla, sekä liikkumalla (Sailo ym. 2000, 124.) Keskustelemalla ja ohjaamalla, voidaan vasta potilaan tiedon tarpeeseen, kun pitkään jatkunut kipu muuttaa potilaan tiedon tarvetta koko ajan. Aluksi potilas haluaa saada mahdollisimman paljon tietoa kivusta, lääkkeistä ja hoitomahdollisuuksista. Tiedon toisto ja luottamuksellisen ilmapiirin luominen on kivunhoidossa tärkeää. (Salanterä ym. 2006, 43). Rentoutuminen auttaa potilasta suuntaamaan ajatukset pois kivusta, vähentää sekä ahdistuneisuutta että lihaskäynnitystä. Rentoutumiseen voidaan liittää hengitysharjoituksia ja mielikuvaharjoituksia, joissa potilas opettelee käyttämään luovasti mielikuvitustaan kipuongelman voittamiseen. (Elomaa & Estlander 2009, 248). Asentohoito edistää laskimo- ja lymfakier-

toa ja vähentää näin nesteiden kasaantumista kudokseen, joka puolestaan vaikuttaa kipua lievittävästi. Leikatulle alueelle pyritään saamaan mahdollisimman rentoasento tukemalla aluetta esimerkiksi tyynyillä. (Sailo ym. 2000, 135).

Kylmähoitoa käytetään leikkausten jälkeen ja akuuttien pehmytkudosvammojen hoidossa. Kylmähoito rentouttaa lihaksia ja rauhoittaa yleensä myös turvonnutta leikkaus- aluetta, edistäen alueen parantumista. Kylmähoito on tehokas, edullinen ja turvallinen oikein annettuna. (Alaranta ym. 2003, 375.) Hieronnan tarkoitus on vaikuttaa hermo- lihasjärjestelmiin ja saada aikaan paikallinen tai yleinen vaikutus veren- ja imuneste- kiertoon. Hieronnalla saadaan rentouttava ja rauhoittava, jopa unettava vaikutus, kun jännitys ja kireys poistuvat lihaksista. Hieronnan tuomat miellyttävät tuntemukset voi- vat olla osaltaan kipua lievittäviä. (Alaranta ym. 2003, 377). Liikkumisen koettiin hel- pottavan ortopedisen potilaan kipua Kostjukovan & Salanterän (2008, 25) tutkimuk- sessa.

3.3 Ortopedisen potilaan kotihoidon ohjaus ja tiedonsaanti

Ervastin (2004) tutkimuksen mukaan hyvä ohjaus vähentää pelkoa ja ahdistusta. Poti- laiden mielestä asioita ei tarvitse arvata, vaan koko ajan on tieto siitä mitä seuraavaksi tapahtuu. Leikkaukseen on helpompi valmistautua, kun potilas tietää mitä häneltä odo- tetaan. Myös valmistautuminen leikkauksen jälkeisiin muutoksiin paranee. Tutkimus- tulosten mukaan potilaan hoitoon sopeutuminen lisääntyy, kun tiedetään miten omalla toiminnalla voi olla vaikutusta hoidon onnistumisen kannalta. Tämän myötä potilaalle syntyy kyky valita itselleen tehokas selviytymiskeino leikkauksesta toipumiseen. Toi- pumisaika lyhenee, kipu vähenee ja myös komplikaatioiden on todettu vähenevän. Kun perheelle annetaan tietoa tulevasta leikkauksesta, niin perheen tuki lisääntyy. (Er- vasti 2004, 6.) Isolan ym. (2007) tutkimus artikkelin mukaan iäkkäät potilaat toivovat yksilöllisempää ohjausta ja omaistensa osallistumista ohjaustilanteeseen. Iäkkäiden mielestä omaisten tiedontarve ei lisääntynyt ohjauksella tarpeeksi. (Isola ym. 2007, 21). Lisäksi tarvitaan tietoa avoterveydenhuollon auttamismahdollisuuksista ennen kotiutumista. (Rauhasalo 2003, 19).

Alasen (2002) tutkimuksen mukaan potilaat toivovat saavansa enemmän ohjausta hoi- don jälkeisistä ongelmista, kuten haavakomplikaatioista ja toipumisajan pituudesta.

Enemmän tietoa halutaan lääkityksestä, jatkohoidosta, leikkauksen vaikutuksesta elämänsä, liikkumisesta sekä kotona selviytymisestä. Potilaat pitävät riittämättömänä tiedon saantia sosiaalietuksista ja potilaan oikeuksista. Suullisen ohjauksen lisäksi toivotaan enemmän kirjallisia ohjeita, sekä perusteluja ohjeisiin. Liikkumiseen ja liikerajoituksiin liittyviin asioihin toivotaan enemmän kertausta. (Alanen 2002, 36–37.)

Tekonivelpotilas tarvitsee Johanssonin (2006) tutkimuksen mukaan tietoa päivittäisistä toiminnoista selviämiseen liittyvissä asioista, sairaudesta ja sen oireista, lääkkeistä sekä mahdollista komplikaatioista. (Johansson 2006, 41.) Ohjaamalla ortopedistä potilasta tehokkain keinoin tuetaan potilaan tunnetta oman elämän hallinnasta leikkauksen jälkeisessä elämäntilanteessa, ja näin myös selviytymistä kotona. (Johansson 2006, 57). Johansson ym. (2002) toteavat, että potilaan ohjaus on edellytys potilaan kotiutumiseksi ja kotona selviytymiseksi. Potilaan on tärkeää tietää erilaisista oireista ja komplikaatioista etukäteen. (Johansson 2006, 52). Leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita tekonivelleikatuiilla on tekonivelen luksaatio, pinnallinen ja syvä infektio, keuhkoembolia ja laskimotukokset. (Rokkanen ym. 2003, 84). Varsinkin monisairailta tekonivelpotilailla on suurentunut riski saada leikkauksen jälkeen komplikaatioita. (Lehto & Teleranta 2003, 43). Tekonivelleikkauksiin liittyy korkea laskimotukosriski, jonka ehkäisyssä käytetään fysioterapeuttisia, mekaanisia ja lääkkeellisiä keinoja. Lääkkeellisenä keinona käytetään pieni molekyylisiä hepariinia, jota annostellaan ihonalaisena injektiona navanseudulle. Hoito aloitetaan leikkauksen jälkeen ja opetetaan potilaalle itselleen. (Lehto & Teleranta 2003, 49–51.)

Palokosken (2007) tutkimuksen mukaan kirurgisten potilaiden tarvitsema tiedon määrä ei välttämättä ole suuri. Potilaiden tiedonsaanti tulee olla potilaaseen vaikuttavaa, sekä oikein suunnattua. Annettavan tiedon tulee olla yksilöllistä ja lähtöisin potilaan tarpeista. Pelkkä tiedon jakaminen potilaalle ei ole välttämättä hyödyllistä, vaan potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua tiedonsaantiin kysymällä ja ratkomalla itse ongelmiaan. (Palokoski 2007, 13.) Tietoa tulee antaa hoitojakson aikana useamman kerran jaksottaen sopivasti potilaan tilanteeseen nähden. Potilaista vain neljäs osa oli saanut ohjausta koko hoitojakson aikana Hovin (2003, 29) tutkimuksen mukaan. Huupposen (2002) tutkimuksessa ilmenee, että tiedon saantiin liittyvillä odotuksilla ja potilaan aikaisemmilla sairaalakokemuksilla on yhteyttä. (Huupponen, 2002, 47).

Tyrjälän (2008) tutkimuksessa ilmenee, että potilaat hakevat itsenäisesti tietoa Internetistä. Tullessaan toimenpiteeseen heillä voi olla kirjavaa tietoa toimenpiteestä ja sen jälkihoidosta. Hoitaja voi auttaa tiedon oikeellisuuden arvioinnissa ja opastaa tiedon etsimisessä. (Tyrjälä 2008, 14.)

Sairaalasta lähtövaiheen ohjaus korostuu, kun potilaan hoitoaika sairaalassa on lyhyt ja hän ei ehkä kykene heti ymmärtämään eikä käsittelemään uusia omaan hoitoonsa liittyviä asioita. Hoitajan velvollisuus on varmistaa ohjauksella, että potilaan hoito jatkuu kotona asianmukaisesti. Potilaan kotiutuessa hoitajan tulee täsmentää potilaan jatkohoidon tai kotihoidon ohjauksen tarpeita ja tavoitteita. Kotiutumisen yhteydessä hoitaja keskustelee potilaan kanssa jatkohoitoon liittyvistä asioista ja on näin myös psyykkisenä ja henkisenä tukena potilaalle. (Iso- Kivijärvi ym. 2006, 15.) Tiedon tarpeeseen pyritään vastaamaan kirjallisilla ohjeilla, joiden tarkoitus on myös välttää ja korjata väärinkäsityksiä, vähentää ahdistusta ja antaa tietoa palveluista. (Alaperä ym. 2006, 66). Hoitajan tulee antaa potilaalle tarvittavat kirjalliset materiaalit liittyen potilaan jatkohoitoon, tilanteeseen nähden oikeaan aikaan. Hoitajat ovat lyhentyneet ja potilaan täytyy ottaa vastuuta omasta hoidostaan, jonka takia kotihoito ohjeiden tulee olla ymmärrettäviä ja helposti luettavia. (Johansson 2003, 175). Heinon (2005) tutkimuksen mukaan kirjalliset ohjeet auttavat läheisiä saamaan tietoa toimenpiteestä ja sen vaatimasta kotihoidosta. Potilaiden läheiset osallistuvat harvoin ohjaukseen huolimatta siitä että potilaan jälkihoito jää osittain potilaan ja hänen perheenjäsentensä vastuulle. (Heino 2005, 21).

Potilaiden tiedonhalu on lisääntynyt ja he haluavat tietää enemmän sairauksistaan ja niiden hoidosta. (Torkkola ym. 2002, 7.) Toisaalta potilailta odotetaan parempia itsehoitotaitoja lyhentyneiden hoitoaikojen takia. (Liimatainen ym. 2005, 49).

Heinon (2005) tutkimuksessa tulee esille, että kirurgisesta leikkauksesta toipumiseen vaikuttavat monet tekijät ja tieto on yksi toipumista edistävä tekijä. (Heino 2005, 3.) Palokosken (2007) mukaan kotiutumista koskevan tiedonsaannin tulee olla sellaista, että kirurginen potilas ymmärtää, mikä kuuluu normaaliin paranemisprosessiin. Potilaiden tulee myös tietää, miten toimia jos kotona tulee ongelmia. (Palokoski 2007, 13).

Leikkaushaavan vetolujuus on aluksi huono, ja sen takia potilasta ohjataan välttämään fyysisesti raskasta ponnistelua. Potilas saa tarvittaessa sairauslomatoimistuksen toipumisajalta. Kotihoidon ohjauksessa potilasta neuvotaan seuraamaan haavainfektion merkkejä. Potilaalle selvitetään haavan hoito ja ompeleiden tai hakasten poiston sekä saunomisen aloittamisen ajankohta. Ohjeet annetaan kirjallisina, samoin mahdollinen jälkitarkastuksen ajankohta ja yhteystiedot johon voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. (Iivanainen ym. 2007, 501, 520.) Infektioiden ennaltaehkäisy ja hoito on tärkeää tekonivel potilaalla. Kaikki bakteeri-infektiot tulee hoitaa huolellisesti, koska infektio voi levitä veriteitse tekoniveleen. Mikäli potilaalle suunnitellaan hammastoimenpiteitä tai polikliinisiä tähytys- tai muita toimenpiteitä, tarvitaan antibioottiprofylaksi ennen toimenpidettä. Potilasta ohjataan kertomaan hoitavalle lääkärille tekonivelestä aina hoitoon mennessään. (Sairaala Orton).

Ortopedisen leikkauksen jälkeen oman terveyden hallintaan liittyy olennaisesti liikkuminen ja kuntoutus, joiden tulee olla aktiivista ja jatkuvaa. (Kostjukova & Salanterä 2008, 21.) Fysioterapeutti ohjaa potilaalle yksilöidyt, henkilökohtaiset harjoitusohjeet, joissa on otettu huomioon leikkauksesta johtuvat kuormitusrajoitukset, potilaan toimintakyky ja harjoitusten soveltuminen kotona tehtäviksi. Potilas voi tarvita liikkumisen apuvälineitä, tukisidoksia ja lastoja, joiden käyttö on ohjattava niin, että potilas pystyy selviytymään kotona päivittäisistä toimistaan. (Talvitie ym. 2006, 346).

Sairastaminen lisää kustannuksia kun toisaalta pitkä toipilasaika vähentää tuloja ja voimaa selvittää sosiaalisia etuuksiaan. Sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa potilaalla on mahdollisuus selvittää asioitaan sosiaalihoitajan avulla. Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuissa on kalenterivuositainen maksukatto. Tämän ylimenevältä osalta potilas maksaa alennettuja maksuja. Lääkekustannuksilla on oma kalenterivuositainen kattonsa, jonka jälkeen potilas maksaa vain omavastuun lääkkeistään. Sairausajan palkka, sairauspäiväraha, kuntoutus määräytyvät tietyllä tavalla, joista Kelalta mahdollisuus hakea lisätietoja. (Kettunen ym. 2001, 117–121.)

Alaloukusa-Lahtisen (2008) tutkimuksen mukaan kirurgiset potilaat saavat ohjausta monilta eri tahoilta. Potilaat saavat yleisemmin ohjausta lääkäriltä ja hoitajalta. Lääkäri on arvioitu potilaiden mielestä tärkeimmäksi tiedon antajaksi ja hoitajan on sitten annetun tiedon selventäjä, kertaaja ja potilaan tuki. Jonkin verran potilaat saavat ohja-

usta sosiaalityöntekijältä ja fysioterapeutilta, jonka ohjaus korostuu erityisesti lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Harvinaista on moniammatillisen työryhmän antama ohjaus. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 10.)

Moniammatillisuutta tarvitaan kotiutettaessa iäkkäitä potilaita, vaikka kotiuttamisen monesti mahdollistaakin sosiaalinen verkosto ja tuki iäkkään ympärillä. Lähiomaisilla on oikeus tulla kutsutuksi mukaan päätöksen tekoon, silloin kun he vastaavat potilaan hoidosta kotona. Hoitajalla tulee olla riittävästi tietoa potilaan hoitoprosessista ja kotioloista, jolloin ohjaus voidaan suunnitella potilaan tarpeista lähteväksi. Kotiuttamista suunniteltaessa arvioidaan potilaan voimavarat realistisesti ja niitä verrataan suunnitellun kotiuttamispaikan vaatimuksiin. Lisäksi järjestetään tarpeeksi ajoissa apuvälineet, kotiapu, kotisairaanhoido ja tarpeelliset muutostyöt kotona, joiden turvin potilaan on mahdollisuus selviytyä. (Rauhasalo 2003, 32.) Potilaan hoidon laatua on tutkittu kansainvälisesti (Kvist 2004, 45), tehdyssä tutkimuksessa kotiuttamisessa korostuu oikea aikainen tiedottaminen potilaiden, omaisten, sairaalan henkilöstön ja kotihoidon henkilöstön välillä, jolloin potilaan hoidon jatkuvuus paranee leikkauksen jälkeen kotona.

Suomessa on useita laatukriteerejä ja suosituksia hoitotyön laadusta, joilla pyritään yhtenäiseen toimintaan ja arviointiin. Suositukset eivät määritä ohjauksenlaatua vaan ovat suuntaa antavia kehittämiselle ja toiminnalle. Ohjauksen laadulle ei ole olemassa hyväksytyjä kriteereitä. Ohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin muukin potilaan hoitotyö. (Kyngäs ym. 2007, 20.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja selvittää potilaille annettavan kotihoidon ohjauksen sisältöä ja tiedonsaannin riittävyttä Mikkelin keskussairaalan osasto 23:lla. Opinnäytetyön aihe on rajattu elektiiivisesti leikattuihin ortopedisiin potilaisiin. Tässä opinnäytetyössä on rajattu ulkopuolelle traumatologiset ja päivystykselliset leikkaukset. Mikäli potilas siirtyy sairaalasta toiseen jatkohoitopaikkaan, ei tutkimukseen osallistuminen ole mahdollista, koska potilas ei välttämättä osaa erotella Mikkelin keskussairaalassa saamaansa ohjausta ja jatkohoitopaikassaan saamaansa ohjausta.

Opinnäytetyössä selvitetään, miten potilaat kokevat saaneensa tietoa ja kotihoidon ohjausta, että potilaan kotona selviytyminen on mahdollista. Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska nykyisessä ohjauksessa on jo Magneettisairaala-hankkeen tekemän tutkimuksen mukaan ollut puutteita osasto 23:lla. Ohjauksen kehittämisen ja potilastytyväisyyden kannalta tämä selvitys on tärkeä. Onnistunut potilasohjaus vähentää potilaiden yhteydenottoja ja hoitajan resurssit kohdistuvat paremmin osastotyöhön. (Torkkola ym. 2002, 24, Kanste ym. 2007, 30).

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaiseksi potilaat arvioivat saamansa ohjauksen?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat kotihoidon ohjaukseen?
3. Minkälainen on potilaan tiedonsaanti?

Hyvän tutkimuskysymyksen tavoitteena on, että se on selkeästi muotoiltu, yksikäsitteinen ja informaatiota tuottava. Tutkimuskysymyksen avulla voidaan ratkaista ongelma, tuottaa uutta tutkimusta, lisätä teoretietoa tai parantaa ja tehostaa oppimista. (Metsämuuronen 2007, 29.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus toteutettiin Mikkelin keskussairaalan osasto 23:lla 1.3–18.4.2010. Tutkimukseen osallistuvat potilaat täyttivät kyselylomakkeen muutaman päivän kuluttua kotiutumisestaan. Potilaat ohjeistettiin täyttämään kysely valitsemalla vaihtoehdon, joka parhaiten vastaa heidän mielipidettään. Potilaiden oli arvioitava hoitajalta saamansa ohjausta, ohjaustilannetta ja tiedonsaannin riittävyyttä. Kyselylomake pyydettiin lähettämään postimerkillä varustetulla kirjekuorella osasto 23:lle viimeistään 30.3.2010. Kyselyä jatkettiin tämän jälkeen vielä 18.4.2010 asti vastausten vähyden vuoksi. Vastausten vähyys johtui osittain siitä, että leikkaus-toimintaa oli rajoitettu eikä osastolla tehty ollenkaan elektiivisiä leikkauksia. Toisessa vaiheessa kysely täytettiin ensimmäisestä vaiheesta poiketen osastolla ja palautettiin suoraan hoitajille. Valmiin tutkimuksen tulokset on tarkoitus esittää kesäkuussa 2010 osastotunnilla.

