

POSTOPERATIIVINEN SOITTO PÄIVÄKIRURGIAN YKSIKÖSSÄ

Potilasohjausprosessin kehittäminen

Karihtala Kimmo

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys-, ja liikunta-ala
Terveysten edistäminen
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2019

Sosiaali-, terveys-, ja liikunta-ala
Terveyden edistäminen
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Tekijä	Kimmo Karihtala	Vuosi	2019
Ohjaaja	Anniina Tohmola		
Toimeksiantaja	Pihlajalinna Oulu Oy		
Työn nimi	Postoperatiivinen soitto päiväkirurgian yksikössä. Potilasohjausprosessin kehittäminen		
Sivu- ja liitemäärä	59 + 8		

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita havainnoimalla potilasohjaustilannetta kotiutusvaiheessa ja teemahaastattelumalla ensimmäisenä ja kolmantena postoperatiivisena päivänä. Tutkimukseen osallistui tutkimuspotilaita 11 kappaletta ja kerätty haastatteluaineisto käsiteltiin laadullisella aineistolähtöisellä sisällön analyysimenetelmällä. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa leikkauspotilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita ja kehittää potilasohjausprosessia ja luoda laadukas postoperatiivisen soiton malli Pihlajalinna sairaalaan teemahaastatteluista ja havainnointitilanteista saatujen tutkimustulosten perusteella. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Pihlajalinna sairaala.

Tutkimuksellisella kehittämistyöllä pyrittiin löytämään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin; Mistä tekijöistä koostuu laadukas postoperatiivinen soitto? Kuinka voidaan lisätä päiväkirurgisen potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita? Mitkä tekijät lisäävät laadukasta potilasohjausta päiväkirurgian yksikössä?

Tulosten mukaan laadukkaassa postoperatiivisessa soitossa hoitohenkilökunnan tulee etukäteen perehtyä potilaan tietoihin ja asiakirjoihin. Soittoon tulee varata rauhallinen ympäristö ja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetut hoito-ohjeet. Postoperatiivisen soiton yhteydessä potilasta tulee sitouttaa hoitoon ja kerata hoidon tavoitteet. Potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita voidaan lisätä selkeillä ja ymmärrettävillä kotihoito-ohjeilla. Potilaalle tulee tarjota luotettavaa tietoa ennen leikkausta sähköisten palveluiden avulla. Laadukasta potilasohjausta voidaan lisätä huomioimalla paremmin potilaiden eri oppimistyyliä ja potilaille tulee antaa leikkaukseen jälkeistä informaatiota nykyteknologian avulla. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että potilailla on ymmärtämisen kanssa ongelmia ensimmäisenä ja kolmantena postoperatiivisena päivänä. Potilaan kykyyn ymmärtää annettuja hoito-ohjeita vaikuttavat psykososiaaliset tekijät ja ympäristö. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhuollon yksiköissä, joissa halutaan kehittää potilasohjausprosessia ja lisätä laadukasta potilasohjausta.

Asiasanat päiväkirurgia, potilasohjaus, tutkimuksellinen kehittä-
mistyö

Author	Kimmo Karihtala	Year	2019
Supervisor	Anniina Tohmola		
Commissioned by	Pihlajalinna Oulu		
Subject of thesis	Postoperative Call in the Day Surgery Unit. Development of Patient Counselling Process		
Number of pages	59 + 8		

The purpose of the thesis was to determine the patient's ability to understand the given care instructions by observing the patient guidance situation during the discharge phase and by interviewing the patients on the first and third postoperative day. The aim of this thesis was to improve the patient's access to the information and the patient counseling process and to develop a high-quality postoperative call model based on the research results obtained from thematic interviews and observation of the situation in the Pihlajalinna Hospital.

According to the results, in the high-quality postoperative call the medical staff should become familiar with the surgical patient's information and documentation before making the postoperative call. The call should be made in a calm environment and it must be ensured that the patient understands the treatment instructions given. During the postoperative care, the patients should be committed to the treatment and the goals of the treatment should be rewritten. The patients' ability to understand the care instructions given can be enhanced with clear and understandable home care instructions. The patients should be provided with reliable information before the surgery through electronic services. High-quality patient guidance can be enhanced by better taking into account the different learning styles of patients and providing a patients with post-operative information using modern technology.

The results of the study showed that patients have problems with cognitive understanding on the first and third postoperative days. The patient's ability to understand the treatment guidelines given is affected by psychosocial factors and the environment.

Key words day surgery, patient counsel, research development work

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	3
2.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	3
3	PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN HOITAMINEN	4
3.1	Päiväkirurgisen potilaan hoitopolku	4
3.2	Leikkaushaavan hoito	5
3.3	Leikkauksen jälkeinen kivunhoito	5
3.4	Polven ja käden alueen vammat.....	6
4	PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN OHJAUS.....	8
4.1	Potilasohjaus	8
4.2	Potilasohjauksen laatu.....	10
4.3	Oppimistyyliit	11
4.4	Puhelinohjaus	12
4.5	Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen ohjaus	13
4.6	Hoitoon sitoutuminen	14
4.7	Tuki ja liikuntaelin vaivat ja hoitoon sitoutuminen	16
4.8	Kognitiivinen suoriutuminen.....	16
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUSTAPA.....	18
5.1	Toimintatutkimus	18
5.2	Tutkimuskysymysten muotoilu.....	18
5.3	Toimintatutkimusten vaiheet ja kehittämisiongelmat	19
5.4	Havainnointi tiedonkeruumenetelmänä.....	19
5.5	Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä.....	20
5.6	Aineiston keruu	22
5.7	Tutkimuspotilaiden taustatekijät.....	22
5.8	Tutkimusympäristö.....	23
5.9	Ohjausmenetelmät ja psykososiaaliset tekijät	24
5.10	Hoito-ohjeet	24
6	AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYSOINTI	25
6.1	Sisällön analyysi	26

6.2	Aineistolähtöinen sisällön analyysi	27
6.3	Aineiston pelkistämisvaihe.....	28
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	29
7.1	Havainnon tutkimustulokset.....	29
7.2	Teemahaastattelun tulokset.....	33
7.3	Pohdintaa tuloksista.....	40
7.4	Potilasohjausprosessin malli.....	41
8	TYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	45
8.1	Eettisyys	45
8.2	Luotettavuus	46
9	POHDINTAA TUTKIMUKSESTA.....	48
9.1	Oma oppiminen	48
9.2	Jatkotutkimus haasteet.....	49
10	JOHTOPÄÄTÖKSET TUKIMUKSESTA	50
10.1	Laadukas postoperatiivinen soitto	50
10.2	Potilaan tukeminen hoito-ohjeiden ymmärtämisessä.....	51
10.3	Laadukas potilasohjaus	52
	LÄHTEET.....	54
	LIITTEET	60

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Potilasohjauksen toteutus.....	8
Kuvio 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen	23
Kuvio 3. Potilalla väsymystä.....	30
Kuvio 4. Potilaalla stressiä.....	30
Kuvio 5. Potilaalla masennusta.....	30
Kuvio 6. Potilaalla univaje.....	30
Kuvio 7. Ohjaus keskeytynyt.....	31
Kuvio 8. Omainen kuuntelemassa hoito-ohjeita.....	31
Kuvio 9. Hoito-ohjeiden anto paikka.....	31
Kuvio 10. Sairaalavaatteet päällä.....	31
Kuvio. 11.Ohjeet fysioterapeutilta.....	34
Kuvio 12. Kysymyksiä fysioterapiasta.....	34
Kuvio 13. Fysioterapian ymmärtäminen.....	34
Kuvio 14. Fysioterapia-ohjeiden näkeminen.....	34
Kuvio 15. Kivunhoidon ymmärtäminen.....	35
Kuvio 16. Kivunhoito-ohjeiden näkeminen.....	35
Kuvio 17. Kysymyksiä kivunhoidosta.....	35
Kuvio 18. Ohjeiden kertaaminen.....	35
Kuvio 19. Ohjeet kerrattu.....	36
Kuvio 20. Kirjalliset ohjeet mukaan.....	36
Kuvio 21. Haavahoidon ymmärtäminen.....	36

Kuvio 22. Kysymyksiä haavahoidosta.....	36
Kuvio 23. Jatkohoito-ohjeiden ymmärtäminen.....	37
Kuvio 24. Kysymyksiä jatkohoito-ohjeista.....	37
Kuvio 25. Potilasohjausprosessi.....	47
Kuvio 26. Pre-operatiivinen käynti.....	48
Kuvio 27. Ohjausprosessin eri osa-alueet.....	48
Kuvio 28. Valmistautuminen leikkaukseen.....	48
Kuvio 29. Heräämö- ja leikkaussali vaihe.....	48
Kuvio 30. Kotiutusvaihe.....	49

1 JOHDANTO

Päiväkirurgian tyypillisinä piirteinä ovat kustannustehokkuus, alhaiset infektiot ja potilaiden korkea tyytyväisyys hoitoon (Khanh-Dao Le 2018, 1). Päiväkirurgialla tarkoitetaan alle vuorokauden mittaisen hoitojakson aikaista kirurgiaa, joka edellyttää potilaan nukutusta tai puudutusta tai vaativia leikkaussaliolosuhteita (Duo-decim 2019). Suomessa tehdään 50 % operatiivisten erikoisalojen leikkauksista päiväkirurgisesti (Mattila & Hynynen 2012, 1423). Päiväkirurgia tuo säästöjä yhteiskunnalle, koska sairaanhoitokustannukset ovat 25-68 % alhaisemmat kuin samat hoidot vuodeosastoilla (Castoro, Bertinato, Bacgaglini, Drace & Mckee 2007, 8). Päiväkirurgian yleistyminen leikkauksissa on johtanut potilaiden nopeaan kotiutumiseen sairaalasta (Koskivuo, Brück & Veräjänkorva 2019, 1847). Syitä tähän ovat anestesiologisten ja kirurgisten tekniikoiden kehitys, kokemus sekä muutokset ajattelutavassa (Mattila & Hynynen 2012, 1423). Haavan liittyvät ongelmat, jotka aikaisemmin havaittiin vuodeosastolla, voivat nykyään syntyä kotona. Leikkaavan sairaalan on tarjottava potilaalle matalan kynnyksen yhteydenottomahdollisuus mahdollisten ongelmien varalta. (Koskivuo, ym. 2019, 1847.) Tutkimusten mukaan päiväkirurgiaan valituilla potilailla vakavat haittatapahtumat ovat kuitenkin harvinaisia (Mattila & Hynynen 2012, 1423). Suomessa väestö ikääntyy ja sairastavuus kasvaa, on odotettavissa, että terveydenhuollon henkilöstö kohtaa jatkossakin työssään entistä enemmän ortopedisiä potilaita (Kiviranta & Järvinen 2012, 466). Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992) määrittää potilaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi henkilöksi. Opinnäytetyössä käytetään termiä potilas asiakkaan sijaan lukemisen selkeyttämisen vuoksi, vaikka pääsääntöisesti termi asiakas on yleinen terveydenhuollon yksityissektorilla.

Postoperatiivisen soiton tarkoitus on tukea potilasta, lisätä ohjausta sekä vähentää hakeutumista avoterveydenhuoltoon (Renholm 2015, 12). Postoperatiivisen soiton tavoitteena on arvioida potilaan vointia ja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt jatkohoito-ohjeet (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 324). Opinnäytetyön aiheena on postoperatiivinen soitto päiväkirurgian yksikössä ja potilasohjausprosessin kehittäminen. Toimeksiantajana toimii Pihlajalinna Oulu Oy. Pihlajalinna Oulu Oy on oma osakeyhtiö ja osa suomalaisomisteista sekä valtakunnallista Pihlajalinna konsernia. Toimeksiantajan edustajina toimivat

Pihlajalinna sairaalan ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri Martti Lakovaara sekä palveluvastaava Mari Andersen. Pihlajalinna Oulun yhteydessä on päiväkirurginen sairaala, jossa hoidetaan eri erikoisalan potilaita, toimipiste on avattu Oulun ydinkeskustaan tammikuussa 2018. Opinnäytetyössä käytetään jatkossa termiä Pihlajalinna sairaala. Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö. Opinnäytetyö on ajankohtainen, koska hallituksen yksi kärkihankkeen tavoitteesta on parantaa kansansairauksien ehkäisyä ja hoidon vaikuttavuutta. Lisäksi tavoitteena on lisätä ennaltaehkäiseviä tehtäviä ja panostaa matalan kynnyksen elintapaohjaukseen. (STM 2019.) Opinnäytetyön avulla on tarkoitus selvittää potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita havainnoimalla potilasohjaustilannetta kotiutusvaiheessa ja teemahaastattelemalla kotiutuneita potilaita ensimmäisenä ja kolmantena postoperatiivisena päivänä. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa leikkauspotilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita ja kehittää potilasohjausprosessia ja luoda laadukas postoperatiivisen soiton malli Pihlajalinna sairaalaan teemahaastatteluilta ja havainnointitilanteista saatujen tutkimustulosten perusteella.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

2.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita havainnoimalla potilasohjaustilannetta kotiutusvaiheessa ja teemahaastatteleamalla ensimmäisenä ja kolmantena postoperatiivisena päivänä. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa leikkauspotilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita ja kehittää potilasohjausprosessia ja luoda laadukas postoperatiivisen soiton malli Pihlajalinna sairaalan teemahaastatteluista ja havainnointitilanteista saatujen tutkimustulosten perusteella. Opinnäytetyön avulla voin kehittää aikaisempaa ammatillista osaamistani ja syventyä ortopedisen potilaan ongelmiin päiväkirurgisessa yksikössä.

Tutkimuksellisella kehittämistyöllä pyritään löytämään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin.

1. Mistä tekijöistä koostuu laadukas postoperatiivinen soitto?
2. Kuinka voidaan lisätä päiväkirurgisen potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita?
3. Mitkä tekijät lisäävät laadukasta potilasohjausta päiväkirurgian yksikössä?

3 PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN HOITAMINEN

3.1 Päiväkirurgisen potilaan hoitopolku

Kehittyneet anestesiologiset ja leikkaustekniikat mahdollistavat entistä sairaampien potilaiden hoitamisen päiväkirurgisesti. Päiväkirurgisia potilaita valitessa tulee huomioida terveydentilan ohella suunnitellun toimenpiteen laajuus, postoperatiivisten komplikaatioiden riski ja niiden hoitomahdollisuudet sairaalasta poistumisen jälkeen. Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevien leikkauksekelpoisuus arvioidaan samoilla periaatteilla kuin muiden leikkauspotilaiden. Korkea ikä ei ole este päiväkirurgiselle hoidolle, jos potilaan mahdolliset perussairaudet ovat hyvässä hoitotasapainossa. (Käypä hoito 2014.) Leikkauksen jälkeen päiväkirurgisella potilaalla tulee olla hakija ja aikuinen seuralainen seuraavaan aamuun asti (Pihlajalinna 2019a). Nykytutkimustiedon mukaan ei ole tietoa, vähentääkö vaatimus vastuullisesta seuralaisesta päiväkirurgisen leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita tai haittatapahtumia (Käypä hoito 2014). Leikkausta edeltävästi potilaan tulee olla syömättä kuusi tuntia ja kirkkaita nesteitä saa ottaa pienen määrän kaksi tuntia ennen sairaalaan saapumista (Pihlajalinna 2019a). Potilas saa ottaa tiettyjä lääkkeitä leikkauispäivän aamuna (Pihlajalinna 2019a). Leikkauksen jälkeinen postoperatiivinen valvonta tapahtuu aina ensimmäisen vaiheen heräämössä (Rauta 2013). Yleisanestesia ja spinaalianestesian jälkeen potilas saa juotavaa ja syötävää heti, kun hän kokee sen hyväksi ja potilas voi ruokailla myös ensimmäisen vaiheen heräämössä. (Pihlajalinna 2019a.) Toisen vaiheen heräämön siirrytään, kun potilas kokee vointinsa hyväksi ja häntä avustetaan ylös vuoteesta. (Rauta 2013.) Poikkeustapauksessa potilas voi siirtyä leikkaussalista suoraan toisen vaiheen heräämön, mutta se on harvinaista (Pihlajalinna 2019a). Kotiuttaminen tapahtuu vasta, kun kotiuttamiskriteerit täyttyvät ja kotiuttamiskriteerien täytyminen kirjataan potilastietojärjestelmään (Rauta 2013). Pihlajalinna sairaalan yleiset kotiutuskriteerit ovat seuraavat: potilas on saanut kotihoito-ohjeet ja jatkohoito-ohjeet, reseptit ja kivunhoito on potilaalla tiedossa, potilaalla on hakija ja aikuinen seuralainen yön ajan. Lääketieteelliset kotiutuskriteerit ovat vastaavasti seuraavat: kipu on hallinnassa kotona hoidettavilla kipulääkkeillä, potilas pystyy kävelemään tuetta tai keppiä avulla, potilas on syönyt ja juonut eikä ole pahoinvointia, leikkausalueelta ei ole verenvuotoa ja spinaalianestesiassa tehdyn toimenpiteen jälkeen potilas on virtsannut. Tarvittaessa virtsarakko tarkis-

tetaan ultraäänen avulla ja arvioidaan kotiutus, jos virtsaaminen ei onnistu. Leikkauksen jälkeisellä kuntoutuksella on merkittävä rooli potilaan toipumisen kannalta. (Pihlajalinna 2019a.)

3.2 Leikkaushaavan hoito

Kirurgiseen toimintaan liittyy aina tulehdusriski, koska toimenpiteissä yleensä kaivotaan ihoon tai limakalvoon. Ihon ja limakalvon yksi tehtävä on estää bakteerien pääsy elimistöön. Ennen leikkausviiltoa leikkausalue puhdistetaan bakteereita tappavilla aineilla ja leikkausalue suojataan leikkausliinoilla sekä noudatetaan tekniikoita, joilla leikkausal ympäristön bakteereita ei pääsisi leikkaushaavaan. (Saarelma 2019.) Osassa leikkauksista potilaalle annetaan antibioottihoitoa ennaltaehkäisevästi, näitä leikkauksia ovat tietyt ortopediset leikkaukset, joissa potilaalle asennetaan erityismateriaalia kuten ruuveja tai ankkureita, kuten eturistisiteen korjausleikkaus sekä kierukan kiinnitys (Pihlajalinna 2019b). Leikkauksen jälkeen potilas voi itse huolehtia haavan pysymisestä puhtaana. Leikkaushaava tulee olla suojattuna 24 tuntia leikkauksen jälkeen, jonka jälkeen haavaa ei tarvitse suojata. Leikkauksen jälkeen on syytä välttää kovaa rasitusta, uimista ja saunomista ainakin ompeleiden poistoon saakka. Ompeleita pidetään yleensä käsikirurgisissa toimenpiteissä 14–28 vuorokautta, riippuen onko potilaalla kipsi tai lasta ja polven alueen leikkauksissa ompeleita pidetään vastaavasti 8-14 vuorokautta. Ompeleiden poiston jälkeisenä päivänä potilas voi mennä saunaan, jos haava on parantunut kunnolla. Leikkaushaavan tulehduksen tyypillisiä oireita ovat haavan ympäröivän kipu ja punoitus, märkäinen vuoto haavasta ja korkea kuume. (Pihlajalinna 2019a.) Tikkien ympäristön punoitus ja kirkkaan tai verisen kudosnesteiden erittyminen haavasta eivät vielä merkitse tulehdusta (Saarelma 2019.)

3.3 Leikkauksen jälkeinen kivunhoito

Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudosaan tai sen uhkaan. Potilaan hyvä hoito perustuu toimivaan hoitosuhteeseen potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Kivunhoitosuunnitelma tulee laatia potilaan kanssa yhteistyössä ja kipua ja toimintakykyä tulee arvioida ja kirjata jatkuvasti. Kivunhoidon tavoitteina ovat kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja kokonaisvaltaisen elämänlaadun paraneminen. Leikkauksen jälkeen on tärkeää käyttää ki-

vunhoidossa lääkkeettömiä hoitoja, yleisintä on kylmähauteiden käyttäminen leikkausalueella. Leikkauksen yhteydessä syntyy kudოსvauriota ja kudოსvauriokivun hoidossa on hyvä käyttää parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä tai niiden yhdistelmää, hoitoon voidaan yhdistää myös mieto opioidi. Potilaan oma arvio kivusta on kivun arvioinnin lähtökohta, kivun kestoa, tyyppiä ja sijainti tulee arvioida. Kivun voimakkuutta voidaan arvioida eri mittareiden avulla, joita ovat numeerinen asteikko 0–10 (numerical rating scale, NRS), kipujana (visual analogue scale, VAS), sanallinen arvio (verbal rating scale, VRS) tai kasvokuvat, joita käytetään lähinnä lasten kivunhoidon arvioinnissa. (Käypä hoito 2017.)

3.4 Polven ja käden alueen vammat.

Pihlajalinna sairaalassa hoidetuista ortopedisistä ja käsikirurgisista potilaiden vammoista suurin osa on sattunut vapaa-ajan tapaturmissa (Pihlajalinna 2019b). Suomessa liikuntatapaturmat ovat suurin vammoja aiheuttava tapaturmaluokka, vuonna 2017 Suomessa tapahtui 420 000 liikuntavammaa ja näistä noin joka kolmannes vaati lääkärin hoitoa. Yli neljännes kaikista liikuntavammoista kohdistuu polveen ja nilkkaan. (Parkkari, Kannus & Kujala 2018.) Valtaosa urheiluvammoista ovat pehmytkudosten venähdyksiä, revähdyksiä tai ruhjeita sekä rasitusvammoja. Nilkan nivelsidevamma, polven venähdys ja polven nivelsidevammat ovat hyvin yleisiä urheilussa, vammat syntyvät erityisesti vauhdikkaiden pelien yhteydessä, joissa tapahtuu äkillisiä jarrutuksia, suunnan muutoksia tai joissa keho kääntyy paikallaan olevan jalan varassa. Nilkan nivelsidevamman vammamekanismina on usein nilkan uloskierto. Isot nivelsiderepeämät vaativat aina leikkaushoitoa. Koripallossa, jalkapallossa, salibandyssa ja lentopallossa vammat kohdistuvat useimmiten alaraajoihin, hankalimmat vammat syntyvät kierto- ja kiertoliikkeessä polven ollessa kuormittuneena, jolloin vaarassa on vaurioitua ristsiteet tai nivelkierukat. Jääkiekossa, judossa ja karatessa esiintyy yleisesti myös yläraajavammoja. (Erämies 2017 & Saarelma 2019.) Merkkejä vammasta ovat kipu ja turvotus, raajan virheasento. Huomattava turvotus viittaa usein polviniveleen kertyneeseen vereen, joka on merkinä polven rakenteisiin syntyneestä vauriosta. (Saarelma 2019.) Mikäli polveen ilmaantuu polven pettämistä, turvotusta, lukkoutumista, kovaa kipua tai etenkin jos polvi estää varaimisen on syytä hakeutua hoitoon, hoito määräytyy vamman luonteen mukaisesti. Vakavampia polvivammoja ovat polvilumpion sijaltaan meno, eturistsiteen- ja takaristsiteen repeämä, nivelkierukan repeämä. Polviniveleen vamma

voi lisätä myöhemmällä iällä kehittyvän polven nivelrikon riskiä 5–10 kertaisesti. (Saarelma 2019.)