Osasto 23 on kirurginen vuodeosasto, jossa hoidetaan pääasiassa tuki- ja liikuntaelin kirurgisia sekä vammakirurgisia potilaita. Osastolla hoidetaan myös silmä-, korva- sekä suu- ja leukakirurgisia potilaita. Vuodepaikkoja osastolla on 28. Osastolla työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Lonkan ja polven tekonivelleikkaukset ovat merkittävä osa osaston työtä. Osastolla hoidetaan myös nivelten tähtäykset, selkäleikkaukset ja olkanivel- sekä reumakirurgiaa. Luunmurtumien lisäksi hoidetaan osastolla mm. alueen palovammapotilaat. Osastolla aloitetaan potilaan fysioterapiaharjoitteet. Potilaat kotiutetaan suoraan osastolta, osa siirtyy jatkokuntoutukseen alueen jatkohoitopaikkoihin. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007.)

5.1 Tutkimusmenetelmien valinta

Tutkimusaineistoa kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella maaliskuussa 2010. Tutkimuksen perusjoukkona on ortopediset elektiivisesti leikatut potilaat. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin päivystykselliset ja traumatologiset potilaat. Henkilökunta sai suullisen ja kirjallisen ohjauksen tutkimuslomakkeiden jakelusta ja he jakoivat osastolla kyselylomakkeen tutkimukseen osallistuneille potilaille.

Määrällinen ja laadullinen tutkimus ovat toisiaan täydentäviä. Laadullisen tutkimuksen avulla haetaan informaatiota puutteellisesti tunnetusta asiasta tai ilmiöstä. (Krause & Kiikkala 1996, 53). Tässä työssä laadullisen aineistonkeruumenetelmän avulla haetaan täydennystä määrällisen aineiston puutteellisiin tietoihin.

Määrällistä tutkimusta tarvitaan tutkimaan ilmiöitä, olettamuksia tekijöiden välillä sekä ilmiöiden välisiä riippuvaisuuksia keskenään. Määrällinen tutkimus testaa teorioita. (Krause & Kiikkala 1996, 53, 62). Ohjausta on tutkittu paljon, (Kyngäs 2005) joten määrällinen mittaaminen soveltuu tämän aineiston keräämiseen hyvin. Aineistoa kerätessä on huomioitava, että aineisto soveltuu määrälliseen mittaamiseen. Tutkittavien henkilöiden valinnassa on määriteltävä perusjoukko ja tästä perusjoukosta on tehtävä otos. Muuttujat on voitava asettaa taulukkomuotoon ja siitä edelleen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmiä tehtäessä tuloksia kuvaillaan esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla ja tulosten merkitsevyyttä testataan tilastollisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 136.) Tässä tutkimuksessa selvitettiin kuinka hyvin potilaat pärjäävät kotona saamansa

ohjauksen turvin ja mitä puutteita he kokevat ohjauksessaan olevan. Perusjoukkona on ortopedisista potilaista saatu otos. Ohjaukseen ja tiedonsaannista saatuja vastauksia on tarkoitus vertailla taustatietojen kanssa. Pohdinnassa verrataan tutkimuksemme tuloksia Magneettisairaala- hankkeen tekemään tutkimukseen sekä aikaisempiin vastaavansiin tutkimuksiin.

Yleisen käsityksen mukaan määrällisellä tutkimuksella tavoitellaan yleiskäsityksiä ja laadullisella menetelmällä kiinnitetään huomio yksityiskohtiin. Samassa tutkimuksessa on mahdollisuus hyödyntää molempia lähestymistapoja. Tutkimuksen sanallisia vastauksia voi olla hyvä analysoida laadullisilla menetelmillä, mutta saatuja tuloksia voi tiivistää ja esittää sitten määrällisillä menetelmillä. (Vehkahti 2008, 13).

5.2 Aineiston kerääminen

Yksi aineiston keräämisen tavoista on kysely, joka tunnetaan survey-tutkimuksena. Survey tarkoittaa sellaisten kyselyjen, haastattelujen ja havainnoinnin muotoja, joissa aineisto on tarkoitus koota standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Standardoidulla tarkoitetaan sitä, että kaikilta vastaajilta kysytään täysin samat kysymykset. (Hirsjärvi ym. 2007, 188). Kyselytutkimuksen etuna on se, että sen avulla on mahdollisuus saada paljon henkilöitä osallistumaan ja voidaan kysyä monia asioita. Huolellisesti suunniteltu lomake on helppo analysoida. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Tutkimuksissa yleisin käytettävä järjestysasteikon mittaustapa on Likertin asteikko. Asteikot ovat tavallisesti 5- tai 7-portaisia, vaihtoehtoista muodostuu nouseva tai laskeva skaala. Likertin asteikosta voidaan laskea keskiarvoja, hajontoja ja korrelaatioita (Vehkalahti 2008, 35, 37.) Tässä tutkimuksessa on käytetty 4-portaista Likertin asteikkoa. Kyselylomakkeesta on jätetty pois vastausvaihtoehto, en osaa sanoa, koska kysymyksiin haluttiin selkeät mielipiteet asioista. Kysymyksiin 8, 10, 11 ja 12 vastaukset pyydettiin valitsemaan väittämä Likertin asteikolta 1 - 4, jolloin 1 tarkoittaa, että vastaaja on vastauksessa eniten samaa mieltä ja 4 tarkoittaa, että vastauksesta ollaan eniten eri mieltä.

Otos on tutkimuksen kohderyhmän eli perusjoukon osa, jolla voidaan saada kokonaiskuva koko perusjoukosta. Otoksessa olisi hyvä olla perusjoukon eri ominaisuuksia. Otos on edustava, kun se sisältää tasapuolisesti samoja ominaisuuksia kuin perusjoukko. (Vilkkä 2007, 56.)

Tutkimuksen aikana Mikkelin keskussairaalan osasto 23:lla jaettiin 42 kyselyä elektivisesti leikatuille ortopedisille potilaille ennen heidän kotiutumistaan. Vastauksia saatiin 20 kappaletta. Vastausprosentti oli 48 %. Potilaat täyttivät kyselyn 30.3.2010 asti kotiuduttuaan. Tämän jälkeen kahden viikon ajan (18.4 asti) potilaat täyttivät kyselyt osastolla ennen kotiutumistaan, koska tutkimukseen käytettävä aika oli päättymässä eikä voitu odottaa enää vastausten saapumista myöhemmin. Tutkimuksessa on käytetty ohjauksen ja tiedonsaannin määrää kuvaavaa mittaria, joka on kehitetty tätä tutkimusta varten. Mittari perustuu aikaisempaan ohjausta ja tiedonsaantia koskevaan tutkittuun tietoon. (Kääriäinen 2007).

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeessa on strukturoituja kysymyksiä 49 kpl ja avoimia kysymyksiä 5 kpl. Kyselylomake koostuu kolmesta osa-alueesta kysytään *taustatekijöitä* (7 kysymystä). Toisena osa-alueena on *potilasohjaus sairaalassa ja ohjauksen vaikutus kotona selviytymiseen* (24 kysymystä). Viimeisenä osa-alueena on potilaan *tiedonsaanti* (13 kysymystä).

Kyselylomakkeen tulee näyttää selkeältä ja helposti täytettävältä. Ulkoasultaan sen tulee olla moitteeton. Avoimille vastauksille tulee olla riittävästi tilaa. Kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrotaan kyselyn tarkoituksesta ja tärkeydestä ja rohkaistaan vastaamaan. Kyselytutkimusten etuna pidetään yleensä sitä, että niiden avulla saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto. (Hirsjärvi ym. 2007, 190, 199.)

Taustatiedoissa (7kpl) selvitetään sukupuoli, ikä, asuminen, ammatillinen koulutus, työtilanne, tuleva leikkaus ja aikaisempien leikkausten vaikutusta nykyiseen ohjaustarpeeseen. *Ohjaus sairaalassa ja ohjauksen vaikutuksesta kotona selviytymiseen osiossa* (24 kpl) ohjauskysymykset koskevat tilannetta sekä ennen leikkausta että leikkauksen jälkeen. Tutkimuksessa on tärkeää selvittää minkälaiseksi potilaat kokivat saamansa ohjauksen osastolla kokonaisuudessaan ja mistä lähteestä he saivat parhaiten tietoa. Tutkimuksessa selvitetään myös miten potilaan saama ohjaus on vaikuttanut

kotona selviytymiseen. *Tiedonsaanti-osiossa* (13 kpl) on tarkoitus selvittää tiedon riittävyttä ohjauksen eri osa-alueista.

Postikyselyssä lomake lähetetään vastaajalle ja sen täytettyään vastaaja palauttaa lomakkeen takaisin tutkijalle. Lomakkeen mukana on oltava vastauskuori, jonka postimaksu on maksettu. Tällä menetelmällä on mahdollisuus saada nopeasti ja vaivattomasti aineistoa kokoon. Informoidussa kyselyssä tutkija jakaa kyselylomakkeet henkilökohtaisesti suunnittelemaalleen kohdejoukolle. Lomakkeita jakaessaan tutkijalla on mahdollisuus kertoa tutkimuksen tarkoituksesta, selostaa kyselyä ja vastata kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 191).

Kotiutusvaiheessa vastaajat saivat kyselylomakkeen, jonka mukana oli saatekirje. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tärkeys sekä ohjeet kyselylomakkeen täyttämistä. Tutkimukseen osallistuvat potilaat täyttivät kyselylomakkeen muutaman päivän kuluttua kotiutumisestaan. Potilaita ohjeistettiin täyttämään kysely valitsemalla vaihtoehdon, joka parhaiten vastaa hänen mielipidettään. Potilaan oli arvioitava hoitajalta saamaansa ohjausta, ohjaustilannetta ja tiedonsaannin riittävyttä. Kyselylomake pyydettiin lähettämään postimerkillä varustetulla kirjekuorella osasto 23:lle viimeistään 30.3.2010. Kyselyä jatkettiin tämän jälkeen vielä 18.4.2010 asti vastausten vähyyden vuoksi. Kyselyiden vastaamisajankohtaan ajoittui muutama viikko jolloin leikkauksia tehtiin vähemmän ja tämä vaikutti suoraan myös vastausprosenttiin. Toisessa vaiheessa kysely täytettiin ensimmäisestä vaiheesta poiketen osastolla ja palautettiin suoraan hoitajille.

5.3 Aineiston analysointi

Likertin asteikolla mitattuja vastauksia esitetään Microsoft Office Excel -taulukkolaskentaohjelmalla ja avoimet kysymykset kirjoitettiin auki käyttäen suoria lainauksia. Frekvenssien avulla havainnollistettiin eri havaintojen jakautumista kysymysten kohdalla. Likertin aineiston kuvailu toteutettiin muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumien avulla. Tässä tutkimuksessa ei käytetty muita tilastollisia menetelmiä pienen otoskoon vuoksi.

Frekvenssi ja prosenttijakaumien etuna on, että niitä voidaan hyödyntää mittaustasosta riippumatta. Muuttujan ollessa jatkuva on tulkinnallisesti helpompi siirtyä luokitteluun. Luokittelussa alkuperäiset mittaukset järjestetään luokittelutasolle mikä tiivistää tarkastelun ja tekee siitä ymmärrettävämmän. (Vehkalahti 2008, 53.) Prosenttien laskeminen on taulukoinnissa perustoimenpide. Prosentteja laskiessa on huomioitava kirjainten n ja N merkitys. Pientä n-kirjainta käytetään, kun käsitellään osa-aineistoa ja N-kirjainta koko aineistosta. (Metsämuuronen 2007, 337.) Tunnuslukuja tiivistäessä on kuitenkin hyvä muistaa, että tärkeä informaatio ei katoa. Yksi luku ei välttämättä kuvaa oleellista kokonaisuutta. Kuva sen sijaan voi kuvata kokonaisuutta paremmin. (Vehkalahti 2008, 54, 60.)

Ristiintaulukoinnin etuja on se, että voidaan havaita kahden muuttujan välisiä yhteyksiä. Yhteyksien huomaaminen ei ole aina helppoa, mutta ristiintaulukointi helpottaa löytämään mielenkiintoiset yhteydet eri muuttujien välillä. (Metsämuuronen 2007, 346). Tässä tutkimuksessa keskeiset asiat ristiintaulukoinnissa ilmaistaan tiiviinä lyhennelmänä kirjallisesti. Ristiintaulukoinnilla selvennämme taustatietojen vaikutusta ohjauksen eri osa-alueisiin, esimerkiksi selvitämme, miten sukupuoli, ikä, asuminen, koulutus, ammatti, työtilanne, tehty leikkaus ja aikaisemmat leikkaukset ovat yhteydessä ohjauksen muutamaaan tärkeämpään osa-alueeseen, ohjauksen ymmärtämiseen, tiedonsaantiin ja kotona selviytymiseen.

Taustatietojen vaikutusta verrataan siihen, onko taustatekijöillä merkitystä sille, miten potilas kokee ohjauksen ja tiedonsaannin. Ikäryhmät jaettiin niin, että ensimmäisessä ryhmässä olivat alle 59-vuotiaat, toisessa ryhmässä 60–69-vuotiaat ja kolmannessa ryhmässä 70–80-vuotiaat. Ensimmäisen ikäryhmän ikäjakauma oli suurin, koska alle 60-vuotiaita oli vähiten ja näin myös tunnistettavuus olisi ollut helpompaa. Ammatillista koulutusta verrattiin ohjauksen tarpeeseen ja tiedonsaantiin. Tiedonsaannin riittävyys sairaalassa osion kysymyksen tarkoituksena oli selvittää mistä lähteistä vastaajat saavat parhaiten tietoa. Vastaajien oli tarkoituksena arvioida saamaansa ohjausta sairaalassa ja sen merkitystä kotona selviytymiseen leikkauksen jälkeen. Tiedonsaannin osiossa vastaajat arvioivat miten riittävästi tietoa he saivat eri tiedonsaannin osa-alueista.

Avointen kysymysten vastaukset käsiteltiin sisällön analyysillä. Avoimilla kysymyksillä oli tarkoitus antaa vastaajalle mahdollisuus oman mielipiteen esittämiseen. Tutkimuskysymykset muodostettiin aikaisempien tutkimusten perusteella. Kyselylomake esiteltiin kahdella potilaalla, jotka ovat olleet aikaisemmin hoidettavana kyseisellä osastolla. Esitestaukseen vastanneet eivät olleet mukana tutkimuksen otannassa. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeen *Ohjaus sairaalassa* osion ja *Tiedonsaanti* osion kahden kysymyksen muotoa ja järjestystä muutettiin.

Sisällön analyysin avulla aineisto on tarkoitus järjestää selkeään muotoon kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota. Analysoinnin avulla hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä tietoa. Sisällön analyysissä avointen kysymysten alkuperäisilmaisut pelkistetään. Aineistosta kysytään tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä. Tutkimuksen kiinnostuksen kohteet tunnistetaan ja pelkistetään nämä yhteisiksi ilmaisuiksi. Pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään yhtäläisiksi ilmaisujen joukoiksi, niin että samaa tarkoittavat asiat ovat yhdessä kategoriassa ja niille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Analyysin tekeminen jatkuu tekemällä uusia ala- ja yläkategorioita. Yhdistämällä lopuksi ylä-, ala- ja yhdistävät kategoriat keskenään vastataan tutkimus-ongelmaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 108.)

5.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuksen toteuttaminen tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen kysymysten asettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsitteleminen, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää. (Vilka 2007, 90.)

Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupaa MKS eettiseltä lautakunnalta. Tutkimuslupaa haettiin ajalle 1.3–30.3.2010. Vastausten vähyyden vuoksi tutkimuslupaa haettiin lisää aikaa 18.4.2010 asti puhelimitse hallintoylijohtaja Matti Suistomaalta. Tutkimusta tehdessämme olemme perehtyneet tieteelliselle tutkimukselle vaadittaviin eettisiin näkökohtiin. ETENE eli Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta edellyttää, että eettisten näkökohtien mukaan tutkimuksen tarve on perusteltava ja tutkimuksella on saatava vastaus tutkimusongelmaan. Tutkimuksen hyötyjä ja haittoja on osattava punnita yksilön kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001).

Ihmisen yksilöllisyys korostuu tutkimuksessa tavalla tai toisella. Ihmisen yksityisyyden suojelemista, tutkimusaineiston käsittelyä ja säilyttämisen oikeudellisia perusteita säätelee Tietolainsäädäntö. Henkilötietolain (523/1999) tarkoituksena on turvata henkilötietojen asianmukainen kerääminen, käyttö, säilyttäminen ja luovuttaminen ihmisen yksityisyyden suoja loukkaamatta. (Mäkisen 2006, Kuulan 2006, 64–65, 75–79 mukaan.) Tutkimukseen osallistuvalla on oltava mahdollisuus säilyttää anonymiteetti. Luottamuksellisuus on tutkijan moraalinen velvollisuus ja siitä on myös säädetty laissa. (Mäkinen, 2006, 114, 116.)

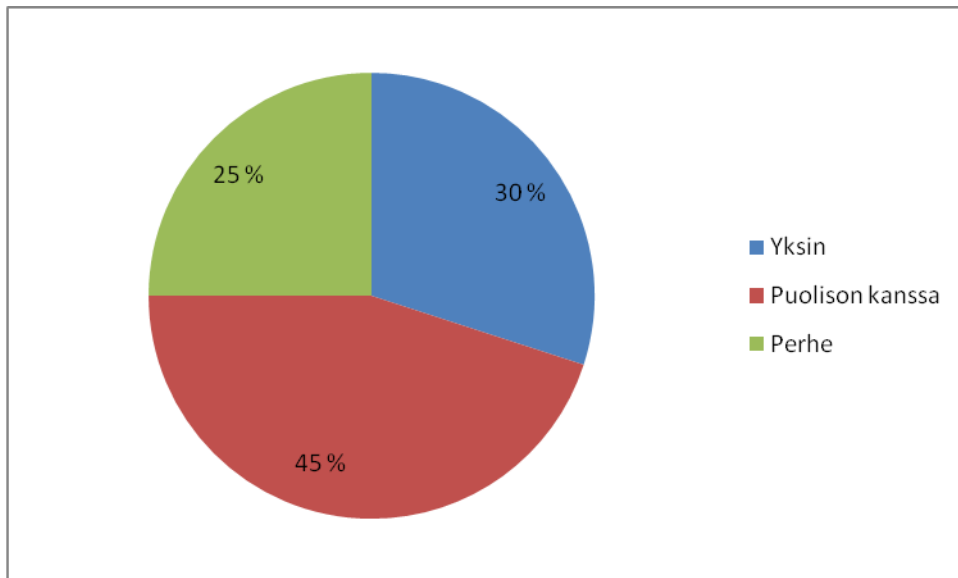
Kyselyn mukana potilaat saivat saatekirjeen, missä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksen vapaaehtoisuus, miten ja milloin aineiston kerätään sekä ketkä vastaavat tämän tutkimuksen suorittamisesta. Tutkittavilta ei erikseen kysytty suostumusta tutkimukseen osallistumisesta vaan vastaaminen tulkittiin suostumiseksi osallistua tutkimukseen. Tutkimuksessa ei koodattu kyselylomakkeita, jonka vuoksi vastaajien anonymiteetti säilyi. Kyselyyn osallistujilla oli mahdollisuus olla vastaamatta kyselyyn, tämä on osa hyvää tutkimusetiikkaa. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös avoimuus tulosten julkaisemisessa (Vilka 2007, 91). Tämän tutkimuksen tulokset esitetään ortopedian vuodeosaston henkilökunnalle kesäkuussa 2010.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot

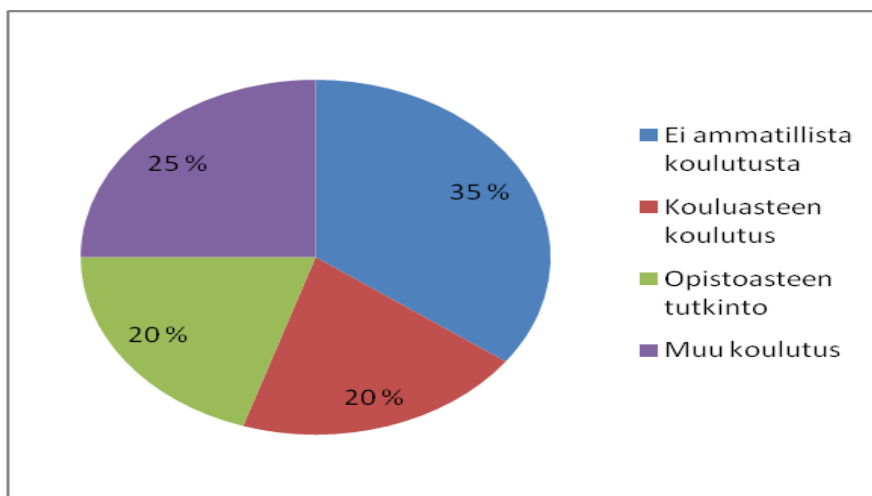
Kyselyyn osallistui 20 henkilöä, joista naisia oli 55 % (n=11) ja 45 % miehiä (n=9). Vastaajien keski-ikä oli 52 vuotta. Ikäjakauma oli 24–80 välillä. Tutkittavat jaoimme kolmeen eri ikäryhmään. Jokaiseen ryhmään kuului enemmän kuin kaksi henkilöä ettei tutkimukseen osallistuvaa henkilöä voitu tunnistaa.

Vastanneista asui yksin 30 %, puolison tai läheisen kanssa 45 % ja 25 % perheen kanssa. Tämän kysymyksen tarkoituksena oli vertailla miten asuminen vaikuttaa kotona selviytymiseen leikkauksen jälkeen. (Kuvio 1.)



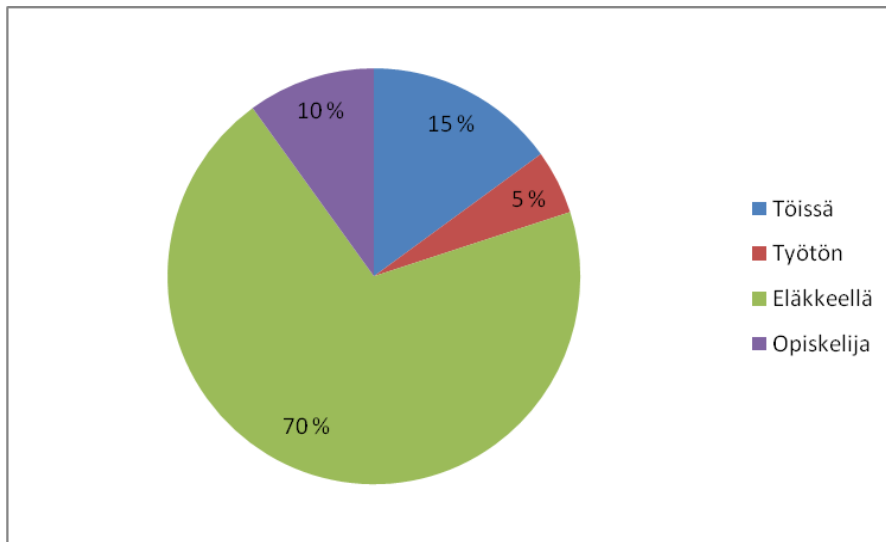
KUVIO 1. Tutkimukseen osallistuvien asuminen (n= 20)

Kouluasteen ja opistoasteen tutkinto oli 20 % vastaajalla, ammatillista koulutusta ei ollut 35 % vastanneista. Vastaajilla olevat muut tutkinnot olivat karjatalous, kansakoulu, kosmetologi ja sähköasentaja. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Tutkimukseen osallistuneiden koulutus

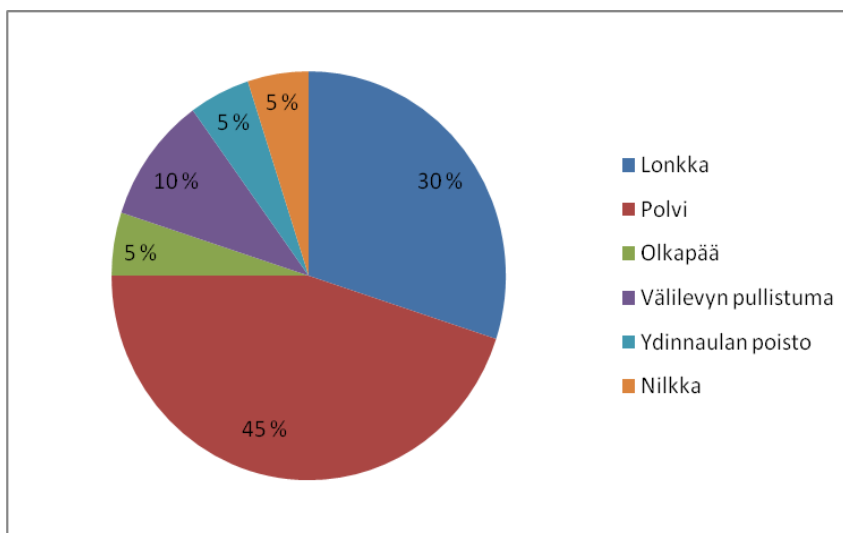
Tutkimukseen osallistuvien korkea keski-ikä heijastui suoraan työtilanteeseen. Eläkkeellä vastaajista oli 70 %. Työelämässä 15 % vastaajista. Työttömänä 5 % vastaajista. Opiskelijoita vastaajista oli 10 %. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Tutkimukseen osallistuvien työtilanne

Tutkimukseen osallistuneille (n=20) vastaajille oli tehty eniten polven tekonivelleikkauksia 45 %, lonkan tekonivelleikkauksia oli tehty 30 % vastaajista, välilevyn pullistuman vapautus leikkaus oli tehty 10 % vastaajista. Olkapää- ja nilkka leikkauksia sekä ydinnaulan poisto oli tehty 5 % vastaajista.

Koska kaikilla vastaajista oli aikaisempaa kokemusta leikkauksista niin, ei voitu tehdä vertailua näiden tekijöiden vaikutuksesta ohjaukseen ja tiedonsaantiin.



KUVIO 4. Tutkimukseen osallistuneiden leikkausten jakautuminen (n=20)

6.2 Potilaan ohjaus sairaalassa

Vastaajat olivat tyytyväisimpiä siihen, että heillä oli mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavista asioista (85 %), he saivat esittämiinsä kysymyksiin vastauksen (79 %) ja kaikki kotihoitoon liittyvä ohjaus oli ymmärrettävää (75 %). Eniten ohjauksessa kehitettävää vastaajat kokivat olevan omaisen mukaan ottamisessa ohjaustapahtumaan (18 %), hoitajan ajankäytöstä ohjaukseen (5 %) ja ohjaustilanteen rauhallisuuden luomisesta (5 %). Kehittävää palautetta antoi vain kolme vastaajaa. Ohjauksessa puutteita kokivat eniten alle 59-vuotiaat. Yksin asuvat, naiset ja työelämässä olevat kokivat eniten puutteita siinä, että heillä ei ollut omasta mielestään mahdollisuutta ottaa läheistä mukaan ohjaustapahtumaan. Miesten keskuudessa vastaukset vaihtelivat. Puolison, läheisen tai perheen kanssa asuvat olivat eniten sitä mieltä, että hoitajalla ei ollut riittävästi aikaa ohjata heitä. Ilman koulutusta olevat sekä eläkeläiset kokivat negatiivisena asiana, että ohjaustilanne ei ollut rauhallinen. Ammatillisen koulutuksen omaavat vastaajat kokivat eniten puutteita siinä, että heidän esittämiään mielipiteitä ei arvostettu eikä otettu riittävästi huomioon hoitoa suunniteltaessa. (Taulukko 1)

Melkein kaikkien vastaajien mielestä ohjaus koettiin pääsääntöisesti riittäväksi ja ajankohta sopivaksi mielessä pysymisen kannalta. Kotihoidon ohjaus oli enemmistön mielestä ymmärrettävää. Vastaajilla oli mahdollisuus mieltä askarruttavien kysymysten esittämiseen ja kysymyksiin sai myös vastauksen melko hyvin. Ohjaustilanne koettiin sekä rauhalliseksi, että rauhattomaksi ja hoitajilla oli melko riittävästi aikaa ohjata. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että heidän mielipiteitään arvostettiin ja otettiin hoitoa suunniteltaessa huomioon melko hyvin. Läheisen mukaan ottaminen ohjaustapahtumaan koettiin melko puutteelliseksi. Psykkistä ja henkistä tukea vastaajat saivat myös melko hyvin. Selvä enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että liikkumista rajoittava ohjaus oli riittävä. Ohjaajan ohjaustaidot olivat vastaajien mielestä riittävät ja hoitajat olivat aidosti kiinnostuneita potilaan asioista melko monen vastaajan mielestä. Ohjausta tukeva materiaali oli riittävä ja ohjausta antavien hoitajien välinen yhteistyö sujuvaa melkein kaikkien vastaajien mielestä. Kotihoidon ohjausta oli mahdollisuus saada riittävästi ja melko riittävästi vastaajista enemmistön mielestä. (Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Ohjaus sairaalassa

Ohjauksen osa-alue (N=20)	Kokemusten perusteella saatu mielipide			
	Täysin samaa mieltä	Melko eri mieltä	Melko eri mieltä	Täysin samaa mieltä
1) Ohjaus oli mielestäni riittävää (n=20)	70 %	25 %	0 %	5 %
2) Ohjauksen ajankohta oli sopiva, asioiden mielessä pysymisen kannalta (n=20)	60 %	30 %	10 %	0 %
3) Ymmärsin kaiken kotihoitooni liittyvän ohjauksen (n=20)	75 %	20 %	5 %	0 %
4) Minulla oli mahdollisuus kysyä mieltäni askaruttavista asioista (n=20)	85 %	10 %	0 %	5 %
5) Sain esittämiini kysymyksiin vastauksen (n=19)	79 %	16 %	0 %	5 %
6) Ohjaustilanne oli rauhallinen (n=20)	70 %	15 %	10 %	5 %
7) Esittämiäni mielipiteitä arvostettiin ja otettiin hoitoa suunniteltaessa huomioon (n=20)	55 %	30 %	15 %	0 %
8) Hoitajilla oli riittävästi aikaa ohjata minua (n=19)	58 %	26 %	11 %	5 %
9) Tarvittaessa minulla oli mahdollisuus ottaa läheinen mukaan ohjaustapahtumaan (n=17)	47 %	23 %	12 %	18 %
10) Sain hoitajilta psyykkistä/henkistä tukea (n=17)	53 %	35 %	12 %	0 %
11) Mahdolliset liikkumista rajoittava ohjaus oli selkeää (n=19)	68 %	21 %	11 %	0 %
12) Mielestäni ohjaaja osasi ohjata hyvin (n=19)	68 %	26 %	5 %	0 %
13) Hoitaja oli aidosti kiinnostunut asioistani (n=19)	68 %	21 %	5 %	5 %
14) Mielestäni ohjaajalla oli tarpeeksi ohjausta tukevaa materiaalia (n=19)	63 %	32 %	0 %	5 %
15) Ohjausta antavien hoitajien yhteistyö oli sujuvaa (n=19)	68 %	27 %	5 %	0 %
16) Sain kotihoidon ohjausta useammin kuin kerän tämän hoitojakson aikana (n=19)	68 %	21 %	11 %	0 %

Ohjaustilanteessa huomioon otettavia asioita haluttiin kartoittaa avoimella kysymyksellä. Selvitimme vastaajien omia mielipiteitä siitä, mitä pitää ottaa huomioon hoitajan antaessa ohjausta sairaalassa.

Vastaajista muutama oli erittäin tyytyväinen ohjaukseensa seuraavin lausein:

”Sain hyvää hoitoa ja ohjausta, ei ole mitään moittimista, olisin ollut kanssanne kauemminkin.

”Ohjaus oli hyvä.”

”Hoitajat hoiti mielestäni asiat ammattitaidolla.”

”Fysioterapeutti mahtava, antoi paljon ohjeita miten toimia ja monta kertaa hoidon aikana.”

Ohjaustilanteessa olisi pitänyt ottaa vastaajan mielestä huomioon seuraavat seikat

”Runsaasti potilaita, vaihtuvuus suuri ja ikärakenne vanhaa.”

”Hoitajilta enemmän tietoa lääkkeistä eli mihin vaikuttavat.”

”Jo vuosien varrella jäykistynyt nivel ei taivu normaalisti hetkessä.”

”Tiedustella potilaalta, onko ymmärretty ja selittää yksinkertaisen min-kin ns.”päivän selvät asiat, ” maalliko ei välttämättä tiedä.”

”Selvittää tarkemmin leikkauksen jälkeinen ohjelma 1k, 2 kk päästä, missä mennään ja mitä tukihoidoja/jumpparyhmiä on.”

”Enemmän aikaa ehdottomasti.”

”Rauhallisempi tilanne.”

6.3 Tiedonsaannin riittävyys sairaalassa leikkauksen jälkeen

Riittävästi lääkäriltä tietoa koki saavansa 33 % vastaajista. Melko paljon tietoa lääkäriltä vastaajista sai 39 %. Vähän tietoa lääkäriltä koki saavansa 26 % vastaajista. Eniten tyytyväisiä lääkäriltä saamaansa tiedonmäärään olivat 60–77 vuotiaat polvileikatut naiset ja ei koulutusta olevat. Vähiten tietoa koki saavansa kaikenikäiset työttömät miehet, joilla oli kouluasteen tutkinto ja heille oli tehty lonkkaleikkaus. (Kuvio 5.)

Hoitajalta riittävästi tietoa koki saavansa 55 % vastaajista. Melko tyytyväisiä vastaajista oli 37 %. Vastaajista suurin osa oli eläkkeellä olevia. (Kuvio 5.)

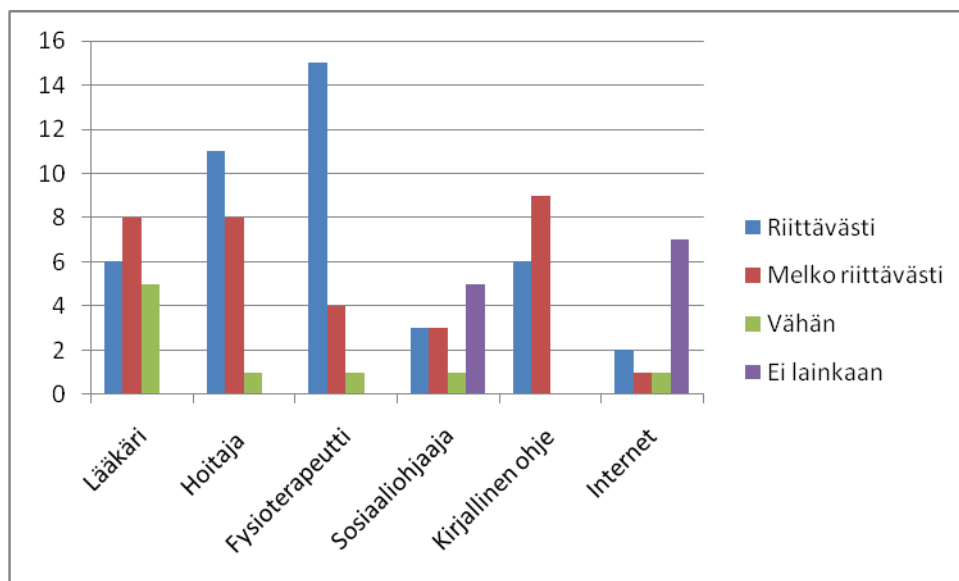
Fysioterapeuteilta saatuun tiedon määrään ja riittävyyteen oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Riittävästi tietoa fysioterapeuteilta koki saavansa 75 % vastaajista.

Melko paljon tietoa koki saavansa 20 % vastaajista. Vähän tietoa fysioterapeuteilta sai vain yksi vastaaja. Eniten tyytyväisiä fysioterapeuteilta saamaansa tiedon riittävyyteen olivat kouluasteen omaavat naiset, joille oli tehty polvileikkaus. Eläkkeellä heistä oli suurin osa. (Kuvio 5.)