Käden murtumat ja luksaatiot ovat tavallisia vammoja ja suurin osa niistä voidaan hoitaa konservatiivisesti. Murtumatyyppin arviointi vaatii röntgenkuvauksen ja kliinisen tutkimuksen. Tyypillisiä käden ja sormien vammoja ovat sormimurtumat, sormien nivelsidevammat ja luksaatio, käden koukistaja- ja ojentajajänteiden vammat ja varttinäluun alaosan murtumat. (Jokihaara 2018.) Tyypillisiä vammoja eri urheilulajeissa käden alueella ovat; koripallossa sormien vääntövammat, käsipallossa olkapään rasitusvammat, rullaluistelussa rannemurtumat, laskettelussa peukalon vääntövammat ja murtomaahiihdossa peukalon tyven vammat (Parkkari ym. 2018). Eri vamman hoito riippuu aina vamman asteesta, oleellisinta vamman tapahduttua on välittömästi hoitaa raajaa neljän K:n hoidon mukaan: kompressio–koho–kylmä–koti sekä lepo (Erämies 2017).

4 PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN OHJAUS

4.1 Potilasohjaus

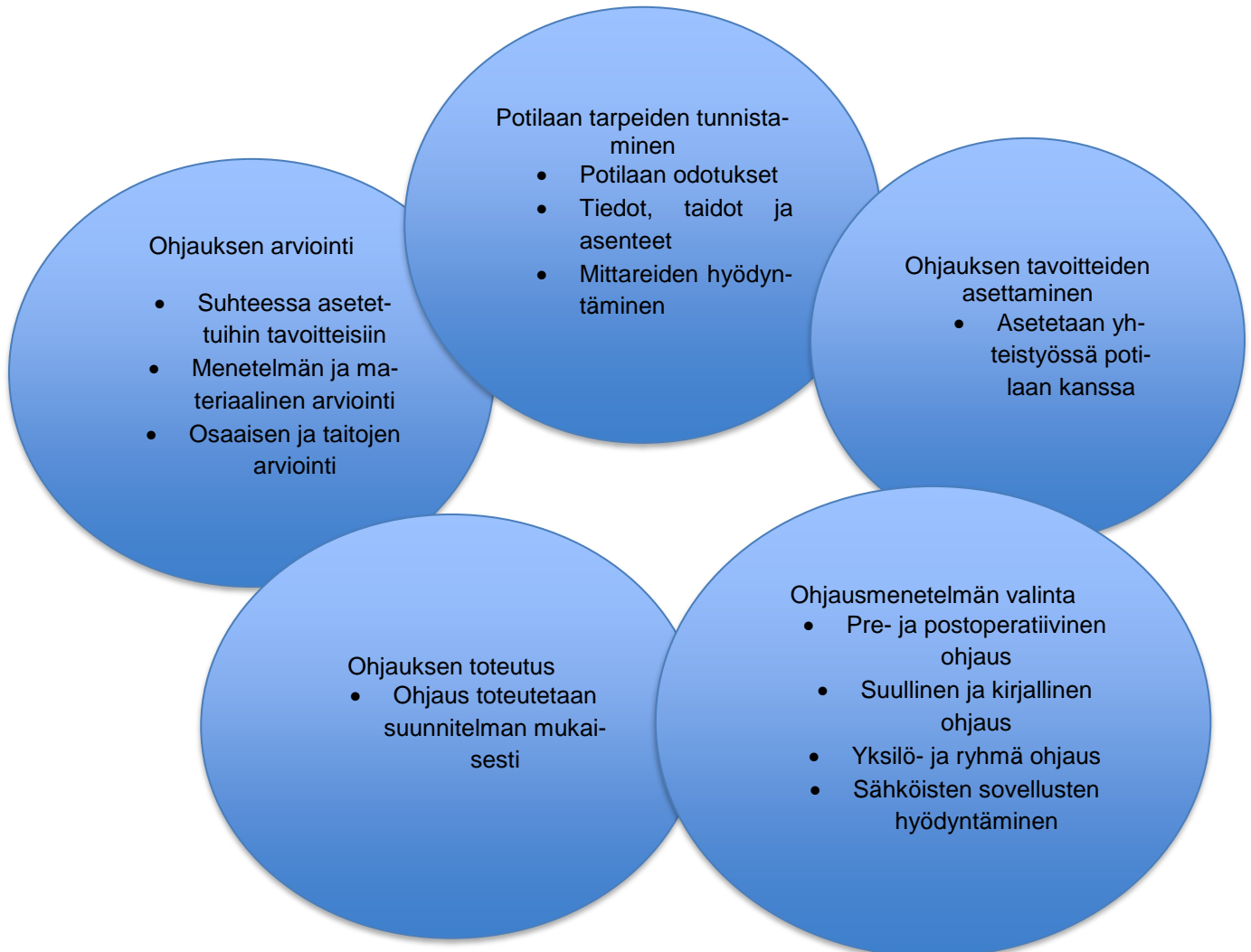
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää, että potilaalle on annettava selvitys hoidon merkityksestä, hänen terveydentilastaan ja eri hoitovaihtoehtoista sekä terveydenhuollon ammattihenkilön on huolehdittava, että potilas ymmärtää riittävästi annetun tiedon sisällön ja siten pystyy osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Terveydenhuoltolaki (2010/1326) määrittää, että terveydenhuollon tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on lisäksi oltava turvallista, laadukasta sekä asianmukaisesti toteutettua. Hoitotyöntekijöiden toteuttamalle potilasohjaukselle ja osaamiselle haasteita sekä kehittämispaineita lisäävät nopeutuneet hoitoprosessit, avohoitopainotteisuus sekä väestön ikääntyminen (Miettinen, Tervo-Heikkinen, Saaranen & Vaajoki 2018, 28).

Tulevaisuudessa korostuu potilasohjauksen monialaisuus. Haasteena pidetään ohjauksen merkityksen ymmärtämistä sekä sisällön hallintaa. (Luostarinen, Meretoja & Niemi 2019, 38.) Potilaan ohjaus on jatkuvaa vuorovaikutusta hoitopolun erivaiheissa ja ohjausprosessissa tulee ensin määritellä ohjauksen tarve, suunnitella ohjauksen kulku, ohjauksen toteutus ja lopuksi arvioida ohjauksen onnistuminen sekä vaikuttavuus (Lipponen, Kyngäs, Kääriäinen 2006, 10). Potilan hoidon jatkuvuuden kannalta tiedot tulee kirjata potilastietojärjestelmään. Laadukas potilasohjaus edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöiltä ammattitaitoa hallita kaikki potilasohjausprosessin eri osa-alueet. (Lipponen ym. 2006,11). Ohjauksen asiantuntijaksi on yleensä määritelty terveydenhuoltoalan ammattilainen, jolla on tietoa sekä valtaa ja potilas on palvelukäyttäjänä vastaanottajan roolissa. Heidän kohtaamisensa käynnistää monesti vallankäytön mekanismit. (Torkkola 2002, 13.) Yleensä asiantuntijan antama informaatio kohtaa potilaan terveydenhuollon ympäristössä, joka on asiantuntijan reviiriä ja potilas voi kokea tilanteensa epämiellyttäväksi sairaalan vaatteissa ja tiloissa (Torkkola 2002, 21). Potilasohjauksen tulisikin olla tasavertaista, jossa terveydenhuollon ammattilainen edustaa terveyden teoreettisen tiedon osaajaa ja potilas oman elämänsä asiantuntijaa (Kyngäs & Hentinen 2009, 33). Ohjaukseen vai-

kuttavia psyykkisiä tekijöitä ovat onnistumisen odotus, aikaisemmat sairaalako-kemukset, motivaatio, terveysuskomukset, ohjaustarpeet, oppimistyyli ja oh-jausvalmiudet (Kyngäs & Hentinen 2009, 87). Potilas voi määritellä myös omat ohjaustarpeensa yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Ohjauksen tavoitteet asetetaan yhdessä potilaan kanssa ja näin tuetaan potilaan omaa aktiivisuutta. (Heikkinen 2013.) Potilasohjauksessa on myös tärkeää, että asiakkaan ja hoita-jan välille syntyy turvallinen ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde (Torkkola ym. 2002, 29). Asiantuntija osoittaa konkreettisesti puheillaan ja ilmeillään ole-vansa läsnä, kun hän kuuntelee asiakasta ja tarkentavilla kysymyksillä ja yh-teenvedolla keskustelusta asiantuntija varmistaa, että hän on kuunnellut asiak-kaan viestin (Torkkola 2002, 19). Vuorovaikutteissa potilasohjauksessa on huo-mioitava läsnäolo, vuoropuhelu sekä potilaan esittämät ilmaisut ja tulkinnat (Kyngäs & Hentinen 2009, 97).

Kirjallinen ohjaus on tärkeää, koska asiakkailta odotetaan itsehoitovalmiutta ja lisäksi asiakkaat haluavat tietää enemmän omasta terveydestään ja sen hoi-dosta. Hyvillä kirjallisilla ohjeilla on hyvä täydentää suullista ohjausta. (Torkkola ym. 2002, 7; Kyngäs & Hentinen 2009, 115; El Shafie, Craik, Day, Desborough, Bardakos, Twyman 2014, 10.) Toimenpiteeseen liittyvää kirjallista ohjausmateri-aalia voi antaa potilaalle myös ennakkoon (Kyngäs & Hentinen 2009, 115). Suul-lisen ja kirjallisen ohjauksen tueksi olisi hyvä olla myös verkkopohjaisia ohjaussi-vustoja ja teknologiaa potilaalle ja hänen omaisilleen (Kyngäs & Hentinen 2009, 113; Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2015, 21). Potilaan vointia voi myös seurata nykyaikaisella mobiiliteknologialla (Koskivuo, Brück & Veräjän-korva 2019, 1847). Teknologian avulla annettua tietoa ovat internetin avulla an-nettu ohjaus, mobiililaitteet sekä erilaiset videot. Teknologian avulla voidaan an-taa hyvin tietoa, mutta emotionaalinen anti jää vähemmälle. (Kyngäs & Hentinen 2009, 113.) Ohjauksen pitäisi olla myös emotionaalista tiedollisen ohjauksen li-säksi (Kyngäs & Hentinen 2009, 33). Potilasohjaus on onnistunut, kun asiakas on saanut tarvitsemansa tiedot ja taidot kotona selviytymistä varten. Päiväkirur-gisen potilaan hoitopolku on nopeaa, joten siinä korostuu hyvä suullinen ohjaus, johon jää vain toisinaan vähän aikaa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7.) Potilasohjeiden antamiseen tulisi kuitenkin varata aikaa, rauhallinen tila, jossa on huomioitu asiakkaan yksityisyys (Torkkola ym. 2002, 29-30). Potilasohjauksen erityisryhminä pidetään lapsia ja ikääntyneitä heidän kognitiivisen oppimisensa

vuoksi. Päivystyspotilailla korostuu ohjauksen nopeus ja tiedon nopea omaksuminen. (Heikkinen 2013.) Heikkinen on kuvannut tiivistetysti potilasohjauksen kuviossa 1.



Kuvio 1. Potilasohjauksen toteutus. Heikkinen (2013)

4.2 Potilasohjauksen laatu

Potilasohjauksen laadukkuuteen liittyy potilaslähtöisyys ja suunnitelmallisuus. Potilasohjauksen pitää olla myös vuorovaikutteisesti toteutettu sekä sisältää tietoa sairauden ennusteesta. (Kaakinen 2013, 55.) Laadukas potilasohjaus vaatii terveydenhuollon ammattihenkilöltä myös asenteellisia, tiedollisia ja taidollisia valmiuksia. Potilasohjauksessa tulee huomioida tila, missä ohjaus tapahtuu ja minkälaista potilasohjausmateriaalia on annettavana. Käytetty ohjausaika poti-

laaseen kertoo työyksikön arvoista ja suhtautumisesta ohjaustilanteeseen. (Kyn-gäs & Hentinen 2009, 92-93.) Ohjaus on tärkeä osa potilaan hoitoprosessia ja yksi hoitotyön keskeisimmistä toiminnoista (Lehtonen, Kääriäinen & Elo 2017, 304). Ohjausta arvioidaan jatkuvasti hoitoon sitoutumisen, lopputuloksen sekä ohjauksen näkökulmasta. Annettua ohjausta tulee arvioida kriittisesti ja rehellisesti. Laadukkaan ohjauksen tavoitteena on perusteellinen kirjaaminen (Kyn-gäs & Hentinen 2009, 104, 108-109.)

Potilaan ohjaustarpeessa tulee huomioida myös siihen vaikuttavat tekijät. Näitä ovat potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä ympäristötekijät. Fyysisiä tekijöitä ovat ikä, sukupuoli, perussairaudet ja tulevan leikkauksen muutos omaan toimintakykyyn. Psyykkisiä tekijöitä ovat vastaavasti potilaan aikaisemmat sairaala kokemukset, oppimiskyky ja motivaatio. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida erityisesti psyykkisistä tekijöistä ennako-olettamukset, pelkotilat sekä jännitys. Potilaan pelkoa lisäävät potilaan kokema kipu, tunteiden hallinta, ennako-olettamukset hoidosta sekä ohjauksen puute. Sosiaalisia tekijöitä ovat läheisten antama tuki ja potilaan kulttuuritausta. Ympäristötekijöinä ovat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ympäristön luonne. (Heikkinen 2013.) Potilasyhteistyössä tulisi jatkossa huomioida omaisten läsnäolo, omaisten olisi hyvä olla sairaalassa potilasohjaustilanteessa tulo- ja kotiutusvaiheessa (Johanson, Kesä-nen, Montin & Virtanen 2010, 55; Eloranta ym. 2015, 21). Tutkimuksessa todettiin, että ohjausmenetelmistä hoitohenkilökunta hallitsi vain hyvin suullisen ohjauksen. Kolmannes potilaista ei saanut kirjallista ohjausmateriaalia ollenkaan mukaan ja potilaista viidennes koki, että ohjaus olisi ollut potilaslähtöistä. Ohjaus oli myös riittämätöntä ennen sairaalaan tuloa ja ohjaus oli riittämätöntä sairaalassa sosiaalisen tuen osalta ja ohjauksessa ei otettu riittävästi huomioon potilaan taustatekijöitä. (Kääriäinen 2007, 5.)

4.3 Oppimistyylit

Potilasohjauksessa tulee huomioida potilaan oppimistyyli, koska ihmiset oppivat eri tyyleillä ja tavoilla. Oppimistyylit voidaan jakaa kineettisiin, auditiivisiin sekä visuaalisiin. Oppimistyyliä pidetään ihmisen pysyvänä ominaisuutena. Oppimistyyli tulisikin huomioida, jotta hoitoon sitoutuminen olisi mahdollisimman hyvää. Oppimistyylin tunnistamiseksi tulisi käydä avointa keskustelua potilaan kanssa. Kinesteettinen oppija oppii omien kokemusten kautta. Kinesteettiselle oppijalle

on tärkeä miellyttävä oppimisympäristö ja oppiminen tapahtuu tuntohavainnon avulla. Ohjauksessa käytyjä asioita pystytään palauttamaan muistamalla, miten hoitaja esitti asian tai miltä asia tuntui ohjaustilanteessa. Audiitiivinen oppija oppii asioita vastaavasti kuuloelimen avulla. Audiitiiviselle oppijalle on tärkeää asioiden selkeä kertominen sekä vuoropuhelu hoitajan ja potilaan välillä. Visuaalinen oppija oppii uusia asioita näkemällä, näköaistin merkitys kasvaa oppimisessa. Ohjauksessa korostuu kirjallinen materiaalia ja kuvamateriaali. Visuaaliselle oppijalle on myös tärkeää nähdä kirjalliset hoito-ohjeet. (Kyngäs & Hentinen 2009, 91-92.)

4.4 Puhelinohjaus

Puhelinohjausta voidaan tarjota potilaalle kahdella eri tavalla: reaktiivisesti tai proaktiivisesti. Reaktiivisen puhelinohjauksen tyypillisenä piirteenä on asiakkaan aloitteesta akuuttiin terveysongelmaan liittyvä ohjauskontakti ja se ei yleensä pohjautu aikaisempaan hoitosuhteeseen. (Kyngäs ym. 2012, 216.) Leikkauksesta toipuvan potilaan vastuu on aina leikkauksen tehneellä sairaalalla. Potilaan ongelmien selvittelyyn riittää yleensä asiantunteva neuvonta erityisen hoidon sijaan. Potilaalla olisikin hyvä olla suora puhelinnumero leikkausyksikköön. (Koski-vuo, Brück & Veräjänkorva 2019, 1847.)

Proaktiivinen puhelinohjaus tarkoittaa ennalta solmittua ohjauskontaktia hoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa, jossa aloitteen tekee hoitaja. Hoitaja antaa puhelimitse potilaalle liittyvää ohjausta yksilöllisesti. Ohjausinterventio on osa potilaan hoitosuunnitelmaa. (Kyngäs ym.2012, 232.) Puhelinohjauksessa korostuu asiakaslähtöisyys ja se perustuu luottamukselliseen vuorovaikutussuhteen (Kyngäs ym. 2012, 216). Proaktiivisen puhelinohjauksen vaikutukset suuntautuvat terveyteen, hoitoon sitoutumiseen, selviytymiseen kotona, hyvään elämänlaatuun, asiakasturvallisuuteen, sairauden hallintaan sekä resursseihin ja kustannuksiin (Kyngäs ym. 2012, 240). Proaktiivisen puhelinohjauksen yksi kohderyhmistä on aikuispotilaiden päiväkirurginen ohjaus, joka tarkoittaa kirurgisesta leikkauksesta toipumista (Kyngäs ym. 2012, 236). Tässä opinnäytetyössä postoperatiivinen soitto on proaktiivista puhelinohjausta. Henkilökunnan tulisi harkita tähän lisämenetelmiä, jotta potilasta voisi muistuttaa hoito-ohjeista myös myöhemmin leikkauksen jälkeisinä päivinä. Näin voidaan vähentää potilaan ahdistuneisuuden

tunnetta ja lisätä hoitomyönteisyyttä. Informaation antaminen ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä voi olla polvileikkauksen jälkeen optimaalinen ajankohta ja hoito-ohjeiden antaminen myös myöhemmin voi parantaa asioiden muistamista, tämä voi kuitenkin olla vaikeaa kiireisen aikataulun vuoksi. (Da Assunção ym. 2013, 1510.) Hoito-ohjeiden antaminen potilaalle jälkeinpäin voi vähentää kipua ja ahdistuneisuutta ja parantaa kotona selviytymistä (Khanh-Dao Le 2018, 1). Kattavalla suunnitelmalla voidaan auttaa parantamaan päiväkirurgian potilaiden kokemusta (Mitchell 2015, 415). Ensimmäisenä päivänä tehty postoperatiivinen soitto on jo osa potilasohjausprosessia Pihlajalinna sairaalassa.

Tutkimusten mukaan työkokemuksella on tilastollisesti merkitsevä ero sairaanhoitajien taidoissa ja tiedoissa, viisi vuotta tai sen alle työkokemuksen omaavat pitivät taitojaan ja tietojaan puhelinneuvontaan parempina kuin yli viiden vuoden työkokemuksen omaavat. Kehityksen ja osaamisen ylläpitämiseksi sairaanhoitajien tulisi saada jatkuvaa koulutusta puhelinneuvontaan ja koulutuksen tulisi olla yksilöllistä riippuen sairaanhoitajien työkokemusvuosista sekä tarpeista. (Tarkiainen, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 111-112.) Toisaalta nuoremmilla voi olla vähemmän työkokemusta, mutta heillä voi olla uudemmat ja paremmat teoreettiset tiedot, mikä vaikuttaa oppimiseen (Hentinen & Kyngäs 2009, 87). Sairaanhoitajille tulisi tuoda paremmin tietoon puhelinneuvonnan vaikutusmahdollisuuksista potilaiden terveyteen ja hyvinvointiin (Kaakinen ym. 2012, 112). Postoperatiivinen soiton tavoitteena on arvioida potilaan vointia ja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt jatkohoito-ohjeet (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 324). Potilastyytyväisyystutkimuksissa on toistuvasti tullut esille, että huono ja vähäinen tiedonsaanti lisää tyytymättömyyttä hoitoon (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 8). Potilaat kokevat, että he selviävät leikkauksesta paremmin, jos informaatiota olisi saatavilla ja heitä olisi tuettu ennen leikkausta (Khanh-Dao Le 2018, 1).

4.5 Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen ohjaus

Ortopedisten ja tuki- ja liikuntaelin sairauksia sairastavien potilaiden ongelmat ovat Suomessa yleisiä ja ne koskettavat montaa meitä suomalaista, ne ovat myös pitkäaikaisia ongelmia (Kiviranta & Järvinen 2012, 5). Viimeisen sadan vuoden aikana Suomessa elinikä odote on kasvanut merkittävästi. Pitkällä aikavälillä tarkisteltuna suomalaisten keski-ikä nousuun on vaikuttanut syntyvyyden nousu ja

kuolleisuuden väheneminen. Lääketieteen, elämäntapojen ja elinolosuhteiden väheneminen vaikuttavat eliniän odotteeseen. Leikkaushoidon päätökseen vaikuttaa entistä enemmän potilaan ikä ja hänen oma toiveensa hoidon intensiteetin lisäämisestä. (Kiviranta & Järvinen 2012, 466.) Päiväkirurgisen potilaan ongelmia ovat lyhyt sairaalassaoloaika ja hoidossa korostuu tiimityö sekä saumaton henkilökunnan ammattitaito (Renholm 2015, 12). Hoidon aikana potilaiden tyytymättömyyttä lisääviä tekijöitä ovat pitkä paastoaika ja odotusaika leikkaukseen sekä epätoimiva viestintä potilaan ja sairaalan välillä (Fregene, Wintle, Raman, Edmond, Rizvi 2017, 1; Khanh-Dao Le 2018, 1). Liian pitkät odotusajat leikkauksiin lisäävät myös potilaiden ahdistuneisuutta (Khanh-Dao Le 2018, 1).

Yli 65-vuotiaiden ja ensimmäistä kertaa tähytyksessä ja olleiden potilaiden ohjaus on vähäistä. Tulevaisuudessa tulisikin ohjauksessa huomioida enemmän ensimmäistä kertaa päiväkirurgisessa toimenpiteessä olevat potilaat ja perheenjäsenen rooli terveydenhuollon henkilöstön yhteistyökumppanina ja potilaan voimavarana erityisesti jatkohoidon tukijana korostuu. (Heino 2005, 107.) Iäkkäillä potilailla on todettu olevan vähemmän kognitiivisia häiriöitä päiväkirurgian yhteydessä. Tämä tukee heille lyhyempää sairaalassaoloaika (Canet, Raeder, Rasmussen, Enlund, Kuipers, Hanning, Jolles, Korttila, Siersma, Dodds, Abildstrom, Sneyd, Vila, Johnson, Muñoz Corsini, Silverstein, Nielsen & Moller 2003, 1204).