Sosiaalihoitajan antaman tiedon koki riittäväksi vain 21 % vastaajista, melko riittäväksi 21 % vastaajista, vähän tietoa koki saavansa 7 % vastaajista ja ei lainkaan tietoa koki saavansa 36 % vastaajista. Kysymykseen jätti vastaamatta 40 %. Vähän tai ei lainkaan tietoa sosiaalihoitajilta kokivat saavansa kouluasteen omaavat työssä olevat naiset.(Kuvio 5.)

Kirjallista tietoa riittävästi koki saavansa 40 % vastaajista. Melko paljon tietoa koki saavansa 64 % vastaajista. Tyytyväisimpiä kirjallisiin ohjeisiin olivat eläkkeellä olevat naiset, joille oli tehty lonkkaleikkaus. (Kuvio 5.)

Internetistä tietoa riittävästi koki saavansa 18 % vastaajista. Melko riittävästi tietoa sai 9 % vastaajista. Internetistä ei lainkaan tietoa koki saavansa 82 % vastaajista. Vastaajista sekä töissä että eläkkeellä olevat naiset eivät kokeneet saavansa lainkaan tietoa Internetistä. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Tiedonsaanti eri lähteistä

6.4 Ohjauksen merkitys kotona selviytymiseen

Tyytyväisimpiä vastaajat olivat siihen, että ohjauksen avulla mahdollisia rajoitteita oli helpompi noudattaa (84 %), ohjaus selkeytti leikkauksen jälkeiset jatko-suunnitelmat (80 %), kirjalliset kotihoidon ohjeet olivat selkeät (75 %). Kehitettävää ohjauksen osalla alueissa, vastaajien mielestä oli ohjauksen havainnollistamisessa (16 %), leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa (5 %), leikkauksen jälkeisten ongelmien seuraamisessa (5 %) ja toipumisen ja selviytymisen tukemisessa (5 %) (Taulukko 2.)

Vastaajien mielestä kirjalliset kotihoidon ohjeet olivat selkeät tai melko selkeät. Ohjausta havainnollistettiin käytännön esimerkein melko hyvin, mutta muutama vastaaja olisi kaivannut lisää käytännön neuvoja. Leikkauksen jälkeinen kipujen ja leikkaushaavan hoito onnistui hyvin tai melko hyvin melkein kaikkien vastaajien mielestä. Ohjaus auttoi hyvin rajoitteiden noudattamisessa ja selkeytti vastaajista suurimman osan jatkosuunnitelmat. Tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä vastaajat olivat myös ohjauksen vaikutuksesta mahdollisten leikkauksen jälkeisten ongelmien seuraamiseen sekä toipumisen tukemiseen ja selviytymiseen kotona. (Taulukko 2)

Taulukko 2. Ohjauksen vaikutus kotona selviytymiseen

Ohjauksen osa-alue (N=20)	Ohjattavan arviointi			
	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
1) Saamani kirjalliset kotihoidon ohjeet olivat selkeät (n=20)	75 %	25 %	0 %	0 %
2) Ohjausta havainnollistettiin käytännön esimerkein (n=19)	68 %	16 %	16 %	0 %
3) Saamani ohjaus auttoi minua selviytymään leikkauksen jälkeisessä kipujen hoidossa (n=19)	74 %	21 %	5 %	0 %
4) Ohjauksen avulla osasin hoitaa leikkaushaavaani (n=19)	68 %	32 %	0 %	0 %
5) Ohjauksen avulla olen osannut noudattaa mahdollisia rajoitteita (n=19)	84 %	16 %	0 %	0 %
6) Ohjaus selkeytti leikkauksen jälkeiset jatkohoitosuunnitelmat (n=20)	80 %	20 %	0 %	0 %
7) Ohjaus auttoi minua seuraamaan ja ratkaisemaan mahdollisia leikkauksen jälkeisiä ongelmia (haavavuoto, kuume) (n=18)	72 %	23 %	5 %	0 %
8) Ohjaus tuki toipumistani ja selviytymistäni kotona (n=18)	72 %	23 %	5 %	0 %

6.5 Tiedonsaanti

Eniten vastaajat saivat tietoa liikkumisesta ja siihen liittyvistä rajoituksista (72 %), apuvälineistä (67 %), lääkehoidosta kotona (44 %) ja toipumisesta leikkauksen jälkeen (42 %). Vastaajien mielestä he eivät saaneet ollenkaan tietoa sosiaalisista tukimuodoista (21 %), kotiavun saatavuudesta (12 %), ongelmista jotka tulevat mahdollisesti leikkauksen jälkeen (11 %), lääkehoidosta kotona (6 %) ja leikkaushaavan/ leikkausalueen hoidossa (5 %). Liian vähän tietoa vastaajat saivat tehdystä leikkauksesta (47 %). Yli 60-vuotiaat kokivat saaneensa huonoinen tietoa. (Taulukko 3.)

Vastaajat saivat mielestään liian vähän tietoa tehdystä leikkauksesta, sosiaalisista tukimuodoista ja ongelmista, jotka tulevat mahdollisesti leikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa oli kehittämistä erityisesti lääkkeettömissä kivunhoidon menetelmissä. Leikkaushaavan hoitoon vastaajat saivat melko paljon tietoa. Apuvälineistä, liikkumisesta ja siihen liittyvistä rajoituksista vastaajat saivat hyvin tietoa. Vastaajat saivat tietoa melko hyvin tekijöistä, jotka vaikuttavat normaaliin toipumiseen leikkauksen jälkeen. Tieto kotiavun saatavuudesta oli vastaajien mielestä puutteellista. Toimintaohjeita mahdollisia ongelmatilanteita varten kaivattiin vastaajien mielestä enemmän.

TAULUKKO 3. Tiedonsaanti.

Tiedonsaannin osa-alue (N=20)	Tiedonsaannin määrä			
	Paljon	Melko paljon	Vähän	Ei lainkaan
1) Tehdystä leikkauksesta (n=19)	21 %	32 %	47 %	0 %
2) Leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta (n=19)	32 %	47 %	21 %	0 %
3) Lääkehoidosta kotona (n=18)	44 %	39 %	11 %	6 %
4) Lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä (n=18)	28 %	55 %	17 %	0 %
5) Leikkaushaavan/leikkausalueen hoidossa (n=18)	39 %	56 %	0 %	5 %
6) Liikkumisesta ja siihen liittyvistä rajoituksista (n=18)	72 %	28 %	0 %	0 %
7) Apuvälineistä (n=18)	67 %	33 %	0 %	0 %
8) Toipumisesta leikkauksen jälkeen (n=19)	42 %	53 %	5 %	0 %
9) Kotiavun saatavuudesta (n=17)	29 %	29 %	29 %	12 %
10) Sosiaalisista tukimuodoista (n=14)	0 %	29 %	50 %	21 %
11) Ongelmista, jotka tulevat mahdollisesti leikkauksen jälkeen (n=19)	26 %	21 %	42 %	11 %
12) Toimintaohjeista mahdollisia ongelmatilanteita varten (n=17)	24 %	41 %	35 %	0 %

Avoimella kysymyksellä selvitettiin vastaajan omaa mielipidettä siitä, mikä olisi paras ajankohta tiedonantamiselle. Mielipiteet vaihtelivat eri ihmisten kesken.

Avoimista vastauksista ilmeni, että kaksi vastaajaa halusi saada tietoa heti hoitoon tullessa. Kahden vastaajan mielestä tietoa olisi hyvä saada ennen leikkausta ja toisen mielestä myös leikkauksen jälkeen. Yksi vastaaja halusi saada tietoa päivää ennen kotiutumista. Kahden vastaajan tietoa olisi hyvä saada ennen kotiin lähtöä. Vasta kotona tietoa koki tarvitsevana kaksi vastaajaa. (Liite 5)

Avoimella kysymyksellä selvitettiin mitä muuta tietoa vastaajat jäivät vielä kaipaamaan selviytyäkseen kotona. Vastaajat halusivat saada lääkäriltä enemmän tietoa itse toimenpiteestä. Ennen leikkausta vastaajat halusivat saada tietoa myös pahoinvoinnin ehkäisemisestä. Epätietoisuutta vastaajilla oli siitä, miten kauan kipu jatkuu leikkauksen jälkeen, miten kipua voi lääkittää ja siitä, miten paranemisen pitäisi edetä. Myös jatkokuntoutuksesta olisi kaivattu enemmän tietoa. (Liite 5)

Viimeisessä avoimessa kysymyksessä vastaajat saivat kertoa mielipiteensä siitä, mitä halusivat vielä sanoa ohjauksen onnistumisesta osastolla.

Kehittämistä ohjaukseen vastaajat kaipasivat siihen, että hoitajilla pitäisi olla enemmän aikaa leikatuille potilaille. Hoitajat vaihtuvat myös liian usein ja heidän työ vaikuttaa yhden vastaajan mielestä liian ”liukuhihnamaista”. Yhden potilaan mielestä ”*Haastavat potilaat*” vievät hoitajien aikaa pois muusta hoitotyöstä ja yhden vastaajan mielestä se osittain vaikuttaa hoitajan työntekemiseen ja kiireeseen. (Liite 5)

Myönteistä palautetta vastaajat antoivat siitä, että saivat tarpeeksi tietoa, hoitohenkilökunta oli ystävällistä, ruoka oli hyvää, kivunlievitys oli onnistunut, kohtelu oli hyvää, henkilökunta oli sosiaalista, miellyttävää, asiallista ja teki parhaansa potilaan hoidossa. (Liite 5)

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja selvittää potilaille annettavan koti-hoidon ohjauksen sisältöä ja tiedonsaannin riittävyyttä. Opinnäytetyömme taustalla oli Magneettisairaala tutkimuksen tekemän kyselyn tulokset Mikkelin keskussairaalan osasto ortopedian ja traumatologian vuodeosastolla vuonna 2008. Tutkimustulokset eivät ole vertailukelpoisia, koska Magneettisairaala-hankkeen tutkimuskyselyyn vastanneet potilaat olivat sekä elektiivisesti, että päivystyksellisesti leikattuja potilaita. Tässä tutkimuksessa vastaajat rajattiin ortopedisiin elektiivisesti leikattuihin potilaisiin. Myös tutkimusmittarit olivat näissä kahdessa tutkimuksessa erilaiset.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tavoitteena on saada mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkimusaineistosta. Tutkimuksen mittaustulosten luotettavuuteen ja laatuun vaikuttavat sisällölliset, tilastolliset, kulttuuriset, kielelliset ja tekniset seikat. Validiteetti kuvaa, mitataanko sitä mitä piti ja reliabiliteetti kuvaa, miten tarkasti mitataan. (Vehkalahti 2008, 40–41.) Tutkimuksen luotettavuutta voi arvioida monilla eri mittaus ja tutkimustavoilla. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tulokset ovat luotettavia, jos sama tutkimus toistettuna samassa mittaustilanteessa uudestaan tuottaa samat vastaukset. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Validiteetti tarkoittaa mittarin pätevyyttä ja siihen liitettävissä olevien selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. Oikean mittarin valinta on tärkeää, koska kyselylomakkeen tulee mitata oikeaa asiaa ja vastaajan on ymmärrettävä kysymykset oikein. (Mäkinen 2006, 87.)

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta parannettiin siten, että tutkimuksen alussa kyselylomake esitettiin kahdella potilaalla, selvittäen miten ymmärrettäviä kysymykset olivat ja ymmärrettiinkö ne oikein. Ohjaus sairaalassa ja tiedonsaannin osuuden kahden kysymysten muotoa ja järjestystä muutettiin. Jokaisen kysymyksen alussa oli selkeät vastausohjeet. Vastaamisen helpottamiseksi kysymykset olivat selkeitä ja suurim- paan osaan vastauksista oli valmiit vastausvaihtoehdot, näin myös vastaaminen oli

nopeampaa. Tutkimuslomakkeet olivat hyvin täytettyjä, vain muutamassa lomakkeessa oli yksittäisiä kysymykseen vastaamattomia kohtia.

Tutkimusaineiston pienuuteen (n=20) vaikutti osaltaan se, että tutkimusyksikössä oli kyselyn aukiolohetkellä sulkuviikot. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen jouduimme anomaan lisää kyselyn aukioloaikaa. Alkuvaiheessa vastaajat postittivat vastaukset oltuaan kotona muutaman päivän. Anotulla jatkoajalla vastaajat palauttivat lomakkeen kotiin lähtiessään osastolle, jonka takia vastaajat eivät voineet arvioida luotettavasti ohjauksen vaikutusta kotona selviytymiseen leikkauksen jälkeen. Vastusten luotettavuutta heikentää myös vastaajalle juuri tehty leikkaus.

Tekemämme potilasvalintakriteerit rajasivat myös runsaasti potilaita tutkimuksen ulkopuolelle. Hoitajille annettu ohjeistus kyselykaavakkeiden jaosta ja potilaan ohjeistamisesta jäi epätarkaksi hoitajien vaihtuvuuden vuoksi. Kaikki elektiivisesti kotiutuneet potilaat eivät saaneet tutkimuskyselyä ja ohjeistusta sen täyttämiseen. Anonymiteetin säilyttämiseksi potilaita ei voitu muistuttaa kyselyn täyttamisestä puhelimitse.

Kun tutkimustulokset vastaavat tutkimukselle asetettuihin päämääriin ja tutkimuskohteen kanssa voidaan tuloksia pitää yleistettävänä. Tutkijan on osattava siirtää tulokset siihen kokonaisuuteen, josta on lähtenyt liikkeelle. Tämä tarkoittaa sitä, että otetaan kantaa aikaisempiin tutkimuksiin, vertaillaan toisten tutkimusten kanssa, otetaan kantaa normatiivisiin ohjeisiin tai kirjoittamattomiin sääntöihin tai tieteelliseen keskusteluun. (Vilka 2005, 157–158.) Pohdinnassamme vertaamme saatuja tuloksia myös muihin aikaisempiin tutkimuksiin. Vertailussa on kiinnitetty huomio tutkimustulosten samankaltaisuuteen.

Osa vastaajista jätti vastaamatta kyselylomakkeessa muutamaa eri kysymykseen. Vastaamatta jättämiseen vaikutti luultavasti se, ettei vastaaja kokenut asiaa itselleen tarpeelliseksi tai ei ymmärtänyt kysymystä.

7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Vastaajat kokivat ohjauksessa olleen puutteita vähän ja tiedonsaannissa enemmän. Mikäli otoskoko olisi ollut suurempi, kehitettävän vastausten vertailun avulla olisi saanut totuudenmukaisempaa tietoa. Myös pitemmällä vastausajalla olisi voinut olla vaikutusta saatujen vastausten määrään.

Tutkimuksessamme vastanneet kokivat ohjauksen vaikuttaneen kotona selviytymistä tukevana. Potilaiden tiedonsaannin riittävyyden vastaajat kokivat puutteelliseksi samoissa kohdissa kun he kokivat ohjauksen riittäväksi. Nämä seikat ovat ristiriidassa keskenään. Tästä voisimme päätellä, että ohjaus on vaikuttanut kotona selviytymiseen leikkauksen jälkeen esitettyihin kysymyksiin. Mietittäväksi jäi, miten vastaajat ovat ymmärtäneet kohdan selviytyminen leikkauksen jälkeen ohjauksen avulla. Kyselylomakkeen täyttöohjeeseen olisi ehkä pitänyt selvittää ohjaus -käsitettä vastaajille.

Aineistomme perusteella suurin osa oli yli 60-vuotiaita. Vastaajista suurin osa oli eläkkeellä ja heillä oli aikaisempaa kokemusta leikkauksessa olemisesta. Aikaisemman tutkimuksen mukaan iäkkäät arvioivat ohjauksen riittävämmäksi, kuin nuoret. (Kääriäinen ym. 2005a 11.) Rintalan tutkimuksessa (2007, 74) on todettu kouluttamattomien ja eläkeläisten olevan tyytyväisiä ohjaukseen. Mielestämme iäkkäillä on enemmän elämäkokemusta, he ovat tyytyväisempiä hoitoon ja tyytyvät vähempään. Nuoremmilla on vähemmän kokemusta ja vaatimustaso on yleensä korkeammalla. Nuoret tiittävät paljon hoitoon liittyvistä asioista ja osaavat vaatia perusteellisempaa ohjausta.

Heinon (2005) tutkimuksen mukaan potilaat, joilla oli aikaisempia kokemuksia toimenpiteestä, heistä lähes puolet sai paljon suullista ohjausta, neljäsosa keskusteli paljon kotihoito-ohjeista ja leikatun alueen hoidosta. Ensimmäistä kertaa toimenpiteessä olleet potilaat saivat vähemmän ohjausta sairaalassaoloaikana.(Heino 2005, 76). Tässä tutkimuksessa leikattujen ja leikkaamattomien potilaiden välistä vertailua ohjauksen ja tiedonsaannin riittävyyden välillä ei voitu tehdä, koska kaikki tutkimuksemme potilaat olivat olleet leikkauksessa aikaisemmin.

Tutkimustuloksissa ilmeni tyytyväisyydessä ohjaukseen ja tiedonsaantiin sukupuolen mukaan pieniä eroavaisuuksia. Naiset halusivat ohjaukseen omaisen mukaan ottamista enemmän kuin miehet. Aikaisemmissa tutkimuksissa on ristiriitaisia tuloksia, naisten on todettu olevan sekä tyytyväisempiä että tyytymättömämpiä saamaansa ohjaukseen ja tiedon tarpeeseen, kuin miesten, todetaan Alaloukusa-Lahtisen (2008, 5.) tutkimuksessa. Naisilla on todettu olevan enemmän oppimistarpeita ortopedisen leikkaukseen ja sen jälkeiseen toipumiseen liittyen, kuin miehillä Johanssonin tutkimuksessa (2002 a, 635.) Tämä voisi johtua siitä, että naisilla on tarve tehdä kotitöitä toipumisaikana.

Tutkimuksessamme vastaajat arvioivat ohjauksen kokonaisuutena riittäväksi. Samanlaisiin tuloksiin on päätyntä Kääriäinen (2007, 120.) myös Siekkisen (2003, 57) tutkimuksessa. Vastaajat arvioivat tutkimuksessamme kotihoidon ohjauksen hyvin tai melko ymmärrettäväksi. Kääriäisen ym. (2005a, 13) tutkimuksessa suurin osa potilasta oli mielestään saanut potilaslähtöistä ohjausta. Parhaiten se oli onnistunut kysymysten esittämisen, kuulluksi tulemisen ja ymmärrettävän ohjauksen osalta. Oman tutkimuksemme potilaat olivat melko iäkkäitä, jolloin korostuivat potilaiden taustatekijöiden huomioonottaminen annettaessa ohjausta, sekä potilaslähtöisyyden huomioiminen.

Tutkimuksessamme potilaat kokivat, että he voivat esittää kysymyksiä ja saivat niihin vastauksen melko hyvin. Samoin Hovin (2003, 35) tutkimuksessa potilaat olivat voineet esittää ohjaustilanteessa kysymyksiä ja saaneet niihin vastauksen. Tutkimuksemme potilaista suurin osa koki tulleen kuulluksi, hänen mielipiteitään arvostettiin ja hoitaja oli hänestä aidosti kiinnostunut. Osa vastaajista kuitenkin koki ettei tullut kuulluksi. Psykkistä ja henkistä tukea ohjauksen aikana sai tutkimuksessamme vajaa puolet vastanneista potilaista. Samanlaisiin tuloksiin päätyi Hovi (2003, 36). Siekkisen (2003, 57) tutkimuksessa lähes puolet potilaista olisi tarvinnut enemmän psykososiaalista tukea. Huolta ja pelkoa potilaille aiheuttivat samat asiat, joissa he kokivat saamansa ohjauksen riittämättömäksi.

Hoitajien ohjaustaidot koettiin tutkimuksessamme hyväksi tai melko hyväksi. Lipposen (2004, 53) tutkimuksessa hoitajat itse arvioivat ohjaustaitonsa tyydyttäväksi, vaikka tiedot kirurgisesta alasta olivat hyvät. Ohjausmenetelmien hallinta oli suppeaa, parhaiten hoitajilta onnistui potilaan suullinen ohjaus ja kirjallisten ohjeiden anto. Alaloukusa-Lahtisen (2008, 11) tutkimuksessa ilmeni, että hoitajilla on todettu olevan potilai-

den mielestä huonommat asenteelliset valmiudet ohjata, kuin tiedolliset ja taidolliset valmiudet. Asenteelliset valmiudet ilmenivät potilaan kuulluksi tulemisessa. Tässä tutkimuksessa osastolla käytettyjä menetelmiä ovat suullinen ja kirjallinen ohjaus, sekä jossain määrin myös demonstrointi, kun kyseessä on taitojen opettaminen. Ennen varsinaista ohjausta potilas voisi hyötyä videon katselusta kyseisestä aiheesta.

Omaisien huomioiminen ja mukaan ottaminen ohjaukseen oli Lipposen (2004, 55) tutkimus tuloksissa yleistä. Nylanderin tutkimuksessa (2002, 80) iäkkäiden ja huonosti potilaiden omaiset osallistuivat jonkin verran ohjaukseen. Rintalan (2007, 76) tutkimuksessa omaisista puolet koki, että heitä oli rohkaistu osallistumaan ohjaukseen. Tutkimuksessamme omaisten ottamisen mukaan ohjaukseen koki mahdolliseksi vain puolet vastanneista. Mielestämme vastaajat olivat sen verran iäkkäitä, että potilaan luvalla omaisten mukaan kutsuminen ohjaustilanteeseen auttaisi hoidon jatkumista asianmukaisesti kotona, koska usein vastuu hoidosta kotona siirtyy omaiselle.

Ohjausmateriaalia tutkittavamme kokivat saavansa riittävästi. Myös hoitajien keskinäisen yhteistyön katsottiin sujuvan hyvin. Lipponen (2004, 55) totesi tutkimuksensa että hoitajilla on hyvin ohjausmateriaalia ja heidän keskinäisen yhteistyönsä sujuu. Ervasti (2004, 39) havaitsi puutteita ohjaukseen käytettävissä tiloissa. Kääriäinen (2008, 80) totesi tutkimuksessaan kolmas osan potilaista jääneen ilman ohjausmateriaalia sekä ohjaus tilanteen olleen kiireinen ja ohjaus ajan olleen riittämätöntä. Pääsääntöisesti tutkimuksessamme potilaat kokivat, että ohjaustilanne oli melko rauhallinen ja hoitajilla oli riittävästi aikaa ohjata heitä. Nylanderin (2002, 68) tutkimuksessa selvisi, että ajankäyttö ohjaukseen on riittämätöntä ja ohjaus tilanne ei ole rauhallinen. Osastolla työskentely on nopeatempoista, potilaiden hoitoajat ovat melko lyhyitä ja ohjauksessa käytettävät tilat ovat ahtaat, joten rauhallisen ja intimitetin suojaavan tilan löytäminen on hankalaa.

Kotihoidon ohjausta tutkittavamme kokivat saavansa melkein kaikki enemmän, kuin kerran hoitojakson aikana. Hovin (2003, 56) tutkimuksessa potilaiden kotihoidon ohjaus painottui juuri leikkauksen jälkeen tai ennen kotiutumista. Kyseisessä tutkimuksessa potilaiden mielestä ohjausta ei annettu koko hoitojakson ajan. Mielestämme potilaiden ohjausta tulee jakaa useammalle päivälle, jolloin pystytään paremmin kontrol-

loimaan potilaan oppiminen. Ohjauksen suunnitelmallisuudella pystytään hallitsemaan ajankäyttöä paremmin ajan puutetta.

Tutkimuksemme potilaat saivat tietoa fysioterapeutilta erittäin hyvin, hoitajilta hyvin, mutta lääkäriltä saatu tiedon määrä koettiin osittain puutteelliseksi. Mielestämme lääkärin ajankäyttö kohdistuu eniten tehtäviin toimenpiteisiin kuin potilaan kanssa käytyihin keskusteluihin. Potilas kaipaa keskustelua lääkärin kanssa ennen ja jälkeen leikkauksen. Alaloukusa-Lahtisen (2008, 10) mukaan potilaat pitävät lääkäriltä saatua tietoa tärkeimpänä.

Kirjallisista ohjeista potilaat saivat tutkimuksessamme tietoa melko riittävästi. Alhon & Nylundin (2002,73) tutkimuksen mukaan potilaat katsoivat tarvitsevansa runsaasti tietoa kivun hoidosta, leikkaushaavan hoidosta sekä muista elimistön oireista toimenpiteen jälkeen. Heidän saamansa ohjeet olivat pääosin tyydyttäviä, vaikka puutteita niissä ilmenikin. Tutkimuskohteessamme kirjalliset kotihoito-ohjeet on laadittu tietyn kaavan mukaan. Niiden kohdentaminen yksilöllisesti on mielestämme vaikeaa. Tähän haasteeseen tulisi panostaa niin että potilaalle tulee tunne siitä, että ohjeet ovat juuri häntä varten laaditut. Internetistä potilaat hakivat tietoa vähän. Tyrjälän (2008, 14) tutkimuksen mukaan potilaat hakevat tietoa Internetistä. Käytännössä iäkkäät potilaat eivät ole tottuneet hakemaan tietoa Internetistä.

Potilaat kokivat tutkimuksessamme saamansa kirjalliset kotihoito-ohjeet selkeiksi, tai melko selkeiksi. Tutkimuksessaan Alho & Nylund (2002, 63) ovat tulleet samanlaisiin tuloksiin. Potilaat toivoivat tutkimuksessamme enemmän havainnollistamista ohjauksessa. Johansson (2006, 43) totesi tutkimuksessaan, että potilas oppii parhaiten tekemällä itse hoitotoimenpiteitä mahdollisimman paljon ennen kotiutumista. Nylander (2002, 43) pitää myös demonstrointia tärkeämpänä kuin pelkkää ohjausmateriaalin jakamista potilaalle. Osastolla potilasta ohjataan demonstroinnin keinoin kotona tapahtuviin hoitotoimenpiteisiin, kuten haavan hoitamiseen. Mielestämme potilaat tulisi ottaa käytännön hoitotoimenpiteisiin mukaan entistä enemmän.

Tutkimuksessamme ohjaus auttoi kotona selviytymään kivun hoidossa hyvin ja melko hyvin. Rajoitteiden noudattaminen ja mahdollisten komplikaatioiden seuraamisen kotona helpottui ohjauksen avulla melko hyvin. Johanssonin (2002a, 634–635) tutki-

muksen mukaan tärkeimmiksi tiedon tarpeiksi leikkauksen jälkeen nähtiin komplikaatiot ja niiden oireet. Toiseksi tärkeämmäksi koettiin tieto lääkityksestä, jotta he selviäisivät kotona. Kolmanneksi tärkeämmäksi potilaat ilmoittivat tiedonsaannin rajoitteista ja liikkumisesta kotona. Myös Siekkinen (2003, 54) on tullut samanlaisiin tutkimustuloksiin potilaan tiedonsaannin riittävydestä kotona selviytymisen kannalta. Mielestämme potilaan tulee hallita tieto kivunhoidosta, komplikaatioiden tunnistamisesta ja rajoitteiden noudattamisesta. Nämä ovat vähimmäisvaatimuksia potilaan tiedonsaannista, jotta he selviytyisivät toimenpiteen jälkeen kotona.

Leikkaushaavan hoidossa ohjauksen katsottiin tutkimuksessamme antavan riittävät ja melko riittävät valmiudet potilaalle hoitaa haavaa kotona. Hovin (2003, 53) mukaan potilaat tarvitsivat enemmän konkreettista taitojen ohjausta selviytyäkseen haavahoidosta kotona.

Tutkimuksessamme potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen jatkohoidon suunnitelmista. Palokosken tutkimuksessa (2007, 16) potilaat toivoivat enemmän tietoa jatkohoidon ohjaukseen. Ohjauksen katsottiin tutkimuksessamme tukevan selviytymistä kotona hyvin tai melko hyvin.

Hovin (2003, 52) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat tarvitsevansa enemmän ohjausta kotona toipumisessa, kuntoutumisessa ja itse kotona selviytymisestä.

Potilaan jatkohoito asioiden suunnittelu hyvissä ajoin tuo mielestämme potilaalle turvallisuuden tunteen. Potilaan ei tarvitse itse huolehtia asioiden järjestelystä.

Tutkimuksessamme vastaajat kokivat saaneensa tehdystä leikkauksesta riittämättömästi tietoa. Alanen (2002, 17) totesi, että potilaat tarvitsevat enemmän tietoa leikkauksesta. Tiedonsaanti vähän koulutetuilla ja yli 65-vuotiailla on yleensä heikompaa (Alanen 2002, 33.) Tutkimuksessamme lähes puolet potilaista oli saanut mielestään vähän tietoa leikkauksen jälkeisten ongelmien seurannasta annetun ohjauksen turvin

Leikkauksen jälkeen tutkimuksemme potilaat ilmoittivat saaneensa tietoa kivun hoidosta puutteellisesti. Lääkehoidosta ja lääkkeettömästä kivun hoidosta kotona haluttiin enemmän tietoa. Hovin (2003, 34) tutkimuksessa leikkauksessa olleet potilaat olivat saaneet hyvin tietoa kivun laadusta, kestosta ja hoidosta kotona lääkkeiden avulla.

Lääkkeettömänä kivun hoito keinona oli kolmasosalle potilaista opetettu asentohoidon

toteuttamista. Potilaat saavat lääkkeellisestä kivunhoidosta ohjauksen mielestämme osastolla. Kotiin lähtiessä on paljon sisäistettäviä asioita, jolloin kaikki tieto ei jää mieleen ja ohjaus koetaan sen takia puutteelliseksi. Mielestämme lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät osastolla ovat myös kotona toteutettavia, mikäli potilas pystyy ne sisäistämään.

Palokosken (2007,13) tutkimuksen mukaan kotiutuneet potilaat olivat olleet huolissaan kivun hoidosta, lääkkehoidosta ja siitä kuinka he voivat harjoittaa liikuntaa. Tiedon puute voi aiheuttaa potilaille erilaisia ongelmia. Potilaat olivat saaneet tietoa enemmän haavahoidosta, kuin kivunhoidosta. Tutkimuksemme mukaan potilaat tarvitsevat enemmän tietoa kivunhoidosta kuin haavanhoidosta. Mielestämme tämä voi selittyä sillä, että haavanhoito on konkreettisemmin näkyvämpi osa-alue kuin kivunhoito.

Tutkimuksessamme kaikki olivat sitä mieltä, että eivät olleet saaneet tarpeeksi tietoa sosiaalisista tukimuodoista. Kyselyyn vastanneet eivät kokeneet tarvetta saada tietoa sosiaalisista tukimuodoista tai he käsittivät kysymyksen väärin. Tämä kysymys olisi pitänyt olla muotoiltu tarkemmin. Sosiaalisten tukimuotojen tarve lisääntyy ehkä siinä vaiheessa kun hoitoaika pidentyy ja tulee enemmän kustannuksia hoidon suhteen. Kääriäisen tutkimuksen mukaan ohjaus oli puutteellisinta sosiaalisen tuen osalta, vaikka potilaat ovat pitäneet merkityksellisenä vertaistuen saamista, kokemusten jakamista ja hyväksytyksi tulemistä ohjauksessa (Kääriäinen 2007, 121).

Tutkimuksemme mukaan potilaat saivat puutteellisesti tietoa mahdollisista ongelmista leikkauksen jälkeen. Tiedonsaannin on todettu olevan tärkeää hoidon jälkeisten ongelmien tunnistamisessa ja ennaltaehkäisyssä varsinkin kotiutusvaiheessa. Sen todettiin olevan kuitenkin riittämätöntä Johanssonin (2006, 52) tutkimuksessa. Tyrjälä (2008, 41) on tutkimuksessaan todennut potilaiden tarvitsevan enemmän tietoa ongelmista ja kotiavun saatavuudesta, mutta osa potilaista oli selvinnyt kotona paremmin kuin oli odottanut. Kotiavunsaanti tutkimuksessamme koettiin puutteelliseksi. Samankaltaisiin tuloksiin on tullut (Rauhasalo 2003, 39) tutkimuksessaan. Potilaat joilla on omainen auttamassa ovat paremmassa asemassa kotiavun saatavuuden suhteen kuin ne potilaat, jotka asuvat yksin. Yksin asuvat saavat kotiapua, mutta avunsaanti on yleensä rajallista.

Tutkimuksessamme potilaat saivat toimintaohjeita ongelmatilanteita varten puutteellisesti. Palokosken (2007, 19) tutkimuksessa potilaat olivat toimineet ilman tarkkoja ohjeita yrityksen ja erehdyksen kautta, mutta tiesivät minne ottaa ongelmatilanteissa yhteyttä. Potilaiden ottaessa yhteyttä ongelmatilanteissa osastolle olisi mielestämme tärkeää, että annettu ohjaus olisi kirjattu tarkasti. Näin olisi helpompi ottaa kantaa potilaan esittämään ongelmaan. Mitä paremmin potilaan ohjauksessa on onnistuttu, sitä vähemmän tulee kotiutuneiden potilaiden yhteydenottoja osastolle. Näin hoitajan työpanos kohdistuu osastolla olevien potilaiden hoitoon ja ohjaukseen.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

1. Potilasohjausta on tutkittu paljon ja pyritty kehittämään, mutta edelleenkin ohjauksessa ilmenee tämän tutkimuksen mukaan puutteita. Myös potilaiden tarvitsema tiedon määrä on osittain riittämätöntä heidän selviytyäkseen kotona.
2. Tutkimuskyselymme vastanneista potilaista suurin osa oli yli 60- vuotiaita ja eläkkeellä olevia, joiden on tutkimusten mukaan todettu olevan tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Toisaalta iäkkäiden ohjaamisessa on pystytty huomioimaan taustatekijät ja potilaslähtöisyys, jolloin ohjattavat ovat voineet kokea ohjauksensa onnistuneeksi tässä tutkimuksessa.
3. Ohjauksen katsottiin onnistuneen pääpiirteittäin. Tutkimuskyselyn perusteella vastaajat arvioivat osastolla tapahtuvan ohjaustilanteen sekä hoitajien ammatilliset tiedot, taidot ja asenteelliset valmiudet ohjata hyviksi tai melko hyviksi. Tutkimus tulosten mukaan ohjaukselta jäätiin odottamaan omaisen mukaan ottamisen mahdollisuutta sekä ohjauksen havainnollistamista ohjaustilanteessa.
4. Kivunhoitoon ja nimenomaan lääkkeettömän kivunhoidon ohjaukseen tulee kiinnittää ohjauksessa entistä enemmän huomiota.
5. Ohjauksen vaikutusta kotona selviytymisessä vastaajat olivat arvioineet hyviksi tai melko hyviksi. Tämä ei välttämättä kuitenkaan perustu koettuun tietoon, koska osa potilaista täytti tutkimuskyselyn osastolla ennen kotiutumista.

6. Tiedonsaannin koettiin olevan osittain puutteellista, vaikka ohjauksen koettiin olevan riittävää kyseisillä alueilla. Potilaat kokivat saavansa erityisen hyvin tietoa fysioterapeutilta ja tiedonsaanti koettiin hyvin onnistuneeksi tällä osa-alueella esitetyissä kysymyksissä. Puutteina potilaat kokivat tiedonsaannissa tehdystä leikkauksesta, kotiavun saatavuudesta ja sosiaalisista tukimuodoista. Tietoa mahdollisista ongelmista leikkauksen jälkeen ja toimintaohjeita ongelmatilanteita varten jäätin kaipaamaan enemmän. Näihin tiedonsaannin puutteisiin tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota, erityisesti lääkärin antamaan tietoon.

Tarkemman kuvan saamiseksi potilaiden tiedontarpeesta ja tiedonsaannista tarvittaisiin yksittäisten tiedonalueiden tasolla tapahtuvaa analyysiä. Analyysi voisi paljastaa uusia, tärkeitä eroja eri potilasryhmien tiedontarpeesta ja tiedonsaannista, mikä voisi ohjata henkilöstöä kohdentamaan tiedonsaannin menetelmiä eri potilasryhmille entistä paremmin. Toisaalta olisi mielenkiintoista vertailla potilaiden ja henkilöstön välistä näkemystä tiedonsaannista, tekemällä vastaava tutkimus hoitohenkilöstölle. Omaisen ja hoitohenkilökunnan onnistuneen yhteistyön aikaansaamiseksi, tulisi miettiä omaisen ja hoitohenkilökunnan roolit ohjauksessa.

LÄHTEET

Alaloukusa-Lahtinen, Johanna 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Oulun yliopisto. Terveystieteidenlaitos. Pro gradu-tutkielma.

Alanen, Seija 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen yliopisto.

Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma

Alaperä, Pirjo, Antila, Elsi, Blomster, Kaarina, Hiltunen, Hilikka, Honkanen, Anneli Honkanen Raija, Holtinkoski, Tarja, Konola, Anne, Leiviskä, Heli, Meriläinen, Salme, Ojala Heli, Pelkonen Esko & Suominen Airi 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Julkaisussa Lipponen Kaija, Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria toim.2006: Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu. 4/2006. Oulun yliopisto: Oulun yliopistopaino.

Alaranta, Hannu, Pohjolainen, Timo, Salminen, Jouko & Viikari-Juntura, Eira 2003. Fysiatría. Jyväskylä: Gummerus.

Alho, Seija, Nylund Arja 2002. Päiväkirurgisen potilaan kirjalliset hoito-ohjeet. Tampere. Pro gradu-tutkielma.

Artho-Forum. Tekonivelleikkaus. WWW-dokumentti.

http://www.arthroforum.com/fi/index-1/st_pag_patients-home/st_pag_patients-shoulder/st_pag_patients-shoulder-total-joint-replacement.htm. Luettu 21.1.2010.

Brotherus, Riitta, Hänninen, Kristiina, Illikainen, Leila, Kamula, Johanna, Kerälä Kirsi, Leinonen Raija, Nisula-Tauriainen Marjut, Teirikangas Tiina, 2006. Ohjausta ryhmässä. Julkaisussa Lipponen Kaija, Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria toim. 2006: Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu

Elomaa, Minna & Estlander, Ann-Mari 2009. Kivun hoitomuodot. Teoksessa toimitaneet Kalso, Eija, Haanpää, Maija & Vainio, Anneli 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim.

Ervasti, Tytti-Maarit 2004. Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Ortopedian ja traumatologian osasto 23. WWW-dokumentti.

http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=111. Päivitetty 12.1.2010. Luettu 11.3.2010.

Lindgren, Karl-August Doudecim 2004. Tules. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki. Kustannus Oy Doudecim.

Hankonen, Anu, Kaarlela Elsi, Palosaari Tiina, Pinola, Kati, Säkkinen, Mika, Tolonen, Anne & Virola Mika.2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Julkaisussa Lipponen Kaija, Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria toim.2006: Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu.

Hautakangas, Anna-Liisa, Horn, Tarja, Pyhälä-Liljeström, Paula & Raappana, Maarit 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.

Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Heinola, Kaisa, Koivurova, Tuula, Niskasaari, Marja, Rantala, Anita, Sulasalmi, Sirpa, Tokola Sinikka & Tähtinen, Tanja 2006. Taitojen oppiminen/Demonstrointi Julkaisussa Lipponen Kaija, Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria toim. 2006: Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu. 4/2006. Oulun yliopisto: Oulun yliopistopaino.

Heliövaara, Markku, Riihimäki Hilikka 2005. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Doudecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00026. Luettu 1.1.2010.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004. Ortopedia ja traumatologia. WWW-dokumentti.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;548;553;691&text=0>. Päivitetty 02.03.2004. Luettu 22.1.2010.

Hilden, Raija toimittanut. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere. Tammer-Paino.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes Pirkko, Sajavaara, Paula 2007. Helsinki: Tammi.

Holmia, Silja, Murtonen, Irja, Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

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

Huupponen, Anneli. 2002. Päiväkirurgisen urologisen miespotilaan kokemuksiin ja tietoon liittyvät odotukset ja niiden toteutuminen ja merkitys. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen Pirjo. 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Invalidisäätiö Orton. 29.9.2006. Ortopediset leikkaukset jonotuksen kohteena? WWW-dokumentti.
<http://orton.navigo.fi/html/orton/www.invalidisaatio.fi/verkkolehti/alasivu617e.html?cid=21090&doc=21264&bigcd=21088>. Luettu 21.1.2010.

Iso- Kivijärvi, Marketta, Keskitalo, Outi, Kukkola, Katja, Ojala, Pia, Olsbo Annikki,

Pohjola, Mervi & Väänänen, Helena. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Julkaisussa Lipponen Kaija, Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria toim. 2006: Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu. 4/2006. Oulun yliopisto: Oulun yliopistopaino.

Isola, Arja, Backman, Kaisa, Saarnio, Reetta, Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2 (19) 51–62.

Johansson, Kirsi, 1999. Potilaiden oppimistarpeet lonkkaproteesileikkauksen jälkeen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Johansson, Kirsi, Salanterä, Sanna, Katajisto, Jouni, Leino-Kilpi, Helena 2002. Patient education in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic nursing* 6 (4), 220–226.

Johansson, Kirsi, Hupli, Maija, Salanterä, Sanna 2002 a. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing* 11: 634–639

Johansson, Kirsi, Salanterä, Sanna, Katajisto, Leino-Kilpi, Helena 2003. Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Elsevier, Patient education and counselling* 2004 (52), 175–181.

Johansson, Kirsi 2006. Empowering orthopaedic patients through education. Turun yliopisto julkaisuja sarja D, 728. Painosalama Oy.

Kalso, Eija & Vainio, Anneli 2002: *Kipu*. Helsinki: Duodecim.

Kanste, Outi, Lipponen, Kaija, Kyngäs, Helvi, Ukkola, Liisa 2007. Tutkiva hoitotyö 5 (3) 30–34.

Kettunen, Terttu, Ihalainen, Jarmo & Heikkinen Hannele 2001. *Monimuotoinen sosiaaliturva*. Helsinki: WSOY.

Kettunen, Tarja, Karhila, Päivi & Poskiparta, Marita 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 5 (14) s. 215–220.

Kinnunen, Timo, Korte, Ritva Kinnunen, Timo & Lukkari Liisa 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Kostjukova, Titta & Salanterä, Sanna 2008. Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen. Tutkimus. Julkaisussa Montin, Liisa (toim) potilasohjauksen lähtökohdat 2008. Turun yliopisto. *Hoitotieteen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A55* Turku Uniprint.

Krause, Kaisa, Kiikkala, Irma 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 79,(10)6–9.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johansson, Kirsi, Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi & 2005a: Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 5 (17) 250–258.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 4 (17). 208–216.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi, Torppa, Kaarina & Ukkola, Liisa 2005a. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3 (1).10–15.

Kääriäinen, Maria, Lahdenperä, Tiina & Kyngäs Helvi 2005b. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi, *Tutkiva Hoitotyö* 3(3). 27–31.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis Medica D937 Oulu: Oulun yliopisto

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 4 (6).11–14.

Kääriäinen, Maria. Potilasohjauksen laatu. Julkaisussa Lipponen, Kaija, Kanste, Outi, Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa (toim.) Erikoissairaanhoidon ja perusterveyden huollon yhteistyössä tuotetut potilas-ohjauksen toimintamallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pohjois-Pohjanmaan-julkaisuja 3/2008.

Kvist, Tarja 2004. Hoidon laatu-potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Lahtinen Mari 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Julkaisussa Lipponen Kaija, Kyngäs Helvi & Kääriäinen Maria, (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopisto: Oulun yliopistopaino

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. WWW-dokumentti.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785search\[type\]=pika&search\[pika\]=potilaan%20oikeudet](http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785search[type]=pika&search[pika]=potilaan%20oikeudet). Luettu 23.11.2009.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. WWW-dokumentti.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559search\[type\]=pika&search\[pika\]=potilaan%20oikeudet](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559search[type]=pika&search[pika]=potilaan%20oikeudet). Luettu 23.11.2009.

Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö Helsinki: WSOY

Lehto, Matti & Teleranta, Seija toim. 2002. Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 3. Tampere: Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu

Liimatainen, Leena, Hautala, Pirkko & Perko, Ulla 2005. Potilasohjausta kehittämässä Innostusta ja Innovaatioita. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 39. Jyväskylän yliopistopaino.

Lindqvist, Martti 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene julkaisuja 1/ 2001. WWW-dokumentti.

<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>. Luettu 08.01.2001.

Lipponen Kaija 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-tutkielma.

Metsämuuronen, Jari. 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy.

Meretoja, Riitta & Santala, Iris 2003. Voimaantumisen- sairaanhoitajien ja hoitotyön johtajien yhteinen haaste. Sairaanhoitaja 76 (1). 17–19.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Niemi, Terttu, Nietosvuori Leena & Virikko Helena 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Nurmela, Tiina toim.2007 Saumaton malli ortopedisten potilaiden hoitoon. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 65. Tampereen yliopistopaino.

Nurminen, Marja-Leena 2007. Lääkehoito Helsinki: WSOY.

Nylander, Ulla 2002. Potilaan opettaminen, lähtökohtana potilaslähtöisyys. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Ojanen, Sinikka 2006. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjaus teorian käsittelyä. Helsinki Yliopistopaino.

Onnismaa, Jussi 2007. Ohjaus ja neuvontatyö; aikaa, huomiota, kunnioitusta.

Helsinki: Gaudeamus.

Palokoski, Marjo-Riitta 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Peavy, Vance 2006. Sosiodynaamisen ohjauksen opas. Suomentanut Petri Auvinen. Helsinki. Psykologien kustannus Oy.

Poskiparta M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa (toim.) Torkkola S. 2002. Terveysviestintä. Vammala: Tammi

Rauhasalo, Anneli 2003. Hoitoaika lyhenee-koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Jyväskylän yliopisto.

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Rintala, Johanna 2007. Ohjaus sairaalassa omaisten näkökulmasta. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma

Rokkanen, Pentti, Avikainen, Veikko, Tervo, Tapio, Hirvensalo, Eero, Kallio, Pentti, Kankare, Jyrki, Kiviranta, Ilkka & Pätiälä, Hannu 2003. Ortopedia. Käytännön ortopediaa. Helsinki. Kandidaattikustannus Oy.

Saarelma, Osmo.2009. Käsien puutuminen. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00292&p_haku=puutuminen. Päivitetty 22.5.2009. Luettu 01.12.2009.

Sailo, Eriikka, Vartti, Anne-Marie toim. 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Talvitie, Ulla, Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy

Sairaala Orton. Polven tekoniveloppaat.. WWW-dokumentti. http://www.sairaalaorton.fi/oppaat_lehdet_videot/fi/FI/oppaat/ Luettu 1.12.2009

Salanterä, Sanna 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki:Tammi.

Salanterä, Sanna , Hagelberg, Nora, Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivunhoitotyö. WSOY Oppimateriaalit OY.

Siekkinen, Pirjo 2003. Päiväkirurgisten potilaiden ohjaus ja kotona selviytyminen. Oulu. Pro gradu-tutkielma.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Muistilista eettisten toimikuntien jäsenille ja tutkijoille. WWW-dokumentti. <http://www.etene.org/tukija/dokumentit/TUKIJAn-muistilista-170409.pdf> Päivitetty 17.4.2009. Luettu 1.2.2010.

Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tähtinen, Tanja 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Tyrjälä, Sonja 2008. Potilaiden selviytyminen kotona polven eturistisideleikkauksen jälkeen. Hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Mikkelin ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden kampus
Raviradantie 16
50100 Mikkelä

Eettinen toimikunta

OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden kaksi sairaanhoitaja opiskelijaa. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyöhön liittyvää kyselyä Mikkelin keskussairaalan osasto 23:lla.

Opinnäytetyön aihe

Ortopedisien potilaiden kotihoidon ohjaus ja tiedonsaanti

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kysely elektiivisesti leikatuille ortopedisille potilaille heidän saamastaan ohjauksen onnistumisesta osasto 23:lla. Kysely on jatkoa magneettisairaalan tutkimukselle, missä kartoitettiin potilastyytyväisyyttä. Tutkimuksen päähuomio on potilaskyselyssä ilmenneiden puutteiden kartoittaminen ja tavoitteena auttaa kehittämään ohjaustyötä osastolla.

Kysely annetaan elektiivisesti leikatuille ortopedisille potilaille maaliskuun 2010 aikana heidän hoitajaksonsa päätyttyä sairaalassa. Potilaat täyttävät kyselyn, missä arvioivat saamaansa ohjausta, ohjaustilannetta ja tiedonsaannin riittävyyttä. Valmiit vastaukset postitetaan opiskelijoille suljetussa kirjekuoressa, jonka postimaksu on valmiiksi maksettu. Huhtikuussa kokoamme vastaukset yhteen. Esittelemme saadut vastaukset osastotunnilla toukokuussa 2010.

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Tekemään annetun työn luottamuksellisesti loppuun asti.

Ohjaava opettaja

Riitta Riikonen

Netta Jokinen

Paula Pöyry

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin
kuntayhtymä

Ote pöytäkirjasta

Eettinen toimikunta

§ 8

17.02.2010

1

Ortopedisien potilaan kotihoidon ohjaus ja tiedonsaanti

9021/66/2010

ETMK § 8

Tutkijat: Netta Jokinen ja Paula Pöyry, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kampus

Tutkimus käsittelee ortopedisesti leikattujen potilaiden ohjauksen onnistumisen edellytyksiä ja kohderyhmänä on elektiivisesti leikatut potilaat. Tutkimuksen tavoitteena on auttaa kehittämään potilasohjausta osastolla.

Tutkimus suoritetaan kyselytutkimuksena Mikkelin keskussairaalan kirurgisella osastolla 23 ja se on jatkoa magneettisairaalan tutkimukselle.

Liite nro 8.1:

- opinnäytetyön lupa-anomus 5.2.2010, Netta Jokinen, Paula Pöyry
- tutkimussuunnitelma
- kyselylomakkeen saatekirje 1.3.2010, liite 1
- kyselylomake (s.1-6), liite 2.

Toimikunnan käsittely:

Eettinen toimikunta antoi tutkimussuunnitelmasta puoltavan lausunnon.


Lausunnosta ei peritä maksua.

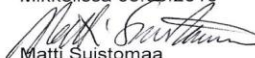
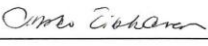
Tiedoksi:

Netta Jokinen ja Paula Pöyry, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kampus

Otteen pöytäkirjasta oikeaksi todistaa:

Mikkelissä 3.3.2010


Pirkko Tikkanen
toimistos sihteeri

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky. Yhtymähallinto Johtajaylilääkäri	Viranhaltijapäätös 03.03.2010	Pykälä Mu 12	Sivu 1
1. Asia	Tutkimusluvan myöntäminen Jokinen Netta Pöyry Paula		
2. Asiaselostus	Ortopedisen potilaan kotihoidon ohjaus ja tiedonsaanti Eettinen toimikunta on käsitellyt tutkimussuunnitelmaa kokouksessaan 17.2.2010 § 8 ja antanut siitä puoltavan lausunnon (ote liitteenä).		
3. Päätös	Myönnän luvan tutkimuksen suorittamiseen Mikkelin keskussairaalan kirurgisella osastolla 23. Tämän päätöksen liitteet ovat salassa pidettäviä julkisuuslain 24 §:n kohdan 21 nojalla.		
4. Päätös asetettu yleisesti nähtäväksi, paikka ja aika 5. Allekirjoitus, paikka ja pvm	Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kirjaamo 8.3.2010 klo 9.00-15.00. Mikkelissä 03.03.2010  Matti Suistomaa Johtajaylilääkäri		
6. Lisätiedot	Lisätietoja päätöksestä antaa johtajaylilääkäri Matti Suistomaa, puh. 015 351 2400.		
7. JAKELU	Netta Jokinen Paula Pöyry		
8. Muutoksenhaku	Muutosta tähän päätökseen saa hakea Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitukselta kirjallisella oikaisuvaatimuksella 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tarkemmat kirjalliset oikaisuvaatimusohjeet saa päätöksentekijältä tai kirjaamosta, puh. (015) 351 2502.		
9. Tiedoksiantajan allekirjoitus	Pvm <u>4.3.2010</u> Tiedoksiantaja <u></u>		

LIITE 3

Mikkelin ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden kampus
Raviradantie 16
50100 Mikkelä

ARVOISA VASTAAJA!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Mikkelin ammattikorkeakoulusta. Tämä kysely on osa opinnäytetyötä. Aiheenamme on ortopedisen potilaan kotihoidon ohjaus ja tiedon-
saanti. Kartoitamme kyselyn avulla ortopedisen potilaan kokemuksia saamastaan oh-
jauksesta ja kotona selviytymisestä saamansa ohjauksen turvin.

Kartoitamme ohjauksessa tapahtuvia puutteita, että ohjausta voitaisiin kehittää parem-
paan suuntaan huomioiden potilaan näkökulman. Pyydämme Teitä ystävällisesti vas-
taamaan lomakkeen jokaiseen kysymykseen valitsemalla vaihtoehdon, joka parhaiten
vastaa mielipidettänne. Arvioikaa hoitajalta saamaanne ohjausta ja ohjaustilannetta
sekä sen vaikutusta kotona selviytymisessä leikkauksen jälkeen. Toivomme, että mie-
tittte vastauksianne oltuanne kotona muutaman päivän ja arvioimaan sen jälkeen miten
osaatte hoitaa itseänne annetun ohjauksen turvin.

Kyselylomakkeet käsittelemme ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettöminä. Pyy-
dämme Teitä laittamaan vastauskuoren täytettynä kirjekuoreen, missä on valmiiksi
maksettu postimaksu ja pyydämme Teitä jättämään sen postin kuljetettavaksi
30.3.2010 mennessä.

Kiitos ajastanne!