4.6 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutuminen on merkittävä ja yleinen haaste terveydenhuollossa. Huonompi hoitoon sitoutuminen johtaa suurempaan sairastavuuteen, kuolleisuuteen ja laatupainotettujen elinvuosien menetyksiin (Kyngäs & Hentinen 2009, 23; Aarnio & Martikainen 2016). Lisäksi huono hoitoon sitoutuminen korostuu myös lyhyessä lääkehoidossa (Aarnio & Martikainen 2016). Potilaan lääkehoidon parantamiseksi voidaan tehdä parantavia toimenpiteitä, kuten antaa selkeitä ja yksinkertaisia hoito-ohjeita, kuuntelemalla ja rohkaisemalla potilasta sekä räätälöimällä hoito-ohjeet potilaan toiveiden mukaisesti (Osterberg & Blaschke 2005, 493). Laadukkaasti laadittu ohjausmateriaali auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa (Kyngäs & Hentinen 2009, 115). Kirurgisten potilaiden tiedontarve vaihtelee ja ohjaus tulisi toteuttaa yksilöllisesti (Suhonen & Leino-Kilpi 2006, 1). Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi huomioida potilaan mieliala ja masentuneisuuden oireet. Psykkisillä ongelmilla onkin todettu olevan negatiivista vaikutusta

hoitoon sitoutumiseen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 27-28.) Kipu ja väsymys vaikuttavat negatiivisesti potilaan voimavaroihin ja heikentävät hoitoon sitoutumista (Kyngäs & Hentinen 2009, 30). Jos potilaan sairauteen liittyy sitoutumista moniin terveyteen vaikuttaviin asioihin, kuten fysioterapiaan, apuvälineiden käyttöön ja lääkehoitoon, on hoitoon sitoutuminen heikompaa kuin potilailla, joilla on vain yksi sairauteen liittyvä asia (Kyngäs & Hentinen 2009, 86). Kokemukseni mukaan päiväkirurginen potilas joutuu sitoutumaan moneen terveyteen vaikuttavaan tekijään. Potilaan hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot voidaan jakaa niiden menetelmien ja sisällön osalta yksilö- ja ryhmäohjausinterventioihin sekä teknologiapainotteisiin ohjausinterventioihin (Elo, Kurikkala, Kyngäs & Kääriäinen 2015, 8).

Perheen tuki edistää hoitoon sitoutumista (Kyngäs & Hentinen 2009, 34). Omaisten ottaminen mukaan potilasohjaustilanteeseen lisää potilaan tiedonsaantioikeutta (Miettinen ym. 2018, 28). On todettu, että potilaan kokema turvallisuuden tunne, vuorovaikutteinen ympäristö sekä vastaanottavan hoitoyksikön positiivinen ilmapiiri lisäävät edistävän hoitoon sitoutumista ja yhteistyötä (Kyngäs & Hentinen 2009, 31). Ohjauksella voidaan lisätä potilaan tietoa sairaudesta ja leikkauksesta, edistää omahoitoa, haavanhoitoa, kivun hoitoa, jatkohoitoa ja kuntoutumista sekä vähentää läheisten epätietoisuutta potilaan tilanteesta (Kivelä ym. 2014; Kajula ym. 2016; Kaakinen ym. 2017). Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen ja hoitosuhteen on todettu keskeisin oppimiseen ja sen myötä hoitoon sitoutumisen vaikuttava asia (Kyngäs & Hentinen 2009, 32 -33). Parhaimmillaan hoitoon sitoutuminen on potilaan vastuullista ja aktiivista toimintaa terveyden määräämällä tavalla yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Kyngäs & Hentinen 2009, 17). Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi motivoida potilaita asettamalla tavoitteita ja suunnitella hoitoa yhdessä potilaan kanssa. Motivointi johtaa hyvään hoitoon sitoutumiseen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 88.) Voimavaraistumisen tieto on tärkeää omaiselle tukiessa potilasta kotona fyysisesti ja psyykkisesti. Läheiset kaipaavat konkreettista tietoa, kuinka tukea omaista kotona leikkauksen jälkeen. (Johanson ym. 2010, 53.) Pelolla on todettu olevan vaikutusta ahdistuneisuuteen, joka heikentää hoitoon sitoutumista (Kyngäs & Hentinen 2009, 30). Ennen leikkausta potilaan stressiä ja ahdistusta voidaan vähen-

tää lisäämällä odotustilaan musiikkia ja aikakauslehtiä (Matsota, Christodoulou-poulou, Smyrnioti, Eleni, Pandazi, Kanellopoulos, Koursoumi, Karamanis & Kostopanagiotou 2013, 301; Khanh-Dao Le 2018, 1).

4.7 Tuki ja liikuntaelin vaivat ja hoitoon sitoutuminen

Tuki- ja liikuntaelin sairaudet (TULE) ovat yksi suomalaisten kroonisista kansansairauksista (Kyngäs & Hentinen 2009, 150; THL 2019; TTL 2019). TULE-vaivoihin liittyy kipua, jotka esiintyvät monella eri alueella (TTL 2019). TULE-vaivoihin vaikuttavia tekijöitä ovat fyysinen työ, yksilölliset tekijät, psykososiaaliset tekijät, työympäristö sekä tapaturmat. Fyysiseen työhön kuuluvat staattinen työ, käsin tehtävät nostot ja siirrot sekä huonot työasennot. Yksilöllisiä tekijöitä ovat terveelliseen elämäntapaan liittyviä tekijät. Psykososiaalisiin tekijöihin liittyy työhön liittyviä tekijöitä ja vaikutuksia. Työympäristö sisältää lämpötilan haittavaikutukset. Liikuntalajeihin liittyy myös tapaturmia, jolloin eri liikuntaelimiin voi tulla vaurioita. Liikuntavammojen jälkitiloina voi syntyä nivelrikkoa sekä erilaisia kiputiloja. Kohutuullinen liikunnan harrastaminen lisää liikuntaelinten terveyttä. (TTL 2019.) TULE-sairauksiin sitoutuminen on huonoa. Syynä tähän pidetään potilaiden kokemusta osittaisesta vaivasta sairauden sijaan. Tutkimusten mukaan ajoittaisten vaivojen hoitoon sitoutuminen on huonompaa. TULE-potilaiden hoidosta puuttuvat selkeät yhteiset tavoitteet ja toimintamallit. Hoitoon sitouttamisella voitaisiin saada aikaan suurempaa hyötyä yksilö- ja yhteiskuntatasolla. (Kyngäs & Hentinen 2009 151.)

4.8 Kognitiivinen suoriutuminen

Tutkimuksissa on todettu, että potilaiden suurimpana esteenä suunnitellun hoidon toteutumiselle on heidän puutteellinen ongelmanratkaisukykynsä sekä selkeän tiedon puute. Asioiden selkeä ymmärtäminen auttaa uuden tiedon omaksumisessa sekä ratkaisee ongelmatilanteissa asioiden soveltamisen käytäntöön. Potilaalta edellytetään myös käytännön taitojen oppimista asioiden ymmärtämisen ohella. Käytännön taitoja ovat haavanhoito ja leikkausalueen ihon kunnosta huolehtiminen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 29-30.) Anestesian kesto, rauhoittavien lääkkeiden käyttö sekä opiaattien käyttö eivät merkittävästi korreloivia muistamisen kanssa, vaan tekijöinä on muita vaikuttavia tekijöitä (Da Assunção, Neely, Lochab, Mizumi-Richards, Barnett & Pandit 2013, 1510). Tutkimuksissa on myös havaittu, että kognitiivista suoriutumista voi hetkellisesti heikentää

heikko ravitseminen, niukka liikunta, sairaudet, stressi ja masennus. Huonolla kuulolla ja näöllä voi olla vaikutusta siihen, että aistimuisti ei toimi normaalisti, jolloin tieto ei tallennu muistiin. Väsymys ja tarkkaavaisuus heikentää muistia, jolloin muistiin ei tallennu uutta tietoa eikä luetun tekstin ymmärtäminen onnistu (Härmä & Granö 2010, 56).

Ympäristö aiheuttaa ongelmia työmuistille. Häiriötekijöitä ovat laitteiden hälytykset, puhelimet, työkaverit ja televisio (Kyngäs & Hentinen 2009, 94-9; Härmä & Granö 2010, 56). Stressi, jännitys ja suuret elämäntapamuutokset voivat lyhytaikaisesti tyhjentää tiedon muusta uudesta tiedosta, tällöin työmuisti on kuormittunut ja ylimääräistä tietoa ei mahdu sinne. Hoitotyöntekijöiden tulisikin jatkossa entistä enemmän huomioida kokonaisvaltaisesti ympäristö, missä annetaan potilasohjausta. (Härmä & Granö 2010, 56.) Keskeytykset, häly, meteli, liikehdintä, turhat liikkeet ja liialliset virikkeet vaikeuttavat tarkkaavaisuutta ja keskittymistä olennaiseen asiaan. Tällöin työmuisti on kuormituksella eikä tietoa saa siirretty säiliömuistiin. (Härmä & Granö 2010, 36-37.) Virheellisen lääkehoidon toteutumisen syynä voi olla kognitiivisen toiminnan häiriöt kuten asioiden väärin ymmärtäminen (Kyngäs & Hentinen 2009, 44).

Päätelmänä voidaan todeta, että potilaille olisi annettava leikkauksen jälkeinen informaatio mahdollisimman lähellä kotiutumista, jotta toipuminen voidaan maksimoida ja siten myös tietojen säilyminen. Jos mahdollista, suullista informaatiota olisi täydennettävä kirjallisessa muodossa. (Blandford, Gupta, Montgomery & Stocker 2012, 1091.) Hoito-ohjeiden antaminen kahden tunnin päästä anestesiassa tehdyn polven tähystyksen jälkeen voi olla optimaalinen aika (El Shafie, Craik, Day, Desborough, Bardakos, Twyman 2014, 10). Blandford ym. toteavat, että suositus olisi, että leikkauksen jälkeen annettava suullinen informaatio annetaan aikaisintaan 40 minuutin päästä leikkauksesta ja sitä olisi tuettava kirjallisella materiaalilla (Blandford, ym. 2012, 1088).

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUSTAPA

5.1 Toimintatutkimus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Toimintatutkimus ei ole varsinainen tutkimusmenetelmä vaan lähestymistapa, jossa yhdistetään tutkimus ja käytännön kehittämistyö (Valli 2018, 215). Toimintatutkimus on yleensä laadullista tutkimusta (Moilanen, Ojasalo, Ritalahti 2014, 61). Toimintatutkimus on osallistavaa tutkimusta, jossa on tarkoitus ratkaista käytännön ongelma, tuloksena syntyy muutosta. Toimintatutkimus sopii kehittämistyön lähestymistavaksi, jossa etsitään ratkaisuja käytännön ongelmaan ja samalla tuotetaan uutta tietoa ja ymmärrystä havaittavasta ilmiöstä (Moilanen ym. 2014, 58). Toimintatutkimusta ohjaa käytännön intressi: halu tietää, miten asiat voisi tehdä paremmin (Moilanen ym. 2014, 58; Valli 2018, 215). Toimintatutkimuksessa käytäntöä ja teoriaa ei käsitellä toisistaan erillisinä asioina vaan saman asian eri puolina (Valli 2018, 216). Toimintatutkimus valittiin lähestymistavaksi, koska Pihlajalinna sairaalassa haluttiin ratkaista käytännön ongelma, kuinka parannetaan leikkauspotilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita. Uuden teoria tiedon avulla saatiin tietoa, kuinka luodaan laadukas postoperatiivisen soiton malli Pihlajalinna sairaalaan ja tuloksena syntyi muutosta potilasohjausprosessiin.

5.2 Tutkimuskysymysten muotoilu

Tutkimuskysymyksen muotoilu ei ala aina toimintatutkimuksessa tutkimuskysymyksistä vaan tutkimuksen tehtävän määrittelystä. Toimintatutkimuksessa pyritään hakemaan käytäntöön hyödynnettävää ja sovellettavaa tietoa käytännöiden kehittämiseksi. Toimintatutkimuksen intressi on selvittää kuinka asioiden täytyisi olla. (Moilanen ym. 2014, 58; Valli 2018, 220.) Toimintatutkimuksen piirteeseen kuuluu, että tutkimuksessa otetaan mukaan toimintaympäristössä olevat ihmiset mukaan kehittämistyöhön (Moilanen ym. 2014, 58). Osallistavassa kehittämisessä tutkija ja osallistavat toimijat tuovat omia ajatuksia ja ratkaisuja ongelman ratkaisemiseen. Muutos on hyväksyttävämpää, kun osallistavat toimijat ovat mukana toiminnassa. (Moilanen ym. 2014, 58.) Tutkimuskysymykset muokkautuivat opinnäytetyön edetessä, lopulliseen opinnäytetyöhän valmistui kolme tutkimuskysymystä.

5.3 Toimintatutkimusten vaiheet ja kehittämisongelmat

Toimintatutkimus etenee spiraalimaisesti vaiheittain eteenpäin. Tutkimusprosessissa vuorottelevat suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään kehittämisongelma ja asetetaan tavoitteet työlle, toisessa vaiheessa tutkitaan aikaisemmin kirjoitettu samankaltaista kirjallisuutta, kolmannessa vaiheessa tutustutaan aineistoon ja vahvistetaan projektisuunnitelma ja neljännessä vaiheessa tutkitaan mahdollisuuksia päämäärään pääsemiseksi. Haastattelut ja havainnointit kuuluvat olennaisina menetelminä tutkimusaineiston keruuseen toimintatutkimuksessa. Havainnointi on tehokas tapa kerätä aineistoa. (Moilanen ym. 2014, 61.) Tässä opinnäytetyössä on määritelty kehittämisongelmat, joihin tutkimuskysymysten avulla pyritään löytämään vastaukset.

5.4 Havainnointi tiedonkeruumenetelmänä

Havainnointia käytetään vähän hoitotieteen tutkimuksissa. Havainnoinnin etuna on kuitenkin tiedon saanti todellisissa ympäristöissä hoitotyön erilaisissa tilanteissa. Havainnoija voi kokea olevansa tilanteessa mukana. Tutkijan tulkinnan, minäkuvan ja havainnointitaitojen vaikutusta aineistoon on pohdittava koko tutkimusprosessin ajan ja tutkijan on tuotava esille, jos hän on vain tutkijan roolissa tilanteessa. Havainnoinnin eettisyyttä on tarkasteltava varsinkin, jos kyseessä on intiimitilanne. Havainnointi on oleellinen osa hoitoalantyyötä ja arvokas ja tehokas aineistonkeruumenetelmä. (Sinivuo, Koivula & Kylmä 2012, 291.) Havainnointi on aineistonkeruumenetelmänä työläs ja aikaa vievä (Tuomi & Sarajärvi 2008, 81). Havaintoja voidaan dokumentoida monin eri tavoin, tekniikoista tunnetuimmat ovat valokuvaaminen, muistiinpanot ja äänittäminen. Havainnointia voi olla tarkasti jäsennellyä, systemaattista, täysin vapaata tai luonnolliseen toimintaan mukautunutta. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 214-215.)

Havainnointia voidaan tehdä tutkimuksessa eri muodoin. Muotoja ovat piilohavainnointi, havainnointi ilman osallistumista, osallistava havainnointi sekä osallistuva havainnointi. Piilohavainnointiin liittyy paljon eettisiä ongelmia, joka eroaa muista havainnointi muodoista. Raja havainnoinnin ilman osallistumista ja osallistuvan havainnoin välillä ei ole kovin selkeä. Tutkimuspotilaat tietävät osallistuvansa tutkimukseen, jossa havainnoidaan ja heiltä pyydetään lupa. Havainnointi ilman osallistumista ei ole tiedonhankinnan kannalta tärkeässä osassa. Vastavasti osallistuvassa tutkimuksessa tutkija toimii aktiivisesti tutkimuspotilaiden

kanssa ja epäselvää on voiko tutkija vaikuttaa tapatumien kulkuun. Osallistavassa tutkimuksen ja osallistuvan tutkimusmuodon ero ei ole myöskään selkeä. Osallistava tutkimus kehitettiin alun perin tilanteeseen, jossa haluttiin, että tutkimuksen kohteena oleva ryhmä toimisi aktiivisesti ilman tutkijaa koko projektin ajan. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 81- 82.) Tässä tutkimuksessa käytettiin osallistuvaa havainnointia ja havainnointia ilman osallistumista. Tutkimuksen aineisto on kerätty systemaattisesti eli järjestelmällisesti. Tutkimuksessa aineisto kerättiin puolistrukturoidulle kaavakkeelle ja tutkimusta varten luotiin erikseen lomake havainnoinnin sekä teemahaastattelun mahdollistamiseksi. (LIITE 2). Kaavake perustui kirjallisuudessa nousseisiin tekijöihin, joilla on vaikutusta potilasohjaustilanteessa. Lomake käytiin läpi ennen käyttöönottoa asiantuntijaryhmässä ja lomakkeeseen tehtiin tarvittavat muutokset annettujen kommenttien pohjalta.

Osallistuva ja ei osallistuva havainnointi tapahtui tutkijan toimesta normaalissa työympäristössä työaikana havainnoimalla potilasohjeiden anto tilannetta. Toimintatutkimuksellissa opinnäytetyössä on perusteltua käyttää aktiivista havainnointi menetelmää (Tuomi & Sarajärvi, 2008, 81). Henkilökuntaa ei ole paljon Pihlajalinna sairaalassa, joten osallistuva havainnointi tutkijan puolesta oli myös perusteltua. Potilasohjeita sairaalassa antavat potilasohjausprosessin aikana heräämö- ja leikkausosaston henkilökunta, johon kuuluvat leikkaava lääkäri, anestesialääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, lääkintävahtimestari sekä fysioterapeutti. Havainnointitilanne kohdistui vain heräämössä tapahtuvaan havainnointiin, jossa sairaalan henkilökunta antoi kotiuttavalle potilaalle kotihoito-ohjeet yhteenvetona. Kotihoito-ohjeiden yhteenveto koostuu eri ammattiryhmien potilasohjeista. Havainnoitavalle potilaalle tehtiin ensimmäisenä ja kolmantena päivänä postoperatiivinen soitto. Havainnoinnin tutkimustulokset lisättiin täydentämään puhelinhaastatteluista saatuihin tutkimustuloksiin. Havainnointia käytettiin apuna selvittämään, mitkä tekijät vaikuttavat potilaan ymmärtämiseen leikkauksen jälkeen ja voidaanko asioihin vaikuttaa, jotta potilasohjausprosessi olisi entistä laadukkaampaa Pihlajalinna sairaalassa.

5.5 Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Teemahaastattelu voi olla puolistrukturoitu tai strukturoitu haastattelu muoto ja haastattelu voi vaihdella avoimen ja syvähaastattelun välillä (Tuomi & Sarajärvi

2008, 75). Teemahaastattelussa haastattelun aiheet ja teemat ovat ennalta määriteltä. Haastattelun kysymysten järjestys ja tarkka muotoilu voivat kuitenkin vaihdella. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 75. 76; Valli 2018, 29-30.) Opinnäytetyössä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua ja opinnäytetyössä käytetyn teemahaastattelun sisältö perustui Pihlajalinna sairaalassa käytössä olevaan anestesiakaavakkeeseen. Teemahaastattelu tehtiin puhelimitse tehtävänä lomakehaastatteluna ja tulosten kirjaamisen avuksi varten luotiin puolistrukturoitu kaavake (LIITE 2). Lomakehaastattelussa selvitettiin potilaalta, mitä hän ymmärtää hänelle annetuista potilasohjeista leikkauksen jälkeisinä päivinä. Selvitettäviä asioita olivat kipulääkitys, haavanhoito, fysioterapia, annetut jatkohoito-ohjeet ja mahdolliset kirurgin määräämät asentorajoitukset. Tutkimuksessa teemahaastateltiin tutkittavaa kohdetta puhelimitse ja tutkimus perustui kognitiiviseen ymmärtämiseen. Haastateltavasta henkilöstä luotiin yksityiskohtaista tietoa, joka perustui tutkittuun teoreettiseen pohjaan. Teoreettisena taustana toimi potilasohjaus ja kognitiivinen ymmärtäminen. Puolistrukturoituun kaavakkeeseen kirjattiin asiat, mitä potilas ymmärsi postoperatiivisesta soitosta. Normaalin hoitoprosessin mukaan saadut tiedot postoperatiivisesta soitosta kirjattiin normaalisti potilastietojärjestelmään. Tutkimukseen suunniteltiin otettavan 15-18 potilasta saturaatiota seuraten. Lopullinen tutkimuspotilaiden määrä oli 11 tutkittavaa. Tutkimuksen keräysaikaan vaikuttivat tutkimuksen aikana tehdyt leikkausmäärät ja ennalta määrättyjen kriteerien mukaisesti valitut tutkimuspotilaat.

Tutkija suoritti kaikki teemahaastattelut ja haastattelut soitettiin potilaille ensimmäisenä postoperatiivisenä päivänä pääsääntöisesti aamulla, osa puhelinhaastatteluista tehtiin myös puolenpäivän aikaan. Keskimääräinen soittoaika oli tutkitaville kello 10.00, joka noudattelee Pihlajalinna sairaalan käytäntöä tehdä postoperatiiviset soitot aamupäivän aikaan. Kolmantena postoperatiivisena päivänä soitettavista teemahaastatteluista ei kirjattu ylös soitettua kellon aikaa, koska tutkimusten mukaan suurempi merkitys on ensimmäisen postoperatiivisen päivän soiton ajalla. Soitot tapahtuivat kuitenkin päivällä. Teemahaastattelun tutkimustulokset ovat liitteessä. (LIITE 3)

5.6 Aineiston keruu

Aineiston keruun vaiheessa tutkijalle kertyy tutkimusaineiston lisäksi muuta materiaalia. Tutkimuksen tekijä hankkii tutkimukseen osallistujista perustiedot ja kirjaa samanaikaisesti omia ajatuksia, avuksi kannattaa ottaa tutkimuspäiväkirja muistin tueksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 109; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2007, 165.) Kylmä & Juvakka (2007, 109) on todennut Sandelowski (1995) viitaten aineiston keruun, käsittelyn ja analyysin erottaminen toisistaan on yleensä vaikeaa. Aineiston keruun aikana tapahtuu samanaikaisesti käsittelyä, tallentamista ja analyysia. Laadullisessa tutkimuksessa analyysi ja aineiston keruu ovat yleensä päällekkäisiä vaiheita. Hyöty on, että tutkimuksen tekijä voi täsmentää seuraavissa tiedonhaku vaiheissa käytettäviä menetelmiä. (Pope, Ziebland, & Mays 2000, 14.) Tutkimus rajattiin koskemaan Pihlajalinna sairaalaa. Aineistoa kerättiin ainoastaan siellä leikkauksessa olleista suomalaisista 18-65 vuotiaista henkilöistä, joille oli tehty ortopedian alaan tai käsialueen leikkaus. Tutkittavat potilasryhmät rajattiin koskemaan vain edellä mainittuja potilasryhmiä, koska suurin osa leikatuista potilaista Pihlajalinna sairaalassa ovat ortopedian ja käsialueen leikkauksia. Käytössä oleva potilasohjausmateriaalista on suurimmaksi osaksi suomenkielistä ja leikattavat potilaat ovat suomenkielisiä. Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi aineisto kerättiin vain suomalaisilta potilaita ymmärrysvirheiden välttämiseksi. Suomalaisilla potilailla tarkoitetaan suomen kieltä puhuvia ja ymmärtäviä henkilöitä.

5.7 Tutkimuspotilaiden taustatekijät

Tutkimus toteutettiin Pihlajalinna sairaalassa 25.4-16.5.2019 välisenä aikana. Sisäänotto ja poissulkukriteerien jälkeen tutkimukseen kertyi tutkimuspotilaita 11 kappaletta. Tutkimuspotilaat jaettiin kahteen ryhmään, joita olivat selkäydinpuudutetut eli spinaalipuudutetut ja nukutuksessa eli yleisanestesiassa tehdyt leikkaukset. Lukumäärällisesti spinaalipuudutetuja oli viisi ja yleisanestesia potilaita kuusi kappaletta. Ikähaitari tutkittavilla oli 33-61 ikävuoden välissä. Tutkimuskaavakkeeseen kerättiin taustatiedoiksi, sukupuoli, ikä, perussairaudet, tehty leikkaus, leikkauksen kesto, käytetty anestesiamuoto sekä anestesian kesto. Sukupuoli valikoitui tutkimuksessa mies tai naissukupuoleksi, tutkimuksessa kukaan ei määritellyt itseään muu sukupuoliseksi. Tieto tarkistettiin anestesiakaavakkeelta. Tehty leikkaus valittiin joko ortopediaan tai käsikirurgiaan kuuluviksi. Ortopedia käsittää jalan alueen leikkaukset kuten varvas, jalkaterä, nilkka, polvi,

lonkka sekä reisi tai ylävartalon alueen kuten olkapään. Käsikirurgia käsittää vastaavasti käsialueen leikkaukset kuten sormen, kämmenen, ranteen ja kyynärvarren alueen leikkaukset. Potilaat, jotka eivät kuuluneet ortopedian tai käsikirurgiaan kuuluviksi rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Leikkauksen kesto määriteltiin alkavaksi kirurgin tekemästä leikkausviillosta ja päättyneeksi ompeluvaiheen loppuun. Käytetty anestesia-aine määräytyi joko spinaalianestesiaksi tai yleisanestesiaksi. Spinaalianestesiaksi valittiin myös potilaat, jotka saivat nukutusainetta rauhoittavana lääkkeenä leikkauksen aikana, mutta olivat spontaanihengityksellä eli heidän hengitystään ei tarvinnut tukea käsiventilaation tai anestesiaventilaattorin avulla. Anestesian kesto oli aika spinaalipuudutetuilla anestesia-lääkärin laittamasta spinaalipuudutuksesta siihen saakka, kun potilas oli valmis siirrettäväksi pois leikkaustasolta sairaalasänkyyn. Anestesiankesto yleisanestesiapotilailla alkoi induktiovaiheesta. Induktiolla tarkoitetaan anestesian alussa lääkkeiden tai lääkeyhdistelmien antamista, joka johtavat yleisanestesiaan. Anestesia loppui, kun potilaaseen annettavien anestesiaan johtavien lääkkeiden antaminen lopetettiin leikkaussalissa.

5.8 Tutkimusympäristö

Ympäristö määriteltiin meluisaksi, jos lääkintälaitteiden hälytykset, puhelimen äänet, työkavereiden puhe tai television äänet häiritsivät hetkeä, jolloin potilasohjeita annettiin. Potilasmonitorin ollessa päällä, mutta hiljainen tulkittiin, että se ei ole häiritsevää. Potilasohjauksen paikaksi valikoitui tila, jossa potilasohjaus toteutui pääsääntöisesti, vaihtoehtoina oli leikkausali, ensimmäisen ja toisen vaiheen heräämö. Ensimmäisen vaiheen heräämö tarkoittaa leikkaussalista suoraan siirtyvien paikkaa, jossa potilas on monitoroitu ja potilaan tilaa tarkkaillaan jatkuvasti. Toisen vaiheen heräämö tarkoittaa paikkaa, jossa potilaille on varattu tila ruokailulle ja lepäämiseen leikkauksen jälkeen. Kotiutus tapahtuu pääsääntöisesti toisen vaiheen heräämöstä ja potilas siirtyy leikkaussalista ensin ensimmäisen vaiheen heräämön kautta toisen vaiheen heräämön. Potilasohjaus keskeytynyt valittiin, jos potilasohjeita annettaessa tuli keskeytys ympäristöstä aiheutuneen syyn vuoksi tai hoito-ohjeita annettiin kahteen eri otteeseen. Keskeytyksen syy kirjattiin erikseen. Sairaala-vaatteet päällä määritelmä oli, kun potilas oli ensimmäisen tai toisen vaiheen heräämössä sairaala-vaatteet päällä.

5.9 Ohjausmenetelmät ja psykososiaaliset tekijät

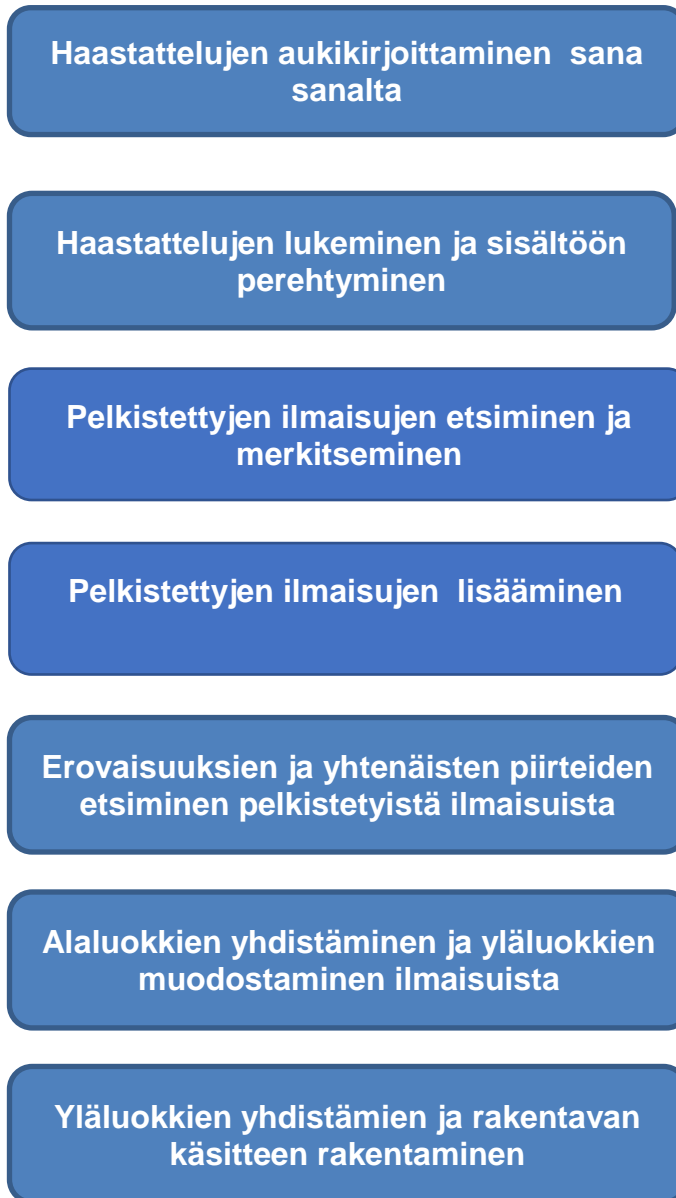
Ohjausmenetelmässä aika tunteina kirjattiin siitä, kun potilaalle annettiin hoito-ohjeet leikkauksen loppumisajasta. Omainen läsnä tarkoitettiin, jos omainen oli kuuntelemassa hoito-ohjeita yhdessä potilaan kanssa. Omaisella tarkoitettiin myös saattajaa, joka yöpyi potilaan kanssa ensimmäisen leikkauksen jälkeisen yön. Psykososiaaliset tekijöissä potilasohjeet kerrattu tarkoitettiin, jos potilasohjeet kerrattiin potilaalle. Potilas esittää kysymyksiä tarkoitettiin, jos potilas esitti tarkentavia kysymyksiä hoito-ohjeiden antamisen yhteydessä. Hoito-ohjeiden ollessa potilaan kädessä tai näkökontrollissa, kun sairaanhoitaja antoi hoito-ohjeita, määriteltiin, että potilas näkee hoito-ohjeet. Syönyt ja juonut tarkoitettiin, oliko potilas syönyt ja juonut ennekuin hoito-ohjeet annettiin potilaalle. Pahoinvointi määriteltiin, oliko pahoinvointia hoidettu lääkkeellä heräämössä ja oliko potilaalla pahoinvointia edeltävästi ennen hoito-ohjeiden antamista. Väsymys, univaje ja stressi määriteltiin subjektiivisesti, tieto perustui siis potilaan kokemusperään. Vastaavasti masennus määriteltiin objektiivisesti, kokemus perustui tutkijan tulkintaan tutkittavasta. Annetut lääkkeet merkittiin tutkimuskaavakkeeseen, jos kipulääkkeitä annettiin heräämössä.

5.10 Hoito-ohjeet

Pihlajalinna sairaalassa on heräämööseen laadittu hoito-ohjeet, joita tulee noudattaa. Anestesiahoitaja varmistaa leikkauksen lopussa leikkaavalta lääkäriltä jatko-ohjeet leikkauksesta riippuen. Varmistettavia asioita ovat; leikkaavan lääkärin kontrolliaika, ompeleiden poisto-aika, fysioterapiaohjeet, fysioterapian aloitusajankohta, asentorajoitukset, kipsin tai lastan vaihto-aika, käsikirurgisen sidokseen poisto-aika ja postoperatiivisen röntgen kuvan tarve. Potilaalle varataan heräämössä aika ompeleiden poistoon leikkaavan lääkärin antaman ohjeen mukaisesti. Haavanhoito-ohje annetaan mukaan, jossa on tarkemmat hoito-ohjeet haavan hoidosta ja suojaamisesta. Anestesiahoitaja määrää potilaalle kipulääkkeet ja tekee tarvittavat reseptit kipulääkkeistä. Heräämöhoidaja toteuttaa kivunhoitoa suunnitelman mukaisesti ja antaa potilaalle mukaan leikkauksen jälkeisen kivunhoitosuunnitelman. Heräämöhoidaja huolehtii myös kirurgin tekemän sairauslomatodistuksen toimittamisesta potilaalle. Kaikki hoito-ohjeet tulee antaa suullisesti kirjallisten ohjeiden lisäksi.

6 AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYSOINTI

Opinnäytetyöhön kerätty haastatteluaineisto on käsitelty laadullisella aineistolähtöisellä sisällön analyysimenetelmällä ja analyysin eteneminen on kuvattu alla mukailten kuviossa 2.



Kuvio 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajarvi 2008, 109)

Kylmä & Juvakka (2007, 109) on todennut Sandelowskiin (1994) viitaten, että puhtaaksi kirjoitus vaiheessa tutkimusaineisto käännetään tekstiksi. Aineiston käsittely vaiheen haasteena on, kuinka tutkittu aineisto saadaan tuotettua kirjoituskielille, kirjoituskieli ja tutkimusaineisto eivät täsmää yleensä toisiaan. (Kylmä &

Juvakka 2007, 109.) Aineiston kirjoittaminen puhtaaksi vaiheessa aineiston säilymisen kannalta on tärkeää, että aineisto on varmuuskopioitu. Tutkija on vastuussa aineiston käsittelystä. Tietosuoja näkökulmasta on huomioitava, että teksti ei joudu ulkopuolisten käsiin. Osallistujien tunnistetiedot ja pitää säilyttää erillään varsinaisesta aineistosta. (Kylmä & Juvakka (2007, 110.) Aineiston keräyksen ja tekstin keräyksen jälkeen teksti tulee kirjoittaa puhtaaksi eli litteroida, jotta halutut tutkimustulokset tulevat näkyviin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2007, 163; Valli 2008, 49). Tutkimuksen ajan aineisto säilyttiin lukitussa tilassa Pihlajalinna sairaalassa, johon ei ollut ulkopuolisilla asiaa. Tutkimuksen jälkeen aineisto tuhottiin asianmukaisesti, jotta henkilötietoja ei päässyt ulkopuolisten käsiin.

6.1 Sisällön analyysi

Tässä tutkimuksessa käytettiin sisällön analyysia, joka kerättiin systemaattisesti. Aineistojen analyysi on kvalitatiivisen tutkimusprosessissa haasteellisin osuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2007, 163). Sisällön analyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jota apuna käyttäen voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota kysymyksen asettelu ja tutkimuksen alkuperäinen tarkoitus ohjaavat. Analyysissä analysoidaan tutkimukseen tarkoitusperäisimmät asiat. Laadullisessa tutkimuksessa voivat tutkimustehtävät tarkentua aineiston keruun ja analyysin aikana. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä prosessi etenee vaiheittain. Analyysissä aineisto puretaan osiin ja sisällöllisesti samantyyppiset osat yhdistetään toisiinsa. Seuraavassa vaiheessa aineisto tiivistetään ja tuloksena on kokonaisuus, joka vastaa tutkimustehtäviin ja tutkimuksen tarkoitukseen. Oleellista on aineiston tiivistyminen ja abstrahoituminen, jossa analyysin avulla kuvataan ilmiötä pelkistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 111-112.) Vastaavasti Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen toteavat, että sisällönanalyysi voi olla induktiivista tai deduktiivista, jolloin puhutaan aineistolähtöisestä tai teorialähtöisestä analyysistä. Induktiivisessa analyysissä luokitellaan sanoja teoreettisen merkityksen perusteella. Tiedon ollessa repeleistä tai tuntematonta, tulee käyttää induktiivista analyysia. Deduktiivisessa analyysissä ovat perustana teoreettiset tai teoria käsitteet, joiden tuloa tarkastellaan käytännön tasolla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2007, 167; Tuomi & Sarajärvi 2008, 75.) Tuomi ja Sarajärvi määrittelevät, että laadullinen analyysi perustuu tulkintaan tutkimuksesta käytetystä päättelylogiikasta. Päättelylogiikka voi

olla induktiivista tai deduktiivista. Induktiivinen päättely on yksittäisestä yleiseen ja deduktiivinen vastaavasti yleisestä yksittäiseen ajattelua. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 95.)

Tutkimustulosten analysoimiseksi luotiin sisällön analyysitaulukko. Sisällön analyysitaulukkoon kerättiin tutkimushaastattelussa nousseet alkuperäisilmaisut, joista muodostettiin pelkistetyt ilmaisut. Luokitteluvaiheessa luotiin ala- ylä- ja pääluokat. Alaluokkia muodostettiin ilmaisujen perusteella kolmetoista kappaletta, joita olivat haavalapun poistaminen, haavahoidon muistaminen, käsikirurgisen sidoksen poisto, ideaalisiteen poisto, kivunhoito-ohjeiden epäselvyys, kipulääkkeiden haittavaikutusten epäselvyys, kivunhoidon oikeaoppinen toteutus, fysioterapia- ohjeiden epäselvyys, leikkauksen jälkeiset epäselvyydet, fysioterapia-ohjeiden selvyys, hoitoon liittyvät epäselvyydet, hoito-ohjeista muistuttaminen, hoitoon liittyvät epäselvyydet, hoito-ohjeista muistuttaminen ja jatkohoitosuunnitelmat.

6.2 Aineistolähtöinen sisällön analyysi

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on ajatus, että aineistoa tutkitaan avoimin kysymyksiin ja tarkoitus on selvittää mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Tutkittava ilmiö ja kysymyksen asettelu on määritelty tutkimuksen tarkoituksessa ja tutkimustehtävässä. Nämä asiat ohjaavat aineiston analyysiä. Alkuperäisilmaisut voidaan merkata haastatteluaineiston värikynällä. Merkitykselliset ilmaisut ovat pohjana pelkistämiseksi. Merkityksellisiä ilmaisuja voidaan hyödyntää tutkimusraportissa, ne ovat esimerkkejä aineistosta ja analyysistä. Tulosten raportoinnin yhteydessä esitetään lainauksia haastatteluaineistosta, joilla valtuutetaan tehdyt analyttiset johtopäätökset. Pelkistetyt ilmaisut ovat suositeltavaa lisätä haastattelu aineistoon sientämällä ja pelkistettyyn ilmaisuun on hyvä lisätä tunnistetta, jotta alkuperäisen haastattelun ilmaisu on helpompi löytää. (Kylmä & Juvakka 2007, 116.) Analyysin toisessa vaiheessa pelkistetyt ilmaisut kootaan erilliselle listalle, joka voi olla toinen asiakirja. Sisällöllisesti samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut voidaan näin yhdistää samaan luokkaan. Ryhmittely vaihe eli klusterointi vaiheessa tutkimusaineisto ja tutkijan tulkinta ohjaavat näiden pelkistettyjen ilmaisun yhdistämistä. Yhdistämisen jälkeen luokka nimetään ja luokan nimen tulee kattaa sen alle tulevat ilmaisut, jotka ovat pelkistetty. Alaluokkia seuraa yläluokat. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.)

6.3 Aineiston pelkistämisvaihe

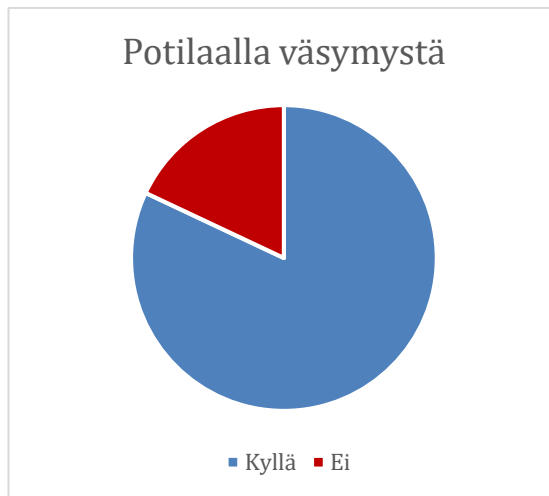
Aineiston pelkistämisvaiheessa on mukana aineiston abstrahointia. Sisällön analyysin kolmas vaihe asettuu limittäin edellisten vaiheiden kanssa. Pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla rakennettu synteesi antaa vastauksen tutkimuksen tehtävään ja tarkoitukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.) Deduktiivisessa sisällönanalyysin haastatteluaineiston pelkistämisessä ja luokittelussa voidaan käyttää termejä pelkistetty ilmaisu, alakategoria, yläkategoria sekä pääkategoria. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2007, 170). Havainnointi tulokset kirjattiin tutkijan toimesta ensin strukturoidulle kaavakkeelle välittömästi havainnointi tilanteen jälkeen, jonka jälkeen strukturoitua kaavakkeelta sähköiseen Excel-työkirjaan, jossa tutkimustulosten analysointi oli helpompaa. Näin välttyttiin, että havainnoitavat asiat eivät olleet muistin varassa. Havainnointi tuloksia verrattiin teemahaastattelusta saatuihin tuloksiin. Analysointia helpotti, kun taustekijät pystyttiin tarkistamaan anestesiakaavakkeelta. Tutkimukseen luotu puolistrukturoitu kaavake (LIITE 2), joka ohjasi myös ensimmäisenä ja kolmantena postoperatiivisena päivänä tehtyä puhelinsoittoa asiakkaalle, jotta saadut tulokset ovat vertailukelpoisia. Ylös kirjattiin mitä potilas ymmärtää annetuista hoito-ohjeista ja verrattiin teemahaastattelusta saatuja tuloksia hänelle annettuihin hoito-ohjeisiin. Puolistrukturoidusta kaavakkeesta saadut tulokset analysoitiin käsin. Tuloksista esitettiin mitkä tekijät edesauttavat tai heikentävät potilaan ymmärtämistä leikkauksen jälkeisinä päivinä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

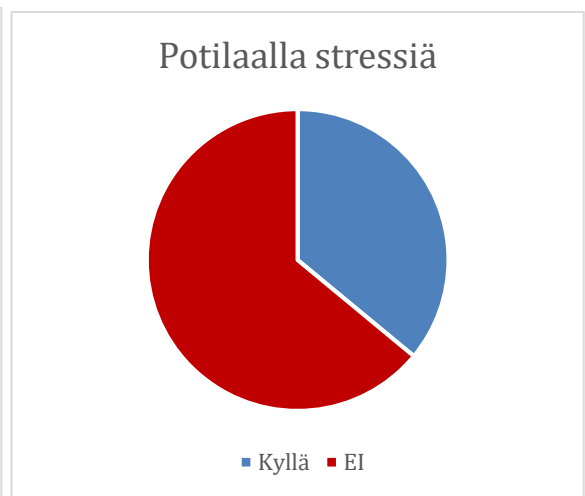
7.1 Havainnon tutkimustulokset

Havainnointi tutkimustuloksissa nousi esille, että yksikään hoito-ohjeista ei annettu ympäristössä, joka oli meluinen. Vastaavasti 45 % havainnointitilanteissa ohjaus keskeytyi (Kuvio 7). Näistä 80 % syynä oli henkilökunnan tai omaisen aiheuttama häiriö. Omainen oli läsnä kuuntelemassa hoito-ohjeita 45% tapauksista (Kuvio 8). Potilaille annettiin henkilökunnan toimesta 63 % hoito-ohjeista toisen vaiheen heräämössä (Kuvio 9). Potilaista 36 % oli päällä sairaalavaatteet (Kuvio 10). Hoito-ohjeet annettiin potilaille yhden-kolmen tunnin päästä leikkauksesta, keskimääräinen hoito-ohjeiden antoaika oli kahden tunnin kohdalla. Terveystieteiden ammattilaisten tuleekin huomioda, että riittävä aika on kulunut, kun potilas on päässyt ulos leikkaussalista ennen kuin annetaan potilasohjausta. Kokemukseni mukaan, potilaille annettava leikkauksen jälkeinen informaatio annetaan usein liian aikaisessa vaiheessa. El Shafie ym. (2014) tutkimusten mukaan kahden tunnin kohdalla leikkauksesta olisi hyvä antaa potilasohjausta. Aikaa tulisi kulua kuitenkin vähintään 40min ja suullista ohjausta tuettava kirjallisella materiaalilla toteavat vastaavasti Blandford ym. (2012) tutkimuksessaan. Hoito-ohjeista haavahoito-ohje annettiin suullisesti kaikille potilaille, jotka sitä tarvitsivat, mutta vain 40 % sai ohjeen kirjallisesti (Kuvio 20). Kipulääkitysohje annettiin kaikille kotiutettavista potilaista ja se käytiin myös suullisesti. Fysioterapia- ja asentorajoi- tus ohje annettiin kaikille kirjallisesti, mutta yhdelle tutkittavista ohjetta ei käyty läpi suullisesti kotiuttavan hoitajan toimesta. Kipsi- ja lasta ohje käytiin läpi suullisesti kaikille potilaille ja he saivat myös kirjallisen ohjeen mukaan. Hoito-ohjeita antoivat potilaalle kotiuttavan hoitajan lisäksi anestesia- ja fysioterapeutti, joka toiselle ja leikkaava lääkäri lähes puolessa tapauksissa. Jatkohoito-ohjeista kaikki sairaalalomaan tarvitsevat saivat mukaan leikkaavan lääkärin tekemän sairaalomalapun ja se käytiin myös suullisesti läpi. Kontrolliajat varattiin 90 % tutkittavista ja heistä suullisesti kerrottiin seuraava lääkärin kontrolliaika, mutta kirjallisesti heistä sai ohjeen vain 27 %. Pihlajalinna sairaalan keskimääräinen hoitoaika heräämössä ennen kotiutusta noin kaksi tuntia (Pihlajalinna 2019b). Kaikki tutkittavat olivat juoneet ja heistä 90 % syöneet, kun heille annettiin ohjeet, pahoinvointia ei esiintynyt yhdelläkään tutkittavista. Potilaille kerrattiin kotihoito-ohjeet 36 % tapauksista ja heistä 63 % potilaista esitti täsmentäviä kysymyksiä

ja niistä yli puolet koski kivunhoitoa, muut koskivat fysioterapiaa ja jatkohoito-ohjeita, yksikään potilasta ei esittänyt kysymyksiä haavahoidosta (Kuvio 22). 75 % potilaista, jotka esittivät tarkentavia kysymyksiä eivät nähneet ohjeita. Potilaista vain 27 % näki ohjeet ja ne kerrattiin. 36 % tutkittavista oli stressiä edeltävästi ennen leikkausta ja heistä puolella oli myös väsymystä ja univajetta (Kuvio 3, 4, 6). Yksi tutkittavista koki masennusta ennen leikkausta (Kuvio 5). Loput tutkittavista eivät kokeneet mitään edellä mainituista oireista.