Netta Jokinen
sairanhoitajaopiskelija
Mikkeli amk

Paula Pöyry
sairanhoitajaopiskelija
Mikkeli amk

1. TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä _____ vuotta

3. Asuminen

1. Yksin
2. Puolison tai läheisen kanssa
3. Perhe

4. Ammatillinen koulutus

1. Ei ammatillista koulutusta
2. Kouluasteen/toisen asteen ammatillinen tutkinto
3. Opistoasteen/ammattikorkeakoulun ammatillinen tutkinto
4. Korkeakoulu-/yliopistotutkinto
5. Muu, mikä _____

5. Työtilanne

1. Työelämässä
2. Työtön
3. Eläkkeellä
4. Opiskelija
5. Muu, mikä _____

6. Mikä leikkaus / toimenpide teille tehtiin? _____

7. Onko teille aikaisemmin tehty leikkaus?

1. Kyllä
2. Ei

OHJAUS SAIRAALASSA

8) Pyydämme Teitä arvioimaan kokemustenne perusteella hoitohenkilökunnalta saamaanne ohjaukseen liittyviä väittämiä? Rengastakaa parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
1) Ohjaus oli mielestäni riittävää	1	2	3	4
2) Ohjauksen ajankohta oli sopiva, asioiden mielessä pysymisen kannalta	1	2	3	4
3) Ymmärsin kaiken kotihoitooni liittyvän ohjauksen	1	2	3	4
4) Minulla oli mahdollisuus kysyä mieltäni askarruttavista asioista	1	2	3	4
5) Sain esittämiini kysymyksiin vastauksen	1	2	3	4
6) Ohjaustilanne oli rauhallinen	1	2	3	4
7) Esittämiäni mielipiteitä arvostettiin ja otettiin hoitoa suunniteltaessa huomioon	1	2	3	4
8) Hoitajilla oli riittävästi aikaa ohjata minua	1	2	3	4
9) Tarvittaessa minulla oli mahdollisuus ottaa läheinen mukaan ohjaustapahtumaan	1	2	3	4
10) Sain hoitajilta psyykkistä/henkistä tukea	1	2	3	4

11) Mahdolliset liikkumista rajoittava

ohjaus oli selkeää	1	2	3	4
--------------------	---	---	---	---

Mielestäni ohjaaja

osasi ohjata hyvin	1	2	3	4
--------------------	---	---	---	---

13) Mielestäni hoitaja oli aidosti

kiinnostunut asioistani	1	2	3	4
-------------------------	---	---	---	---

14) Mielestäni ohjaajalla

oli tarpeeksi ohjausta tukevaa

materiaalia	1	2	3	4
-------------	---	---	---	---

15) Ohjausta antavien

hoitajien yhteistyö oli sujuvaa	1	2	3	4
---------------------------------	---	---	---	---

16) Sain kotihoidon ohjausta

useammin kuin kerran tämän

hoitojakson aikana	1	2	3	4
--------------------	---	---	---	---

9) Mitä asioita mielestänne ohjaustilanteessa olisi pitänyt vielä ottaa huomioon?

10) Arvioikaa miten riittävästi saitte tietoa seuraavista lähteistä ?

	Paljon	Melko paljon	Vähän	Ei lainkaan
1. Lääkäri	1	2	3	4
2. Hoitaja	1	2	3	4
3. Fysioterapeutti	1	2	3	4
4. Sosiaalihoitaja	1	2	3	4
5. Kirjallinen ohje	1	2	3	4
6. Internet	1	2	3	4
7. Muu, mikä _____				

11) Arvioikaa seuraavien väittämien perusteella, miten saamanne ohjaus sairaalassa on mielestänne vaikuttanut kotona selviytymiseen leikkauksen jälkeen? Rengastakaa parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
1) Saamani kirjalliset kotihoidon ohjeet olivat selkeät	1	2	3	4
2) Ohjausta havainnollistettiin käytännön esimerkein	1	2	3	4
3) Saamani ohjaus auttoi minua selviytymään leikkauksen jälkeisessä kipujen hoidossa	1	2	3	4
4) Ohjauksen avulla osasin hoitaa leikkaushaavani	1	2	3	4
5) Ohjauksen avulla olen osannut noudattaa mahdollisia rajoitteita	1	2	3	4
6) Ohjaus selkeytti leikkauksen jälkeiset jatkohoitosuunnitelmat	1	2	3	4
7) Ohjaus auttoi minua seuraamaan ja ratkaisemaan mahdollisia leikkauksen jälkeisiä ongelmia (haavavuoto, kuume)	1	2	3	4
8) Ohjaus tuki toipumistani ja selviytymistäni kotona	1	2	3	4

3. TIEDONSAANTI

12) Seuraavassa pyydämme Teitä arvioimaan miten paljon tietoa saitte seuraavista asioista. Rengastakaa parhaiten mielepidettänne vastaava vaihtoehto.

	Erittäin paljon	Melko paljon	Vähän	Ei lainkaan
1) Tehdystä leikkauksesta	1	2	3	4
2) Leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta	1	2	3	4
3) Lääkehoidosta kotona	1	2	3	4
4) Lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä (esim.kylmähoito)	1	2	3	4
5) Leikkaushaavan / leikkaus- alueen hoidosta	1	2	3	4
6) Liikkumisesta ja siihen liittyvistä rajoituksista	1	2	3	4
7) Apuvälineistä	1	2	3	4
8) Toipumisesta leikkauksen jälkeen	1	2	3	4
9) Kotiavun saatavuudesta	1	2	3	4
10) Sosiaalisista tukimuodoista	1	2	3	4
11) Ongelmista, jotka tulevat mahdollisesti leikkauksen jälkeen (mm. kuume)	1	2	3	4
12) Toimintaohjeista mahdol- lisiä ongelmatilanteita varten	1	2	3	4

13) Mikä on mielestänne paras ajankohta tiedon antamiselle?

14) Olisitteko kaivanneet vielä jotain muuta tietoa ennen kotiin lähtöä?

1 Ei

2 Kyllä, mistä _____

15) Onko vielä jotain muuta, mitä haluatte sanoa? _____

Kiitos vastauksistanne. Olkaa ystävällisiä ja postittakaa vastauksenne mukana olevassa kirjekuoressa mahdollisimman pian vastaamisenne jälkeen.

Tutkimusaineiston analyysi

Ohjauksessa huomioitavat asiat

Alkuperäinen ilmaisu

1. *”Olin 5-vuorokautta sairaalassa ja sain hyvää hoitoa ja ohjausta, ei ole mitään moittimista, olisin ollut kanssanne kauemminkin, mutta laittoivat kotiin toipumaan. Teille kaikille suuri kiitos. Ohjaus oli hyvä.”*
2. *”Hoitajat hoiti mielestäni asiat ammattitaidolla”*
3. *”Fysioterapeutti mahtava, antoi paljon ohjeita miten toimia ja monta kertaa hoidon aikana”*

Pelkistetty ilmaisu

- hoito
ohjaus
koti
tyytyväisyys
ammattitaito
ohjeet
tyytyväisyys

Ohjaustilanteessa olisi pitänyt ottaa vastaajan mielestä huomioon seuraavat seikat:

4. *”Runsaasti potilaita, vaihtuvuus suuri ja ikärakenne vanhaa”* ikärakenne, vaihtuvuus
5. *” Hoitajilta enemmän tietoa lääkkeistä eli mihin vaikuttavat”* tiedonsaanti
6. *” Jo vuosien varrella jäykistynyt nivel ei taivu normaalisti hetkessä”* kokemus
palaute
7. *”Tiedustella potilaalta, onko ymmärretty ja selittää yksinkertaisemminkin ns. ”päivän selvät asiat”, maalliko ei välttämättä tiedä.”* selittäminen
ymmärtäminen,
8. *”Selvittää tarkemmin leikkauksen jälkeinen ohjelma 1k, 2 kk päästä, missä mennään ja mitä tukihoidoja/jumpparyhmiä on”* selvittäminen
9. *” Enemmän aikaa ehdottomasti”* aika
10. *”Rauhallisempi tilanne”* rauha

Tutkimusaineiston analyysi

11. ”Joku päivä kotona”	päivä
12. ”Aamupäivällä”	aamupäivä
13. ” Heti hoitoon tullessa kertaus ”	heti, hoito
14. ” Tullessa sairaalaan ”	saapuminen
15. ”Leikkausta edeltävänä päivänä ja leikkauksen jälkeen”	ajankohta
16. ”Ennen leikkausta ”	leikkaus
17. ”Kotiin pääsyn yhteydessä”	kotiinlähtö
18. ”Lähtöpäivän aattona, kahden kesken”	lähtöpäivä
19. ”Hieman ennen kotiinlähtöä, ei kiireessä”	lähtöpäivä, kiire
20. ”Kotona tai kuntoutuksessa, kun leikkauksesta kulunut jonkin verran aikaa ”	koti, kuntoutus leikkaus

Tiedonsaanti ennen kotiinlähtöä

21. ”Parantumisprosessi”	parantuminen
22. ”Edullisesta puolison kanssa kuntoutuksesta”	edullinen, kuntou- tus
23. ”Miten ennalta ehkäistä pahoinvointia leikkauksen jälkeen ehkä joku uusi lääke”	pahoinvointi ehkäistä, lääke, toive
24. ”Leikkauksen jälkeisen kiputilan kestoajasta”	leikkaus, kipu, kesto
25. ” Kotiuttamisen yhteydessä saadut kivunhoito-ohjeet ja kipulääkeohjeistus ei vastannut alkuunkaan tarvetta ”	tyytymättömyys kivunhoito, kotiut- taminen, ohje, lääke
26. ”Leikkaavan lääkärin infoa toimenpiteestä”	lääkäri, tieto

Tutkimusaineiston analyysi**Muuta**

Positiivista palautetta annettiin seuraavista asioista:

- | | |
|--|----------------------------|
| 27. ”Tarpeellinen tieto tuli” | tyytyväisyys |
| 28. ”Hoitohenkilökunta oli oikein ystävällistä, kiitos kaikille” | ystävällisyys, kiitos |
| 29. ”Ruokahuollosta suuri kiitos, hyvää ja terveellistä ruokaa” | ruoka |
| 30. ”Omalla kohdalla ei valittamista” | tyytyväisyys |
| 31. ”Kivunlievitys ja asiakaspalvelu olivat hyviä” | kipu, asiakas |
| 32. ”Miellyttävä sosiaalinen henkilökunta” | henkilökunta |
| 33. ”Hoitava henkilökunta oli asiallista ja teki varmasti parhaansa” | henkilökunta, tyytyväisyys |

Kehittämistä ohjauksen suhteen vastaajat antoivat seuraavista asioista:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 34. ”Parina viimeisenä päivänä hoitajilla pitäisi olla aikaa enemmän leikatuille potilaille” | hoitaja, potilas
aika |
| 35. ”Kolmivuorotyöläisinä hoitajat vaihtuvat usein” | vuorotyö, vaihtuvuus |
| 36. ”Liukuhihnamaista työtä” | työ |
| 37. ”Osastolla monenlaisia potilaita, valvonnassa potilaita, liekö se vaikuttaa hoitajien työntelemiseen ja kiireeseen” | osasto, valvonta
potilas, hoitaja |

LIITE 6

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma kiinnostus
Kääriäinen Maria, Kyngäs Helvi, Ukkola Liisa, Torppa Kaarina 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan hoidosta. Tutkiva hoitotyö 1.	Yhden sairaalan potilaat. Tutkimukseen valittiin 2071 potilasta hoitoyksiköstä systemaattisella satunnaisotannalla.	n= 844. Aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyllä mittarilla. Strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisesti ja sisällön analyysillä.	Ohjauksen saanti koettiin osittain riittämättömäksi. Puutteellisinta ohjaus oli sosiaalisen tuen osalta. Ohjaus on koettu potilaslähtöiseksi ja ilmapiiri oli hyvä. Ohjaus-tilat olivat asianmukaiset, henkilökunnan yhteistyö oli toimivaa ja ohjausvalmiudet koettiin kiitettäväksi tai hyväksi. Ohjauksessa hallittiin vain suullinen yksilöohjaus	Tutkimuksen avulla selventyy potilaiden käsitykset saamastaan ohjauksesta ja miten ohjaus käytännössä tällä hetkellä toimii.
Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja Oulun yliopisto	Oulun yliopistollisen sairaalan potilaita ja hoitohenkilö-kuntaa. Toisessa vaiheessa ohjaus –käsitettä kerättiin harkinnanvaraisesti Medline-, Cinah- ja Medic tietokannoista.	n = 844 potilasta n = 916 hoitohenkilöä Aineiston aanalyysissä käytettiin perus ja monimuuttuja- menetelmiä sekä sisällönanalyysiä. Tutkimuksen toisessa vaiheessa. Medline-, Cinah- ja Medic- tietokannoista n = 32 ja käsihakuina n = 6. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset, mutta ohjaus-aika oli riittämättömätöntä. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat kohtalaisen hyvät. Ohjausmenetelmistä hallittiin vain suullinen yksilö ohjaus. Kolmas osa potilaista ei saanut kirjallista ohjaus materiaalia ollenkaan. Ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina otettu potilaan tausta-tekijöitä huomioon. Vuorovaikutus toteutui hyvin. Potilaslähtöisyys toteutui vain harvoin. Vähiten ohjaus vaikutti omaisten tiedonsaantiin.	Tutkimuksessa ilmeni tekijöitä jotka vaikuttavat potilasohjauksenlaatuun; vuorovaikutuksellinen ohjaussuhde, tavoitteellisuus, taustatekijöiden huomiointi, ohjauksen riittävyys on resurssista riippuvaa ja kokonaislaatu rakentuu näistä tekijöistä henkilökunnan tietojen ja taitojen sekä asenteiden lisäksi.

LIITE 6

<p>Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjauspotilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta Väitöskirja Tampereen yliopisto</p>	<p>Polvenniveltähystykseen osallistuneita potilaita ja heidän perheenjäseniään.</p>	<p>n= 173 potilasta n= 161 perheenjäsentä Vastasivat viikon kuluttua kyselylomakkeisiin.</p>	<p>Potilaan ja henkilökunnan väliset keskustelut olivat tavoitteellisia ohjaus-tilanteita, joista potilas sai tarvitsemaansa tietoa. Ohjaus painottui kotihoitoon ohjaukseen. Perheenjäsenet olivat harvoin mukana ohjauksessa, mutta perheenjäsenet auttoivat potilaita kotona, jotka tarvitsivat apua viikon verran leikkauksen jälkeen.</p>	<p>Miten taustatiedot ja ohjauksen välinen yhteys vaikuttaa toipumiseen.</p>
<p>Hovi Pirjo-Riitta 2003. Lyhythoitosten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen anestesia ohjauksesta ja selvymisestä kotona. Pro-gradu tutkielma, Tampere yliopisto.</p>	<p>Yhden yliopistollisen sairaalan lyhki osaston potilaat.</p>	<p>n= 75. Aineisto kerättiin itse laaditulla kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä suljettuja sekä avoimia kysymyksiä. Määrällistä aineistoa ristiintaulukoitiin ja testauksena käytettiin Khin²-testiä. Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Potilaat saivat tietoa ja taitojen opetusta sairaalassa riittävästi leikkaukseen liittyvistä asioista ja toimintaohjeita ongelma-tilanteita varten. Asiat kerrottiin ymmärrettävästi ja perustellen. Kirjalliset kotihoito-ohjeet olivat selkeät. Potilaat saivat omahoitajalta paljon opetusta haava- ja kivunhoidosta. Potilaat olivat tyytyväisiä sairaalasta saatuun ohjaukseen. Lähes puolet vastaajista koki saavansa kaiken kotona tarvitsemansa tiedon sairaalassa saamassaan ohjauksessa.</p>	<p>Tutkimuksen avulla tietoa mitkä asiat potilaat kokivat tärkeiksi ohjauksen sisällöstä kotiuduttuaan ja kuinka he selviytyivät ohjauksen turvin kotona.</p>
<p>Alho Seija, Nylund Arja 2002. Pro-gradututkielma, Päiväkirurgisen potilaan kirjalliset hoito-ohjeet. Tampere yliopisto.</p>	<p>Yhden sairaalan päiväkirurgisen yksikön toimenpiteissä olevat potilaat.</p>	<p>n=82. Tutkimusaineisto kerättiin lomakekyselynä, jossa oli pääosin strukturoituja kysymyksiä. Kyselylomake laadittiin lyhki ja päiki potilaan hoitotyötä kuvaavien tutkimustulosten, teorian ja sairaalassa käytössä olevan kutsukirjeen perusteella. Valmistautumisohjeet analysoitiin sisällön analyysillä. Toimenpidekohtaiset kotihoito-ohjeet analysoitiin deduktiivisesti.</p>	<p>Tutkimustulosten osoittavat, että päiväkirurgisten potilaiden kirjallisia hoito-ohjeita tulee kehittää sisällöllisesti sekä kirjallisen viestinnän osalta.</p>	<p>Potilasohjauksessa käytettävän kirjallisen hoito-ohjeiden sisällön laatu.</p>

LIITE 6

<p>Alaloukusa-Lahtinen, Johanna 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana Pro gradu- tutkielma. Oulu yliopisto.</p>	<p>Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgian ja neurokirurgian klinikoiden vuodeosastoilta kotiutuvat potilaat.</p>	<p>n= 172. Aineisto kerättiin postikyselynä kehittämishanketta varten laaditulla mittarilla. Aineisto analysoitiin SPSS 16.0 for Windows-tilasto ohjelmalla. Aineistoa tarkasteltiin frekvenssi ja prosenttijakaumina ja keskiarvoina sekä käyttämällä ristiintaulukointia.</p>	<p>Kirurgiset potilaat arvioivat ohjauksen kokonaisuudessaan hyväksi. Ohjaus oli riittäväntä sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa, mikä oli myös tärkein ohjauksen sisältöalue. Puutteellisinta oli sosiaaliseen tukeen liittyvä ohjaus. Yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa koettiin toimivana ja ohjaustilanteen ilmapiiri asiantuntevana ja miellyttävänä. Potilaat arvioivat ohjauksen tukevan heidän itsehoitotaitojensa. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön ohjauksen tiedot ja taidot olivat hyvät, mutta ohjauksen asennoituminen oli puutteellista.</p>	<p>Tutkimuksen avulla tietoa kirurgisen potilaan ohjauksesta ja miten tulosten avulla ohjausta voidaan kehittää.</p>
<p>Kääriäinen Maria Kyngäs Helvi 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002</p>	<p>Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Kirjallisuushaut tehtiin Mediline-, Cinahl- ja Medicinetietokannoista</p>	<p>N= 96 artikkelia, jotka analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Aineistosta nousi kolme pääteemaa: potilaiden käsitykset ohjauksesta, ohjauksen toteutuminen ja ohjauksen vaikutukset.</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, kun he saivat riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, johon myös ohjaustarpeet kohdistuivat. Tyytymättömyyttä aiheutti sisällöltään niukka ohjaus, jolloin potilaat jäivät tietoa vaille. Potilaat toivoivat myös että omaiset olisivat ohjauksessa mukana. Ohjaus toteutui suullisena ohjauksena, jota kirjallinen materiaali tuki. Ohjaus vaikutti positiivisesti potilaan terveydentilaan.</p>	<p>Tietoa miten ohjaus vaikuttaa potilaan terveydentilaan, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon ja tiedon määrään. Sekä millä keinoin ja miten ohjaus olisi hyvä toteuttaa.</p>