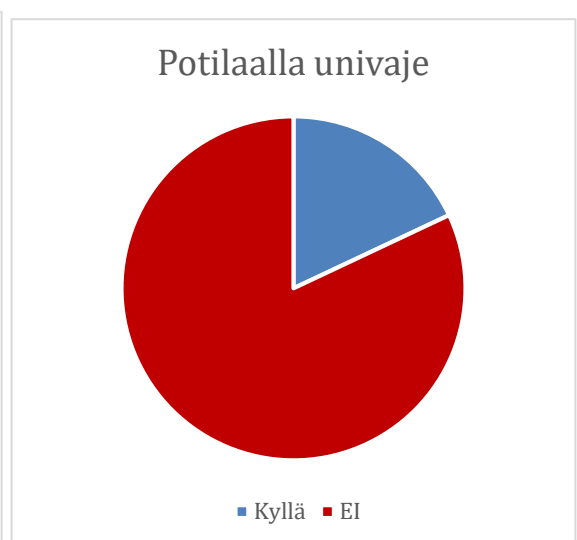
Kuvio 3. Potilalla väsymystä



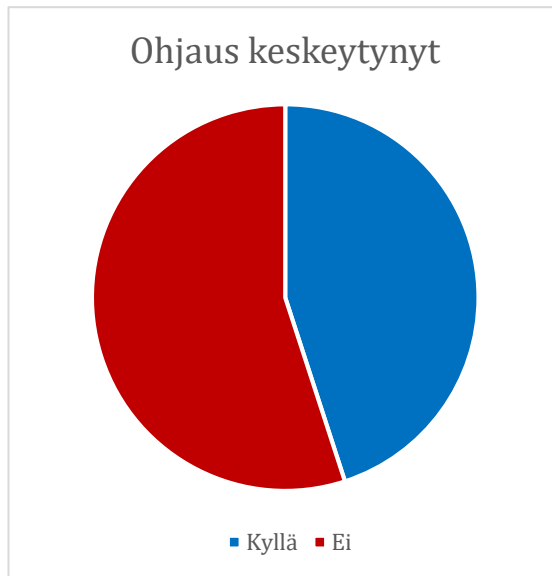
Kuvio 4. Potilaalla stressiä



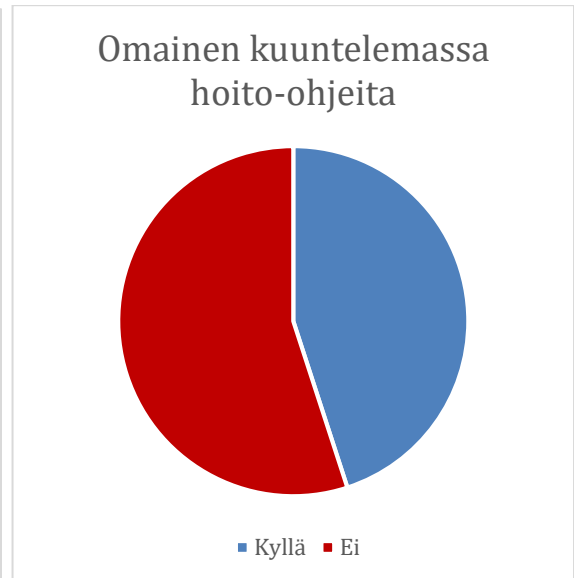
Kuvio 5. Potilaalla masennusta



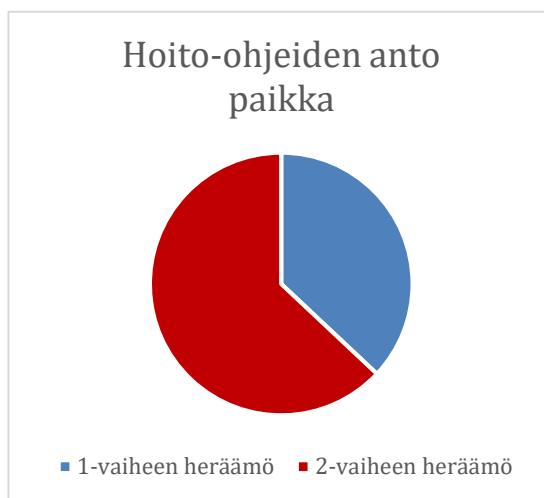
Kuvio 6. Potilaalla univaje



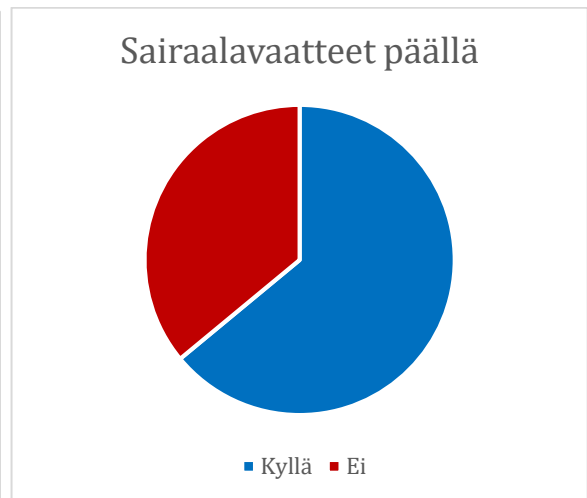
Kuvio 7. Ohjaus keskeytynyt



Kuvio 8. Omainen kuuntelemassa hoito-ohjeita



Kuvio 9. Hoito-ohjeiden anto paikka



Kuvio 10. Sairaalavaatteet päällä

Härmä ja Granö (2010) sekä Kyngäs ja Hentinen (2009) ovat todenneet myös, että ympäristö aiheuttaa ongelmia työmuistille. Vaikka potilaan kognitiivista ymmärtämistä voidaan edesauttaa eri menetelmin. Kaikkiin psykososiaalisiin ongelmiin, kuten masennukseen, stressiin ja univajeeseen ei terveydenhuollon leikkaavassa yksikössä ei voida täysin vaikuttaa ja helpottaa potilaan oloa. Ongelmat voivat olla lähtöisin eri tekijöistä. Mielestäni leikkaavayksikkö voi osin helpottaa potilaan psykososiaalisia ongelmia, jos ne liittyvät tulevaan leikkaukseen. Terveydenhuollon ammattilaisilla on helpompi vaikuttaa ympäristöön ja annettaviin

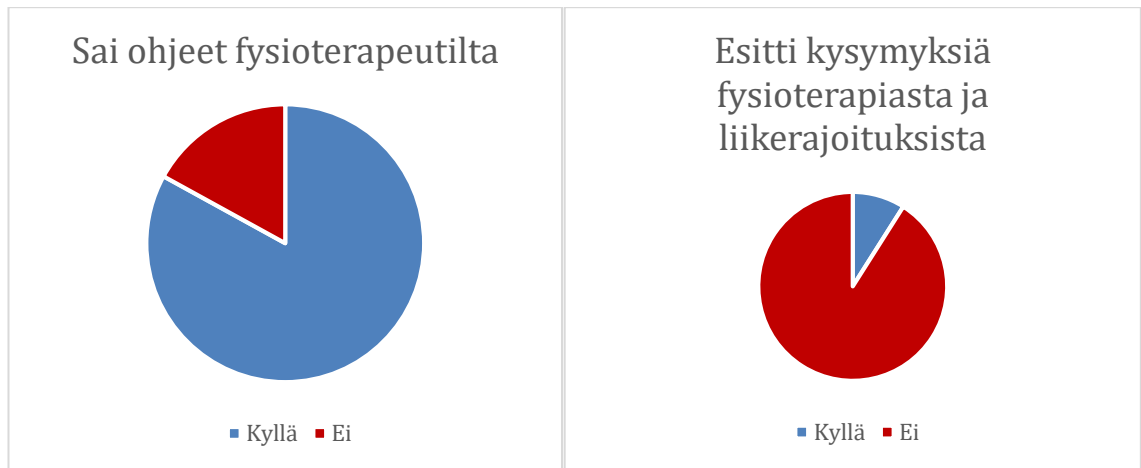
ohjausmenetelmiin. Matsota ym. (2013) ja Khanh-Dao Le (2018) mukaan stressiä ja ahdistusta voidaan helpottaa ennen leikkausta aikakauslehdillä ja musiikilla odotustilassa. Tutkimus vahvisti aikaisempia tutkimuksia siitä, että missä ympäristössä potilasohjausta annetaan ja mitkä ovat psykososiaaliset tekijät voivat vaikuttaa potilaan kykyyn ymmärtää annettuja hoito-ohjeita. Da Assunção ym. (2013) tutkimuksessa todettiin, että anestesian kesto, rauhoittavien lääkkeiden käyttö sekä opiaattien käyttö eivät merkittävästi korreloivia muistamisen kanssa, vaan tekijöinä on muita vaikuttavia tekijöitä. Spinaalianestesia ja yleisanestesia ryhmän välillä ei ollut eroa. Tutkimuksen taustekijänä oleva potilaiden leikkauksen aikainen anestesia muodolla kognitiivisen ymmärtämisen suhteen eivät poikenneet toisistaan. Tämän tutkimuksen saadut tulokset korreloivat siis aikaisemmin saatujen tulosten kanssa. Miettinen ym. (2018) mukaan omaisten ottaminen mukaan potilasohjaustilanteeseen lisää potilaan tiedonsaantioikeutta. Tämän tutkimuksen mukaan potilaan kyky ymmärtää annettuja hoito-ohjeita ei lisääntynyt, kun omainen oli läsnä kotiutusvaiheessa. Tämä voi selittyä sillä, että omainen keskeytti ja esitti kysymyksiä, kun hoito-ohjeita käytiin läpi potilaan kanssa ja potilaan keskittyminen häiriintyi tästä. Tutkittavien iällä tai sukupuolella ei myöskään ollut eroa tuloksissa, nuorilla esiintyi yhtä paljon kognitiivisen ymmärtämisen ongelmia kuin vanhemmilla. Tutkimustulosten perusteella potilaan kykyä ymmärtää leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa ei lisännyt, että anestesia- ja kivunhoito-ohjeistus kivunhoidon toteutuksessa. Tutkimustulosten mukaan myöskään fysioterapeutin tai leikkaavan lääkärin antama potilasohjaus ei lisännyt ymmärrystä fysioterapia tai liikerajoitusten suhteen. Tämä selittynee sillä, että potilasohjaukseen vaikuttavia tekijöitä ei ole huomioitu tarpeeksi potilasohjaustilanteessa. Vaikka kotiuttava hoitaja antaa ohjeet vielä anestesia- ja kivunhoito-ohjeiden lisäksi, niin potilaan kyky ymmärtää suullisesti ilman tuettavaa materiaalia voi olla heikko. Kykyyn ymmärtää hoito-ohjeita ei lisännyt, vaikka potilas sai mukaan ohjeet kirjallisesti tai potilas esitti kysymyksiä hoito-ohjeista. Vaikka potilas sai kirjallisesti ohjeet mukaan, niin kyky ymmärtää voi olla heikkoa, että potilaat eivät kerranneet kotihoito-ohjeita kotona eikä heitä muistutettu, että heidän kannattaa tutustua hoito-ohjeisiin leikkauksen jälkeisinä päivinä. Potilaat, jotka esittivät täsmäntäviä kysymyksiä ei lisännyt kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita voi selittyä, että potilaan fyysiset-, psyykkiset-, sosiaaliset- ja ympäristötekijät vaikuttivat tilanteessa heikentävästi.

Kenelläkään tutkittavista ei ollut pahoinvointia. Yksi tutkittava ei ollut syönyt ennen hoito-ohjeiden antamista, tästä johtopäätösten tekeminen ei relevanttia. Kaikki potilaat olivat kuitenkin nauttineet nestettä. Tutkimustuloksessa ei ollut eroa tehtiinkö havainnointi osallistuvalla vai ei osallistuvalla tavalla. Analysoidessa tuloksia, niissä ei ollut eroa, tutkija ei siis voinut vaikuttaa tutkittavaan potilasohjaustilanteessa antaessaan potilasohjeita kotiutettavalle, kun tutkija teki havainnointia samaan aikaan. Myöskään tutkimustuloksissa ei ollut eroa potilaan kykyyn ymmärtää hoito-ohjeita, kun eri kotiuttava hoitaja antamassa kotihoito-ohjeita. Tämä tulos tukee myös eri tekijöiden vaikutusta potilaan kykyyn ymmärtää hoito-ohjeita ja eri potilaan ohjaustilanteissa oli eri vaikuttavia tekijöitä ympäristön, ohjausmenetelmien ja psykososiaalisten tekijöiden kohdalla.

7.2 Teemahaastattelun tulokset

Yläluokkia muodostui kahdeksan kappaletta, joita olivat haavanhoitoa, sidoksen poistoa, leikkauksen jälkeistä kivunhoidon suunnittelua, lääkehoidon suunnittelua, leikkauksen jälkeiset fysioterapiaohjeet, fysioterapia ja liikerajoitukset, hoito-ohjeet ja jatkohoito-ohjeet. Pääluokkia muodostui neljä eri kappaletta, joita olivat haavahoitoon, kivunhoitoon, fysioterapiaan sekä jatkohoitoon liittyvät tekijät. Muodostetut luokat ja alkuperäisilmaisut ovat luettavissa liitteessä. (LIITE 3)

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä tehdyllä soitolla on merkitystä. Puhelinhaastattelun ajankohdalla ei kuitenkaan ollut merkitystä kognitiiviseen ymmärtämiseen, vaikka leikkauksen lopusta ja kotiutumisen oli kulunut eri aika. Alla on esitetty kaavion omaisesti havainnoinnista ja ensimmäisestä postoperatiivisesta soitosta saadut tulokset. Nämä tutkimustulokset vahvistavat aikaisemmat tutkimustulokset. Fysioterapian ja liikerajoitusten suhteen potilailla oli kognitiivisen ymmärtämisen kanssa ongelmia 55 % potilaista (Kuvio 13). Vaikka heistä 83 % sai ohjeet fysioterapeutilta (Kuvio 11).



Kuvio 11. Ohjeet fysioterapeutilta

Kuvio 12. Kysymyksiä fysioterapiasta

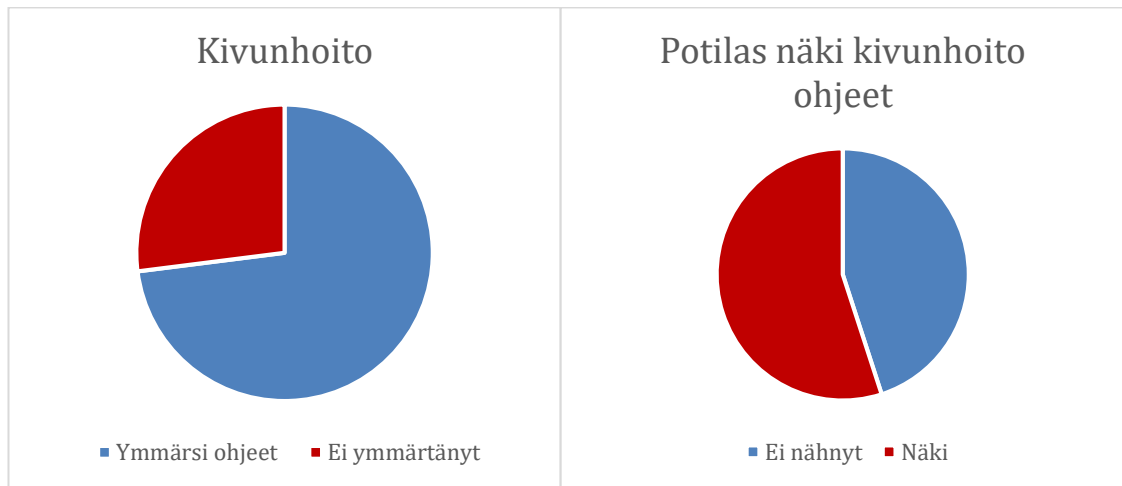


Kuvio 13. Fysioterapian ymmärtäminen

Kuvio 14. Fysioterapia-ohjeiden näkeminen

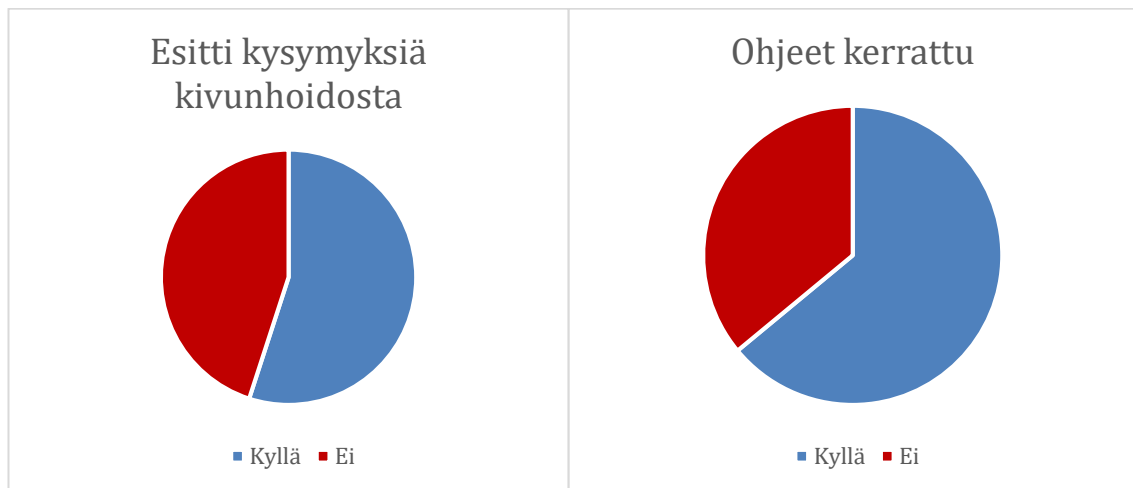
Kivun hoidon kognitiivisessa ymmärtämisessä oli 27 % potilaista ongelmia (Kuvio 15). Kaikki potilaat saivat kirjallisesti ja suullisesti ohjeen. 55 % potilaista esittivät kysymyksiä hoito-ohjeiden antamisen aikana (Kuvio 17).

” Potilaan ruokaillessa ensimmäisen vaiheen heräämössä. Kirurgi kysyi anestesia-
lääkäriltä voiko potilaalle antaa jo leikkaukseen liittyvää informaatiota. Anestesia-
lääkäri totesi, että potilas on jo syömässä ja näyttää olevan tolpillaan, joten
kyllä hän jo ymmärtää. Kirurgin kertoi leikkauksesta potilaalle mitä hänelle oli
tehty ja kuinka hoito jatkuu tästä, potilas tuntui ymmärtävän asian. Hetken päästä
potilas kysyi hoitajalta mitä kirurgi kertoi hänelle. Ei hän ymmärtänyt eikä muista-
nut yhtään mitään”



Kuvio 15. Kivunhoidon ymmärtäminen

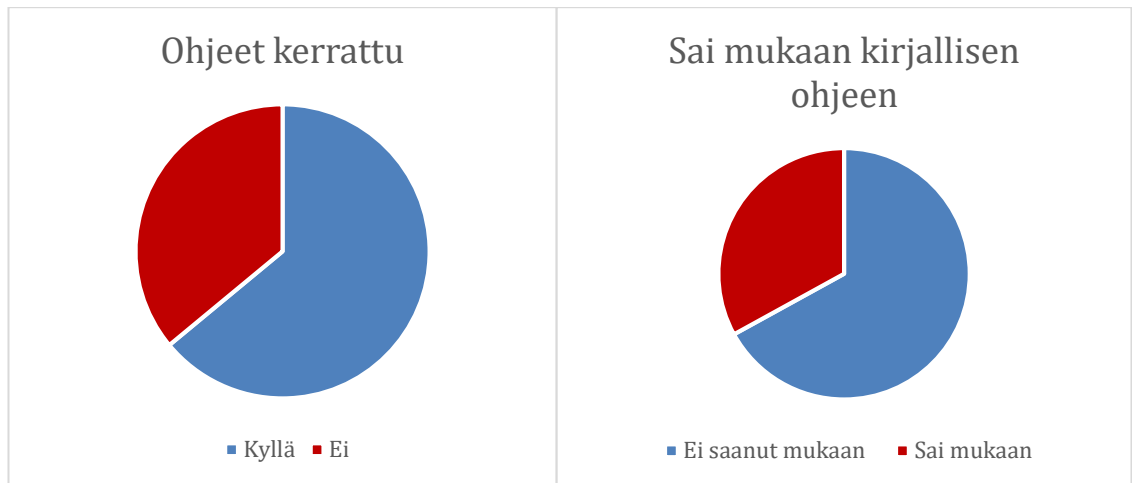
Kuvio 16. Kivunhoito-ohjeiden näkeminen



Kuvio 17. Kysymyksiä kivunhoidosta

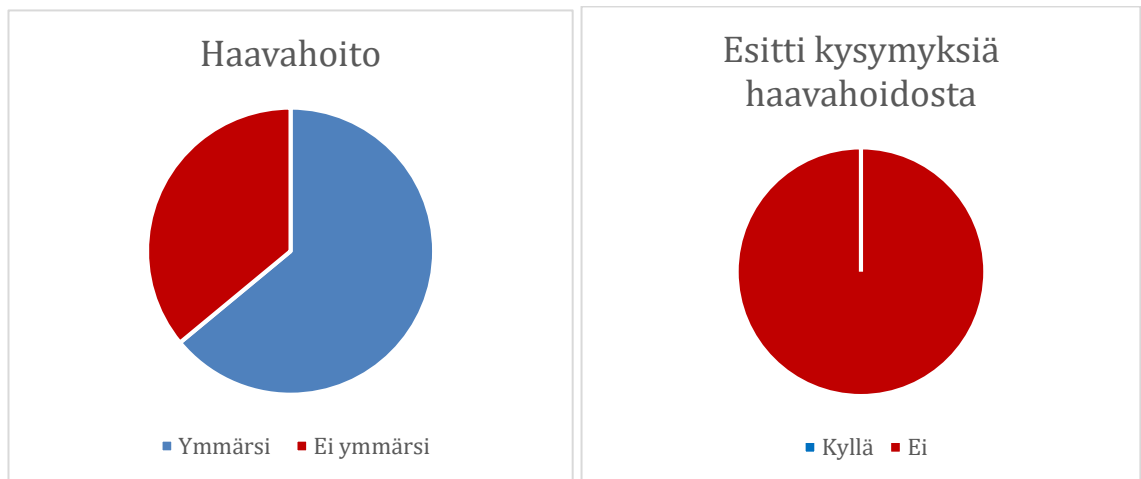
Kuvio 18. Ohjeiden kertaaminen

Haavahoidon ymmärtämisessä oli 36 % potilaista ongelmia (Kuvio 21). Tämän voi selittää sen, että potilasta 67 % ei saanut mukaan kirjallista ohjetta, mutta suullisesti ohjeen saivat kaikki (Kuvio 20). Potilaista kuitenkin 55% näki haava-hoito-ohjeet, kun kotiuttava hoitaja antoi ohjeita ja kukaan potilaista esitti kysymyksiä (Kuvio 22).



Kuvio 19. Ohjeet kerrattu

Kuvio 20. Kirjalliset ohjeet mukaan



Kuvio 21 Haavahoidon ymmärtäminen

Kuvio 22. Kysymyksiä haavahoidosta

Potilaat, jotka saivat jatkohoito-ohjeet, yksi tutkittavista potilaista ei ymmärtänyt jatkohoito-ohjeisiin liittyviä asioita. Muut tutkittavat potilaat ymmärsivät kuitenkin annetut ohjeet. Jatkohoito-ohjeella tarkoitetaan tässä leikkaavalle lääkärille varattua kontrolliaikaa (Kuvio 23).



Kuvio 23. Jatkohoito-ohjeiden ymmärtäminen Kuvio 24. Kysymyksiä jatkohoito-ohjeista

Alla esimerkkejä ensimmäisenä postoperatiivisenä päivänä tehdyistä teemahaastattelun kommentteista.

”En muista milloin haavalappu tulee poistaa”

”En muista tarkkaan, kuinka kantosidettä tulee käyttää”

”En muista tarkkaan mitä kipulääkkeitä voin ottaa”

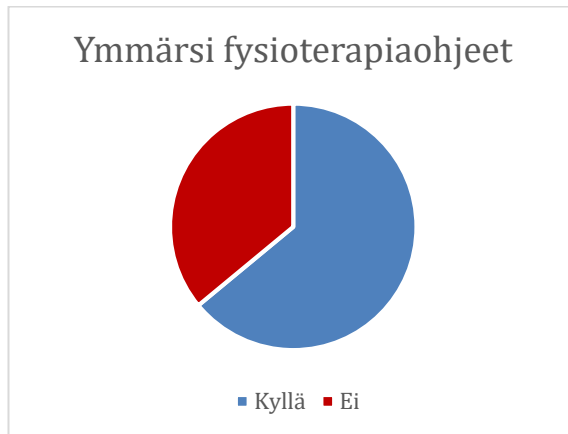
”En ole käyttänyt kipulääkkeitä. Äiti sanoi, että ne voivat tehdä huonon olon”

”En ole tietoinen, että saan sairaslomatuksen. ”

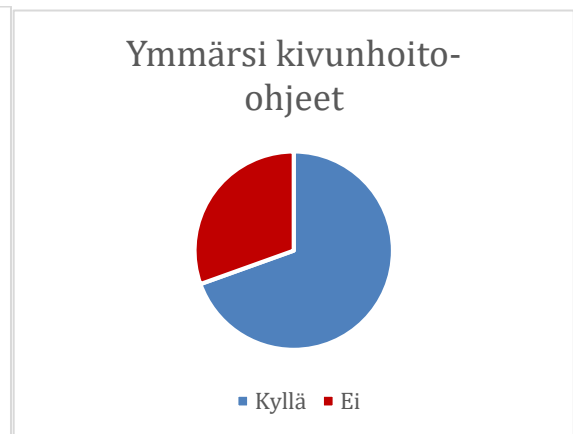
” Muistan vaan sen, että kotiutustilassa oli Marimekon astiat, kun minulle annettiin kotiutusohjeita. Onneksi mies oli mukana kuuntelemassa hoito-ohjeita”

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että kolmantena postoperatiivisena päivänä tehty soitto potilaalle lisäsi osalla potilailla tiedonsaantia. Ongelmana Pihlajalinna sairaalassa on, että kiireisen aikataulun vuoksi voi olla vaikeaa löytää aikaa laadukkaalle postoperatiiviselle soitolle. Da Assunção ym. (2013) ovat todenneet vastaavaa tutkimuksessa. Potilaille kerrattiin puhelimesta hoito-ohjeita, mitkä olivat myös heillä kirjallisena saatavilla. Potilaille oli myös ohjeistettu, että he voivat ottaa itse myös yhteyttä Pihlajalinna sairaalaan, jos heillä on kysyttävää. Kuitenkin potilaille oli kognitiivisen ymmärtämisen kanssa ongelmia myös kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Epäselvää on, olisiko potilaat itse

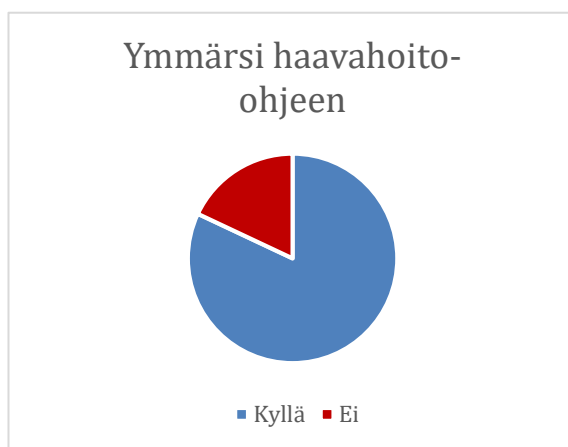
ottaneet yhteyttä sairaalaan, ellei heihin oltaisi otettu ensin yhteyttä. Alla on esitetty taulukon muodossa potilaan kyky ymmärtää annettuja hoito-ohjeita kolmantena postoperatiivisena päivänä. Kolmannen päivän postoperatiivisen soitosta, jotka koskivat fysioterapiaa. Heistä 36 % oli vaikeuksia kognitiivisen ymmärtämisen kanssa ongelmaa ja vastaavasti 64 % ymmärsi annetut fysioterapiaohjeet (Kuvio 25).



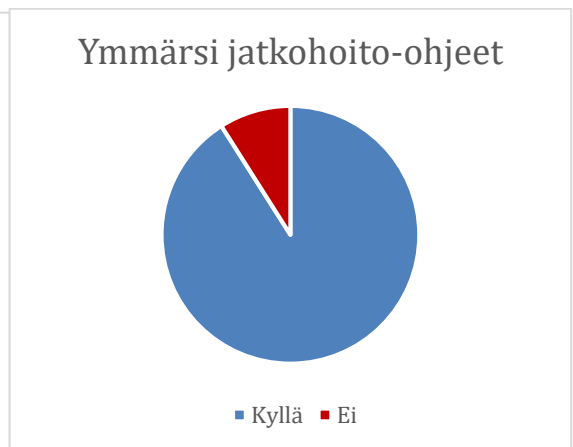
Kuvio 25. Ymmärsi fysioterapia-ohjeet



Kuvio 26. Ymmärsi kivunhoito-ohjeet



Kuvio 27. Ymmärsi haavahoito-ohjeen



Kuvio 28. Ymmärsi jatkohoito-ohjeet

Kivunhoitoon liittyviä ongelmia ymmärtämisessä oli 27 % tutkittavista ja 73 % ymmärsi ohjeet (Kuvio 26). Haavahoitoon liittyviä ongelmia ymmärtämisessä oli 18 % ja 82 % ymmärsi ohjeet vielä kolmantena postoperatiivisena päivänä (Kuvio 27). Jatkohoito-ohjeiden suhteen yksi tutkittavista ei ymmärtänyt annettuja ohjeita, vaikka hän oli saanut ne kirjallisesti ja suullisesti (Kuvio 28). Kahdessa postoperatiivisessa soitossa annettiin konkreettista tietoa, jota ei ollut saatavilla kir-

jallisissa ohjeissa. Toinen asia liittyi lääkärin kontrolliaikaan ja toinen leikkaukseen jälkeiseen liittyvään lääketieteelliseen ongelmaan. Tutkimuksen aikana yksi tutkittavista otti yhteyttä Pihlajalinna sairaalaan heti ensimmäisen postoperatiivisen soiton jälkeen varmistaa asioita, hän otti myös toisena- ja neljäntenä postoperatiivisenä päivänä yhteyttä tutkijan tekemän kolmannen postoperatiivisen soiton lisäksi. Tutkimustulosten perusteella kahtena eri postoperatiivisena päivänä tehdyissä teemahaastatteluissa oli potilaalla kognitiivisen kyvyn ymmärtämisessä ongelmia. Ensimmäisenä päivänä prosentuaalisesti osuus oli kuitenkin suurempi. Osan fysioterapialiikkeistä voi antaa myös seuraavana päivänä, jotta potilaan kyky ymmärtää hoito-ohjeita olisi parempaa. Hoitohenkilökunta antaa tarpeellisimmat ohjeet kotiutusvaiheessa ja fysioterapeutti soittaa potilaalle leikkauksen jälkeisenä päivänä. Potilailla oli ongelmia käsittää kaikkea uutta informaatiota leikkauksen jälkeen. Päättelmänä voidaan todeta, että jatkossa potilaalle voi riittää ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä tehty soitto ja muistuttaa heitä, että voivat ottaa yhteyttä leikkaavaan yksikköön hoitoon askarruttavissa asioissa. Jos leikkaavassa yksikössä on resursseja, niin kolmantena päivänä on hyvä kerrata fysioterapiaohjeita ja näin lisätä potilaan hoitoon sitoutumista. Pihlajalinna sairaalan aukioloaikojen ulkopuolella puhelu kääntyy valtakunnalliseen hoitajapuhelinpalveluun, josta potilaat saavat myös tarvittavaa tietoa hoitoon liittyen. Soittopyynnön perusteella sairaalan henkilökunta ottaa yhteyttä potilaaseen seuraavana arkipäivänä. Proaktiivista puhelinohjausta voisi mielestäni hyödyntää myös poliklinikkayksiköissä. Alla esimerkkejä kolmantena postoperatiivisena päivänä teemahaastattelun kommentteista.

”Fysio-ohjeissa on jalan liike ohje lattialla. En pääse vielä lattialle. Voinko tehdä liikkeen sohvalla.”

”Tarviiko haavaa suojata haavalappujen poiston jälkeen”

”Olen käyttänyt kylmää vain iltaisin.”

”Milloin saan ajan kontrolliin.”

7.3 Pohdintaa tuloksista

Tällä tutkimuksella vahvistettiin aikaisemmista tutkimuksista saatuja tuloksia. Havainnoinnista ja teemahaastattelusta saatujen tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että potilaan kognitiiviseen kykyyn ymmärtää annettuja hoito-ohjeita vaikuttaa eri tekijät. Tutkimustuloksissa ei noussut selkeästi esille, että yksi tietty havainnoitava asia heikentäisi potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita. Tulosten perusteella ympäristö, psykososiaaliset tekijät yhdessä heikentävät potilaan kognitiivista ymmärtämistä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta myös, että potilailla ei ollut kognitiivisen ymmärtämisen kanssa ongelmia, jos potilas sai kokea eri oppimistyyplejä kotihoito-ohjeiden antamisen yhteydessä ennen kotiutumista sairaalasta. Kyynärsauvojen käytön harjoittelussa korostuu eri oppimistyyliä. Kinesteettinen oppija sai kinesteettistä oppimista, kun potilas sai kokemuksen harjoitella, kuinka kyynärsauvojen käyttö tuntuu käytännössä. Kyynärsauvojen käyttöä harjoitellaan ensimmäisen vaiheen heräämössä fysioterapeutin toimesta, joka on tilana viihtyisä ja rauhallinen. Auditiivinen oppija sai suullista ohjausta fysioterapeutilta ja he pysyivät keskustelemaan ohjaustilanteessa. Vastaavasti visuaalinen oppija oppi ohjaustilanteessa näkemällä, kuinka fysioterapeutti ohjeisti kyynärsauvojen käytön sekä kirjallisessa kuvamateriaalissa oli kuvalliset ohjeet.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että potilailla ei ollut ongelmia kognitiivisen ymmärtämisen kanssa, jos asia liittyi ompeleiden poistoon. Ompeleiden poisto aika varattiin kaikille tutkittaville ja tekstiviesti lähetettiin muistuttamaan asiasta. Lisäksi ompeleiden poistoon varattu aika oli luettavissa haavahoito-ohjeessa. Voidaan päätellä, että kognitiivista ymmärtämistä voi helpottaa yksinkertaisten hoito-ohjeiden ymmärtäminen. Vaikka tutkimuksessa ei selvitetty, onko potilas ollut ennen sairaalahoidossa ommeltavan haavan vuoksi tai onko hänellä aikaisempaa kokemusta ommeltavan haava hoidosta. Voidaan ajatella, että ompeleiden poisto on helposti ymmärrettävissä ja mahdollisesti aikaisemmat kokemukset voivat helpottaa asioiden ymmärtämistä. Vastaavasti tutkittavilla oli ongelmia ymmärtää leikkaushaavaan liittyviä asioita tai fysioterapialiikkeitä, jotka voivat olla käsitteenä vaikeampi ymmärtää. Kyngäs ja Hentinen (2009) toteavat vastaavaa, että potilaiden suurimpana esteenä hoidon toteutumiselle on heidän

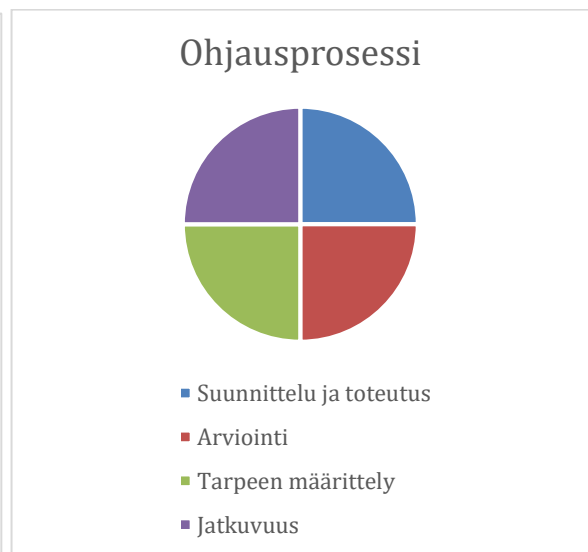
puutteellinen ongelmanratkaisukyky sekä selkeän tiedon puute. Tutkimustuloksissa voidaan todeta, että suunniteltu jatkohoito tulee kirjata potilaalle kotiin annettaviin asiakirjoihin. Jatkohoitoon liittyviä asioita ovat fysioterapian aloitus, ompeleiden poistoaika sekä lääkärin kontrolliajat. Kontrolliaikojen tulostaminen kirjallisesti potilastietojärjestelmästä tekstiviestin lähettämisen ohella helpottaa kognitiivista ymmärtämistä. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että pelkkä suullinen informaatio potilaalle ei ole riittävää, jos potilaalle ei ole varattavissa kontrolliaikoja.

7.4 Potilasohjausprosessin malli

Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella Pihlajalinna sairaalaan kehitettiin laadukas päiväkirurgisen potilaan potilasohjausprosessin malli, jota voidaan hyödyntää jatkossa potilasohjauksen yhteydessä. Pihlajalinna sairaalassa päiväkirurgisen potilaan hoitopolku muodostuu pre-operatiivisesta käynnistä, valmistautumisesta leikkaukseen, leikkaussali- ja heräämövaiheesta ja sairaalan kotiutusvaiheesta (Kuvio 25). Potilaan ohjaus on jatkuvaa koko potilaan hoitopolun aikana. Pihlajalinna sairaalaan potilasohjausprosessin kaikissa vaiheissa tapahtuu ohjausprosessin eri osa-alueiden mukaista jatkuvaa suunnittelua, toteutusta, tarpeen määrittelyä ja arviointia (Kuvio 27). Laadukkaan potilasohjausprosessin avulla lisätään potilaan turvallisuuden tunnetta ja potilastyytyvyyttä. Annetaan potilaalle tukea ja tietoa tarpeeseen sekä parannetaan hoitoon sitoutumista.



Kuvio 25. Potilasohjausprosessi



Kuvio 27. Ohjausprosessin eri osa-alueet

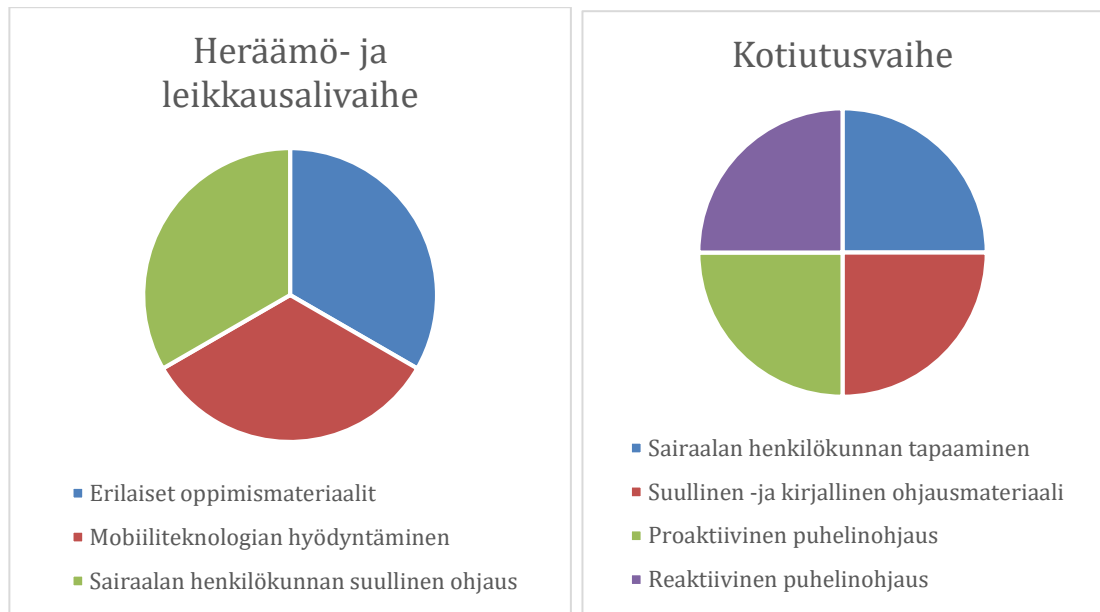
Pre-operatiivisen käynnin yhteydessä potilaalla on mahdollisuus tavata leikkaava lääkäri, anestesia­lääkäri ja hoitohenkilökunta (Kuvio 26). Leikkaava lääkäri antaa lääketieteellistä informaatiota potilaalle ja keskustelee potilaan kanssa tulevasta leikkauksesta sekä tekee potilaan kanssa yhteistyössä päätöksen leikkauksesta. Anestesia­lääkärin tapaamisen yhteydessä voidaan arvioida potilaan sen hetkistä kiputilannetta ja kotilääkitystä yhteistyössä potilaan kanssa. Lisäksi potilaalle annetaan informaatiota tulevasta anestesiatoimenpiteestä ja annetaan potilaalle mahdollisuus esittää kysymyksiä. Potilaalle voidaan antaa hoitohenkilökunnan toimesta tietoa leikkaukseen liittyvistä asioista, joita ovat valmistautuminen leikkaukseen, saapuminen sairaalaan, vakuutusinformaatio, tietoa kotiutusvaiheesta sekä potilaalla on mahdollisuus esitietolomakkeen täyttämiseen, ellei sähköistä esitietolomaketta ole mahdollista täyttää kotona.



Kuvio 26. Pre-operatiivinen käynti



Kuvio 28. Valmistautuminen leikkaukseen



Kuvio 29. Heräämö- ja leikkaussali vaihe

Kuvio 30. Kotiutusvaihe

Leikkaukseen valmistautumisvaiheessa potilaalle soitetaan pre-soitto 1-3 viikkoa ennen leikkausta, jos se on mahdollista. Pre soitossa 1-3 viikkoa ennen varmistetaan potilaalta mahdolliset perussairaudet, kotilääkitys, lääkeaineallergiat, ruoka-aineallergiat onko ollut ongelmia aikaisemmissa anestesoissa ja puudutuksissa. Leikkaava yksikkö voi saatujen tietojen perusteella konsultoida anestesia lääkäriä ja valmistautua leikkaukseen. Potilaalle tulee antaa myös tietoa, että hänellä tulee olla hakija ja aikuinen seuralainen leikkauksen jälkeisenä yönä. Tapauksissa, jossa leikkaukseen valmistautuminen on lyhyempää tulee tiedot olla tarkistettuna ennen potilaan tuloa sairaalaan. Tärkeintä on potilaalla tehdä pre-soitto leikkausta edeltävänä päivänä ja muistuttaa potilasta leikkaukseen liittyvistä asioista. Leikkaukseen liittyviä asioita ovat sairaalaan saapuminen, paasto aika ennen leikkausta, mahdollisten kotilääkkeiden ottaminen mukaan, kotilääkityksen otto leikkauspäivän aamuna sekä mahdollisten apuvälineiden mukaan ottaminen sairaalaan. Potilaalle tarjotaan esittää kysymyksiä leikkaukseen liittyen ja tarjotaan mahdollisuutta tutustua verkkopohjaiseen potilasmateriaalin ja eri sähköisiin palveluihin. Heräämö- ja leikkaussalivaiheessa potilaalle tarjotaan suullisen ohjauksen lisäksi mobiililaitteilla ja sähköisten palveluiden avulla tietoa. Kotiutusvaiheessa potilas tapaa vielä sairaalan henkilökuntaa, jotka antavat informaatiota leikkaukseen liittyen (Kuvio 28). Heräämö- ja leikkaussalivaiheessa

hyödynnetään nykyaikaista teknologiaa ja erilaisia oppimismateriaaleja (Kuvio 29) ja kotiutusvaiheessa korostuu laadukas potilasohjaus (Kuvio 30).