LIITE 6

<p>Johansson Kirsi, 2006 Empowering orthopaedic patients through education (Ortopedisten potilaiden voimavaraistumista tukeva ohjaus) Akateeminen väitöskirja Turun yliopisto</p>	<p>Tutkimus oli kolme vaiheinen. Tutkimuksessa kuvataan ortopedisen potilaan ohjauksen kehittämisalueita</p>	<p>Ensimmäisessä vaiheessa 17 sairaalaa, 22 osastoa 212 potilasta tutkittiin kaksivaiheisella kyselyllä</p> <p>Toisessa vaiheessa yhden yliopistollisen sairaalan 146 potilasta ja 56 hoitajaa, joilta kysyttiin ohjauksen toteutumisen lisäksi 25 kirjallista ohjetta tarkasteltiin systemaattisesti</p> <p>Kolmannessa vaiheessa hyödynnettiin edeltä mainittuja tuloksia, sekä aikaisempaa tutkimustietoa ja laadittiin ohjaus joka tuki voimavaraistumista</p>	<p>Ensimmäisessä vaiheessa selvitetiin asioita, joita potilaat pitivät tärkeinä leikkauksessa selvitettävänä. Näitä on mahdolliset ongelmat ,sekä oireista selviytyminen leikkaukseen liittyen. Toisessa vaiheessa selvitetiin olemassa olevien ohjauksen käytäntöjä ja toimintoja. Tulosten mukaan nykykäytäntöjen mukaan ei huomioida tarpeeksi potilaiden odotuksia tiedon suhteen. Eikä voimavaraisuuden näkökulmaa otettu huomioon. Kolmannessa vaiheessa edeltä mainittuja tietoja hyödyntäen laadittiin potilaiden ohjausta varten käsittekarttamenetelmä, minkä avulla potilas pystyi ottamaan oman elämänsä haltuunsa leikkauksen jälkeen. Testattu ohjaus menetelmä tuki voimavaraistumista.</p>	<p>Mitä tietoja ja miten potilaat haluavat tietää, jotta he pystyisivät selviytymään leikkauksesta. Miten ohjata ja tukea leikkattua potilasta jotta potilaan olisi mahdollista ottaa vastuulleen enemmän omasta hoidostaan ja selviytyä mahdollisista ongelmista . Miten ohjaus tehokkain keinoin tukee potilaan tunnetta oman elämänsä hallinnasta.</p>
<p>Kettunen Tarja, Karhila Päivi, Poskiparta Marita 2002 Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu</p>	<p>Arvioidaan sairaalan neuvontakeskustelujen voimavara keskeisyyttä. Testata kehitetyn mittarin toimivuutta</p>	<p>17 vuodeosastoa ja päivystys poliklinikka, jotka hoitavat aikuispotilaita Neuvontakeskusteluja n= 127</p>	<p>Voimavarakeskeisyydestä toteutui parhaiten neuvontakeskusteluissa ilmapiirin viritäminen ja positiivisen ilmapiirin luominen. Yksilöllisen tiedon ja neuvojen tarjoaminen onnistui huonoiten.</p>	<p>Miten voimavara-keskeisyyden ulottuvuudet toteutuvat potilaan neuvontakeskusteluissa</p>

LIITE 6

<p>Alanen, Seija 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto</p>	<p>Tutkimusosastoilta kolmen kuukauden aikana kotiutuneet yli 18-vuotiaat potilaat.</p>	<p>n= 855. Tutkimusaineisto kerättiin pääosin strukturoidulla kyselylomakkeella. Aineiston analyysissä käytettiin kuvailevia menetelmiä.</p>	<p>Potilaat pitivät tiedonsaantia ennen sairaalahoitoa ja sen aikana hyvin tärkeänä. Tärkeimpänä pidettiin tiedonsaantia sairaudesta ja toimenpiteistä. Vähiten tärkeänä pidettiin tietoa järjestöjen toiminnasta. Potilaat saivatkin eniten tietoa siitä mitä pitivät tärkeänä. Vähiten tietoa saatiin järjestöistä ja potilaan oikeuksista</p>	<p>Miten potilaiden tiedontarve ja saatu tieto kohtaavat tutkimustulosten perusteella.</p>
<p>Magneettisairaala, Vetovoimainen ja turvallinen sairaala-hanke Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin erityisvastualueella vuosina 2006 – 2012.</p>	<p>Oulun yliopistollisen sairaalan hoitohenkilöstö syyskuussa 2006.</p>	<p>Magneettisairaala-malli on hyvin käytännöllinen. Sen tavoitteena on toimintaympäristön jatkuva seuranta, arviointi ja näyttöön perustuva kehittäminen. Kehittäminen yhdistyy terveydenhuollon yleisesti käytössä olevan laadunhallintajärjestelmän Balanced Score Cardin neljään näkökulmaan: asiakas, prosessi, henkilöstö ja talous. Tässä hankkeessa * asiakasnäkökulmaa edustavat potilastyytyväisyys, kivunhoito, haavan hoito ja ohjaus. * prosessinäkökulmaa tarkastellaan potilasturvallisuutta kulttuurina *henkilöstönäkökulmassa tutkitaan työttyytyväisyyttä, johtamista, potilaiden hoitoisuutta, henkilöstö-mitoitusta, mentorointia ja perehdyttämistä * talousnäkökulmaa tulee esille erilaisina toimintaa mittaavina</p>	<p>Magneettisairaala on työntekijöitä magneettin lailla puoleensa vetävä sairaala. Magneettisairaala on vetovoimainen sairaala potilaiden ja työntekijöiden sekä myös talouden näkökulmista. Magneettisairaalassa hoidon laatu on korkeatasoista, henkilökunta on motivoitunut, osaavaa ja sitoutunutta ja johtaminen on kehittynyttä ja vuorovaikutus henkilökunnan ja johtajien välillä on avointa, myös eri henkilöstöryhmien välinen yhteistyö on sujuvaa. Magneettisairaala-termi tulee USA:sta, jossa tietyt kriteerit täyttävillä sairaaloilla on mahdollisuus saada magneettisairaalan status. Magneettisairaalastatuksen omaavia sairaaloita on myös mm. Australiassa ja Uudessa-Seelannissa. Viime vuosina myös Suo-</p>	<p>Tietoa osasto 23:lla olleista puutteista potilaiden ohjauksessa vuonna 2008 tehdyn tutkimuskyselyn perusteella. Ohjauksessa ilmeni puutteita seuraavilla osaluilla: kivunhoito tiedonsaanti ohjaus yleensä</p>

LIITE 6

		<p>tunnuslukuina (esim. hoitajaksojen pituus, komplikaatiot). Keskeistä hankkeessa on erilaisten hoitotyö-sensitiivisten tulosmittaristojen kehittäminen ja käyttöönotto, saatujen tietojen yhdistäminen, analysointi ja toiminnan kehittäminen saatujen tunnuslukujen perusteella. Tavoitteena uusien tutkimustulosten perusteella luoda magneetti- sairaala malli.</p>	<p>messa on kiinnostuttu Magneettisairaala-ilmioistä, ja sen piirteiden soveltamisesta, kehittämisestä ja tutkimuksesta terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämiseksi.</p>	
<p>Magneetti- sairaala hankkeen tekemä potilas kyselytutkimus vuonna 2008</p>	<p>Ortopedisen osasto 23 potilaat Mikkelin keskusairaalan ortopedisen osasto 23 potilaat</p>	<p>N= 80 n= 24 Tutkimuskyselyyn vastanneista potilaista 10 oli elektiivisesti leikattuja, loput 14 päivystyksellisiä potilaita</p>	<p>Kyselyyn vastanneista tyytymättömiä oli 1 - 2, lähes joka kohdassa kyselyä. Mutta varsinaisia puutteita esiintyi ohjauksessa, keskustelussa, lääkeshoidon ja tiedonsaannin osalta.</p>	<p>Tämä tutkimus oli oman tutkimus ideamme lähtökohta, jonka tiedonsaannin ja ohjauksen puutteisiin perustuen tutkimustyömme teimme.</p>
<p>Lipponen, Kaija 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu- tutkielma, Oulun yliopisto</p>	<p>Yhden sairaalan leikkausosastojen sairaanhoitajien tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet ohjata potilaita. Ohjaustilanteen toteutuminen ja ohjauksen puitteet.</p>	<p>N=303 (vastausprosentti 67 %) hoitohenkilöä. Empiirinen aineisto kerättiin kaikilta kirurgian vastuualueilta. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows-ohjelmalla. Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan tiedolliset ja taidolliset edellytykset kirurgisen potilaan ohjaukseen olivat hyvät tai kiitettävät. Puutteita ilmeni omaisen ja lääkeshoidon huomioinnissa ohjaustilanteessa. He eivät kysy potilaan toiveita ohjauksesta, eivätkä pyydä palautetta ohjauksesta. Potilasohjauksen toteuttamiseen ei ole riittävästi aikaa, tiloja ja välineitä.</p>	<p>Tutkimus toi tietoa hoitohenkilökunnan tarpeesta saada koulutusta potilasohjauksesta sekä ohjauksen toteutumista estävistä seikoista.</p>

LIITE 6

<p>Ervasti, Tytti-Maarit 2004. Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. Pro gradu- tutkielma, Oulun yliopisto</p>	<p>Helsingin yliopistollisen sairaalan kirurgisella toimialalla aikuisia hoitavat sairaanhoitajat</p>	<p>N 283 (vastausprosentti 45 %) Tutkimuksen lähestymistapa oli kvantitatiivinen. Aineiston analyysin menetelminä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia, fraktorianalyysiä, keskiarvomuuttujia, ristiintaulukointia ja merkitsevyys-testauksessa T-testiä.</p>	<p>Sairaanhoitajilla oli hyvät tiedolliset ja taidolliset valmiudet ohjata potilaita. Tiedot potilaiden toipumisajoista ja taidot ohjata itsehoitoa ja arvioida ohjaustilannetta olivat huonot. Sairaanhoitajat huomioivat ohjaustilanteessa potilaslähtöisyyden. Puitteet ohjaukselle olivat huonot. Koulutusta potilas ohjaus materiaalien käyttöön tarvittiin lisää.</p>	<p>Millaiset ovat sairaanhoitajien tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet ohjata potilaita. Miten he arvioivat ohjaustilannetta ja puitteita antaa ohjausta.</p>
<p>Nylander, Ulla 2002. Potilaan opettaminen lähtökohtana potilaslähtöisyys. Pro gradu- tutkielma, Tampereen yliopisto</p>	<p>Oulun yliopistollisen keskussairaalan osastoilla ja poliklinikoilla tapahtuva omaisten ohjaus loka-marras - kuussa vuonna 2006 omaisten arvioimana.</p>	<p>N= 12 sairaanhoitajaa Laadullinen tutkimus oli puolistrukturoitu teemahaastattelu Tutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Opetuksen pääpaino kohdistui kotihoidon opetukseen. Opetusmateriaalit ja välineet koettiin riittäviksi. Rauhallisen tilan puute ja riittävän ajan puute todettiin hyvän potilas opetuksen esteeksi. Kehittämishaasteina nähtiin omaisten opetus ja opetuksen kirjaaminen.</p>	<p>Kirurgisella toimialalla voidaan tutkimuksen tuloksia hyödyntää kehitettäessä hoitotyössä potilaan ohjausta, joka lähtee potilaan tarpeista.</p>
<p>Tähtinen Tanja, 2007. Hoitohenkilöstön potilas- ohjaus valmiudet. Pro gradu- tutkielma, Oulun yliopisto</p>	<p>Oulun yliopistollisessa sairaalassa kirurgian klinikalla v.2003 lokakuussa olleet vakinaiset tai pitkässä määräaikaisessa työsuhteessa ollut hoitohenkilökunta.</p>	<p>N=212 (vastausprosentti 73 %). Aineisto analysoitiin SPSS 14.0 for Windows – ohjelmalla ja kahden avoimen kysymyksen sisällönanalyysillä. Aineiston analyysissä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia, faktorianalyysiä, summanmuuttujia, keskiarvon muuttujia ja ristiintaulukointia.</p>	<p>Tiedolliset ohjausvalmiudet hoitohenkilöstö arvioi hyväksi. Taidolliset valmiudet arvioitiin hyväksi ohjaustaitojen, itsehoidon ohjauksen ja vuoro-vaikutus taitojen osalta, mutta ohjaus tilanteen osalta tyydyttäväksi. Asenteelliset taidot arvioitiin hyväksi. Teknisten apuvälineiden käyttö ohjauksessa arvioitiin huonoksi. Aikaa, henkilökuntaa, tiloja ja välineistöä oli liian vähän henkilökunnan mielestä</p>	<p>Hoitohenkilöiden oma arviointi tiedollisista, taidollisista ja asenteellisista valmiuksista ohjata potilasta. Työkokemuksen pituudella oli yhteys tiedollisiin ja taidollisiin valmiuksiin. Mitä kehitettävää hoitohenkilöt näkevät työssään ohjata potilaita?</p>

LIITE 6

<p>Isola Arja, Backman Kaisa, Saarnio Reetta, Kyngäs Helvi, Kääriäinen Maria 2006. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilas-ohjauksesta erikoissairaanhoidossa</p>	<p>Yliopistollisen sairaalan eri osastoilta ja poliklinikoilla hoidetut yli 65-vuotiaat potilaat.</p>	<p>n=203. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Lomakkeessa oli strukturoituja ja strukturoimattomia kysymyksiä. Määrällisen aineiston tilastollisina menetelminä käytettiin pääasiassa suoria prosenttikaunia. Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Tulosten mukaan iäkkäät potilaat olivat tyytyväisiä saamansa ohjauksen laatuun, vaikka laadullisen aineiston perusteella ilmeni epäkohtia saadussa ohjauksessa. Ohjaustilan toivottiin olevan paremmin ohjaukseen soveltuva. Henkilökohtainen ohjaus korostui. Potilaat olivat saaneet riittämätöntä ohjausta kuntoutuksesta, tukiryhmistä ja sairauden syistä. Sairaudesta ja sen hoidosta, toimenpiteistä ja tutkimuksista oli ohjattu riittävästi. Iäkkäät toivoivat omaisten osallistumista ohjaus-tilanteeseen, yksilöllisyyttä ja monipuolisia ohjausmenetelmiä.</p>	<p>Iäkkäiden potilaiden näkökulma ohjaukseen ja sen onnistumiseen.</p>
<p>Palokoski , Marjo-Riitta 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytymisen leikkauksen jälkeen. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto</p>	<p>Kirurgisella vuodeosastolla hoidettavana olleita potilaita, joille soitettiin 3- 14 vuorokautta kotiutuksen jälkeen.</p>	<p>n = 103 kirurgista potilasta. Tutkimusta varten laadittiin strukturoitu mittari. Mittari muodostui neljästä osiosta, joissa esitettäviin väittämiin potilaat vastasivat puhelimesta arvosanoilla 4-10. aineiston analysoinnissa käytettiin korrelaatioita, t-testiä ja yksisuuntaista varianssianalyysiä. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tutkimuksen tulosten mukaan potilaiden tiedollinen ja taidollinen selviytyminen ohjauksen turvin oli hyvä tasoista. Tiedollisesti selviytyäkseen potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa haavahoidon tarkkailusta. Toiminnallista selviytymistä hankaloittivat kivunhoito ja kotityöt. Sairaalassa ollessaan potilaat olisivat kaivanneet enemmän lisätietoa haavahoidon komplikaatioista ja liikkumisen rajoituksesta leikkauksen jälkeen ja kipulääkityksestä.</p>	<p>Tutkimus toi esiin miten annettu ohjaus tukee ja potilaiden tiedollista ja taidollista selviytymistä leikkauksen jälkeen kotona. Sekä mistä kirurgiset potilaat tarvitsevat lisää tietoa ennen kotiutumistaan.</p>
<p>Tyrjälä, Sonja 2008. Potilaiden selviytyminen polven eturistiside-leikkauksen jälkeen. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto</p>	<p>Kolmen sairaalan potilaat, joille oli tehty polven eturistisiteen leikkaus.</p>	<p>n= 68 potilasta. Aineisto kerättiin tutkimusta varten laaditulla kirjallisuuskatsaukseen perustuvalla mittarilla. Mittari sisälsi sekä suljettuja, että avoimia kysymyksiä. Aineisto analysoitiin käytettiin ristiintaulukointia ja t-testiä. Avoint kysymykset analy-</p>	<p>Valtaosa potilaista selviytyi hyvin tai melko hyvin kotiutumisen jälkeen. Ohjauksen onnistuneeksi kokeneet selviytyivät paremmin kotona leikkauksen jälkeen, kuin ne jotka kokivat ohjauksessa olevan puutteita. Leikkaukseen liittyviä on-</p>	<p>Miten ohjaus vaikuttaa kotona selviytymiseen leikkauksen jälkeen. Miten ohjauksella edistetään leikkauksen jälkeistä toipumista ,kun leikkaus vaatii pitkän</p>

LIITE 6

		soitiin induktiivisella sisällön analyysillä.	gelmiä leikkauksen jälkeisenä viikkona oli yli puolella potilailla, samoin avuntarvetta kotitöissä selviytymisessä.	kuntoutumisajan.
Rintala, Johanna 2007. Ohjaus sairaalassa omaisten näkökulmasta. Pro gradu- tutkielma, Oulun yliopisto	Yliopistollisen sairaalan eri osastoilta ja poliklinikoilla hoidetut yli 65vuotiaat potilaat.	N=29 vastausprosentti 23 % omaista Aineisto kerättiin Likert- asteikollisella kyselylomakkeella. Lisäksi oli kaksi avointa kysymystä. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows tilasto-ohjelmalla. Saatuja tuloksia verrattiin vuonna 2003 omaisille esitettyihin ensimmäisen vaiheen kyselyn tuloksiin.	Ohjaustilanne, ohjauksen-puitteet, hoitoon ohjaus ja henkilökunnan ohjaus-valmiudet koettiin hyväksi. Riittämättömäksi koettiin ohjaus ennen sairaalan tuloa, hoito ja toipumisajan pituuden ohjaaminen. Kontrolliryhmän ja interventioryhmän välisessä vertailussa parantumista ohjauksessa oli tapahtunut mm. kivunhoidossa.	Kirurgisilla osastoilla on potilaita, joiden hoidosta kotona tulee vastaamaan ainakin jossain määrin omainen. Esimerkiksi iäkkäiden kohdalla korostuu tarve ja taito osata ohjata myös omaisia.