8 TYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

8.1 Eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) mukaan hyvä tieteellinen käytäntö voidaan tutkijan toiminnassa tiivistää huolellisuuteen, rehellisyyteen sekä tutkimustyön ja sen seuraamusten tuntemiseen (TENK 2012). Tutkimus on interventio, jossa tutkijan tulee saada kerättyä havainnot ilman vahinkoa tutkimuskohteelle. Havainnot tulee kerätä hienotunteisesti ja luottamuksellisesti. Saatekirjeessä tulee antaa tutkittavalle tarpeeksi tietoa mihin tutkimukseen hän on ryhtymässä. Tutkimuseetiikkaan kuuluu ihmiselämän monimuotoisuuden kunnioittaminen. Tutkijan tulee tiedostaa valinnat, otettu rooli, tutkimuskohteen rooli sekä tutkijan asema. (Valli 2018, 169-170.) Tutkijan tulee ratkaista useita metodologisia kysymyksiä. Tutkimusasetelmassa tulee ottaa huomioon akateeminen toiseus eli kuinka tutkija näkee itsensä suhteessa tutkittavaan asiaan. Tutkijan tulee miettiä, onko tutkimuksella jokin syvällisempi tarkoitusperä kuin tutkijan pelkkä tieteellinen ura. Tutkijan tulee muistaa eettiset pelisäännöt. Tutkimussuhdetta luodessaan tutkijan tulee miettiä, kuinka hän luo luottamuksellisen ja toimivan suhteen tutkittavaan asiaan. (Laine ym. 2008. 232-233.) Tässä opinnäytetyössä huomioin toimeksiantajan toiveen kehittämistehtävässä ja pidin sovituista aikatauluista ja käytännöistä kiinni.

Huomioin tutkimuksessa Arenen eettisen neuvoston ohjeet, joita ovat tutkittavan yksityisyydensuoja, tietosuoja käytännöt, tutkittavan itsemääräämisoikeus ja tietoisuuden suostumus. Huomioin, myös että en tutkijana en plagioinut artikkeleja. (Arene 2018, 6-7.) Tutkimuksessa saatu kirjallinen aineisto säilytettiin lukittujen ovien takana, jotta ulkopuolisilla ei olisi pääsyä kerättyyn aineistoon. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen saadut aineistot ja tulokset ovat vapaasti käytettävissä Pihlajalinna konsernissa ja opinnäytetyö on luettavissa kokonaisuudessaan Theseuksessa. Valmis opinnäytetyö esitetään Pihlajalinna sairaalassa yksikköpalaverissa, lisäksi Pihlajalinna intranet sivulle laitetaan linkki valmiiseen työhön, jotta saatuja päätelmiä ja tuloksia voi jatkossa hyödyntää muissa Pihlajalinnan yksiköissä toiminnan kehittämisessä. Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Saadusta aineistosta keräsin vain oleellisen tiedon, jota tarvitsen opinnäytetyöprosessissa. Kerätystä aineistosta ei pysty jälkeinpäin selvittämään

potilaan henkilöllisyyttä. Saatuihin tuloksiin kirjattiin vain ikä, sukupuoli, perussairaudet, tehty leikkaus, leikkauksen kesto ja käytetty anestesiaamuoto. Puhelinhaastattelu tehtiin yhtä aikaa postoperatiivisen soiton kanssa ensimmäisenä ja kolmantena postoperatiivisena päivänä, tällöin potilaalle ei aiheutunut ylimääräistä vaivaa eikä hoidon laatu kärsinyt. Tutkimuksen toinen teemahaastattelu tehtiin postoperatiivisen soiton yhteydessä lisäksi myös potilaan asiakastytyvyyttä. Sairaanhoidtaja ja tutkijan rooli ei mielestäni aiheuttanut ristiriitaa, potilaalle informoitiin selkeästi tutkimuksen kulku ja eettiset näkökulmat. Potilaalta pyydetään kirjallinen lupa tutkimukseen ennen leikkaussaliin siirtymistä (LIITE 1) Tutkimukseen otettiin mukaan vain ne potilaat, jotka suostuvat molempiin postoperatiivisiin soittoihin. Kerroin tutkittaville myös, että he voivat osallistua vapaaehtoisesti tutkimukseen ja voivat kieltäytyä missä vaiheessa vaan tutkimuksesta eikä kieltäytyminen tutkimuksesta vaikuta heidän hoidon laatuun eikä muita potilaan hoitoon liittyviä asioita ei kirjata ylös opinnäytetyöaineistoon.

8.2 Luotettavuus

Sairaanhoidtajien tarjoaman hoidon tulee perustua tutkimustiedon ajankohtaisuuteen (Moule & Googman 2014, 1). Tutkijalla tulee olla kriittistä suhtautumista kirjallisuuteen ja tutkimuksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 127; Moule & Googman 2014, 1). Lähdeluetteloon pyrittiin löytämään ajankohtaista ja luotettavaa lähteitä, joiden avulla saadaan luotua laadukas opinnäytetyö. Tutkijan tulee olla perehtynyt tärkeimpiin tutkimusmenetelmiin; laadullisen ja määrällisen tutkimukseen sekä niiden mahdollisuus yhdistää samaan tutkimukseen (Moule & Googman 2014, 7). Usein hoitotyön tutkimuksen monimutkaisuuden vuoksi, tutkimuksissa voi olla vaikeaa löytää yhteisymmärrys yhdelle määritelmälle. Tutkimuksissa keskeisinä asioina tulee olla uuden tiedon etsiminen ja ymmärryksen syventäminen, suunnitelmallisuus, järjestelmällinen hanke ja vastausten löytämien tutkimuskysymyksiin. (Moule & Googman 2014, 8.) Kylmä & Juvakka on kirjassaan laadullinen terveystutkimus 2007 on todennut Yardley 2000, Malterud 2001, Mays & Pope 2000, Horsburg 2003, Lincoln & Cuba 1985) viitaten laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereihin, joita ovat; uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys, siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja hyväksyttävyyttä. Vahvistettavuus tarkoittaa, että koko tutkimusprosessi

kirjataan siten, että kuka tahansa toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Reflektiivisyys tarkoittaa, että tutkija on tietoinen omasta arvostaan ja lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Siirrettävyys taas tarkoittaa laadullisessa tutkimuksessa sitä, että tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-128.) Tutkimuksessa pyritään virheettömyyteen, mutta silti tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat. Kyselylomake on hyvä tarkistaa ja muotoilla kysymykset ennen varsinaista tutkimusta. (Hirsijärvi, Remes & Saja-vaara 2009, 204.) Tutkimuksessani puolistrukturoidulle havainnointi- ja kyselykaavakkeelle käytiin läpi ennen tutkimuksen alkua asiantuntijapaneelissa ja kommenttien pohjalta tehtiin pieniä muutoksia, tällä saatiin lisättyä lomakkeen luotettavuutta.

Havainnointikaavakkeelle tehtiin potilaalle heräämössä esitestausta luotettavuuden lisäämiseksi. Haastattelukaavakkeelle ei ollut tarpeen tehdä esitestausta, koska kaavakkeen tiedot perustuvat postoperatiiviseen soiton yhteydessä tehtyihin kysymyksiin, jotka ovat muokattu jo sopiviksi ennen tutkimuksen alkua. Tutkimukseen oli ennalta määrätty potilaiden valintakriteerit, tällä lisättiin luotettavuutta. Tutkiessani potilaan kognitiivista ymmärtämistä, niin hyödynsin tutkimusta varten luotua puolistrukturoitua haastattelulomaketta, jolloin jokaisen tapauksen kohdalla kontrollini on mahdollisimman vähäinen tutkittavaan potilaaseen. Huomioin, etten valikoinut tutkittavasta aineistosta mielenkiintoisempia asioita, vaan huomioin kaiken aineiston ja raportoin rehellisesti tutkimustuloksista, että joku muu tutkija voi toistaa tutkimukseni toisessa paikassa.

9 POHDINTAA TUTKIMUKSESTA

Tutkimuksen eri vaiheet etenivät pääsääntöisesti aikataulussa, tutkimuksen ke-
räysaika suunniteltiin alun perin alkavaksi aikaisemmin, mutta opinnäytetyön-
suunnitelman valmistuminen ja hyväksyminen siirtyi muutamalla viikolla eteen-
päin. Tutkimusluvan saaminen eteni kuitenkin nopeasti Pihlajalinna konsernin
sisällä ja tutkimusluvan opinnäytetyölle antoi Pihlajalinnan lääketieteellinen joh-
taja Kimmo Saarinen ja häneltä ei tullut korjaavia ehdotelmia opinnäytetyö
suunnitelmaan. Aineiston analyysi ja kirjoittamiseen oli varattu riittävästi aikaa,
joten varsinainen opinnäytetyö valmistui aikataulussa. Tutkimukseen pyydettiin
alun perin 12 tutkittavaa ja kaikki tutkittavat suostuivat tutkimukseen ja allekir-
joittivat tutkimusluvan. Yksi tutkimus jouduttiin kuitenkin keskeyttämään, kun tut-
kittavan potilasohjaustilannetta ei voitu havainnoida tutkijan työstä johtuvan ti-
lanteen vuoksi. Lopulliseksi määräksi jäi 11 tutkittavaa ja heille kaikille tehtiin
havainnointi osallistuvalla ja ei osallistuvalla tavalla sekä heille tehtiin teema-
haastattelu ensimmäisenä ja kolmantena postoperatiivisena päivänä. Tutkimuk-
sen aikana seurattiin tutkimustulosten saturaatiota eettisyyden ja luotettavuuden
vuoksi. Tutkimus lopetettiin, kun tutkimustuloksista ei noussut tutkijalle enää
uutta tietoa. Jos tutkittavia olisi ollut enemmän, niin mielestäni tutkimustulokset
olisivat pysyneet samanlaisena. Alkuperäinen suunnitelma oli, että havainnointi
suoritettaisiin ei osallistuvalla tavalla. Lopullinen määrä tutkimuksista oli osallis-
tuvaa havainnointia 63 %. Osallistuva havainnointiin päädyttiin työstä johtuvista
syistä. Jos havainnoinnit olisi haluttu tehdä ei osallistuvalla tavalla, olisi tutkija
joutunut olemaan pois välittömästi hoitotyöstä, joka ei olisi ollut mahdollista.

9.1 Oma oppiminen

Tämä opinnäytetyö oli ajankohtainen merkityksellinen ja toteuttamisen arvoinen.
Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen ja sillä oli tarkoitus parantaa potilasohjaus-
prosessia. Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella voidaan kehittää ohjausta
entistäkin potilaslähtöisemmäksi Pihlajalinna sairaalassa. Saatuja tuloksia voi-
daan käyttää myös valtakunnallisesti eri terveydenhuollon yksiköissä, joissa an-
netaan potilasohjausta tai halutaan kehittää potilasohjausprosessia. Opinnäyte-
prosessi on opettanut minulle monia uusia asioita. Opinnäytetyöprosessi on ollut
myös pitkä, opinnäytetyön aloittaminen voidaan kuvitella alkaneeksi jo ennen
opiskelujen aloittamista pääsykokeissa keväällä 2018, jolloin pääsykokeissa oli

aiheena suunnitella omaa tulevaa opinnäytetyötä. Opinnäytetyö aiheen idean sain keväällä 2018 työnantajaltani, joka on nyt luettavissa opinnäytetyönä. Opinnäytetyö on vaatinut sitoutumista koko prosessin ajan. Opinnäytetyön ohjaajalta olen saanut hyvää ohjausta, joka on avartunut ajatuksia syvemmälle opinnäytetyö aiheeseen. Säännöllisissä opinnäytetyö seminaareissa on asetettu uusia aikataulu tavoitteita. Vertaistukea mitä olen saanut opiskelutovereilta ei voi väheksyä, heiltä on saanut ideoita ja erityisesti voimaa opinnäytetyön kirjoittamiseen. Yksin tehdessä opinnäytetyötä on käytettyjen tuntien määrä ollut suurempi kuin työn olisi tehnyt kahdestaan, yksin tehdessä etuna voidaan pitää, että on ollut helpompi suunnitella aikataulullisesti työn eri vaiheita. Opinnäytetyön avulla olen vahvistanut osaamistani potilasohjauksessa ja potilaiden sitouttamisessa hoitoon. Olen perehtynyt opinnäytetyön myötä entistä laajemmin ortopedisten ja käsikirurgisten potilaiden hoitotyöhön. Opinnäytetyössä käytettiin tiedonhakumenetelmänä havainnointia ja teemahaastattelua, molempien hakumenetelmien käyttö toi lisäarvo työlle ja vastaavasti lisäsi myös työmäärää. Sain valtavasti teoria tietoa molemmista tiedonhakumenetelmistä sekä tutkimuksessa teoria tieto yhdistettiin käytännön osaamiseen. Opinnäytetyöprossin aikana olen kehittynyt tiedonhakijana, olen joutunut arvioimaan kriittisesti eri tutkimustietoa ja valitsemaan laadukkaimmat tietolähteet opinnäytetyön. Oma oppiminen opinnäyteprosessin aikana oli merkittävää, ylemmän ammattikorkeakoulun vaatimusten mukaan tehty laadukas opinnäytetyö on vahvistanut minua ammatillisesti hoitotyön ammattilaisena.

9.2 Jatkotutkimus haasteet

Tämä opinnäytetyö oli tutkimuksellisen kehittämistyö ja opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita havainnoimalla potilasohjaustilannetta kotiutusvaiheessa ja teemahaastatteleamalla ensimmäisenä ja kolmantena postoperatiivisena päivänä. Jatkotutkimushaasteena voidaan tutkia polikliinisessa yksikössä potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita havainnoimalla ja teemahaastatteleamalla. Polikliinisissa yksiköissä on mielestäni tarpeen kehittää potilasohjausta ja parantaa potilasohjausprosessia. Polikliinisessa yksikössä on myös sairaanhoitajan vastaanottotoimintaa, jossa korostuu laadukas potilasohjaus. Polikliinisissä yksiköissä tehdään myös toimenpiteitä, jossa potilaalle annetaan kotiin kirjallisia hoito-ohjeita.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET TUKIMUKSESTA

Tutkimuksellisella kehittämistyöllä pyrittiin löytämään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin.

10.1 Laadukas postoperatiivinen soitto

Laadukas postoperatiivinen soitto koostuu seuraavista asioista. Hoitohenkilökunnan tulee perehtyä potilaan tietoihin ja asiakirjoihin ennen postoperatiivisen soiton tekemistä. Potilaan asiakirjoista tärkeimpinä asioina ovat heräämöhoidajan tekemä potilaan kotiutusyhteenveto ja leikkaavan lääkärin leikkauskertomus, kotiutusyhteenveto perustuu anestesiakaavakkeen tietoihin ja potilaan heräämöhöhoitoon. Leikkaavan lääkärin leikkauskertomuksesta ilmenee tapahtumatiedot, leikkauksen kulku ja tehty toimenpide sekä jatkohoitosuunnitelma. Kotiutusyhteenvedossa tulee olla huomioituna, että seuraavat asiat ovat kirjattuna; yleistila kotiutuessa, pahoinvointi, kivunhoito, haavahoito, liikkuminen ja fysioterapia, mahdolliset liikerajoitukset, spinaalissa tehdyissä toimenpiteissä potilaan virtsan erityys, saattaja ja seuralainen yöksi.

Saatujen tietojen perusteella hoitohenkilökunta soittaa sovittuna aikana postoperatiivisen soiton potilaalle, soittoon tulee varata rauhallinen ympäristö, jossa ei ole taustameteliä. Puhelimitse annetulle ohjaukselle tulee varata aikaa ja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetut hoito-ohjeet. Aikaa tulee varata myös potilaan esittämiin kysymyksiin. Tärkeimmät asiat, jotka tulee varmistaa potilaalta ovat; yleinen vointi, nukkuminen, kivunhoito, haavahoito, pahoinvointi ja liikkuminen sekä fysioterapia. Epäselvissä tilanteissa tulee konsultoida ongelmasta riippuen eri terveydenhuollon ammattihenkilöä. Postoperatiivisen soiton yhteydessä tulee potilasta sitouttaa hoitoon ja hoidon tavoitteellisuus tulee kerrata. Potilasta tulee myös kannustaa ja antaa palautetta onnistumisesta, potilaalla tulee luoda myös turvaa hoidon eri vaiheissa. Potilasta tulee muistuttaa, että leikkaavaan yksikköön voi ottaa yhteyttä, jos hänellä on kysyttävää hoitoon liittyen. Postoperatiivisessa soitossa tulee muistuttaa asiakaspalautteen antamisesta, asiakaspalautteen antaminen tapahtuu eri yksikköjen ohjeiden mukaisesti. Pihlajalinnassa on käytössä lappulomake ja sähköinen palautejärjestelmä.

10.2 Potilaan tukeminen hoito-ohjeiden ymmärtämisessä

Päiväkirurgisen potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita voidaan lisätä eri menetelmillä. Käsikirurgisten potilaiden haavahoito-ohjeeseen tulee lisätä päivämäärä minä päivänä potilas voi poistaa käsikirurgisen sidoksen. Tällä hetkellä haavahoito-ohjeessa on maininta, että käsikirurgisen sidoksen voi poistaa kolmen vuorokauden päästä leikkauksesta, tämä ei ole riittävä ohjeen ymmärtämiseksi. Potilaalle tehtävä polvileikkaus voi olla päivällä tai illalla ja leikkaus voi kestää useita tunteja ja haavan tulee olla suojattuna leikkauksen jälkeen 24 tuntia. Polvileikattujen potilaiden haavahoito-ohjeeseen tulee lisätä kellon aika, milloin potilas voi poistaa päällimmäiset sidokset ja haavalapun.

Potilaan leikkauksen jälkeistä kipua hoidetaan ennen leikkausta annettavilla esilääkkeillä. Potilas saa yleensä leikkaussalissa ja heräämössä kipulääkkeitä, joilla on vaikutusta jatkokivunhoitoon kotona. Leikkauspotilaalle käydään läpi suullisesti kivunhoidon jatkosuunnitelma kotiutuessa, jonka potilas saa myös kirjallisesti mukaan. Annetut esilääkkeet voivat myös vaikuttaa toimenpiteen jälkeiseen aamuun. Virheiden välttämiseksi kivunhoitosuunnitelman tulee entistä selkeämmin merkata mitä kipulääkkeitä potilas voi ottaa kotona leikkauksen jälkeen. Kipulääkkeet tulee ohjeessa olla siinä järjestyksessä, missä järjestyksessä potilas voi ne ottaa. Ohjeeseen saa myös selkeyttä lisäämällä osan tekstin tummemmaksi ja muuttamalla kirjaisin kokoa. Pihlajalinna sairaalassa on käytössä jalan alueen leikkauksen jälkeisen kivunhoitoon lääketieteellinen hoitomenetelmä, jossa potilaalle ultraääniavusteisesti asetetaan puudutetta jalan hermostoon ennen leikkausta anestesiaalääkärin toimesta ja leikkausalihenkilökunta avustaa toimenpiteessä. Kivunhoitopuudutteella hoidetaan leikkauksen jälkeistä kipua, jalan hermosto puudutus vaikuttaa 12-24 tuntia. Potilasta informoidaan anestesiaalääkärin sekä sairaanhoitajan toimesta kyseistä toimenpiteestä, mutta kirjallinen informaatio lisää potilaan tiedonsaantia, mitä leikkauksen yhteydessä on tehty. Potilaan kivunhoito-ohjeeseen tulee lisäksi maininta, että leikkausta edeltävästi on tehty kyseinen toimenpide, koska kivunhoitopuudutus vaikuttaa leikkauksen jälkeiseen kivunhoidon suunnitteluun.

Ohjattu fysioterapia aloitetaan leikkaavan lääkärin määräyksestä tiettyä ajankohtana leikkauksen jälkeen. Ajankohdan aloitukseen vaikuttavat eri lääketieteelliset tekijät. Potilaan omatoiminen fysioterapia aloitetaan yleensä ennen ohjattua

fysioterapiaa ja potilas voi tehdä jo kotona omatoimista fysioterapiaa viikkojen ajan ennen ohjattu fysioterapia. Fysioterapiaohjeissa tulee olla selkeämmin maininta tiedonsaannin parantamiseksi, missä vaiheessa tiettyä fysioterapia liikettä voi potilas aloittaa tekemään. Fysioterapiaohjeeseen tulee mielestäni lisätä tavoitteellisuutta, lisäämällä eri fysioterapialiikkeen ja kuvan kohdalle mikä liike olisi hyvä pystyä tekemään tietyn ajan päästä leikkauksesta. Tällä hetkellä hoito-ohjeissa on kuvia fysioterapialiikkeistä, jotka helpottavat ymmärtämistä, mutta näiden kuvien viereen voidaan lisätä viikkojen tarkkuudella mistä liikkeestä on hyvä suoriutua. Potilaan tietoisuus kasvaa, missä vaiheessa hänen kuntoutus etenee. Jalan saaminen suoraksi on yksi fysioterapialiikkeistä, jota potilas tavoittelee polvileikkauksen jälkeen kuntoutuksen alkuvaiheessa.

Potilaalle tulee tarjota etukäteisinfoa leikkaukseen liittyen eri sähköisten palveluiden kautta. Sähköisiä palveluita ovat sairaalan tuottamat verkkosivut, eri potilasjärjestöjen portaalit sekä erilaiset potilasohjausvideot. Potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa luotu terveyskylä verkkopalvelusta, potilas voi hakea tietoa leikkaukseen liittyen. Haasteita potilasohjaukselle tulevaisuudessa tuovat lisääntyvän informaation saanti internetistä, potilaiden voi olla vaikeaa tiedostaa mikä tieto on oikeaa. Tulevaisuudessa ihmisillä on entistä suurempi halu tietää enemmän omasta terveydestä, joten potilaiden olisi hyvä olla tietoisia, mistä he voivat hakea tietoa. Mainitsemillani asioilla lisätään potilaan kykyä ymmärtää annettuja hoito-ohjeita.

10.3 Laadukas potilasohjaus

Laadukasta potilasohjausta päiväkirurgian yksikössä voidaan lisätä eri hoidon vaiheissa annettavalla ohjauksella. Ennen leikkausta, leikkauksen aikana sekä leikkauksen jälkeen heräämössä sekä ensimmäisenä ja kolmantena postoperatiivisena päivänä annettavalla potilasohjauksella (Kuvio 25). Tiedon antaminen eri vaiheissa lisää potilasohjauksen laatua. Terveydenhuollon ammattilaisen tulisi huomioida jatkossa entistä paremmin potilaiden eri oppimistyyliä. Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan tulisikin antaa jatkossa informaatiota nykYTEknologian avulla. Mielestäni potilasohjausta heräämössä parantaa, kun leikkaava lääkäri näyttää mobiililaitteelta potilaalle leikkauksen aikaista videota ja kertoo samalla potilaalle mitä leikkauksessa on tehty. Tämä lisää mielestäni parempaa potilasohjausta ja

potilaan tietoisuutta häneen kohdistuvasta terveyden edistämisestä. Yleisempää on kuitenkin potilaan mahdollisuus seurata leikkausmonitorilta leikkauksen aikana kuvattua toimenpidettä. Potilaalle voidaan näyttää heräämössä terveydenhuollon henkilöstön toimesta, minkälaisia erikoismateriaaleja häneen on mahdollisesti asetettu leikkauksen aikana. Nämä esimerkit lisäävät terveydenhuollon ammattilaisten työtä, mutta havainnollistavat enemmän potilasta kuin pelkkä suullinen informaatio.

Terveydenhuollon henkilöstön tulee huomioida potilaan fyysiset-, psyykkiset-, sosiaaliset- ja ympäristötekijät. Ennen leikkausta potilaalle tulee olla rauhallinen ympäristö, jossa on turvallista odottaa tulevaa leikkausta. Odotustilana voi jatkossa toimia myös toisen vaiheen heräämö, jossa on tarjolla musiikkia rentouttamaan potilaan oloa. Kivunhoitoa tulee suunnitella jo ennen leikkausta yhteistyössä potilaan kanssa. Potilasta tulee sitouttaa hoitoon jo kotiutusvaiheessa ja asettaa hänellä tavoitteellisuutta, tavoitteet luodaan yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaalta pitää pyytää palautetta ohjauksesta ja henkilökunnan tulee arvioida omaa ohjausosaamista säännöllisesti. Kotiutusvaiheessa tulee huomioida, että potilas on saanut kaikki tarvittavat ohjeet suullisesti ja kirjallisesti, lisäksi tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetut ohjeet.

Potilaan vointia leikkauksen jälkeen voitaisiin selvittää kyselyillä, jotka lisäävät hoitohenkilökunnan tietoisuutta, kuinka potilas on sitoutunut hoitoon ja kuinka kuntoutus on edennyt. Seurantakyselyjä voivat olla fysioterapian, haavahoidon ja kivunhoidon kysely. Fysioterapiakyselyssä voidaan selvittää, kuinka potilaan kuntoutus edennyt ennen ohjatun fysioterapian aloitusta. Kyselyssä voidaan tiedustella, onko potilas saanut polven suoraksi, onko potilaalla tukena liikkumisessa vielä kyynärsauvat tai onko potilaalla kysyttävää fysioterapiaohjeista. Haavahoitoon liittyvä kyselyssä voidaan selvittää, onko potilas poistanut käsikirurgisen sidoksen sekä kuinka leikkaushaava on parantunut. Kivunhoitoon liittyvä kysely voi liittyä potilaan sen hetkiseen kiputilanteeseen ja käytössä oleviin kipulääkkeisiin, potilaan kokemaa kipua voidaan myös arvioida numeraalisesti samassa kyselyssä. Sähköisiä kyselyjä voivat olla tekstiviestin välityksellä lähetettävä kysely tai sähköinen kysely- ja raportointityökalu.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 4., uudistettu ja täydennetty painos Jyväskylä: PS-kustannus.

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2018. Viitattu 11.1.2019. <https://arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset>.

Aarnio, E. & Martikainen, J. 2016. Lääkehoitoon sitoutumisella on merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia. Viitattu 2.9.2019. Fimea. https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/1_2016/jarkeva-laakehoito/laakehoitoon-sitoutumisella-on-merkittavia-yhteiskunnallisia-vaikutuksia.

Blandford, CM., Gupta, BC., Montgomery, J. & Stocker, ME. 2012. Ability of patients to retain and recall new information in the post-anaesthetic recovery period: a prospective clinical study in day surgery. *Anaesthesia*, 2011, 66(12), 1088- 1092 I added to Central: 18 April Issue 4. Viitattu 1.5.2019 <http://10.1111/j.1365-2044.2011.06861.x>.

Canet, J., Raeder, J., Rasmussen, LS., Enlund, M., Kuipers, HM., Hanning, CD., Jolles, J., Korttila, K., Siersma, VD., Dodds, C., Abildstrom, H., Sneyd, JR., Vila, P., Johnson, T., Muñoz Corsini, L., Silverstein, JH., Nielsen, IK. & Moller JT. 2003. Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. *Acta Anaesthesiol Scand*.47:1204-1210. Viitattu 20.10.2019. Doi:10.1046/j.1399-6576.2003.00238.x.

Castoro, C., Bertinato, L., Bacaglini, U., Drace, C. & Mckee, M. 2007. Day surgery: making it happen. European Observatory on Health System and Policies. Policy Brief 12/2007. Viitattu 16.3.2019. <https://www.euro.who.int>.

Da Assunção, RE., Neely, J., Lochab, J., Mizumi-Richards, N., Barnett A. & Pandit H. 2013. Patient recall of surgical information after day case knee arthroscopy. *Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy*. Jul;21 (7):1510-5. doi:10.1007/s00167-012-2149-5.

Denscombe, M. 2014. *The Good Research Guide: For Small-scale Research Projects*. 52-58. England.

Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 2019. Lääketieteen termit. Viitattu 20.10.2019. <https://www.terveysportti.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q/p%C3%A4iv%C3%A4kirurgia>.

El Shafie, S., Craik, J., Day, A. M., Desborough, J., Bardakos, N. & Twyman, R. 2014. The effects of general anaesthesia on memory recall following day-case knee arthroscopy. *Ambulatory Surgery*, Mar; 20(1): 10-12. 3p. Journal Article - research, tables/charts. ISSN: 0966-6532.

- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkivahoitotyö. Vol. 13 (1) 13-23.
- Erämies, T. 2017. Nivelside- ja jännevammat. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.10.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=nivelside-%20ja%20j%C3%A4nnevammat.
- Fregene, T., Wintle, S., Raman, V V., Edmond, H. & Rizvi, R. 2017. Making the experience of elective surgery better. BMJ Open Qual; Vol 6 Issue 2 10.1136/bmjopen-2017-000079.
- Gillham, B. 2008. Case Study Research Methods. Viides painos. Norfolk: Biddles Ltd.
- Hakkarainen, J., Hartimo, M. & Virta, J. 2014. Muisti. Tampere: Tampeleen Yliopisto.
- Heikkinen, K. 2013. Potilasohjauksen toteutus. Anestesiahoitotyön käsikirja. Duodecim. Viitattu 10.8.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=nivelside-%20ja%20j%C3%A4nnevammat
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenten näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.-16. Painos. Hämeenlinna: Tammi.
- Horsburgh, D. 2003. Evaluation of qualitative research. Journal of Clinical Nursing 12, 307-312.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Viitattu 4.3.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Härmä, H. & Granö, S. 2010. Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY.
- Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, K. 2013. Anestesia hoitotyön käsikirja. Helsinki: Duodecim.
- Jokihaara, J. 2019. Ranteen vammat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.10.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00411&p_haku=leikkausta%20edelt%C3%A4v%C3%A4%20arvio.
- Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. Oulun Yliopisto.
- Kananen, J. 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2007. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kesänen, J., Virtanen, H., Montin, L. & Johanson, K. 2010. Ikääntyvän päiväkirurgisen potilaan läheisen tiedolliset odotukset. Sairaanhoitaja. Vol:83No:9, 53-55.
- Khanh-Dao Le, L. 2018. Day Surgery: Patient Care. The Joanna Briggs institute.
- Kiviranta, I. & Järvinen, M. 2012. Ortopedia. Helsinki: Kandidaatti kustannus Oy.
- Koskinen, I., Alasuutari, P. & Peltonen T. 2005. Laadulliset menetelmät kauppatieteissä. Tampere: Vastapaino.
- Koskivuo, I., Brück, N. & Veräjänkorva, E. 2019. Kun leikkaushaava ei parane. Duodecim.135(19):1847.
- Kurikkala, P., Kääriäinen, M., Kyngäs, H. & Elo, S. 2015. Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä – integroitu katsaus. Hoitotiede, 27 (1), 3-17.
- Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY. 1.painos.
- Käypä hoito. 2014. Leikkausta edeltävä arvio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 25.10.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00411&p_haku=leikkausta%20edelt%C3%A4v%C3%A4%20arvio.
- Käypä hoito. 2017. Kipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 25.10.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun Yliopisto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lehtonen, K, Kääriäinen, M & Elo, S. 2017. Suolistosyöpöpotilaan preoperatiivinen ohjaus: ammattilaisten näkökulma. Hoitotiede 29 (4), 302-313.
- Lincoln, Y. & Cuba, E.G. 1985. Naturalistic inquiry. Sage, Beverly Hills.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopisto.

Malterud, K. 2001. Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet* 358(11), 483-488.

Matsota, P., Christodouloupoulou, T., Smyrnioti, M E., Pandazi, A., Kanellopoulos, I., Koursoumi, E., Karamanis, P. & Kostopanagiotou, G. 2013. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* Vol. 19, No. 4. Viitattu 20.10.2019. <https://doi.org/10.1089/acm.2010.0235>.

Mattila, K., Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. *Duodecim*. 2012;128(14):1423-4.

Mays, N. & Pope, C. 2000. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 320(1), 50- 52.

Mitchell, M. 2015. Home recovery following day surgery: a patient perspective. *JCN Clinical Nursing*. Feb;24(3-4):415-27. Epub 2014 May 9. 10.1111/jocn.12615.

Moule, P. & Googman, M. 2014. *Nursing research*. Viitattu 16.3.2019. http://www.sagepub.com/upm-data/57768_Moule_&_Goodman.pdf.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Uudistettu 3. painos. Sanoma Pro Oy.

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede*, 24 (3), 216-231.

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24 (3), 232-243.

Osterberg, L & Blaschke. 2005. Drug therapy Adherence to Medication. *The new England journal of medicine* 2005;353:487-97.

Pihlajalinna. 2019a. Pihlajalinna Oulu. Leikkaushaavan hoito-ohje.

- 2019b. Pihlajalinna Oulu. Sairaalan tilastot.

Parkkari, J., Kannus, P., Kujala, U. 2018. Liikuntavammat ja niiden ehkäisy. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.10.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01390&p_haku=liikuntavammat%20ja%20niiden%20ehk%C3%A4isy.

Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. 2000. Analysing qualitative data. *British Medical Journal* 320, 114-116. Jan 8; 320(7227): 114–116. doi: 10.1136/bmj.320.7227.114.

Rauta, S. 2013. Päiväkirurgisen potilaan postoperatiivinen tarkkailu ja kotiuttaminen. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.10.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=postoperatiivinen%20tarkkailu.

Renholm, M. 2015. Continuity of patient care in day surgery. University Turku. Väitöskirja.

Saarelma, O. 2019. Polvivamma, kierukkavamma, ristisidevamma. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.10.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Polvivamma%2C%20kierukkavamma%2C%20ristisidevamma.

Saarelma, O. 2019. Leikkaushaavan tulehdus. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.10.2019. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/dlk00293>.

Sandelowski, M. 1994. Notes on transcription. *Research in Nursing & Health* 17, 311-314.

Sandelowski, M. 1995. Qualitative analysis: what it is and how to begin. *Research in Nursing & Health* 18, 371-375.

Sinivuo, R., Koivula, M. & Kylmä, J. 2012. Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä kliinisessä ympäristössä. *Hoitotiede* 24 (4) 291-301.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Valtioneuvosto. Hallitusohjelma. Viitattu 19.10.2019. <https://valtioneuvosto.fi/rinteen-hallitus/hallitusohjelma/oikeudenmukainen-yhdenvertainen-ja-mukaan-ottava-suomi>.

Suhonen, R. & Kilpi- Leino, H. 2006. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review Volume 61, Issue 1, April 2006, Pages 5-15. Viitattu 20.10.2019. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.02.012>.

Tarkiainen, K., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä. *Hoitotiede* 2012, 24 (2), 98-113.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tervo-Heikkinen, T., Saaranen, T., Miettinen, T. & Vaajoki, A. 2018. Hoitotyöntekijäöiden kokemuksia potilasohjauskoulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle. *Tutkiva hoitotyö* 16 (3), 27-33.

Torkkola, S. 2002. *Terveysviestintä*. Kustannusosayhtiö Helsinki: Tammi.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. *Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille*. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2008. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

TTL 2019. TULE-vaivoihin vaikuttavat tekijät. Viitattu 19.10.2019. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelinten-terveys/tule-vaivoihin-vaikuttavat-tekijat/>.

THL 2019. Yleistietoa kansantaudesita. Viitattu 19.10.2019.
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>.

Valli, R. 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 5. uudistettu painos. Keuruu: Ps-kustannus.

Yarled, L. 2000. Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health* 15, 215-228.

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje asiakkaalle
- Liite 2. Puolistrukturoitu havainnointi- ja teemahaastattelukaavake
- Liite 3. Sisällön analyysitaulukko

Liite 1.

Hei,

Tavoitteenamme on haastaa totuttuja malleja ja tuoda asiakkaillemme jatkuvasti parempaa palvelua. Haluamme olla toimialamme vastuullinen edelläkävijä, joka tarjoaa nopeaa ja vaivatonta hoitoa. Tavoitteenemme on, että kaikissa elämäsi vaiheissa sinä voit paremmin. Kauan eläköön elämä!

Te olette nyt tulossa leikkaukseen Pihlajalinna Oulu sairaalaan. Pyydämme nyt Teitä osallistumaan lyhyeen tutkimukseen, jossa selvitetään potilasohjauksen laatua. Tiedonkeruu suoritetaan kahdella tavalla; havainnoimalla heräämövaiheessa henkilökunnan antamaa kotihoito-ohjeiden antotilannetta ja haastatteleamalla Teitä puhelimesta ensimmäisenä ja kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Leikkauksen jälkeinen kotiin soitto on jo nyt osa leikkauspotilaan hoitoa ja nyt sitä on tarkoitus kehittää.

Teidän antamat tiedot ovat meille tärkeitä ja kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Teidän henkilöllisyyttänne ei voida tunnistaa jälkeempään tutkimuksesta ja Teillä on oikeus keskeyttää tutkimus, milloin tahansa niin halutessanne. Kerätty tieto on vain tutkijan käytössä ja sitä pidetään lukitussa tilassa, johon ei ole muilla pääsyä. Vastauksenne eivät myöskään vaikuta mitenkään hoitoonne, vaan tutkimuksen perusteella haluamme parantaa potilasohjausprosessia. Vaikka vastaaminen tutkimukseen on vapaaehtoista, toivomme Teidän osallistuvan. Kiitos etukäteen.

Ystävällisin terveisin

Kimmo Karihtala

Sairaanhoitaja Pihlajalinna Oulu

Sairaanhoitaja- YAMK opiskelija Lapin ammattikorkeakoulu

Minä suostun tutkimukseen (nimi)

Asiakkaan allekirjoitus

Päivämäärä ja paikka

Liite 2.

Puolistrukturoitu havainnointi ja teemahaastattelu kaavake

Taustatiedot potilaasta

Sukupuoli Mies / Nainen

Ikä _____

Perussairaudet _____

Tehty leikkaus _____

Leikkauksen kesto _____

Anestesia kesto _____

Käytetty anestesia muoto _____

Ympäristö

Ympäristö meluisa
vaihtoehto)

Ei/Kyllä (Jos on kts. alla, ympyröi oikea

laitteiden hälytykset, puhelimet, työkaverit,
televisio

Potilasohjauksen paikka

Leikkaussali / 1.vaiheen heräämö / 2.vai-
heen heräämö

Potilasohjaus keskeytynyt

Ei/Kyllä (Jos on kirjaa syy)

Potilasvaatteet päällä

Ei/Kyllä

Ohjausmenetelmät

Potilasohjeet annettu potilaalle (aika tunteina leikkauksen jälkeen)

Omainen läsnä

Ei/Kyllä

Psykososiaaliset tekijät

Potilasohjeet kerrattu

Ei/Kyllä

Potilas esittää täsmentäviä kysymyksiä Ei/Kyllä Jos mitä

Potilas näkee potilasohjeet luettaessa

Ei/Kyllä

Potilas syönyt	Ei/Kyllä
Potilas juonut	Ei/Kyllä
Potilaalla pahoinvointia	Ei/Kyllä
Potilas väsynyt (subjektiivinen)	Ei/Kyllä
Potilaalla univaje (subjektiivinen)	Ei/Kyllä
Potilaalla stressi (subjektiivinen)	Ei/Kyllä
Potilaalla masennusta	Ei/Kyllä
Annetut lääkkeet heräämössä	Ei/Kyllä/ Jos mitä

Ympyröi ammattiryhmä, jos joku muu kuin sairaanhoitaja antanut potilasohjeita potilasprosessin aikana

Anestesia lääkäri
Leikkaava lääkäri
Fysioterapeutti
Lääkintävahtimestari
Lähihoitaja

Hoito-ohjeet käyty läpi suullisesti

Haavahoito- ohje	Ei/Kyllä
Kipulääkitys/Reseptit	Ei/Kyllä
Sairaslomatodistus	Ei/Kyllä
Jälkitarkistusaika	Ei/Kyllä
Asentorajoitus/Fysioterapia	Ei/Kyllä
Kipsin/lastan hoito-ohje	Ei/Kyllä

Saanut mukaan hoito- ohjeet

Haavahoito -ohje	Ei/Kyllä
Kipulääkitys/Reseptit	Ei/Kyllä
Sairaslomatodistus	Ei/Kyllä
Jälkitarkistusaika	Ei/Kyllä
Asentorajoitus/Fysioterapia	Ei/Kyllä
Kipsin/lastan hoito-ohje	Ei/Kyllä

Ensimmäinen postoperatiivinen soitto (1pop) Mitä potilas ymmärtää. Kirjaa alle.

Postoperatiivisen soiton kellon aika _____

Haavahoito- ohje

Kipulääkitys/Reseptit

Sairaslomatodistus

Jälkitarkistusaika

Asentorajoitus/Fysioterapia

Kipsin/lastan hoito-ohje

Kommentit postoperatiivisesta soitosta

Toinen postoperatiivinen soitto (3pop) Mitä potilas ymmärtää. Kirjaa alle.

Haavahoito- ohje

Kipulääkitys/Reseptit

Sairaslomatodistus

Jälkitarkistusaika

Asentorajoitus/Fysioterapia

Kipsin/lastan hoito-ohje

Kommentit postoperatiivisista soittoista

Liite 3.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Poistan haavalapun illalla	Haavalapun poisto illalla	Haavalapun poistaminen	Haavan hoitoa	Haavahoitoon liittyvät tekijät
En muista milloin haavalappu tulee poistaa	Haavalapun poisto ei ole muistissa			
Milloin saa poistaa haavalapun	Saa poistaa haavalapun			
Tarviiko haavaa suojata suojata haavalapun poiston jälkeen	Haavaa suojata haavalapun poiston jälkeen			
Muistan haavahoidon jatkot	Haavahoidon jatkot	Haavahoidon muistaminen		
Hyvä, että haavahoito kerrattiin myöhemmin	Haavahoidon kertaaminen koettiin hyvänä			
Muistan haavahoidon, hyvin menee	Haavahoito on muistissa			
En muista milloin saan poistaa ompeleet	Ompeleiden poisto ei ole muistissa			
Haava vuotanut eilen. Miten haavahoito toteutetaan	Haavan vuotanut. Miten toteutetaan			
En ymmärrä saako jo käsikirurgisen sidoksen poistaa	Ei ymmärrä käsikirurgisen sidoksen poistoa	Käsikirurgisen sidoksen poisto		

Saako jo käsikirurgisen sidoksen jo poistaa	Käsikirurgisen sidoksen jo poistaa		Sidoksen poistoa	
En muista milloin saan poistaa käsikirurgisen sidoksen	Käsikirurgisen sidoksen poisto ei ole muistissa			
En muista milloin ideaalide tulee poistaa	Ei muista milloin ideaaliteen saa poistaa	Ideaalisiteen poisto		
Milloin saa poistaa ideaalisiteen	Ideaalisiteen poisto ei ole muistissa			
Poistin ideaalisiteen illalla puristuksen vuoksi	Ideaalisiteen poistaminen puristuksen vuoksi			
Mitä kipulääkkeitä voin jatkossa ottaa	Ei muista mitä kipulääkkeitä jatkossa	Kivunhoito ohjeiden epäselvyys	Leikkauksen jälkeistä kivunhoidon toteutusta	Kivun hoitoon liittyvät tekijät
Minulla on kipua. Voinko syödä mitä kipulääkkeitä	Kipua. Voinko syödä mitä lääkkeitä			
En muista tarkkaan mitä kipulääkkeitä voin ottaa	Ei muista mitä kipulääkkeitä tarkkaan			
Voiko kipulääkkeet aiheuttaa pahoinvointia. Minulla on.	Kipulääkkeistä pahoinvointia	Kipulääkkeiden haittavaikutusten epäselvyys		
En ole käyttänyt kipulääkkeitä. Äiti sanoi, että ne voivat tehdä huonon olon	En ole käyttänyt kipulääkkeitä			
Olen ottanut 4kpl päivässä Buraana ja Parasetamolia.	Olen ottanut 4kpl päivässä kipulääkkeitä			

Olen ottanut kipulääkkeet suunnitelman mukaan	Ottanut suunnitelman mukaan	Kivunhoidon oikeaoppinen toteutus	Lääkehoidon toteutusta	
Olen nyt syönyt kipulääkkeitä. Nyt ei enää ole kipua.	Olen syönyt kipulääkkeitä			
En käytä enää kipulääkkeitä. Kiihtoisuudesta.	Ei käytä enää kipulääkkeitä			
En muista tarkkaan, kuinka kantosidettä tulee käyttää	Ei muista kantositeen käyttöä	Fysioterapia ohjeiden epäselvyys	Leikkauksen jälkeiset fysioterapia ohjeet. Fysioterapia ja liikerajoitukset	Fysioterapiaan liittyvät tekijät
Fysio-ohjeissa on jalan liike ohje lattialla. En pääse vielä lattialle. Voinko tehdä liikkeen sohvalla	Voinko tehdä liikkeen sohvalla.			
Mitä fysioliikkeitä voin tehdä nyt ja myöhemmin	Ei muista fysioterapialiikkeitä			
Olen käyttänyt kylmää vain iltaisin.	Käyttänyt kylmää iltaisin			
Muistan hoito-ohjeet fysioterapia lukuun ottamatta	Ei muista fysioterapia liikkeitä			
Minun pitää tarkistaa hoito-ohjeista mitä fysioliikkeitä voin tehdä	Minun pitää tarkistaa			
En muista fysioliikkeitä voin jo tehdä	Ei muista fysioterapia liikkeitä			
Voiko jalan hermopuudu-	Voiko jalan hermopuu-			

tus vielä vaikuttaa jalan liikkuvuuteen	dutus vaikuttaa liikkuvuuteen	Leikkauksen jälkeiset epäselvyydet		
Minulla on polvessa turvotusta.	Polvessa turvotusta			
Muistan fysioterapia liikkeet	Muistaa fysioterapialiikkeet	Fysioterapia ohjeiden selvyys		
Muistan huomioida kipsin aiheuttamat rajoitteet	Muistan kipsin aiheuttamat rajoitteet			
Minulla on outo puutumiskohta polvessa. Mistä se johtuu.	Polven outo puutumiskohta	Hoitoon liittyvät epäselvyydet	Hoito-ohjeet	Jatkohoitoon liittyvät tekijät
En ole tietoinen, että saan sairaslomastodistuksen	Ei tietoinen sairaslomastodistuksesta			
Milloin saan ajan kontrolliin	Saa ajan kontrolliin			
Tekstiviesti helpottaa kontrolliaikojen muistamista	Tekstiviesti helpottaa	Hoito-ohjeista muistuttaminen		
Jatkohoito-ohjeet kirjallisena helpottavat muistamista	Jatkohoito-ohjeet helpottavat muistamista			
Minulla on selkeä kuva jatkohoidosta.	Selkeä kuva jatkohoidosta	Jatko-hoito suunnitelma		
Muistan jatkohoito-ajat	Muistaa jatkohoito-ajat		Jatkohoito-ohjeet	
Ei kysymyksiä. Minulla on selkeä kuva jatkohoidosta.	Selkeä kuva jatkohoidosta			
Milloin fysio alkaa	Fysioterapian aloitus			